

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

JÚLIA COUTINHO NUNES CASTILHO

**Reabilitação Psicossocial no CERSAM:
uma história de "vida"**

BELO HORIZONTE
2013

JÚLIA COUTINHO NUNES CASTILHO

**Reabilitação psicossocial no CERSAM:
uma história de "vida"**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal
de Minas Gerais, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social.

Área de concentração: Psicologia
Social

Orientadora: Prof^a. Maria Stella
Brandão Goulart

Belo Horizonte
2013

150

C352r

2013 Castilho, Julia Coutinho Nunes

Reabilitação psicossocial no CERSAM [manuscrito] : uma história de vida / Julia Coutinho Nunes Castilho. - 2013.

134 f.

Orientadora: Maria Stella Brandão Goulart.

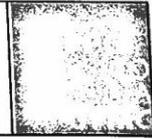
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia – Teses. 2. Psicologia social - Teses. 3. Reabilitação – Teses. 3. Saúde mental - Teses. I. Goulart, Maria Stella Brandão. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Reabilitação Psicossocial no CERSAM: uma história de vida

JULIA COUTINHO NUNES CASTILHO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Aprovada em 21 de agosto de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Maria Stella Brandão Goulart - Orientador
UFMG


Prof(a). Aluisio Ferreira de Lima
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC


Prof(a). ANNETTE SOUZA SILVA MARTINS DA COSTA
UFMG

Belo Horizonte, 21 de agosto de 2013.

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação não é uma deserta ação, ela é um trabalho de muitos. E esta não poderia ter sido concluída sem a presença de pessoas tão especiais nesse meu caminho.

A Stella, que me mostrou que o percurso, apesar de árduo, pode ser feito de forma mais leve e divertida. Por todos os ensinamentos para a criação de novos modos de pensar e fazer em saúde mental, e por acreditar sempre no meu trabalho. Seu papel foi muito além do de orientadora. Ela é a prova de que, além de estudos e conhecimentos, existem amor e afeto no meio acadêmico.

Os meus pais, por terem me ensinado a importância de se buscar conhecimento e crescimento, por acreditarem sempre que eu posso mais, e me apoiarem em cada decisão: vocês são a base de cada conquista obtida.

O Pedro, por entender meus tropeços, meus momentos difíceis e me ajudar a levantar, e por ter compreendido e incentivado a minha escolha acadêmica, que me fez abrir mão de alguns momentos deliciosos juntos.

Os meus amigos do Laboratório LADHT, em especial a Carol Novaes, amizade iniciada junto com esse plano de mestrado. Por todos os caminhos que começamos a trilhar juntos, vocês tornaram essa caminhada muito mais leve. O Mateus Cerqueira, pela ajuda com a revisão do inglês. A Elen, por comemorar minhas vitórias profissionais como se fossem dela própria e por me mostrar que não existem dificuldades que não possam ser superadas sorrindo.

Os usuários - em especial a Irene - e os colegas de trabalho do CERSAM Leste, que mudaram a minha vida desde que me acolheram nessa empreitada de trabalho e de pesquisa. Apesar de trabalhar em prol de meus clientes, quem recebeu os maiores benefícios e as maiores transformações com essa convivência fui eu mesma.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A história e os CERSAMs.....	20
2 A DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	299
2.1 A trajetória da pesquisa.....	322
3 A REDE DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE E SEU COTIDIANO REABILITATIVO.....	388
3.1 A Regional Leste e seu CERSAM	455
4 COTIDIANO INSTITUCIONAL	488
4.1 Entendendo o conceito de cotidiano	488
4.2 Entendendo o cotidiano no CERSAM	550
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	59
5.1 A legislação	73
5.2 Inclusão social como reinserção	75
6 ESTUDO DE CASO	80
6.1 Informações do prontuário.....	81
6.2 Os encontros com a usuária.....	867
6.2.1 Primeiro encontro	877
6.2.2 Segundo encontro	90
6.2.3 Terceiro encontro	922
6.2.4 Quarto encontro	944
6.2.5 Quinto encontro.....	966
6.2.6 Sexto encontro	999
6.2.7. Sétimo encontro	102
7 O CERSAM REABILITA.....	1044

8 REABILITAÇÃO: UMA HISTÓRIA DE VIDA	1177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	1355

RESUMO

CASTILHO, J. C. N. (2013). *Reabilitação Psicossocial no CERSAM: uma história de "vida"*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Com o início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no final da década de 70, a visão sobre a loucura e o modelo de atenção e assistência começou a se reestruturar. Ao surgirem novos serviços de saúde substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs ou CAPS III) em Belo Horizonte, a proposta passou a ser acompanhar os usuários em crise em seus contextos sem romper com suas relações cotidianas. Esta dissertação pretende contribuir à prática de atenção e à reabilitação psicossocial em saúde mental aliando reflexões teóricas à prática empírica em desenvolvimento, consolidando experiências e aproximando os conhecimentos da Universidade aos da prática clínica no âmbito público. Buscar-se-á compreender especificamente o processo de reabilitação psicossocial no CERSAM através dos conceitos e teorias sobre cotidiano assistencial e pessoal, afetado e afetável como instrumento de construção social e de cidadania, analisando um caso clínico grave, considerado bem-sucedido do ponto de vista da equipe que o acolheu. Trata-se de entender a complexidade do processo, abrindo pauta e reflexões sobre a reabilitação psicossocial e o cotidiano dos usuários e serviços municipais. Os objetivos específicos da pesquisa foram analisar os aportes teóricos da prática do processo de reabilitação psicossocial em diálogo com a realidade dos serviços substitutivos da rede de saúde de Belo Horizonte; e refletir sobre a trajetória de tratamento de um usuário acompanhado no CERSAM. Fez-se necessária a reflexão sobre o cotidiano assistencial que sustenta a prática reabilitativa; analisando os aportes teóricos da prática do processo de reabilitação psicossocial em diálogo com a realidade dos serviços substitutivos da rede de saúde de Belo Horizonte; e refletir sobre uma trajetória de tratamento de uma usuária acompanhada no CERSAM. Optou-se pela pesquisa qualitativa e foi feito um estudo de caso utilizando o método história de vida. O trabalho de campo combinou os instrumentos de observação, comunicação e levantamento de dados. Estudar e discutir esse caso significa produzir cultura antimanicomial. Ele ilustra, como conclusão, a afirmação de que o CERSAM não é

local apenas de acolhimento à crise, mas de acolhimento de casos complexos e graves. Aponta as saídas escolhidas pela usuária em seu percurso nos serviços de saúde mental mineiros, principalmente no CERSAM, e levanta novos indicadores pessoais de seu processo de reabilitação psicossocial, mostrando o seu cotidiano possível. O projeto de reabilitação deve ser feito com o usuário que dele necessita, no caso a caso, enfrentando seus riscos e possibilidades concretos. Entende-se também que podemos organizar os diversos conceitos sobre reabilitação em duas linhas de entendimento: uma mais adaptacionista e outra mais politizada. Integrando alguns desses conceitos chega-se a uma leitura mais ampla de reabilitação psicossocial, compreendida enquanto uma postura ética e não somente como um procedimento técnico.

Palavras-chave: Reabilitação psicossocial, cotidiano, CERSAM, pessoa em sofrimento mental.

ABSTRACT

CASTILHO, J. C. N. (2013). *Psychosocial Rehabilitation in CERSAM: a "life" story*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

With the beginning of the Brazilian Psychiatric Reform movement in the late 70s, the view on the craziness and the model of care and attention began to change. With the emergence of new health services in replace to hospitals such as the Centers of Mental Health Reference (CERSAMs - CAPS III) in Belo Horizonte, the proposal is now to accompany users in crisis in their own context, without breaking their daily relationships. This research aims to contribute to the practice of psychosocial rehabilitation care and mental health by combining theoretical reflections to empirical practice, consolidating experience and bringing the University's knowledge closer to clinical practice. This is a work of dialogue, creating interfaces between the University and the staff of the mental health service. This dissertation will specifically search to understand the psychosocial rehabilitation process in CERSAM (CAPS III) through the concepts and theories of everyday personal care, affected as an instrument of social construction and citizenship, analyzing a severe case considered successful from the standpoint of the staff that dealt with it. It searches to understand the complexity of the process, opening reflections on psychosocial rehabilitation and everyday life of users and mental health services. The research objectives are to investigate how the process of psychosocial rehabilitation offered by CERSAM transforms the everyday life of the psychiatric patient in psychiatric crises, to systematically qualify how the treatment offered in CERSAM brings benefits to people with mental illness and to the service itself. In regard to the challenges of the first objective, it is necessary to reflect about the routine that supports rehabilitative practice, to analyze the theoretical contributions of the practice of psychosocial rehabilitation process in dialogue with the reality of substitutive services of the health network of Belo Horizonte, and finally to reflect about the course of the treatment of a user of CERSAM. In order to reach them, we opted to conduct a qualitative research, as well as to do a case study of a user of CERSAM, using the life story method. In the exploratory phase we used the concepts and ideas around psychosocial rehabilitation and everyday life. The fieldwork combined the tools of observation,

communication and data collection. Studying and discussing this case means producing anti-maniacal culture. The rehabilitation project must be done with the user who needs it, case by case, facing their risks and concrete possibilities. The interviewee was able to recover in public life some of their basic rights of citizenship, and in private life, the tenuous possibility of dialogue and choice. In conclusion, the case illustrates the assertion that CERSAM is not only a place to deal with the crisis, but also to host serious and complex cases. It also concludes that we can organize the various concepts around rehabilitation into at two lines of thought: the adaptationist one, and the politicized one. We can integrate some of these concepts and reach a wider understanding of psychosocial rehabilitation.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, everyday life, CERSAM, person in mental illness.

1 INTRODUÇÃO

Sabemos que com o início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde pelo menos a década de 70, a visão sobre a loucura e o modelo de assistência transformaram-se profundamente (Ribeiro & Machado, 2008; Almeida & Trevisan, 2011; Anaya, 2004; Goulart, 1993, 2004; Amarante, 1995). A atenção se deslocou para fora do hospital psiquiátrico e das perspectivas das instituições médicas: serviços multidisciplinares, abertos e inseridos na comunidade se tornaram palavras de ordem. Esboçaram-se, desde então, propostas de abordagem, tratamento e acompanhamento, que tenderam a dar maior atenção à cidadania, aos direitos individuais e sociais, à singularidade dos usuários dos serviços de saúde mental em suas condições concretas de vida e em sua subjetividade.

Tal transformação gerou uma mudança total da política de saúde mental, questionando os dispositivos de exclusão social e colocando a questão da reabilitação psicossocial e da inclusão social na pauta das políticas públicas (Valentini Jr. & Vicente, 2001; Oliveira & Alessi, 2005; Maciel, Barros, Silva & Camino, 2009). Foi colocado em discussão: a possibilidade de restituição dos direitos, a complexidade das necessidades e demandas dos usuários dos serviços de saúde mental, as potencialidades das pessoas acometidas pelo transtorno mental, bem como a finalidade da instituição psiquiátrica em relação à estrutura social (Nicácio, Amarante & Barros, 2005).

Começaram a ser implantados, em todo território nacional, serviços inseridos nessas novas propostas de tratamento, que consideram a cidadania, os direitos e a singularidade dos usuários em suas condições concretas, e visam ao desenvolvimento de formas de tratamento que respeitam a individualidade do usuário, sua história e seus valores. O objetivo do tratamento deixou de ser a cura, para se transformar em uma “produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”, como sintetiza Rotelli, Leonardis & Mauri (1990, p. 34). Dito isso, evidencia-se a relevância do desenvolvimento de estudos que enfoquem esta nova realidade assistencial para a construção de parâmetros de análise do cenário nacional, e que estimulem sua reflexão sistemática.

Um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica e, mais especificamente dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) mineiros é, portanto, a inclusão social (Leão, 2006; Belo Horizonte, 1997). Um exemplo atual dos impactos da Reforma em Belo Horizonte é o fechamento recente do último manicômio municipal contratado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – a Clínica Serra Verde, em Vespasiano¹. Após uma série de denúncias de maus-tratos aos pacientes, a Secretaria de Saúde Municipal, juntamente com o Ministério Público, determinaram o fechamento da clínica até setembro de 2012. Foi montada uma equipe para acompanhar os pacientes² no processo de desinstitucionalização, seja para o Serviço Residencial Terapêutico, seja para a casa de suas famílias.

Fiz uma visita à instituição 15 dias antes do prazo estipulado para o seu fechamento, e me deparei com cenas de horror e de abandono. Acompanhei uma técnica da equipe de desinstitucionalização em um turno de trabalho, pois pretendia fazer parte minimamente desse processo riquíssimo da saúde mental mineira, queria registrar na minha memória aquelas cenas horríveis e compreender as mudanças. Se é que se pode falar de *compreensão*.

A maioria dos pacientes morava na instituição há cerca de 30 ou 40 anos, e vivia em situação de total abandono familiar e social. Pacientes no pátio da ala, sem roupas, defecando e urinando no chão, comendo em vasilhas de plástico mal cuidadas, tendo seu almoço dividido na mesma vasilha com o colega ao lado. Alguns pacientes trancados em um estreito corredor que ligava o pátio à ala, sem banheiro, sem cadeira, sem cama, sem água ou comida. A explicação dos funcionários da instituição é que aqueles eram os mais agressivos, por isso tinham que passar o dia isolados no corredor, sem conviver com os demais. Pacientes mal cuidados e maltratados, em uma situação difícil de acreditar e ver no novo contexto da Reforma.

Essa experiência remete ao documentário *Em nome da razão*, que fez história na luta contra os manicômios e todas as formas de violência no Brasil de 1979. O hospital psiquiátrico de Barbacena, local onde foi filmado o documentário, era um símbolo do abandono e da falta de recursos, e, de fato, clamava por reformas urgentes (Goulart, 2010), assim como a Clínica Serra Verde. O cenário do

¹ Região Metropolitana de Belo Horizonte.

² Utilizo aqui o termo *pacientes* propositalmente, por entender que nesta instituição, eles são mesmo pacientes, sem qualquer direito, escolha ou cuidado.

documentário, que poderia parecer antigo e fora do contexto atual, atualiza-se nessa instituição, repetindo-se ainda nos dias de hoje.

No entanto, com a Reforma Psiquiátrica, o objetivo é que esses pacientes saíssem todos de lá, tivessem um lar e voltassem a conviver com a sociedade em liberdade, em busca de seus direitos. É um longo e rico processo de desinstitucionalização, de inclusão social e de reabilitação psicossocial, que necessitará do empenho das equipes dos serviços de saúde que o acompanharão.

Algumas dessas mudanças são trazidas por Greco (2011), e podem ser sintetizadas como transformações em pelo menos dois aspectos:

- a) na política – da autocracia para a democracia; do objeto – do "doente mental" para o "homem em sua existência-sofrimento" ou "pessoa em sofrimento mental"; da ação – da exclusão social para uma reabilitação psicossocial; do discurso – do silêncio para uma discussão pública; da topologia – do manicômio para a praça, serviços abertos e outros locais de circulação;
- b) do ponto de vista da denúncia social – da ideia de periculosidade para a de cidadania; do estereótipo – de "hospício/camisa-de-força/louco" para representações que criem uma aproximação do "doente", do "diferente", com o "normal", como, por exemplo, a figura do "maluco beleza", do visionário, do homem verdadeiro.

A cidadania passou a ser, nos anos 80, um princípio fundamental, os movimentos sociais foram ampliados, assim como a participação de familiares e dos usuários, além da criação de eventos na comunidade e de cooperativas. A dimensão de uma possível reabilitação psicossocial se colocou como orientação terapêutica desafiadora (Greco, 2011). Um marco disso foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, que já reverberou os intercâmbios com o trabalho que se realizava em Trieste (Itália), fruto do processo que configurou a chamada Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia. O foco passou a ser a construção de novas formas de convivência, e o usuário passou a ser visto não como portador de uma doença que precisa ser controlada, mas como uma “pessoa que, devido às suas diferenças, necessita de locais e pessoas que o ajudem a garantir sua cidadania, a sua qualidade de vida, enfim, as suas trocas sociais e afetivas” (Ribeiro & Machado, 2008, p. 73).

As décadas de 70 e 80 ensejaram tensões entre os modelos sanitaristas e aqueles que dariam forma à Reforma Psiquiátrica brasileira, em sua especificidade, que se implementou paulatinamente na forma dos CAPS³, CERSAMs, e Centros de Convivência. Remetemo-nos aqui, desde aos esforços de constituição das equipes de saúde mental vinculadas a equipamentos de saúde pública, até o delineamento de práticas reabilitativas específicas para os usuários em situação de grave sofrimento mental. Há uma longa estrada percorrida e construída pelos profissionais de saúde mental – terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros - que foram amalgamadas na aventura da construção de respostas efetivas e substitutivas aos hospitais psiquiátricos.

O cenário visto na Clínica Serra Verde estava contrário ao que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial pregam. O modelo de atenção centrado na doença/cura perdeu o enfoque, que se voltou para a promoção da saúde, da cidadania e da participação social, a valorização da singularidade de cada indivíduo, sua história, sua cultura, seu cotidiano, em um processo que facilita o exercício de sua cidadania na comunidade (Almeida & Trevisan, 2011). Dessa forma, a proposta no processo de desinstitucionalização é deslocar o olhar para a "existência sofrimento" em relação ao corpo social, retirando o indivíduo dos "parênteses" colocados pela psiquiatria. Se a equipe de saúde mental compreender como é o sofrimento do sujeito, será possível, então, trabalhar para ajudá-lo a reduzir esse sofrimento e ampliar suas possibilidades de vida. A finalidade desse processo é a invenção de saúde e a "reprodução social do paciente", buscando a sua autonomia, a produção de sentido e de sociabilidade (Rotelli, 2001).

A compreensão da clínica mudou. Ela passou a ser a de uma atividade comum a todos os profissionais da saúde, compartilhada em uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. A “Clínica Ampliada e Compartilhada” (Nilo, Morais, Guimarães, Vasconcelos, Nogueira & Abou-Yd, 2008) oferece aos trabalhadores da saúde o entendimento da clínica para além dos pedaços fragmentados dos especialismos, reconhecendo e valorizando os saberes do usuário, de seus familiares, dos gestores e trabalhadores, e reconhecendo os indivíduos como protagonistas de seu projeto terapêutico e de sua vida.

³ Os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, são assim nomeados por todo o Brasil, exceto em Minas Gerais, que criou os Centros de Referência em Saúde Mental, os CERSAMs, com algumas particularidades que justificam a mudança de nome.

O termo inicialmente utilizado era Clínica Alargada, que dizia da integralidade das ações terapêuticas, implicando em olhares para além das ações desenvolvidas dentro dos CAPS (Marques, 2001). Abou-Yd e Lobosque (1998) afirmam não haver uma formação possível para a clínica que se pretende exercer nos CERSAMs, a qual chamam de Clínica Antimanicomial. Essa clínica é desvinculada dos *settings* de consultório, sem subestimá-lo, ampliando a clínica para múltiplos espaços também fora da unidade de saúde, exigindo um trânsito ágil dos profissionais entre a teoria e um delicado manejo na prática.

Os profissionais que se dispõem a fazer uma clínica do social, expõem-se muito mais do que quando estão limitados a atendimentos dentro de consultórios (Garcia, 1997). O autor afirma que a clínica do social deve aliar a atividade, o interesse e a atenção da clínica à subjetividade de cada indivíduo, orientando-se pelo que é possível dentro das particularidades de cada um. Barbier (2002), por sua vez, recorda o conceito de clínica encontrado no dicionário, que vem do grego *kliné*, e se relaciona com o leito do doente, com o que se faz perto do leito do indivíduo, e não somente com livros ou teoria, trazendo a importância de se estar próximo do cliente. Trata-se de um olhar clínico por parte do profissional, de uma presença clínica com caráter interdisciplinar.

[...] os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Estes recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado clínica ampliada. Esta idéia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e tratamento dos transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2004a, p. 17).

Essa clínica traz uma livre abordagem da loucura, um acompanhamento de atos e palavras, uma presença, de uma ajuda àqueles que se encontram em uma experiência insuportável de sofrimento psíquico (Lobosque, 2003b). A autora questiona como operar diante das pessoas em grave sofrimento mental em seus momentos de crise. Mesmo na crise psiquiátrica, a clínica deva ser subordinada a um projeto que não seja psiquiátrico ou psicológico, mas político e social. “A esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio, entre os homens.” (Lobosque, 2003b, p. 21).

Entre as diversas novas terminologias usadas para a clínica da inclusão social que tem viés reabilitativo nos CERSAMs (clínica ampliada e compartilhada, clínica antimanicomial, clínica ampliada, clínica do social, clínica alargada), um ponto em comum é a compreensão mais ampla do processo saúde/doença e a valorização da participação ativa dos indivíduos em suas próprias vidas e escolhas. Apesar de os autores Abou-Yd e Lobosque (1998) afirmarem não existir uma formação para a clínica que se exerce em CERSAMs, reconhecemos a importância da formação em saúde mental e da formação continuada para fazer clínica e repensar o processo.

A cartilha sobre Clínica Ampliada da Política Nacional de Humanização (PNH) (Ministério da Saúde, 2004b) enfatiza a intersectorialidade e toda essa discussão sobre a atitude clínica. Isso quer dizer que os profissionais devem reconhecer os limites de seu conhecimento e das tecnologias, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, sempre seguindo um compromisso ético. Outro aspecto fundamental da Clínica Ampliada é a produção de vida, a capacidade dos profissionais de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a se transformar, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver o que quiser em sua vida. Traz ainda a importância da *escuta*⁴ e do estabelecimento de vínculos. Assim sendo, entendo a diretriz da clínica ampliada como sendo uma síntese da PNH do SUS, promovendo o protagonismo dos usuários.

Belo Horizonte (1997) afirma haver uma clínica específica no CERSAM, uma clínica que tem sido inventada e conceituada desde a sua criação, atravessada por muitos saberes e composta por uma multiplicidade de atos heterogêneos. Dirigir uma pergunta, medicar, registrar em prontuário, fazer um corte de cabelo, acolher uma emergência, ir ao cinema, entre várias outras ações, indicam a variedade dos procedimentos da equipe e nos empurram constantemente a procurar formas inéditas de intervenção.

Contrapondo a essa visão de Clínica Ampliada, assim como as demais, Greco (2011) questiona se todos os procedimentos com fins terapêuticos que envolvam as pessoas em sofrimento mental podem ser chamados de “clínica”. Ele afirma que os profissionais *psi*, que reconhecem a necessidade de abrir mão da exclusividade no trato com a loucura, não precisam renunciar a seu papel e diluir sua especificidade.

⁴ Na cartilha, o termo *escuta* indica uma postura profissional em um ambiente acolhedor, em que o saber do usuário é valorizado, e com isso facilita a sua compreensão e participação em seu próprio processo de saúde/doença.

“... todo profissional que lida com os loucos – um artista, por exemplo – está necessariamente fazendo *clínica*?” (p. 10). Defende que “o lugar da clínica deve ser aquele da *circunscrição*” (p.10), de usuários ativos e com seus próprios saberes. Circunscrição ética da história do usuário, do sentido do desencadeamento de suas crises, do acompanhamento ininterrupto dos efeitos das intervenções calculadas e daquelas inesperadas que acontecem no seu ambiente de tratamento, da resposta individual às intervenções químicas, das suas palavras e dos seus atos, da sua posição diante do que se fala dele e de sua doença, daquilo que lhe é absolutamente próprio e intransferível.

No CERSAM, todos os profissionais da equipe multi e interdisciplinar assumem papéis em comum (como referenciar casos clínicos, dar plantões e fazer acolhimentos), mas cada um tem a sua profissão e a sua especificidade dentro do serviço. A equipe atua dentro e fora da unidade. Com essas intervenções existe um objetivo a ser alcançado, são intervenções pensadas e criadas de acordo com a demanda do usuário. A equipe, ao fazer clínica, valoriza o saber do usuário e da comunidade onde está inserida, buscando a inserção social e as possibilidades de reabilitação do mesmo.

Esta dissertação buscará compreender e discutir a complexidade do tratamento baseado nas premissas da reabilitação psicossocial, e trará um caso clínico de uma usuária do CERSAM. Buscar-se-á compreender especificamente o processo de reabilitação psicossocial no CERSAM através dos conceitos e teorias sobre cotidiano assistencial e pessoal. O próximo subitem, que está incluído nesta introdução, trará parte da história da política da saúde mental brasileira e da criação dos CAPS/CERSAMs. Até que os CERSAMs, como são chamados os CAPS mineiros, fossem criados como serviços substitutivos aos hospitais e encaixados dentro do novo entendimento sobre saúde mental trazido pela Reforma Psiquiátrica, houve uma trajetória de movimentos sociais e políticos que influenciaram as redes de saúde mental municipal e nacional, o que será discutido a seguir.

O Capítulo 2 trará a delimitação e a trajetória da pesquisa, discutindo, sobretudo, os aspectos metodológicos. Trará também os objetivos gerais e específicos da pesquisa, assim como os motivos que remetem aos propósitos da Psicologia Social

e da linha de pesquisa *Política, Participação Social e Processos de Identificação*. As três fases da pesquisa foram: fase exploratória, fase de trabalho de campo, e de tratamento e análise do material empírico. Na fase de campo, foram feitas sete entrevistas com uma usuária do CERSAM, utilizando-se do método história de vida.

No Capítulo seguinte, o terceiro, chamado *A rede de saúde mental de Belo Horizonte e seu cotidiano reabilitativo*, é explicado o Movimento da Luta Antimanicomial e como ele colaborou com a criação e desenvolvimento da rede de saúde mental municipal. Em seguida, situa-se a Regional Leste de Belo Horizonte e suas características, no subitem *A Regional Leste e seu CERSAM*. Como o caso clínico a ser apresentado está em acompanhamento no CERSAM Leste, é imprescindível entendermos o contexto da unidade de saúde e da Regional.

Por isso, também o capítulo seguinte é *Cotidiano Institucional*, com os subitens *Entendendo o conceito de cotidiano* e *Entendendo o cotidiano no CERSAM*. O primeiro traz uma revisão bibliográfica do conceito de cotidiano, que irá contribuir para o entendimento do caso clínico a seguir. O segundo traz o cotidiano no CERSAM, suas dificuldades e impasses, e as saídas inventadas pela equipe para criar um cotidiano possível de se trabalhar.

O capítulo *Reabilitação Psicossocial* agrega à dissertação a discussão teórica sobre o assunto, trazendo modelos teóricos e seus autores. Traz a legislação que remete à reabilitação psicossocial, e no subitem *Inclusão social como reinserção* traz a discussão da inclusão e inserção social das pessoas em sofrimento mental, ligados à reabilitação.

Em seguida virá o estudo de caso da usuária do CERSAM, no capítulo *Estudo de Caso*. Nos dois subitens *Informações do prontuário* e *Os encontros com a usuária* trazem a história de vida de Irene, contada por ela própria e os dados colhidos do prontuário. A usuária foi escolhida pela equipe do CERSAM para participar da pesquisa por considerada pela equipe como um caso bem-sucedido.

O Capítulo 7, *O CERSAM Reabilita* contribui com a discussão ligando a teoria estudada à história de vida de Irene, a usuária escolhida pela equipe, que se prontificou a participar dessa pesquisa. Discute os benefícios do tratamento em um serviço substitutivo ao manicômio e suas limitações.

Concluindo a dissertação, o capítulo *Reabilitação psicossocial: uma história de vida* levanta alguns questionamentos sobre o tema e abre pauta de discussão e de

novas pesquisas, sobre o desafio de se construir um conceito mais ampliado de reabilitação psicossocial.

1.1 A história e os CERSAMs

Em 1999, aconteceu a *Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências*⁵, com objetivos de prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências mentais ou físicas, e promover sua integração à sociedade. Foi a primeira convenção internacional que tratou especificamente dos direitos de pessoas em sofrimento mental (Amarante, 1995).

Em 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos elaborou uma *Recomendação sobre a Promoção e Proteção dos Direitos Humanos de Pessoas com Deficiências Mentais*, recomendando que os países ratificassem essa Convenção. A Recomendação também orientava que os estados promovessem e implementassem, mediante legislação e planos nacionais de saúde mental, a organização de serviços comunitários de saúde mental a fim de obter a plena integração de pessoas em sofrimento mental à sociedade. No texto, o termo *deficiência mental* é apresentado como uma alternativa ao termo *doença mental*, não sendo sinônimos, mas o termo *deficiência mental* engloba as pessoas com transtorno mental.

A *Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina*, em 1990, gerou a *Declaração de Caracas*, que trouxe implicações importantes para a estrutura dos serviços de saúde mental. Ela estabeleceu a política e as diretrizes, em acordo com a tendência mundial de atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa tendência permanece atual.

5 O *Estatuto Nacional do Portador de Deficiência* de 2006 define deficiência como sendo toda restrição física, intelectual ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer as atividades essenciais da vida diária e/ou atividades remuneradas, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social, dificultando sua inclusão social. Já o termo utilizado nessa pesquisa - pessoas em sofrimento mental - diz respeito ao adoecimento psíquico do sujeito, sendo a saúde mental dos sujeitos um direito do cidadão.

A Declaração de Caracas afirmou que as internações em hospitais psiquiátricos isolavam os clientes de seu ambiente, e que colocavam em risco os direitos humanos dos mesmos. Visava incentivar a criação de serviços de saúde mental integrados e de base comunitária, propondo uma reestruturação da atenção psiquiátrica existente na época. Afirmou que os recursos, a atenção e o tratamento para pessoas em sofrimento mental deviam salvaguardar sua dignidade e seus direitos humanos, fornecer tratamento apropriado, e empenhar-se para mantê-las em suas próprias comunidades. Propôs que a legislação de saúde mental deveria salvaguardar os direitos humanos e que os serviços de saúde deveriam ser organizados de modo a garantir a aplicação desses direitos (OMS, 2005).

A International Classification of Functioning, Disability and Health (OMS, 2001) define deficiência como um termo guarda-chuva para debilidades, limitações de atividade e restrições na participação. Denota os aspectos negativos na interação entre um indivíduo com uma condição de saúde, e fatores contextuais desse indivíduo – ambientais e pessoais (OMS, 2005).

Com o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da *Declaração de Caracas* e pela realização da *II Conferência Nacional de Saúde Mental*, entrou em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS⁶ e Hospitais-Dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Buscando reverter gradativamente o modelo de atenção centrado na internação em hospitais, a OMS (2001) propôs um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária, consolidada em serviços territoriais e de atenção diária. Nesse sentido, a assistência passou a se basear na comunidade, o que trouxe o desenvolvimento de uma gama de serviços em contextos locais que estejam próximo da residência do sujeito. Os CAPS se aproximam do proposto pela OMS por ter a possibilidade de aliar ações de cuidado clínico a programas de reabilitação psicossocial (Leão, 2006).

Foi a partir do surgimento de novos dispositivos de atenção e assistência que diversas associações de usuários, familiares e técnicos, com variadas composições, constituíram-se e se posicionaram favoravelmente em torno da Luta Antimanicomial. Surgiram pequenos núcleos estaduais, principalmente em São Paulo, Minas Gerais

⁶ Núcleos de Atenção Psicossocial

e Rio de Janeiro, constituindo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que lutou pela transformação do sistema de atenção à saúde no final da década de 70. Alguns de seus membros ocuparam espaços em instâncias consultivas e decisórias dos governos federal, estaduais e municipais, e influenciaram na formulação de políticas de saúde do país (Diaz, 2008).

A *Oitava Conferência de Saúde*, em 1986, foi um marco da participação popular na saúde. Essa Conferência não foi um encontro de técnicos e burocratas como vinha sendo até então, tornando-se um evento com participação de partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais e sindicatos. A saúde passou a ser vista como um direito e dever do Estado. A *Primeira Conferência de Saúde Mental*, em 1987, seguiu a mesma direção, recomendando esforços para uma aproximação dos trabalhadores de saúde mental com a sociedade civil. O MTSM ficou próximo das entidades de usuários e familiares, como novo ator social da trajetória da desinstitucionalização.

No final de 1987, realizou-se o *II Congresso Nacional do MTSM*, em Bauru (SP), no qual se concretizou o Movimento de Luta Antimanicomial, e foi construído o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Atualmente, o controle social é exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Com o surgimento de novos serviços de saúde substitutivos aos hospitais, a proposta então passou a ser acompanhar os usuários em seus contextos e relações cotidianas, reconhecendo os recursos institucionais e comunitários presentes no território, e criando múltiplas formas de interação que sustentem e promovam novas possibilidades de vida. O tratamento e a atenção passaram a ser específicos e individualizados, em serviços variados que atendam às necessidades e seus clientes. Pode-se pensar em instituições de *portas abertas*, com duplo movimento, para dentro e para fora do serviço (Nicácio & Campos, 2005). Para Alverga e Dimenstein (2005), trata-se de ir além do que a mera construção de novos serviços, e sim de efetivar uma mudança de paradigma: a construção de um novo modo de atenção psicossocial.

Os CAPS passaram a figurar como instituições emblemáticas no processo de deslocamento do modelo assistencial do manicômio para o território (Alverga & Dimenstein, 2005). Os serviços substitutivos são definidos na leitura de Amarante e

Torre (2001) pela operacionalização de rupturas com o modelo manicomial e a negação de seus referenciais, abrindo a possibilidade da construção cotidiana de outros parâmetros, saberes, práticas e relações com a loucura.

A criação de novos serviços de saúde mental não significa necessariamente a transformação da lógica manicomial e da forma de compreender e praticar a atenção à saúde. Como alerta Oliveira (2000), pode-se correr o risco de se desenvolver práticas antigas com nova roupagem, seja por desconhecimento dos profissionais, seja pela filosofia de serviço:

Para que, de fato, um serviço desenvolva práticas ancoradas na reforma psiquiátrica, é preciso que essas instituições se configurem enquanto produção de saberes, de convivência, de invenção da saúde, respaldadas em um novo paradigma, compreendendo o doente como sujeito, com necessidades, com capacidades, com possibilidades, com desejos e com direitos, abandonando a relação com o doente perigoso e incapaz, como sujeito fora de si, passando a relacionar-se com o cidadão. (p. 58)

Os CAPS, ou os CERSAMs mineiros, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foi o surgimento desses serviços que passou a indicar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (Ministério da Saúde, 2005).

Esses serviços são os articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental em um determinado território, pois são eles os responsáveis por regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, e dar suporte à rede básica. Têm por objetivo oferecer às pessoas em sofrimento psíquico um tratamento que alia o acompanhamento clínico e os cuidados de reinserção social de seus usuários por meio do acesso ao lazer, ao trabalho, ao auto cuidado, ao exercício dos direitos civis, bem como à construção e ao fortalecimento dos laços comunitários e familiares (Ministério da Saúde, 2004a).

As ofertas desses serviços, de acordo com Saraceno (1999), apresentam proposições que vão ao encontro dos conceitos preconizados pela reabilitação psicossocial. O Ministério da Saúde também traz o conceito de reabilitação psicossocial relacionado aos CAPS, que avançam em direção à construção de um outro modelo de atenção, em substituição aos serviços hospitalares psiquiátricos que têm por objeto de intervenção o sofrimento mental e a pessoa em seu contexto de vida. O projeto do CAPS apresenta como preocupação central o "sujeito e sua

singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana" (Ministério da Saúde, 2004a, p. 14).

Em 1987, surgiu o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo. Paralelamente, no município de Santos, iniciou-se um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, onde os pacientes sofriam de maus-tratos, com registro até de mortes. Com a repercussão nacional dessa intervenção, houve possibilidade de construção de uma rede extra-hospitalar para substituir os hospitais psiquiátricos, sendo criados em Santos, os NAPS, as cooperativas, e as residências terapêuticas para abarcar os egressos dos hospitais (Ministério da Saúde, 2005).

Os CERSAMs⁷ nasceram de outras iniciativas, como as de Trieste (Itália), com a proposta de ser um serviço substitutivo. São entendidos como CAPS III, serviços abertos, sendo referência para crise psiquiátrica em uma rede de dispositivos também substitutivos, à qual devem estar bem articulados (Amarante & Torre, 2001).

Lembramos que, atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM 336/02 do Ministério da Saúde, que, para o atendimento de pessoas em sofrimento mental severo e persistente, estabeleceu três modalidades de serviços de acordo com a complexidade e a abrangência populacional (Ministério da Saúde, 2005):

- a) CAPS I: capacidade operacional de atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.
- b) CAPS II: capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h.
- c) CAPS III: capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas por dia, sete dias na semana.

Dependendo da modalidade de CAPS/CERSAMs, os recursos humanos podem variar, mas a assistência prestada inclui as mesmas atividades, entre elas: atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação,

⁷ Apesar de a normatização nomear os serviços como CAPS, em Belo Horizonte são nomeados de CERSAMs.

terapêutico); atendimentos em grupos, atendimentos em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento às famílias; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (Ministério da Saúde, 2004).

A portaria ainda atribui que os CAPS realizem prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, voltados, “prioritariamente ao desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial” (Pitta, 1994, p. 649), e que funcionem em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Para Ministério da Saúde (2004a), os objetivos desses serviços são oferecer cuidados clínicos e fomentar a inserção social, pelo acesso ao trabalho, aos direitos e pelo aumento e fortalecimento da rede social dentro do contexto de vida do usuário.

Sampaio e Santos (2001) apontam como características dos CAPS a integração a sistemas primários e secundários de atenção à saúde, atuando na promoção da saúde e na produção de qualidade de vida; a acessibilidade local e integração a sistemas de políticas sociais; a prática multiprofissional interdisciplinar com redução da hierarquia entre técnico e usuário, articulando os saberes dos usuários e dos técnicos de diferentes profissões e os projetando para fora da unidade; o processo de supervisão para administrar e criticar problemas de diversas ordens; e a multiplicidade de práticas e crítica às práticas através de pesquisa sistemática, mostrando que nos CAPS não existe uma única teoria certa e um único tratamento científico, e sim uma multiplicidade de saberes. “O CAPS se reinventa sempre” (Sampaio & Santos, 2001, p. 128). A construção desses serviços aponta para uma nova cultura, com um “cotidiano que fala da vida, da criação, da miséria, da política, da transformação do papel dos técnicos, do encontro/desencontro com familiares, e da aproximação com organizações” (Nicácio & Campos, 2004)

Assim, foi colocada em discussão a restituição dos direitos, a complexidade das necessidades, as possibilidades das pessoas acometidas pelo sofrimento mental, bem como a finalidade da instituição psiquiátrica em relação à estrutura social (Nicácio & Campos, 2005). Dessa forma, a proposta no processo de tratamento é deslocar o olhar para a "existência sofrimento" em relação ao corpo social. A finalidade desse processo é a "invenção de saúde" e a "reprodução social do

paciente", buscando a sua autonomia, a produção de sentido e de sociabilidade (Rotelli, 2001).

O Movimento de Luta Antimanicomial⁸, desde o final da década de 80, foi um dos mais relevantes fenômenos associativos da sociedade civil brasileira a apoiar esse modelo assistencial e o processo de mudança no campo da saúde mental. Esse assunto não será profundamente explorado nesta pesquisa por não ser esse o objetivo dela. Alguns importantes registros sobre o Movimento estão em Amarante (1994, 1995, 2003), Lobosque (1997, 2003a), Ministério da Saúde (2005), e Lückmann & Rodrigues (2007).

Apesar de essa pesquisa ter sido feita na Faculdade de Ciências Humanas (Psicologia), não há como negar a influência da Terapia Ocupacional, área de formação da autora. Por isso, saliento que os terapeutas ocupacionais participaram das propostas de atenção às pessoas em sofrimento mental grave desde os primórdios da criação da profissão no Brasil, na década de 60. Foram ativos na Luta Antimanicomial e na construção de novos serviços e iniciativas que decorreram desse movimento, que norteia as atuais políticas públicas de atenção em saúde mental no Brasil. Participaram igualmente das experiências pioneiras de criação do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e da criação de serviços territoriais (NAPS), em Santos, durante o final dos anos 80.

Essas novas ideias e práticas passaram a fazer parte da formação dos terapeutas ocupacionais, da sua prática assistencial e da sua produção científica, com clara postura a favor da Reforma Psiquiátrica e do atual modelo de atenção em saúde mental (Juns & Lancman, 2011).

Até a década de 70, a terapia ocupacional na área da saúde mental tinha sua prática voltada à assistência hospitalocêntrica, com a tarefa de ocupar os usuários e manter a ordem da instituição, em um processo de manutenção e organização dos hospitais (Ribeiro & Oliveira, 2005). Com os novos rumos que a saúde mental foi tomando desde os anos 80, a profissão veio se adequando às novas propostas de

⁸ Este Movimento está, atualmente, dividido em dois grandes blocos – o Movimento de Luta Antimanicomial e a Rede Internúcleos. Ambos se organizam através de núcleos articulados em forma de redes que tem projeção nacional. Conquistou espaço, como interlocutores, na gestão da reforma da política de assistência em saúde mental, em diversos níveis, como na comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde e através das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde Mental, que são um importante instrumento de controle social (Nilo, Morais, Guimarães, Vasconcelos, Nogueira & Abou-Yd, 2008).

tratamento fora dos hospitais, e passou a se respaldar nos discursos da reabilitação psicossocial para consolidar sua ação e inserção nos novos equipamentos da rede de serviços substitutivos, de portas abertas (Almeida & Trevisan, 2011). Conseqüentemente, os terapeutas ocupacionais em saúde mental têm sentido necessidade de refletir sobre suas ações, pois o processo de trabalho é constituído de conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói. O mestrado em psicologia social tem sido um espaço interdisciplinar de diálogo e fortalecimento dessa perspectiva. É necessário implementar algumas ações e garantir a qualificação dos profissionais da saúde mental, tendo como diretrizes para as suas intervenções o acolhimento, o vínculo, interdisciplinaridade, a responsabilidade, a integralidade e humanização da atenção, a resolutividade para as demandas dos serviços de saúde, e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e diferentes redes de apoio (Olshowsky, Schrank, Costa & Duarte, 2005)

A experiência da desinstitucionalização italiana trouxe inovações para a profissão no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao assumir como objeto da ação terapêutica o indivíduo e suas necessidades particulares e não a doença e os sintomas. Nesse contexto, a ação terapêutica passou a investir na complexidade da vida cotidiana do sujeito, englobando os aspectos práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais, de forma a produzir movimentos capazes de oferecer suportes, proteção e resolução de problemas (Ribeiro & Oliveira, 2005; Goulart, 2006).

A forma de tratar com a atenção centrada nos usuários requer o desenvolvimento de práticas nos contextos reais de vida, abordando as atividades e as redes de relações que tecem a vida cotidiana, o habitar, o território, o trabalho, a comunicação, o lúdico e a fantasia (Mângia e Nicácio, 2001). As autoras dizem de “projetos para a criação de novos contextos, produção de redes de trocas, invenção de vias para viver na cidade, transformação do cotidiano de vida ou projetos de produção de sentido” (p. 77). As atividades e oficinas terapêuticas existem, portanto, não só como especificidade do terapeuta ocupacional, mas como um recurso para a construção da cidadania dos usuários do serviço, como atividades significativas para esses usuários, uma transição para o alcance da reabilitação psicossocial de caráter interdisciplinar.

Para Castro, Lima e Brunello (2001), a nova direção da prática da terapia ocupacional propõe, então, uma atuação no campo das possibilidades e recursos, de entrada no circuito das trocas sociais.

...o lúdico, o corpo, a arte, a criação de objetos, os estudos e o conhecimento, a organização dos espaços e o cuidado com o cotidiano, os cuidados pessoais, os passeios, as viagens, as festas, as diversas formas produtivas, a vida cultural, são alguns exemplos de temas que referendam, conectam e agenciam experiências, potencializam a vida, promovem transformações, produzem valor. (Castro, Lima & Brunello, 2001, p. 47)

O CERSAM, então, sendo um serviço substitutivo inserido na comunidade de seus usuários, oferece a seus profissionais a possibilidade de focar suas intervenções nos campos reais de circulação social dos clientes. Os terapeutas ocupacionais da equipe, que têm em sua formação a busca do restabelecimento do cotidiano de seus clientes, têm seu trabalho de reabilitação psicossocial facilitado pelo fato de estarem próximos dos contextos reais de vida dos clientes.

2 A DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Cabe situar prioritariamente que o tema pesquisado se constituiu no cotidiano de um percurso profissional integrado à rede de serviços substitutivos de Belo Horizonte. Essa trajetória foi marcada pela experiência sintonizada com um determinado grupo socialmente excluído: as pessoas em sofrimento mental.

O interesse pelo tema da pesquisa surgiu a partir de experiências práticas na saúde mental, nas quais foi possível constatar que o cotidiano dos clientes psicóticos foi alterado durante e após a crise, e que a proposta de tratamento em serviços substitutivos se propõe a ofertar “não somente numa perspectiva clínica, mas pela reabilitação sociocultural dos usuários dos serviços” (Goulart, 2006, p 3).

Foi através das experiências clínicas em dois dispositivos específicos que compõem a rede de atenção em Saúde Mental de Belo Horizonte – o Serviço Residencial Terapêutico e o CERSAM – que surgiu a motivação para esta pesquisa. Esse período de caminhada no CERSAM, que se encerrou na mesma época do fim desta dissertação, consagrou um aprendizado e uma convivência muito íntima e importante para a autora.

Esta dissertação faz parte de um conjunto de iniciativas de pesquisas em desenvolvimento, incluídas em um grande projeto intitulado *Modelos de Reabilitação Psicossocial: Brasil e Itália*, sob coordenação também da orientadora Maria Stella Goulart. Esse projeto envolve, além da coordenadora, alunos do mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (Fafich), alunos de iniciação científica, e alunos da graduação da UFMG. Essas pesquisas possibilitaram a organização do Laboratório de Direitos Humanos e Transdisciplinaridade (LADHT) na Faculdade de Psicologia, que operacionaliza as linhas de pesquisa de alguns grupos.

Trata-se de uma pesquisa de cooperação internacional selada pela UFMG com a Università Degli Studi di Bologna e da parceria com os serviços de saúde mental de Bologna e Belo Horizonte. Como parte metodológica desse grande projeto, têm sido feitos desde o início de 2012 reuniões e encontros com a coordenação municipal de saúde mental, com os gerentes e equipes dos Centros de Convivência municipais, e com os residentes da Residência Multiprofissional da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH)/Hospital Odilon Behrens. Nesses encontros acontecem as discussões teóricas, metodológicas e práticas para se formatar a pesquisa citada acima, que

está sendo desenvolvida na rede pública municipal. Enfim, trata-se de um conjunto de pesquisas, em que uma pesquisa maior engloba algumas outras pesquisas de mestrado e de iniciação científica.

Os terapeutas ocupacionais parecem ter agregado ao seu discurso o termo “cotidiano”, que faz parte de um leque de áreas de intervenção da profissão. No entanto, apesar de o termo ser tão utilizado, qual é o seu sentido amplo, indo além de meras atividades rotineiras? No sentido comum do termo, pode-se associá-lo somente a atividades do dia a dia, feitas quase automaticamente e sem reflexão. Que cotidiano é esse que os profissionais falam? Como compreender o cotidiano de trabalho em um serviço substitutivo em sua complexidade e sentidos? Quais são os efeitos das intervenções do CERSAM no cotidiano de seus usuários? Pensando nessas questões relacionadas ao termo, surgiu o interesse em estudá-lo relacionando-o com a reabilitação psicossocial.

Cotidiano deve ser compreendido a partir do contexto histórico-social, da cultura, e dos processos de subjetivação do mundo contemporâneo (Galheigo, 2003). No senso comum, falar em cotidiano nos leva a pensar nas rotinas, nas atividades banais do dia a dia. No entanto, pensar em cotidiano baseando-se em um prisma analítico e teórico implica em uma discussão mais profunda. Segundo Heller (2000), é descobrir o incomum no repetido. Esse conceito será explorado mais adiante e sua centralidade foi bastante problematizada ao longo da pesquisa.

Esta pesquisa pretende contribuir à prática de atenção e reabilitação em saúde mental aliando reflexões teóricas à prática empírica em desenvolvimento, consolidando experiência e aproximando os conhecimentos da Universidade aos da prática clínica. Pensar em uma prática é algo tão difícil e tão necessário quanto exercê-la precisamente. É um trabalho de diálogo, de interfaces entre a Universidade e a equipe do serviço de saúde mental. A ampliação de horizontes de discussão pode gerar posicionamentos mais criteriosos, reflexivos e sistemáticos, para a sustentação dos projetos reformistas em desenvolvimento em Belo Horizonte e no país. Saraceno (1999) já dizia que a reabilitação psicossocial é uma prática à espera da teoria. Além disso, contribuirá para a rede de saúde mental municipal, no sentido de construir documentação, memória e oportunidade de reflexão.

Buscar-se-á, nesta dissertação, compreender especificamente o processo de reabilitação psicossocial no CERSAM através dos conceitos e teorias sobre cotidiano assistencial e pessoal, afetado e afetável como instrumento de construção

social e de cidadania. Será analisado um caso clínico grave, mas bem-sucedido do ponto de vista da equipe que o acolheu, com perspectivas de produção da reabilitação. A escolha da prática reabilitativa do CERSAM não tem como objetivo a realização de uma avaliação do serviço ou de seu alcance terapêutico. Trata-se de estudar um caso clínico e entender a complexidade desse caso, abrindo pautas e discussões sobre a reabilitação psicossocial e o cotidiano dos usuários e serviços. A escolha desse tema procurou atender aos critérios colocados por Eco (2008): que o tema seja de interesse, que as fontes de consulta e materiais sejam acessíveis e manejáveis, e que o quadro metodológico da pesquisa esteja ao alcance da experiência do mestrando.

Reabilitação psicossocial e cotidiano remetem aos propósitos da psicologia social e da linha *Política, Participação Social e Processos de Identificação* por compreenderem o cotidiano como uma construção pessoal e individual na prática social, ligado a questões culturais, pessoais, e sociais. “... acredita-se que é o estudo das práticas sociais, que atravessam o cotidiano, que possibilita a compreensão da realidade social e abre as portas para sua transformação” (Galheigo, 2003, p. 106).

Os objetivos gerais da pesquisa e da dissertação foram:

- a) investigar como o processo de reabilitação psicossocial oferecido pelo CERSAM transforma o cotidiano da pessoa em sofrimento mental em situação de crise psiquiátrica;
- b) qualificar, de modo sistemático, como o tratamento oferecido em CERSAM oferece benefícios à pessoa em sofrimento mental e ao serviço.

Em função dos desafios do primeiro objetivo, se fez necessária a reflexão sobre o cotidiano assistencial que sustenta a prática reabilitativa. Os objetivos específicos foram inicialmente definidos como:

- a) analisar os aportes teóricos da prática do processo de reabilitação psicossocial em diálogo com a realidade dos serviços substitutivos da rede de saúde de Belo Horizonte;
- b) refletir sobre uma trajetória de tratamento de um usuário acompanhado no CERSAM.

2.1 A trajetória da pesquisa

No contexto da metodologia qualitativa em pesquisa social, emprega-se a concepção segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. O significado e a produção de sentidos estão no centro das discussões qualitativas. (Minayo, 2004; Turato, 2005; Silva, Barros, Nogueira & Barros, 2007).

Torna-se indispensável, assim, saber o que os fenômenos do mal-estar, do sofrimento psíquico e da vida em geral representam para os sujeitos envolvidos na pesquisa. “O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (Turato, 2005, p. 510). Para o pesquisador, seguindo essa metodologia, seu interesse se volta para a busca de significados de fenômenos, manifestações, ideias, vivências, sentimentos, que representam e dão molde à vida das pessoas.

O método tem força no rigor da validade dos dados coletados e não requer representação estatística em relação à população, já que a observação dos sujeitos - por ser acurada, e sua escuta em entrevista - por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador para bem próximo da questão em estudo.

Entendemos com Minayo (1994) que o ciclo da pesquisa se faz por um processo de trabalho em espiral, que começa por uma fase exploratória, seguida pelo trabalho de campo, e finalizada com o tratamento do material recolhido.

A primeira é a fase exploratória, quando o pesquisador se prepara para entrar em campo, definindo o objeto, teórica e metodologicamente, criando hipóteses, descrevendo os instrumentos de trabalho, estabelecendo o cronograma e traçando os procedimentos para a definição do espaço e da amostra. Essa fase tem, nesta dissertação, como aspecto metodológico central a vertente dos conceitos e das ideias sobre reabilitação psicossocial e cotidiano. Isso implicou em fazer uma pesquisa teórica, através de uma revisão e sistematização bibliográfica, sobre a evolução dos conceitos e suas implicações.

A segunda fase é o trabalho de campo, que combina os instrumentos de observação, comunicação e levantamento de dados. O trabalho de campo realizado privilegiou a abordagem clínica, pois se trata de ir além da investigação conceitual

teórica propriamente dita, abrindo pauta de discussão e de pesquisa através de um estudo de caso único, utilizando-se do método história de vida, com indicadores que se delinearam a partir do esforço de revisão da literatura. Para Minayo (2004), a fala é reveladora de condições de vida e da expressão de valores e crenças. Nas entrevistas com a usuária do CERSAM estudado, foi dado a ela a possibilidade de falar e se expressar o mais livremente possível.

O método de história de vida começa a partir do desejo do entrevistado de contar sua vida. Um estudo de um caso clínico é o estudo de eventos dentro de seus contextos na vida real (Yin, 2005). Na pesquisa qualitativa, não há determinação prévia do número de entrevistas. Propõe-se o ponto de saturação, que surge a partir de certo número de entrevistas, quando o pesquisador tem a impressão de já não apreenderá nada de novo no que se refere ao objeto de estudo, ou quando o entrevistado demanda a interrupção (Santos & Santos, 2008). A coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2012. A duração dos sete encontros com a usuária variou, indo de 35 minutos a 1 hora.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi ofertado à usuária em linguagem simples e bem explicado. Entre as condições do Termo, está a garantia de sigilo do participante. Isso facilitou a livre expressão de ideias e opiniões da usuária acerca da temática. O nome da entrevistada e de suas filhas foi trocado, a fim de resguardar sua identidade.

Antes de enviar o projeto ao Comitê de Ética⁹, o projeto de pesquisa foi cuidadosamente discutido com a coordenação de saúde mental de Belo Horizonte em três reuniões. Depois disso, ele foi submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte e da UFMG.

A terceira etapa foi a análise e tratamento do material empírico e documental, quando ocorreu a compreensão e interpretação dos dados levantados no trabalho de campo, articulando com a teoria e ampliando a discussão sobre o tema da reabilitação psicossocial. As gravações foram escutadas atentamente várias vezes, para que fossem apreendidos informações e significados que não aparecem na primeira escuta. Foi identificado o que poderia ser considerado como indicador do processo reabilitativo, em uma análise temática com atenção clínica. “O tema é a

⁹ O projeto com número do CAAE 05032412.0.0000.5149, obteve a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da UFMG e da PBH com número do parecer 163.748.

unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 1979, citado por Minayo, 2004, p. 208).

A escolha do caso aconteceu em reunião de equipe, juntamente com os demais profissionais do CERSAM, seguindo o critério de ser um caso único, grave e estabilizado, considerado bem-sucedido no tratamento. Estavam presentes na reunião onze profissionais da equipe, entre eles terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente social, três estagiários e o gerente da unidade.

Essa usuária foi escolhida a partir das relações já desenvolvidas pelo pesquisador no contexto do CERSAM, de acordo com seu desejo de participar. O convite foi feito no pátio da unidade, em um dia em que a usuária estava em permanência-dia. Foi uma conversa, quando se explicou a pesquisa à usuária, o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido foi lido e explicado, e o convite da participação foi feito.

Para Yin (2005), o que torna um estudo de caso atraente é que o mesmo seja significativo, completo, que considere perspectivas alternativas, apresente evidências suficientes, e seja elaborado de maneira atraente. Barbier (2002) diz que a abordagem clínica é expressa através da história de um caso significativo. O escolhido foi significativo por ter sido um caso em que a cliente, após muitos anos trancafiada em um hospital psiquiátrico, conseguiu sair e se inserir em um tratamento na rede substitutiva, transformando-se em uma pessoa capaz de retomar sua própria vida e suas próprias escolhas.

O método história de vida procura elaborar a articulação entre o social e o psicológico a partir da trajetória social individual e a inserção na trama familiar e social. Silva, Barros, Nogueira e Barros (2007) reforçam a relevância do método, sua credibilidade, validade e força. O método funciona como uma possibilidade de acesso do indivíduo (e à realidade que lhe transforma e é por ele transformada) “pelo interior”, na busca da apreensão do vivido social, das práticas do sujeito, “por sua própria maneira de negociar a realidade onde está inserido” (Barros e Silva, 2002, p.136). Ao lembrar e rememorar, o usuário reconstrói e elabora hoje as experiências vividas, e quando se volta para o passado, pensa a sua atualidade. “... a vida vai sendo revisitada pelo sujeito” (Silva, Barros, Nogueira & Barros, 2007).

Através da história de vida, pode-se captar o que acontece na intersecção do individual com o social, assim como permite que elementos do presente se fundam a

evocações passadas. Podemos, assim, dizer que a vida olhada de forma retrospectiva faculta uma visão total de seu conjunto, e que é o tempo presente que torna possível uma compreensão mais aprofundada do momento passado.

Outra vantagem constatada no uso da história de vida é a possibilidade de que os relatos colhidos favoreçam uma nova construção histórica e uma ressignificação do percurso, que poderá acrescentar ou mesmo se opor à história oficial, resgatando, assim, a voz, a análise e a visão de grupos minoritários e excluídos, como é o caso das pessoas em sofrimento mental. A entrevista oral de história de vida permite pôr em ordem, dar sentido e coerência, compreender e ressignificar as próprias experiências, muitas vezes fragmentadas ou mal elaboradas. Essa é uma possível dimensão terapêutica proporcionada pelo método história de vida. Marilena Chauí (1973, p. 20) afirma: “lembrar não é reviver, é re-fazer”.

Para os Cadernos da Mostra de Arte Insensata (2012), é através das palavras que entramos em contato com nós mesmos e com os outros. “Na vida e na clínica, tais encontros podem ocasionar mudanças e subversões; podem nos fazer achar caminhos e inventar saídas.” (p.8). No método história de vida, os fragmentos dos depoimentos não devem ser utilizados de forma isolada. É só a partir do significado atribuído pelo usuário à sua história de vida que o pesquisador pode determinar a orientação teórica do estudo.

A história de vida é extraída de uma ou mais entrevistas denominadas entrevistas prolongadas, nas quais a interação entre pesquisador e pesquisado se dá de forma contínua. A situação pode ser assim descrita através das palavras de Thiollent (1982, p. 24): “o entrevistador se mantém em uma ‘situação flutuante’ que permite estimular o entrevistado a explorar o seu universo cultural, sem questionamento forçado”. Entrevistas são tomadas na sua totalidade, compondo um discurso único de singular.

A relação entre pesquisador e pesquisado é de cordialidade, cumplicidade e confiança, constitui-se de momentos de construção, diálogo de um universo de experiências humanas. No âmbito das representações e da produção de sentido, as entrevistas são tratadas como encontros sociais, nos quais conhecimentos e significados são ativamente construídos no próprio processo da entrevista. Entrevistador e entrevistado são, naquele momento, co produtores de conhecimento. Participação, nesse nível de interação, envolve ambos em um trabalho de produção

de sentido, trabalho no qual o processo é tão importante para a pesquisa como os sentidos produzidos como resultado.

Foi importante a inserção do pesquisador no campo para entrevistar o usuário, discutir com a equipe, e fazer uma análise de seu prontuário disponível no serviço. Segundo Yin (2005), o ideal é que se utilize mais de uma fonte de evidências, como a análise de documentos, observação participante, registros em arquivos, entrevistas. Para ele, estudos de casos surgem do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, ou seja, é uma estratégia de pesquisa abrangente, que permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. A narrativa da usuária foi livre, e ela determinou o melhor local e horário para a realização das entrevistas.

Riscos existem em qualquer relação humana, assim como na aplicação de entrevistas e protocolos, na apresentação de casos ou em qualquer outro contato relacional. No entanto, para se evitar qualquer risco no desenvolvimento desta pesquisa, houve cautela, delicadeza e zelo nas entrevistas e no contato com a usuária preservando o bem-estar dela. Além disso, como ambos – usuária e entrevistadora – já se conheciam anteriormente do ambiente de trabalho do CERSAM, já existia alguma relação minimamente estabelecida, baseada nas características acima descritas. O método história de vida oferece mais benefícios ao usuário que riscos, segundo os autores Gonçalves e Coelho (2008) e Silva, Barros, Nogueira e Barros (2007).

Como é o pesquisador que entrará no mundo do usuário, é ele quem precisa se preparar e atentar para seu próprio comportamento. Para o autor Yin (2005), um bom pesquisador de estudo de caso deve ser um bom ouvinte e não ser enganado por suas próprias ideologias e preconceitos, deve ser imparcial, adaptável e flexível, e ter uma noção clara das questões que estão sendo estudadas. O entrevistador, situado no mesmo nível do entrevistado, deverá abrir mão de seus conceitos e deixar que o outro fale a partir de si, seus valores e sua história. O método história de vida dá oportunidade aos pesquisadores aprenderem a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar. Isso implica em tê-lo como um parceiro, como alguém que é ativo no estudo e que reflete sobre sua própria vida.

Há que se considerar também que as lembranças recuperadas libertam poderosos sentimentos, podendo provocar lágrimas, raiva ou suscitar um trabalho clínico específico. Diante dessas ocorrências, caberia ao entrevistador encaminhar o

entrevistado para um acompanhamento com seu técnico de referência. No entanto, essa conduta não foi necessária com a entrevistada, pois esses sentimentos não aconteceram de forma tão intensa. Houve um momento, quando ela contava sobre suas filhas, que se emocionou e ficou com os olhos cheios d'água, mas nada que precisasse da intervenção de sua referência técnica do CERSAM.

O gravador foi utilizado como recurso, sendo fundamental, pois, além de preservar e registrar todos os detalhes da fala da usuária, o aparelho permitiu que o entrevistador prestasse mais atenção no depoimento entrevistado. O artigo de Santos e Santos (2008), em que se propuseram a descrever os procedimentos adotados por 23 teses e dissertações ao utilizar o método história de vida, aponta que todas lançaram mão das gravações e depois da análise temática para discutir os resultados. As entrevistas ficarão guardadas na base de dados da pesquisa, no LADTH/UFMG, para consulta técnica da equipe e interessados.

A transcrição das gravações não foi feita, mas sim o tratamento e a organização do depoimento. As gravações foram escutadas cuidadosamente várias vezes, e em seguida foi feita a organização do material, sua sistematização e condensação. Optou-se pela não reprodução do texto literal, e sem das sínteses de cada encontro. À medida que se foi escutando as gravações, novas informações e significados foram aparecendo. A análise de uma entrevista biográfica tem por objetivo explicitar as informações e os significados pertinentes nela contidos (Santos e Santos, 2008).

Antes da defesa da dissertação, a mesma foi entregue à entrevistadora para que ela validasse o texto e seus relatos. A participante pediu poucas modificações e autorizou a marcação da defesa com o texto atual.

3 A REDE DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE E SEU COTIDIANO REABILITATIVO

Começamos com um pouco de história psiquiátrica mineira. “Sabemos que a especificidade do Movimento Antimanicomial residiu em sua capacidade de promover uma peculiar aliança entre os profissionais de saúde mental e sua clientela, se tornando um *movimento social* de profissionais do campo da saúde mental” [grifos do autor] (Goulart, 2004, p. 61). A luta comum foi por direitos humanos, revelando a dimensão eminentemente política da relação contratual que se estabelece entre as instituições psiquiátricas e a sociedade.

Lembremos que o nosso contexto, até a década de 70, era de repressão às formas de associação e participação, típicas de um regime de ditadura militar. Paralelamente, ocorria a luta por anistia e revitalização da sociedade civil brasileira, com o ressurgimento dos movimentos de protesto, a multiplicação dos movimentos sociais, a reorganização da sociedade política. Configurava-se também a crise previdenciária, que já não suportava concretamente os custos do sistema psiquiátrico privado, em franco crescimento, e estava resistente à fiscalização pública e descompromissada com a clientela que acolhia (Goulart, 1993; 2006). A assistência pública era segregadora e operava com enormes estruturas asilares que acolhia os chamados *crônicos*, ou seja, doentes cujos quadros psicopatológicos eram considerados irreversíveis e irremediáveis. Além disso, agonizava por falta de recursos, apesar das pontuais iniciativas de reformas que, eventualmente, se esboçavam, não raro por pressão do corpo técnico que se organizou desde 1978, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e o Movimento Sanitarista (Amarante, 1995).

Em Minas Gerais, o Movimento da Luta Antimanicomial teve sua origem em 1979. Em 1987, foi lançado no Brasil pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que remeteu a sociedade à discussão sobre a loucura, o sofrimento mental, a psiquiatria, os manicômios, além de criar na prática novas formas de assistência (Nilo, Morais, Guimarães, Vasconcelos, Nogueira & Abou-Yd, 2008).

Em 1982, Minas Gerais teve alguns membros do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) convidados a ocupar cargos de direção e gestão, o que

facilitou que o cenário político ficasse favorável para mudanças no modelo assistencial da saúde mental, e possibilitando intervenções em alguns manicômios. Na época, a gestão da saúde mental se orientou pelos seguintes princípios: interrupção do fornecimento de leitos psiquiátricos e controle das internações, aumento da rede ambulatorial com um trabalho interdisciplinar, regionalização dos serviços de saúde, introdução dos conceitos de reinserção social e humanização. (Silva, 2005).

Em 1989, aconteceu o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos. Em 1990, ocorreu a Conferência de Caracas, na Venezuela, que discutia a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina. Os anos 90 consolidaram os princípios de democratização inerentes ao projeto de mudança em construção. A descentralização promovida através do Sistema Único de Saúde (SUS), associada a variáveis de política local, permite o desenvolvimento de ações alternativas e, num segundo momento, substitutivas ao modelo asilar ou centrado no hospital psiquiátrico.

Nas eleições de 1992 de Belo Horizonte, foi eleito como prefeito o candidato da Frente BH-Popular, coligação que prometia alterar os rumos da assistência à saúde na cidade. Muitos trabalhadores de saúde mental foram chamados a ocupar cargos, incluindo a condução da área de saúde mental e a Secretaria Municipal de Saúde. Era grande o número de trabalhadores da saúde mental nos serviços da prefeitura (Metipolá, 1997).

O sistema idealizado pelo novo governo municipal passou a considerar que o usuário fosse um agente ativo, não um mero receptor do que lhe era ofertado, e o controle e a representação popular passaram a fazer parte da política. A distritalização foi uma das estratégias adotadas, atendendo a um dos princípios do SUS: a descentralização das ações (Silva, 2005).

Em 1993, na capital mineira, o governo iniciou um diálogo intenso com o Movimento Antimanicomial. A política local de saúde mental foi construída a partir dessa escolha de interlocução, contando com o apoio político de suas lideranças e militâncias.

Desde então, a Secretaria Municipal de Saúde vem criando diversos serviços territorializados, articulados em uma rede de saúde mental espalhada pelas regionais da cidade (Nilo, Moraes, Guimarães, Vasconcelos, Nogueira & Abou-Yd,

2008). A distritalização da saúde chegou aos serviços, baseada em critérios como territorialidade e seus índices epidemiológicos. Os distritos sanitários, coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde, passaram a ser responsáveis pelo gerenciamento do sistema de saúde em seu território.

O município criou nove regionais: Barreiro, Centro-Sul, Norte, Nordeste, Noroeste, Oeste, Leste, Pampulha e Venda Nova. Às unidades de saúde coube a responsabilidade pela saúde dos moradores de sua área de abrangência, baseando-se em base territorial-populacional, com conhecimento epidemiológico de cada território (Silva, 2005).

Marcos importantes dos avanços obtidos em Minas Gerais foram as aprovações das Leis Estaduais nº 11.802 de 1995, e nº 12.684 de 1997. Ambas preconizavam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços abertos e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade das pessoas em sofrimento mental, buscando a reintegração social dos pacientes. Posteriormente, a aprovação da Lei nacional nº 10.216, em 2001, veio a fortalecer e referendar a legislação estadual.

A trajetória da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte tem sido marcada pela luta pela desconstrução do modelo hospitalocêntrico, com instâncias de controle social do SUS e da política, e com intensa participação dos trabalhadores de saúde mental. A proposta de implantação do primeiro CERSAM foi sugerida em 1991, no *Seminário sobre Urgências Psiquiátricas*. Esse CERSAM – o da regional Barreiro – foi efetivado em 1993, com a proposta de atender aos casos graves e às crises. Foi escolhida essa regional porque vinha de lá o maior número de internações psiquiátricas na cidade (Souza, 2008).

O objetivo desses serviços é o atendimento de casos de urgência e acompanhamento intensivo de crises cujas características não sejam compatíveis com o atendimento nas Unidades Básicas. Ou seja, casos em que o usuário requer uma atenção constante, podendo haver riscos para ele e sua família; quando o convívio sociofamiliar ininterrupto se torna insuportável. A conjugação dos problemas sociais com aqueles de ordem psíquica torna o tratamento nos CERSAMs mais complexo (Abou-Yd e Lobosque, 1998).

Esses serviços produzem novas formas de cuidado e de interação com as pessoas em sofrimento mental pautadas na liberdade, na autonomia, no acesso e no exercício de direitos, propiciadores de itinerários de invenção de um novo lugar

social para a experiência da loucura (Nicácio e Campos, 2004). Amarante (2003) considera que os CAPS devam ser serviços inovadores, ou seja, espaços de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura e para a construção de novos conceitos sociais, novas formas de vida e de saúde, e deve promover a construção de novas relações entre a sociedade e a loucura.

A rede de Saúde Mental Municipal de Belo Horizonte se constitui em 2013 de:

- a) sete CERSAMs: serviços de atenção à saúde mental, de nível secundário, para o atendimento intensivo das urgências, que funcionam dia e noite durante os sete dias da semana, com equipes multidisciplinares;
- b) CERSAM Infantil: crianças e adolescentes são atendidos pelas equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental da Criança e do Adolescente, que são compostas por psiquiatra infantil, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;
- c) um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) noturna dentro de um Hospital Geral (Santa Casa de Misericórdia), que acolhe, atende e encaminha no dia seguinte para o CERSAM mais próximo da residência do usuário. Funciona das 19h às 7h, diariamente;
- d) três CERSAMs Álcool e Drogas (CERSAM AD): para atendimento e tratamento de dependentes químicos sem outras comorbidades psiquiátricas primárias;
- e) vinte e cinco Residências Terapêuticas ou Moradias Protegidas, que oferecem um lar aos indivíduos egressos de hospitais psiquiátricos, além do resgate da cidadania;
- f) nove Centros de Convivência: onde o que se prioriza são o convívio e a sociabilidade, os encontros, a descoberta de gostos, as habilidades e os talentos através de elementos advindos da cultura;
- g) cinquenta e oito Centros de Saúde com equipes de saúde mental atuando em parceria com as 578 equipes de Saúde da Família, tornando mais ampla e efetiva a inserção dos usuários no campo da saúde;
- h) Incubadora de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental, política implantada em 2003 de fomento à produção e trabalho da saúde mental, que deu origem à Associação de Trabalho e Produção Solidária (Suricato)
- i) Arte da Saúde, oficinas de arte criadas em 1995 inicialmente na Regional Leste, direcionadas para crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem ou

de comportamento (Nilo, Morais, Guimarães, Vasconcelos, Nogueira & Abou-Yd, 2008);

A rede de saúde estadual se articula com a rede de serviços municipais por meio de um serviço de atendimento a usuários de drogas, chamado Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), um serviço de atendimento a crianças e adolescentes com síndromes ou outros distúrbios – Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI) –, além de hospitais gerais sem leitos psiquiátricos e dois psiquiátricos de grande porte.

A rede de atenção à saúde mental do SUS se define como sendo de base comunitária. A proposta de trabalho em rede pressupõe uma atuação baseada em relações horizontais, em que não há um poder central, mas uma articulação entre a política e a clínica, que integre os objetivos assumidos por toda a rede (Silva, 2005). Somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas tão estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. “É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2005, p. 8).

Essa rede vai além dos serviços de saúde mental da cidade e ganha outro contorno, na medida em que são articuladas outras associações, instituições, cooperativas e diferentes espaços do município. Portanto, para a construção dessa rede, deve haver um movimento permanente direcionado para os outros espaços e equipamentos da cidade, fora dos serviços de saúde, em busca da inclusão, da promoção da autonomia e da cidadania das pessoas em sofrimento mental. Saraceno (1999) afirma que um serviço de qualidade deve integrar os ambientes internos e externos, além de ser permeável e dinâmico.

Nilo, Morais, Guimarães, Vasconcelos, Nogueira & Abou-Yd (2008) reconhecem ser uma rede ampla e que tem crescido a cada ano. Mas que ainda tem dificuldades e que precisa melhorar alguns aspectos, como a falta de médicos nas Unidades Básicas (o que faz com que pacientes psiquiátricos estáveis procurem o CERSAM), e o baixo número de serviços de atendimento a dependentes químicos e com retardo mental.

Os CERSAMs são dispositivos municipais de atendimento às urgências psiquiátricas da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Tem suas ações ancoradas na noção do território (a área geográfica e seus habitantes, vizinhança, cenários e instituições), e estão inseridos na rede de saúde de municipal. Fazem parte dos chamados “serviços abertos”, estando inseridos no contexto da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. “... devem ser serviços abertos, em todos os sentidos: tanto pela ausência de muros e de grades, quanto pela ligação constante com o espaço social.” (Secretaria da Saúde, 2006, p. 198).

O tratamento oferecido se faz também fora do espaço físico do serviço, com passeios, visitas domiciliares, reuniões fora da instituição, idas à padaria e à comunidade. Cada referência técnica elabora o projeto e as saídas terapêuticas, e cabe a ela sair da unidade com o usuário, tentando criar novos laços sociais e novos espaços de circulação. A usuária que será foco de discussão nesta dissertação usufruiu desse tratamento, dentro e fora do serviço de saúde mental. Esses serviços, sendo diferentes dos hospitais, não necessitam apenas de equipamentos e aparatos médicos, operando sobretudo, pela acolhida que oferta e pelo laço que estabelece com o usuário.

Uma publicação da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, o livro “Política de Saúde Mental de Belo Horizonte”, foi lançada em 2008, e seus capítulos foram escritos em sua maioria por profissionais que trabalham na rede de saúde e alguns militantes da Luta Antimanicomial mineira. Trata-se de uma publicação que aponta uma forma de se trabalhar na rede municipal de saúde, trazendo o panorama dos serviços de saúde mental, seus avanços e perspectivas, e as diretrizes e o percurso do projeto. A maioria dos capítulos traz casos clínicos ou fragmentos de caso para enriquecer a narrativa, o que aponta que essa não é uma prática somente da área acadêmica. Na página 107, a autora questiona “Por que falar em tantos casos?” e responde “Pela vida e pela alegria que casos como esse trazem à equipe, pelas conquistas, por nos ensinarem a fazer uma clínica realmente centrada no usuário e confirmarem a razão da existência do CERSAM” (Secretaria de Saúde, 2008, p. 107).

Nos CERSAMs, os profissionais trabalham com o que chamam de “lógica do acolhimento”. Qualquer pessoa que se dirija à unidade será prontamente atendida por um profissional que esteja de plantão. O plantão obedece a uma escala de revezamento, de forma que haverá sempre três profissionais escalados, sendo um

psiquiatra e dois outros técnicos de nível superior. “O plantão tem uma função ampliada na medida em que se responsabiliza por qualquer demanda endereçada ao serviço naquele horário” (Penido, 2005, p. 92). Os profissionais que estão no plantão ficam responsáveis por todas as questões da unidade (acolhimentos, liberação de medicação, transporte, encaminhamentos, pedidos de telefonemas), incluindo questões relativas a usuários cujos técnicos de referência não estão disponíveis para atendê-los naquele momento.

De acordo com a Cartilha CAPS (Brasil, 2004), as atividades a serem realizadas pelos profissionais são: acolhimento, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias. Segundo o mesmo documento, o trabalho técnico desenvolvido em um CAPS visa a garantir cidadania e emancipação das pessoas em sofrimento mental, ancorados nos referenciais teóricos da reabilitação psicossocial.

A proposta de equipe multiprofissional surgiu com a Reforma Psiquiátrica, em que o saber e o poder aparecem diluídos, mais bem distribuídos, articulando-se à noção de multiplicidade dos problemas e à necessidade de diferentes terapias, inserindo também o apoio e a orientação familiar (Maciel, Barros, Silva & Camino, 2009).

Nos finais de semana e feriados os CERSAMs funcionam apenas com um técnico de nível superior, além dos técnicos de enfermagem e da equipe necessária para o funcionamento da unidade (auxiliar administrativo, limpeza, copa, portaria), das 7h as 19h. Quando o técnico de plantão não é psiquiatra, ele conta sempre com um psiquiatra de retaguarda em algum dos outros CERSAMs do município, responsável pelas demandas médicas de qualquer uma das demais unidades.

Todos os CERSAMs contam com supervisões clínicas de 21 em 21 dias, realizadas em parte do horário da reunião de equipe. A supervisão é estendida a todos os profissionais de saúde da regional, incluindo Unidades Básicas, Centros de Convivência e CERSAMs.

Em cada encontro uma unidade de saúde fica responsável por apresentar um caso clínico, em escala de revezamento, sob supervisão de um profissional de orientação psicanalítica. Essa definição dos serviços a apresentarem casos é definida previamente, mas existe a possibilidade de uma troca dessa ordem, caso alguma unidade esteja com casos graves que precisam de uma supervisão para se

definir a condução do projeto terapêutico. Em 2012, o CERSAM Leste teve quatro oportunidades de levar casos para apresentação e discussão na supervisão clínica. O caso clínico aqui estudado já foi levado uma vez para discussão em supervisão em 2009, devido à gravidade do caso.

3.1 A Regional Leste e seu CERSAM

A região Leste¹⁰ associa tradição e história de Belo Horizonte, com uma ocupação antiga e bastante tradicional, que remete à fundação da cidade. É composta de bairros tradicionais, que surgiram juntamente com a criação de Belo Horizonte. Ainda possui espaços semi desocupados, onde é possível encontrar atividades primárias, como agricultura e mineração, e áreas de ocupação irregular, que apresentam problemas de infraestrutura, de saneamento e de transportes. Quase toda a região se encontra na bacia do ribeirão Arrudas e é atravessada por importantes vias de ligação intra e intermunicipal, como a Avenida dos Andradas e a Avenida Silviano Brandão.

O CERSAM Leste está localizado nessa região do município de Belo Horizonte sob responsabilidade da Coordenadoria de Saúde Mental Municipal e Secretaria de Saúde, e tem como área de abrangência alguns bairros da região Centro-Sul também, além dos da Regional Leste. Em Belo Horizonte, não existe ainda um CERSAM para atender à Regional Centro-Sul; por isso, esse território é dividido pelos CERSAMs Leste e pelo Oeste. O Leste se enquadra nas características do CAPS III, pois tem uma enorme área de abrangência, tem leitos para hospitalidade noturna, e funciona todos os dias da semana 24 horas por dia.

¹⁰A extensão territorial da regional corresponde a 8,4% do território municipal, com aproximadamente 237.441 habitantes. Engloba 25 bairros, 15 vilas e dois conjuntos habitacionais. Na Regional, existe um Centro de Convivência de Saúde Mental, um Centro de Referência de Saúde Mental (CERSAM), 14 Unidades Básicas de Saúde, um Núcleo de Cirurgia Ambulatorial, um Centro de Especialidades Médicas, uma Farmácia Distrital, um Laboratório Distrital, um Centro de Reabilitação, uma Unidade de Pronto Atendimento, um CREAS, e um Conselho Tutelar. A linha do Metrô também intercepta a região, interligando-a, ainda, com outras quatro Regionais municipais. Apresenta um alto número de referências culturais e sociais localizadas principalmente em pontos históricos, como praças, mercado e igreja. O comércio está distribuído ao longo de algumas ruas e avenidas, mas, devido à proximidade com a área central da cidade, não possui centros comerciais muito expressivos (Secretaria da Saúde, 2011).

Ele foi inaugurado em 1996, completando 16 anos em setembro de 2012. Atende adultos com sofrimento mental severo e persistente (psicóticos e neuróticos graves), em regime de tratamentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com desenvolvimento de projetos de reinserção social e reabilitação psicossocial. Tem seis leitos para hospitalidade noturna, para usuários que tenham indicação para ficar em regime intensivo.

Funciona em prédio independente 24 horas por dia, sete dias por semana. Sendo que, no horário noturno, das 19h às 7h, os auxiliares de enfermagem assumem o plantão e os cuidados com os usuários que estão indicados para pernoitar na unidade. Nesse horário em que não há profissionais de nível superior no CERSAM, conta-se com uma retaguarda psiquiátrica do SUP. Se necessário, o psiquiatra ou o enfermeiro do SUP são acionados pelos auxiliares de enfermagem, podendo ir à unidade ou orientar por telefone.

O espaço físico atual é disposto de forma a atender às exigências mínimas para criar espaços com “liberdade de circulação, lugares estruturados e concretos (ateliês, salas de atendimento, cozinha, refeitório, etc.) e com contratos facilmente revisáveis de entrada e de saída” (Marques, 2001, p.109).

Atende pessoas residentes em sua área de abrangência, realizando pronto atendimento e acolhimento, sem lista de espera. Aqueles que procuram o serviço vêm encaminhados, na maioria das vezes, de outras unidades de saúde, de consultas particulares, ou chegam espontaneamente ou trazidos por familiares.

Uma norma é a organização do serviço de saúde por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas no CERSAM de acordo com a territorialidade da Regional Leste. A clientela do território é dividida em “agrupamentos”, sob a responsabilidade das diferentes equipes de referência. Apesar de uma equipe assumir a responsabilidade principal pela condução do caso, os projetos terapêuticos são criados e executados por um conjunto mais amplo de trabalhadores.

Assim sendo, cada usuário em acompanhamento no CERSAM tem dois técnicos de referência, sendo um psiquiatra e o outro um profissional de nível superior (podendo ser um terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro ou assistente social). Entender o papel do profissional de referência como uma espécie de gerente dos usuários sob sua responsabilidade é pouco. Na verdade, a principal função dos profissionais de referência seria elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual.

“Um projeto terapêutico implica em certo diagnóstico, depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, e implica na instituição de práticas, individuais, de grupo ou mais coletivas.” (Campos, 1999, p.400)

A entrevistada desta pesquisa tem como técnicos de referência um enfermeiro e um psiquiatra, que são quem a acompanha desde 2008, quando teve sua primeira passagem pelo serviço logo após sair do hospital onde morou por oito anos. São esses profissionais quem definem, com ela, seu projeto terapêutico, sua participação e indicação nas atividades grupais, suas saídas terapêuticas. Nessa época, o projeto terapêutico feito com ela foi que ficasse em permanência-dia diária na unidade.

O matriciamento surge como um novo arranjo para os dispositivos de saúde, com base nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial, buscando um atendimento mais personalizado e singularizado. Foi organizada uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência. “Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento” (Campos, 1999, p. 397). Assim, além das atividades nucleares típicas de cada membro da equipe, oferta-se algumas horas de suas jornadas para esses encontros.

Outro momento de encontro em rede é nas supervisões clínicas, em que, após a discussão do caso apresentado por um serviço, ocorre a divisão dos profissionais presentes em microáreas e uma nova discussão dos casos. É o momento em que o CERSAM e as Unidades Básicas dão retorno um ao outro a respeito dos usuários que foram encaminhados, de usuários que estão ausentes no serviço ou de dificuldades no projeto terapêutico.

Para se compreender melhor a complexidade do tratamento e das relações de um trabalho em rede, mostra-se em seguida, a apresentação e discussão do cotidiano neste serviço de urgência psiquiátrica, o CERSAM.

4 COTIDIANO INSTITUCIONAL

4.1 Entendendo o conceito de cotidiano

No sentido comum, o termo *cotidiano* pode ser associado a atividades do dia a dia, banais, quase que feitas automaticamente e sem reflexão. Leva-nos a pensar nas rotinas, nas atividades banais do dia a dia. Aparentemente, o cotidiano não precisa de esforço ou reflexão, pois, como sua própria definição expressa, ele se materializa em tudo o que é ou está no dia das pessoas. A definição de cotidiano encontrada no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2003) é a que se refere “àquilo de todos os dias; a vida cotidiana. Que se faz ou sucede todos os dias. Que sucede ou se pratica habitualmente” (p. 76). No entanto, pensar no tema baseando-se em um prisma analítico e teórico implica em uma discussão mais atenta.

O termo *cotidiano* passou a ser entendido como elemento constitutivo da trama social com Henri Lefebvre (1991). Ele propôs que o cotidiano fosse entendido considerando-se a busca da realidade, a totalidade e as possibilidades da vida cotidiana como geradora de transformações globais. Para Lefebvre (1991), o cotidiano é mais do que um conceito, na medida em que a crítica à vida cotidiana permite apreender as criações humanas, as ideias, os valores e os sentimentos, possibilitando conhecer a própria sociedade. No cotidiano, tanto a repetição, como a inovação e, às vezes, a alienação ganham forma.

Outro estudioso do tema, Georg Lukács (1991) afirma que é no cotidiano que todas as ações começam e terminam, sendo esse, portanto, o lócus de contradições na vida do homem. Para o autor, a vida humana tem como princípio ontológico fundamental o trabalho, tanto em sua expressão alienada, como em sua expressão realizadora. Segundo Benetton, Ferrari e Tedesco (2003), para esse filósofo, as possíveis mudanças no cotidiano ocorreriam por intermédio do trabalho, do pensamento, do sentimento, da linguagem, da ação e da reflexão do homem.

Outra referência importante sobre o conceito é Agnes Heller (2000), discípula de Lukács. Para a autora, o cotidiano traz em si a marca da singularidade do sujeito, e toma forma a partir de suas necessidades, valores, crenças e afetos. Nesse sentido, o cotidiano de cada pessoa é único, na medida em que a unicidade é característica

da condição humana. Além disso, “O cotidiano constitui também um espaço de transformação, pois é nele que ocorrem as relações sociais e se articulam a produção e a reprodução; o banal e o importante; o privado e o público” (Heller, 2000, p. 78). O cotidiano é a vida de todos os dias e de todos os homens. É, sim, o mundo da rotina em que a repetição das atividades permite a recriação permanente da vida social, mas não se reduz a isso. Estar inserido na sociedade implica a organização de uma vida cotidiana, com continuidade, em interação com os outros à sua volta, participando, justamente, do cotidiano da comunidade. Porém, a vida cotidiana contém uma hierarquia que é alterada em função dos valores e da experiência acumulada pelo indivíduo em sua história pessoal.

A cotidianidade é desenvolvida do nascimento à maturidade, quando gradativamente se assimila a manipulação das coisas, a realização das tarefas diárias e as dinâmicas das relações sociais. Ao longo da vida e da história, diferentes atividades assumem papel preponderante, para serem mais tarde descartadas ou modificadas conforme chegue o limite do tempo individual, uma conquista coletiva ou uma mudança sócio-histórica. A cotidianidade varia conforme o contexto, conforme a classe social, os laços culturais, o gênero e a idade. Para Agnes Heller (2000), o homem nasce inserido em sua cotidianidade e aprende no grupo os elementos dessa cotidianidade, que comunicam constantemente os valores de seu grupo social mais amplo, ou seja, a vida cotidiana é a verdadeira essência da vida social. É uma rede de trocas e de relações humanas; portanto, aí o cotidiano se (trans)forma e é produzido.

Ainda contrapondo a ideia de rotina, o consumo individual de valores, produtos, ideias e qualquer outro bem material, social ou cultural, não se encaixam nas uniformizações e obediências da vida pública. Driblar a ordem e imposições estabelecidas socialmente é uma defesa humana, uma maneira de se viver na sociedade e de inventar seu próprio cotidiano. Essas maneiras de fazer constituem as diversas práticas pelas quais todos se apropriam do espaço social e de seus produtos através de maneiras pessoais e individuais. O indivíduo estabelece uma (re)apropriação do espaço e de seu uso ao jeito de cada um; ele cria seu próprio caminho no uso dos produtos impostos pela sociedade (Certeau, 1994).

Para a terapia ocupacional, o cotidiano também é entendido como instrumento de construção pessoal e, além disso, de inclusão social (Benetton, Ferrari & Tedesco, 2003; Galheigo, 2003). Trabalha-se com a construção ou reconstrução do cotidiano

para uma população de excluídos socialmente, buscando espaços físicos, mentais e sociais recuperados ou reconstruídos, observados através das capacidades e habilidades do indivíduo, além de sua história sociofamiliar. São importantes a observação e o levantamento de informações em relação às maneiras próprias do indivíduo fazer seu dia a dia. Elas são da ordem tanto do individual (práticas rotineiras do indivíduo), quanto do coletivo (as maneiras de se fazer as coisas em um grupo social). Como o cotidiano dos usuários dos serviços substitutivos, atendidos pela terapia ocupacional foi supostamente interrompido ou alterado, o que se busca é a recriação de um cotidiano possível, mesmo com dificuldades, doenças e limitações próprias do usuário (Benetton, 1994; Benetton, Ferrari & Tedesco, 2003; Isidoro, 2000). Procura-se trabalhar a construção do cotidiano, inserindo e incluindo, apesar dos sintomas e das dificuldades.

4.2 Entendendo o cotidiano no CERSAM

O CERSAM Leste conta com uma equipe multiprofissional, atualmente composta por: quatro psicólogos, quatro terapeutas ocupacionais, dois assistentes sociais, três enfermeiros, 25 auxiliares de enfermagem, 3 psiquiatras e um farmacêutico, além de profissionais de apoio administrativo. Dentro dessa equipe, alguns profissionais são efetivos, outros são contratados pela Secretaria Municipal de Saúde. Cada profissional tem por semana quatro dias de trabalho no CERSAM, divididos basicamente em atendimentos de ambulatório, plantão e reunião de equipe.

Os serviços de portaria e de limpeza são terceirizados, mas, como esses profissionais trabalham na unidade há tempo e conhecem os usuários, muitas vezes auxiliam a equipe multiprofissional no cotidiano do serviço e no manejo com os usuários. O serviço recebe ainda dois estagiários de terapia ocupacional, dois de psicologia, um residente de psiquiatria e outro da Residência Multiprofissional da PBH por semestre.

Uma vez admitido no serviço, o cliente, normalmente, vincula-se a um determinado profissional da equipe, que se torna seu técnico de referência. Esse técnico será responsável por criar, com o usuário e sua família, seu projeto terapêutico. O usuário terá, então, alguém de referência na instituição, para atendê-

-lo, escutá-lo e avaliá-lo. Assim, os usuários sabem qual profissional procurar na unidade, sabem a quem dirigir suas questões e demandas.

Essa grande equipe se divide em equipes menores, chamadas *microáreas*. Cada profissional da microárea assume o papel de técnico de referência de alguns usuários, responsável por acompanhar os clientes de determinados bairros da regional. Caso esse técnico de referência não esteja na instituição no horário demandado pelo usuário, ele deverá ser atendido pelos que estão de plantão. Secretaria da Saúde (1997) discutiu em um dos artigos da revista *Metipolá* (1997), o papel do técnico de referência: "... cada técnico que se faça responsabilizar por um caso, o faz também perante a equipe de trabalho, fazendo passar informações necessárias concernentes à sua condução, bem como a evolução do tratamento." (p. 14).

Outra função do técnico de referência é fazer o encaminhamento do usuário para outros serviços da rede. Em alguns casos, o encaminhamento, com um relatório por escrito entregue ao usuário, é suficiente para fazer com que ele se vincule a outras instituições. Em situações mais delicadas, pode ser necessário o profissional acompanhá-lo nas primeiras idas ao novo serviço, como o Centro de Convivência, Centro de Saúde, Centro Cultural ou a outros locais que se fizerem necessários na construção do caso clínico.

Eventualmente ocorrem encaminhamentos à Suricato, uma cooperativa de trabalho. Os encaminhamentos para atividades produtivas não acontecem com tanta frequência como para os demais serviços da regional. Talvez porque se trate de usuários em crise ou casos graves, que não se encontram em condições de assumirem responsabilidade com trabalho no momento.

De acordo com a Cartilha CAPS (Ministério da Saúde, 2004a), as atividades a serem realizadas pelos profissionais são: acolhimento, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias. Segundo o mesmo documento, o trabalho técnico desenvolvido em um CAPS visa a garantir cidadania e emancipação das pessoas com transtornos mentais, ancorados nos referenciais teóricos da reabilitação psicossocial.

Cada profissional tem por semana quatro dias de trabalho no CERSAM, divididos basicamente em atendimentos de ambulatório, plantão e reunião de equipe. A

participação na reunião de equipe é obrigatória para os técnicos de nível superior, sendo o único horário semanal em que todos se encontram para discussão de casos e de outras pendências. O convite é extensivo a todos os profissionais da unidade, incluindo administrativos, terceirizados, técnicos e auxiliares de enfermagem. No entanto, não há grande adesão por parte desses profissionais.

Mensalmente acontecem reuniões de familiares coordenadas por um terapeuta ocupacional, quando os participantes trocam informações com a equipe técnica, compartilham experiências, alegrias e dores, e trabalham suas expectativas e angústias em relação ao tratamento. Esse é também um espaço de articulação política para esses familiares, onde eles podem interagir e buscar seus direitos, e lutar por suas causas. As assembleias com os usuários ocorrem semanalmente, e segundo a Linha Guia (Secretaria da Saúde, 2006), são atividades que lhes permitem apontar problemas e procurar soluções; dessa forma, os usuários se responsabilizam também pelo cuidado com o espaço da instituição.

Aqueles que estão responsáveis pelo plantão trabalham com o que os profissionais chamam de “lógica do acolhimento”. Qualquer pessoa que se dirija à unidade será prontamente atendida por um profissional que esteja de plantão. O plantão obedece a uma escala de revezamento, de forma que haverá sempre três profissionais escalados, sendo um psiquiatra e dois outros técnicos de nível superior. “O plantão tem uma função ampliada na medida em que se responsabiliza por qualquer demanda endereçada ao serviço naquele horário” (Penido, 2005, p. 92). Os profissionais que estão no plantão ficam responsáveis por todas as questões da unidade (acolhimentos, liberação de medicação, transporte, encaminhamentos, pedidos de telefonemas e saídas), incluindo questões relativas a usuários cujos técnicos de referência não estão disponíveis para atendê-los naquele momento.

As maioria das oficinas terapêuticas é de responsabilidade da equipe (profissionais e estagiários) de terapia ocupacional, que se organiza de forma a disponibilizá-las nos dois turnos, de segunda a sexta-feira. Os únicos profissionais que se dispõem a oferecê-las também são uma psicóloga, que coordena a reunião de usuários uma vez por semana, e uma auxiliar de enfermagem, que coordena oficinas de *Lian Gong*¹¹ também uma vez por semana.

¹¹ É uma atividade física foi implantada na SMS em 2007 e hoje é conduzida por 318 trabalhadores capacitados na rede de saúde da capital. Em 2009, eram 138 instrutores. A atividade é

Em outubro de 2012, profissionais de educação física, trabalhadores das academias da cidade, chegaram aos CERSAMs com a proposta de oferecerem duas atividades semanais aos usuários das unidades. Passaram, então, a coordenar alongamentos no pátio do serviço, atividades com bola, brincadeiras, caminhadas e outras atividades que trabalhem o corpo.

A cada início de semestre, com a chegada de novos estagiários, as terapeutas ocupacionais se reúnem com eles e criam um novo quadro de atividades. Cada terapeuta oferece atividades grupais de acordo com seu interesse e habilidade. Após essa definição, esse quadro é disponibilizado para que os usuários se orientem e acompanhem diariamente. Entre as oficinas oferecidas estão: culinária, pintura, autocuidado, oficinas livres (sem uma atividade pré-definida) e cinema. A Secretaria Municipal de Saúde tem um convênio com uma rede de cinemas da cidade, e por isso os CERSAMs e Centros de Convivência recebem mensalmente seis ingressos. O número de participantes nessas atividades depende do dia da semana e do interesse de cada um.

Tratando-se de um serviço de urgência, existem dias ou horários em que, apesar de programada a oficina, não é possível oferecê-la. Em alguns momentos, apesar do terapeuta ter definido aquele horário para essa função, não é possível fazê-lo por alguma questão da rotina do serviço. Compreendendo que o técnico pode precisar auxiliar os plantonistas em um dia mais tumultuado, ou pode ser preciso cobrir o horário de férias de outro profissional, ou ele pode ser requisitado para receber um usuário de sua referência, ou fazer uma busca ativa de última hora.

Há que se ter certa flexibilidade e cautela para que os usuários não fiquem sem essas oficinas. Nesses casos, é necessário informar aos participantes a impossibilidade do profissional e seus motivos ou abrir para outros profissionais assumirem a coordenação de outra atividade grupal naquele turno.

Além dessas atividades grupais pré-definidas por um cronograma da terapia ocupacional e de alguns outros profissionais, faz parte do cotidiano da equipe ir até a comunidade do usuário, fazer visitas domiciliares, busca ativa e intervir em locais de moradia, lazer e trabalho. Em alguns momentos, os clientes do CERSAM estão

em outras unidades ou serviços da regional apresentando mudança de comportamento; às vezes, colocando-se em risco ou colocando outras pessoas, mas se mostrando resistentes em ir para um acolhimento. Nessas situações, seu técnico de referência pode ser acionado para tentar uma abordagem onde quer que o usuário esteja. Para isso, é necessário sair de dentro da instituição e ir para os espaços reais de circulação desse paciente. Já aconteceu do profissional do CERSAM ir abordar o paciente em casa, na vizinhança, no banco, na concessionária de carros e em outras unidades de saúde.

Não há nenhuma regra a priori que determine o tempo da permanência no serviço: esse é ditado pelas particularidades de cada caso, a partir de um acordo feito entre o técnico de referência, o cliente e seus familiares. Alguns podem passar o dia no CERSAM e ir para casa à tarde; outros podem ficar em observação 24 horas e pernoitar ali; outros podem ir consultar em caráter ambulatorial. O projeto terapêutico vai sendo revisto ao longo do tratamento, podendo sofrer mudanças, aumento ou diminuição da frequência do usuário no serviço, de acordo com a indicação clínica. Para Secretaria da Saúde (2006), o CERSAM deve ser um lugar de passagem do usuário, e outros serviços e dispositivos comunitários devem ser acionados para atendê-lo em outra etapa. “... cabe à equipe despertar os usuários para o desejo de partir – não porque queremos livrar-nos deles –, mas porque existem no mundo horizontes mais amplos.” (p.64).

Refletir sobre o tratamento na rede de saúde mental seguindo as premissas da Reabilitação Psicossocial e o trabalho de profissionais do CERSAM nos leva a uma discussão e compreensão sobre a construção de um campo com coerência própria, e não apenas como reflexo do acaso. Compreendendo o cotidiano institucional do CERSAM, sabe-se que ele passa por várias dificuldades e impasses que a discussão desses autores não aponta. Aponta-se para uma equipe interdisciplinar tratando de usuários em franca crise psiquiátrica, trabalhando em um serviço que faz parte da rede de saúde municipal e de sua política, que está inserido em um fluxo de funcionamento, sob a direção de gestores distritais e municipais.

É um trabalho complexo e árduo que está sendo sempre reinventado e pensado por diversos atores sociais, incluindo trabalhadores da saúde, gestores, usuários, familiares e sociedade civil. Os trabalhadores do CERSAM, aqueles que estão na ponta, lidando diretamente com os clientes e se submetendo a uma ordem maior da política de saúde mental municipal e nacional, sabem das dificuldades desse

cotidiano, das angústias, das dúvidas e das dificuldades geradas na prática de trabalho diário. No entanto, cabe a cada trabalhador reinventar e recriar esse cotidiano, inventando formas próprias para lidar com esses impasses e com as dificuldades diárias do trabalho real.

O CERSAM objeto de estudo da nossa pesquisa está, por exemplo, passando por uma fase delicada, um momento em que sua equipe se encontra mais fragilizada. Houve a saída de alguns antigos profissionais do serviço, além de situações clínicas delicadas e difíceis, como o falecimento de um usuário dentro de instituição. A unidade recebeu, então, novos profissionais para compor a equipe, que chegaram com novos questionamentos e outras sugestões para o cotidiano da instituição. O cotidiano se mostrou conturbado, difícil. Essas mudanças trouxeram, como consequência, a fragilização e a fragmentação da equipe, interrogando os seus limites e posicionamentos.

Desde a criação do CERSAM, a equipe já reconhecia a importância da formação permanente do corpo técnico e a definição de espaços de formação e investigação em saúde mental (Metipolá, 1997). A equipe criou, procurando responder melhor às suas necessidades cotidianas, o projeto de *Educação Continuada*, propondo a reflexão das atividades dos trabalhadores como um ponto articulador entre teoria e prática. Como uma forma de reinvenção do cotidiano, foi criado em 2011, pelos próprios trabalhadores da instituição, após longa discussão em reunião de equipe. A proposta era a equipe se encontrar no CERSAM fora do horário de trabalho para discutir algumas questões do cotidiano institucional.

Nesses encontros, cada um a seu modo, com sua formação específica, contribui de forma particular e coletiva para o desenvolvimento e a resolução das questões que surgem no cotidiano da unidade. Em termos teóricos, espera-se que o trabalho em equipe seja aquele que acontece não somente mediante a conversação entre muitos trabalhadores, mas através do respeito, da inter-relação objetiva e subjetiva entre os membros da equipe, além da articulação e movimentação entre profissões e saberes. Nesse sentido, são promovidos momentos de circulação da palavra com os trabalhadores, voltados e preocupados com o trabalho real.

A educação continuada é entendida pela equipe como um caminho favorecedor de reflexões e estudos sobre as situações de trabalho, debate acerca das normas, das escolhas, dos valores éticos e profissionais, a partir de um estado de desconforto intelectual, dotado de produção inovadora de sentidos (Schwartz &

Durrive, 2007). Esse projeto foi um caminho que possibilitou reflexões e mudanças, debates de normas, de escolhas, de valores éticos e profissionais, a partir de um estado de desconforto intelectual dotado de produção de sentidos.

Entre os objetivos do projeto estavam: estreitar laços entre os trabalhadores e promover conversas sobre o cotidiano de trabalho; compreender, de forma particularizada, a dicotomia trabalho prescrito-real; articular teoria com prática; valorizar o fazer-saber dos trabalhadores em equipe e articulá-los com a rede de saúde mental.

Para ampliar as discussões que a equipe pretendia fazer, focou-se no cotidiano dos trabalhadores, considerando-o um campo fértil de elaborações das dificuldades rotineiras, das variabilidades do dia a dia. Focou nas relações entre os trabalhadores consigo mesmos e com a teorização por eles eleita, absorvendo a chegada de novos profissionais que, de uma forma ou de outra, trouxeram um novo olhar para o trabalho: um chamado aos mais antigos para uma constante reflexão sobre suas práticas de trabalho. Uma situação de diálogo entre trabalhadores (antigos e novos) em que a ferramenta “historicidade” foi se fazendo presente.

Assim, da mesma forma que o processo de Reforma Psiquiátrica, trata-se de um movimento em curso, de ensino-aprendizagem teórico-prático, promotor de um resgate de experiências, um olhar para o passado como forma de repensar o presente, valorizando a atual experimentação do saber-fazer prático – redesenhando a trajetória do CERSAM Leste.

A equipe levantou, em uma reunião com os gestores municipais, algumas dificuldades do cotidiano institucional. O primeiro ponto foram as dificuldades que o ambiente físico da unidade impõe. Os técnicos de nível superior têm uma única sala de trabalho, estejam eles em horário de atendimentos ambulatoriais ou horário de plantão. Essa sala é chamada de “sala de plantão”, mas recebe todos os profissionais que estão na unidade naquele horário. É nesse espaço que são feitas as evoluções em prontuários, sejam elas de papel ou via eletrônica. É nesse espaço que os técnicos têm um local de descanso, de discussão de casos com o restante da equipe. Somando a esse movimento intenso, acrescenta-se o fato de a sala de plantão ser referência também para os usuários do serviço quando eles têm qualquer demanda.

Com essas dificuldades, o trabalho se fragmenta e fica interrompido, chegando a se assemelhar à fragmentação do mundo da psicose. Na reunião com os gestores, a

solução acordada foi que a equipe se dividiria em duas salas, sendo uma para os plantonistas e outra para os técnicos que estavam atendendo usuários de ambulatório e de permanência-dia.

Com isso, os usuários passaram a circular mais no prédio e as demandas se diluíram nos dois ambientes, não sobrecarregando nenhum deles. Além disso, as demandas da unidade em determinado período estão definidas como sendo de responsabilidade da equipe de plantão que está na “sala de plantão”. Os demais profissionais estão na outra sala, no segundo andar do prédio, ora atendendo usuários, ora coordenando atividades grupais, ora circulando pelo pátio.

Outra dificuldade colocada pela equipe foi a solidão do trabalho, apesar de estar inserida em uma rede complexa de diversos serviços e atores sociais. Ficou definido, então, que seria tentada uma aproximação e estreitamento da relação entre equipe e gestores, buscando a melhoria do cotidiano institucional. Durante alguns meses, os gestores passaram a participar de uma reunião semanal por mês na instituição.

A falta de médicos não é exclusividade do CERSAM, e pode ser percebida também nas Unidades Básicas de Saúde. É comum os Centros de Saúde encaminharem usuários para avaliação psiquiátrica no CERSAM, muitas vezes sem fazerem contato prévio ou um relatório. Isso é mais um fato que sobrecarrega a unidade e seus profissionais, e tumultua o fluxo dos usuários. O CERSAM, que deveria ser um local de atendimentos às urgências psiquiátricas e aos casos graves, depara-se com a necessidade de renovação de receitas e acolhimentos a casos estáveis que não precisariam estar ali.

O cotidiano no CERSAM ilustra bem a ideia de Lefebvre (1991) e Heller (2000), que afirmavam que o cotidiano deveria ser visto em sua totalidade, como gerador de transformações globais, e um espaço de transformação. Compreender o cotidiano institucional em sua totalidade significa englobar a complexidade do cotidiano e os todos seus aspectos. Como o relatado acima, é entender o cotidiano real dentro de seu contexto amplo, como as pessoas que fazem parte dele, as formas que as mesmas criam e modificam seu próprio cotidiano de trabalho, e o meio em que a instituição está inserida. No entanto, há que se questionar o conceito idealizado, distante da realidade dos serviços de saúde mental, que não se aproxima do cotidiano real da instituição.

A equipe do CERSAM aposta nas discussões, na formação e na educação continuada como forma de retomada da experiência e compartilhamento de teorias e diversidades do fazer. Situa-se em uma esfera dinâmica e desafiadora, em que diariamente são convocados a agir e intervir como agentes produtores de um processo sociocultural em construção.

Adota em seu cotidiano de trabalho a concepção da Reforma Psiquiátrica como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Assim como o processo de Reforma Psiquiátrica, trata-se de um movimento em curso, promotor de um resgate de experiências, um olhar para o passado como forma de repensar o presente, valorizando a atual experimentação, e redesenhando a trajetória do CERSAM.

Por ser um serviço de “portas abertas”, busca-se constantemente uma relação com a comunidade externa da regional onde o Centro está inserido. Recebem-se, com frequência, moradores do bairro que procuram a unidade para doar roupas usadas. Apesar da proibição, alguns voluntários se colocam à disposição para desenvolver um trabalho na unidade. É feita uma aproximação com os Centros Culturais dos bairros da regional, como forma de conhecimento da grade de atividades para encaminhamento dos usuários. Mensalmente, busca-se contato com um serviço municipal de divulgação de cursos e oportunidades de emprego aos usuários. Na mesma rua em que o CERSAM está, existe uma Associação Religiosa, que dá suporte aos moradores de rua e pessoas carentes, e o diálogo entre esses dois serviços se dá de forma próxima. Nos dias de oficina de culinária no CERSAM, já aconteceu da terapeuta ocupacional se deparar com a falta de algum equipamento, como liquidificador ou batedeira e pedir emprestado à Associação ou aos bares vizinhos. Há também uma padaria ao lado do CERSAM, que tem contato diariamente com os usuários e funcionários do serviço e, às vezes, é preciso que alguém da equipe os procure para orientar no manejo com algum usuário.

5. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Este capítulo levantará alguns argumentos importantes em relação ao tema reabilitação psicossocial, dentre eles: a crítica ao termo, o entendimento na linha mais adaptacionista da reabilitação, trazidos principalmente pela WHO e pela WAPR, e os não-adaptacionistas, englobando os paradigmas italiano e brasileiro, e a complexidade da discussão epistemológica e política sobre o tema.

Existem algumas críticas relevantes ao termo *reabilitação psicossocial*. Benetton (1993/1996), Mângia e Nicácio (2001), Saraceno¹² (1999), e Pitta (2005) fazem uma crítica ao termo “reabilitação” por trazer colado o prefixo “re”, que remete a uma ideia de tempo, de normalização, de retorno a uma situação anterior à instalação da doença, de adequação dos usuários a uma forma de funcionamento ditada por uma maioria, induzindo à ideia de algo a ser recuperado.

Como se poderia aferir a inclusão social do excluído: pelo novo ou pelo readquirido? (Benetton, 1993/1996). Não se trata de buscar a independência e a reinserção como equivalente de normalidade produtiva, e sim de produzir autonomia e formas de enfrentamento à exclusão social (Mângia e Nicácio, 2001). Essas autoras alertam para a necessidade de se romper com as concepções de reabilitação que tratem as pessoas em desvantagem com o objetivo de lhes criar atributos por meio de normas ideais abstratas, que busquem uma autonomia do sujeito apoiada em uma normalidade produtiva, como o faz a OMS. Salientam a importância dos projetos que enfatizam a criação e a multiplicação das possibilidades de trocas materiais e afetivas, a partir das quais o sujeito aponte para uma ação transformadora das relações pré-estabelecidas.

A palavra reabilitação traria, também, o risco de “recobrança” de algo que se perdeu e que deve ser recuperado, de retorno à normalidade, imprimindo um senso de mecanização ao tratamento da pessoa em sofrimento psíquico (Pitta, 2001). Esse termo reducionista poderia denotar a premência de um “conserto” da psicose, como se ela fosse uma fratura que aguarda a calcificação via ações técnicas de reabilitação psicossocial.

¹² O autor publicou a crítica ao termo “re” anos após ter saído da presidência da WAPR.

Considerando essas críticas, pode-se inquirir se é possível que um usuário do CERSAM, após uma crise e um período de acompanhamento intensivo na unidade, possa ser exatamente a mesma pessoa, sem qualquer mudança? Acredita-se que não, pois a experiência de se viver um período difícil de crise gera profundas mudanças internas no sujeito. Cada crise marca de maneira particular o caminho de cada um dos usuários. Qualquer experiência vivida, incluindo a crise psiquiátrica, transforma qualquer pessoa de alguma forma, de modo que a faça contar com novos subsídios pessoais. Os serviços de saúde mental (CERSAMs), assim como seus profissionais, geralmente entendem que seus usuários não retornarão ao que eram antes da crise, não retornando então, ao seu estado anterior exatamente como era.

Apesar de todas estas questões, o conceito de reabilitação não é dispensável, por figurar na legislação e por ser de uso amplo e internacional, além de favorecer o diálogo com outros autores e profissionais da área.

O termo *reabilitação psicossocial* surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos da América, através de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado *We Are Not Alone* (WANA). Consta que esse movimento tenha se dedicado, pioneiramente, à luta pela inserção no mercado de trabalho e por moradia para os ex-internos de hospitais psiquiátricos (Guerra, 2004).

Na década de 90, a reabilitação tinha, no discurso biomédico, um caráter *ortopédico* com sua utilização nas reabilitações físicas, cuja ideia era recuperar as habilidades daqueles que apresentavam alguma disfunção física ou psíquica e, assim, restituir a normalidade que tinham antes do adoecimento (Pitta, 2001). Nessa linha adaptacionista, a World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) havia estabelecido o conceito de reabilitação em 1985. Ele dava ênfase à ideia de autonomia funcional e trazia como indicadores do processo de reabilitação psicossocial a inserção em moradia, trabalho, lazer e educação, destacadamente. Sua definição era:

... processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade.... O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do sujeito, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo. (Pitta, 2001, p. 21)

Ao buscar o desenvolvimento das funções do sujeito e seu melhor nível de autonomia, delineia-se uma visão de adaptação, pois revela-se um aprisionamento

na idéia de normalidade. Segundo o Dicionário Aurélio (2010, p. 24), adaptação significa “Ação de adaptar; correspondência, nos seres vivos, entre a forma e a estrutura de um órgão e suas funções.... integração de uma pessoa ao ambiente onde se encontra.” Assim sendo, esse conceito se apresenta como adaptacionista ao trazer a ideia de melhoria das funções do sujeito para que assim ele se torne mais autônomo em uma sociedade que a princípio não é colocada em questão. Afinal, o que seriam consideradas como as partes mais “sadias”? E quais as “funções” a serem realizadas na comunidade? Haveria aqui um imaginário acerca do sujeito “reabilitado” que convida à idéia de uma requalificação para a convivência em comunidade?

Outro conceito que vai de encontro a essa perspectiva adaptacionista da WAPR é o trazido em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Utiliza-se, nessa definição, termos como *mudanças ambientais e funcionamento independente*. Define reabilitação como sendo:

... processo que oferece aos sujeitos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. (OMS, 2001)

Essa definição incluiria ofertar aos sujeitos que situação de desvantagem condições para exercer suas potencialidades e capacidades de forma independente na sociedade e atingir o seu nível potencial de adequação e funcionamento. Os principais objetivos da reabilitação para a OMS seriam a autonomia do usuário, a minimização dos efeitos desabilitantes da cronificação da doença, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual, e a criação de um sistema de apoio social de longa duração (OMS 2001). Ele amplia a perspectiva da reabilitação em relação ao conceito da WAPR, ao introduzir a importância do ambiente e de possíveis mudanças no mesmo. Ou seja, a sociedade também se torna um objeto de intervenção para o processo reabilitativo, apesar do conceito focar principalmente a adequação e o bom funcionamento dos sujeitos na mesma.

Para a OMS (2001), a reabilitação psicossocial inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e atividades de lazer que dão um senso de participação e de valor pessoal. Trabalha também as aptidões de vida, tais

como: higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte (OMS, 2001). A reabilitação psicossocial consiste em uma estratégia de aquisição ou recuperação de aptidões importantes para a reinserção social. Pode-se compreender a visão da OMS sobre o tema através dos indicadores moradia, trabalho (como reabilitação profissional) e apoio social.

Tendo em vista as dificuldades geradas pelo sofrimento mental, a OMS classificava as atuações das estratégias de reabilitação como voltadas para: 1) a disfunção, a qual é traduzida como alteração, deterioração ou diminuição da capacidade funcional, cujo cuidado se centra na ação farmacológica, psicoterápica, fisioterápica, ocupacional; 2) a desabilitação, que corresponde à carência de habilidades para a vida diária, para cotidiano, a qual necessita de técnicas voltadas para o treinamento de atividades da vida diária; e 3) a deficiência, desvantagem que o sujeito apresenta “resultante de uma alteração prolongada do estado ‘normal’ do sujeito” (Pitta, 2001, p. 20), que necessita de cuidados mais complexos, como suporte residencial, laborativo e de transporte.

Assim, a reabilitação psicossocial se configura como um processo abrangente, não simplesmente uma técnica, envolvendo as redes de habitação, a formação profissional, e o apoio social. A reabilitação psicossocial é um dos componentes da atenção em saúde mental abrangente com base na comunidade. O processo permite às pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e socializar na comunidade, e lhes ensina a maneira de lidar com suas incapacidades. Para isso, inclui o desenvolvimento das aptidões sociais, dos interesses e atividades de lazer que dariam um senso de participação e de valor pessoal. (OMS, 2001). Na proposta de reabilitação psicossocial da OMS, é fundamental entender as circunstâncias em que vive a pessoa em sofrimento mental e estabelecer melhores negociações entre as necessidades dos usuários e as oportunidades do ambiente. (Pitta, 2001)

Marques (2001) discursa sobre reabilitação no sentido de “maximizar as habilidades e potenciais latentes do usuário” (p. 106), objetivando adquirir um ótimo nível de funcionamento e bem-estar. A perspectiva é a de produzir adequação social e ajustamento. Definem-se as metas da reabilitação como sendo: prevenir ou reduzir incapacidades e perdas de habilidades sociais, restaurar habilidades potenciais em desempenhar papéis sociais, fortalecer habilidades latentes, facilitar adaptação

social e psicológica, minimizar a deterioração. O autor chega a listar os diagnósticos que precisam de serviços de reabilitação, entre eles: psicose, depressão crônica, síndromes cerebrais orgânicas, alcoolismo e distúrbio grave do aprendizado. A visão de reabilitação de Marques (2001), que fala de uma readaptação dos usuários, seguindo a linha da WAPR e da OMS, pode ser confrontada com perspectivas como a dos autores Saraceno (1997, 1998, 1999) e Benetton (1991).

As técnicas adaptacionistas de reabilitação, na visão de Saraceno (2001), levam o sujeito a aceitar e a reproduzir uma realidade imposta a ele como única forma aceitável de funcionamento da sociedade dominante. A isso o psiquiatra denomina “empulhação” e “entretenimento”. Ou seja, são intervenções que se dizem terapêuticas, mas que entretêm o usuário em produções que não geram sentido e o mantêm em um processo alienante, levando a uma existência e a um cotidiano vazio e destituído de significado.

Entrando na discussão dos autores italianos, que entendem a reabilitação psicossocial em uma linha menos adaptacionista, Benedetto Saraceno, que foi presidente da World Association of Psychosocial Rehabilitation (WAPR) de 1993 a 1995¹³, aponta um entendimento mais politizado sobre o tema, criticando os modelos que operam com o sentido de (re)adaptação do usuário. O psiquiatra (1999, 2001) apresenta um conceito de reabilitação psicossocial que difere das concepções anteriores por romper com aplicações de técnicas que buscam a *adaptação* do sujeito à realidade e às normas sociais produzidas pelos setores hegemônicos da sociedade supostamente normal.

A reabilitação não deveria ser compreendida como um percurso individual da inabilidade à habilidade, da incapacidade à capacidade, mas como um “processo não linear de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos e de recursos, e de tessitura de redes múltiplas de negociação” (Saraceno, 1999, p. 128). Trata-se de um processo para que se mudem as regras e para que “os fortes possam conviver e existir no mesmo cenário que os fracos” (p. 124).

A ideia de contratualidade aponta a capacidade de engendrar contratos sociais que permitirão ao usuário subverter o processo de reclusão predominantemente asilar, que resultou da ocorrência do sofrimento mental e da consequente exclusão social. “É no interior das trocas que se cria um efeito habilitador” (Saraceno, 1999,

¹³ Segundo informação do próprio Saraceno, em email à autora.

p.112). Então, não existiriam as “desabilidades” ou habilidades em si mesmas. Elas se definem no âmbito das redes sociais e das trocas que essas redes impedem ou possibilitam, permitem ou proíbem, incentivam ou esquecem.

Há uma estreita relação entre cidadania e saúde mental, posto que um sujeito que não goze plenamente da cidadania tem um risco para sua saúde mental, assim como um sujeito que não goze plenamente de saúde mental poderá estar impedido de exercer sua plena cidadania social. Nesse sentido, a questão central da reabilitação psicossocial está relacionada à transposição da passividade do sujeito para a condição de cidadão em busca de seus direitos. (Saraceno, 2001). O conceito de cidadania deve ir além do conhecimento dos direitos e deveres. Deve ser entendido a partir de uma perspectiva ética e política, assim, cidadão deve ser aquele sujeito que possui autonomia para decidir sobre ele mesmo e sobre sua comunidade, em busca de igualdade.

Para reabilitar, é preciso construir valores sociais com os usuários, com o objetivo de aumentar o seu poder de estabelecer trocas sociais, invalidadas após o usuário ter recebido o atributo estigmatizante de doente mental. “... é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente” (Saraceno, 1999, p. 12).

A reabilitação psicossocial seria, nesta perspectiva, uma forma privilegiada de atenção à saúde, que enfatiza as formas de assistência focalizando sua ação na criação de mecanismos pelos quais os pessoas em sofrimento mental possam recriar suas vidas (Saraceno, 1999, 2001). Essa recriação se dá a partir da reconstrução de possibilidades de sua participação direta nos processos de produção material e simbólica da vida e do cotidiano, em que se possa restabelecer um contrato social válido e legitimado dentro dos sistemas de trocas e intercâmbios sociais e subjetivos. Isso pode gerar uma vida com sentido existencial e social.

Os eixos sobre os quais se apoia o aumento da capacidade contratual das pessoas em sofrimento mental são o habitar, o trabalho e a rede social (Saraceno, 1999). O habitar remete à ocupação da casa e à apropriação da habitação, à relação de sentir-se pertencido a um espaço, não somente material, mas de perceber o pertencimento a um lugar físico, a um território. Já o trabalho é entendido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, meio de sustento e autorrealização, em que se produzem e trocam mercadorias e

valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais. A rede social é onde acontecem de fato as trocas sociais vivas, onde as ligações propiciam ao sujeito as interações na sociedade. Pode ser constituída de duas formas: tanto pela família, amigos, vizinhos e colegas; quanto por instituições de assistência, saúde e serviços comunitários. O processo de reabilitação seria um exercício pleno da cidadania e a reconstrução do poder contratual do usuário, sendo que a “participação” está no centro da questão.

Para tratar a complexidade do sofrimento mental e buscar com o sujeito a sua identidade de sujeito cidadão, é preciso abordar os contextos microfamiliar e macrossocial em que ele está contraditoriamente inserido. Estão incluídos no contexto macrossocial a comunidade, o território, e os serviços de saúde mental. No microfamiliar, estão os desejos, os fantasmas, as identidades e as subjetividades. Saraceno (1998) afirma que as variáveis reais que devem sofrer a intervenção técnica são: o serviço de reabilitação psicossocial – o tratamento, os recursos humanos, materiais e comunitários – e o contexto de vida do sujeito. Desloca, então, as consequências do conceito de reabilitação psicossocial para além do sujeito.

A clínica¹⁴ do sujeito, como é chamada por Saraceno (2001), parte do pressuposto que um sujeito em situação de sofrimento mental, que se encontra afastado dos processos de criação da vida, impossibilitado socialmente de uma ação concreta no mundo, transformadora dos objetos e das relações, possa recriar mecanismos de vida geradora de sentido e produtora de relações significativas a partir de uma ação psicossocial.

Fala de uma clínica de produção de sentido, da “arte de gerar sentido” (Saraceno, 1999, p. 126), que abra possibilidades para a vida real do usuário e permita a vivência do sofrimento, mas ao mesmo tempo produza intercâmbios e possibilidade de valor social. O suporte terapêutico pode ganhar muitas dimensões, pois a incapacidade de geração de sentido pode estar associada a perdas nas esferas afetivas e sociais do usuário. A reabilitação, então, investe na recuperação ou criação de novas contratualidades comunitárias e identitárias consigo mesmo. Enfatiza a necessidade de se pensar uma abordagem psicossocial em que a prioridade seja a criação de suportes que permitam ao sujeito recriar sua vida em direções que podem ser inusitadas e não necessariamente “normais”.

¹⁴ Ver sobre esse assunto nas páginas 11, 12 e 13.

Outro autor italiano, Rotelli (1993), está sintonizado com essa perspectiva quando afirma que a importância da ação habilitadora está no auxílio ao outro para que ele possa exercer sua cidadania de forma plena, tendo acesso real aos direitos sociais, políticos, e jurídico. Rotelli (1993) diz desses níveis em que a possibilidade de mudança e de trocas está sempre presente, algumas vezes mais, outras menos. Deveria ocorrer simultaneamente a intervenção nos aspectos jurídicos, com modificações nas legislações, como nas estratégias para a disponibilidade de vínculos e recursos, e a construção da capacidade de acesso aos valores de cidadania.

“¿Qué significa rehabilitar?” “Construir (reconstruir) acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlos”. El derecho de ciudadanía es un derecho político, jurídico y social.(Rotelli, 1993, p. 2)

Cenários como sendo espaços de troca são espaços em que é possível se estabelecer relações em maior ou menor grau de contratualidade. As pessoas com falta de poder contratual são aquelas que precisariam ser reabilitadas (Saraceno, 1998, 1999, 2001; Rotelli, 1993) Não se trataria, portanto, de uma indicação a partir das suas psicopatologias. Um neurótico grave pode ter menos poder contratual que um psicótico.

Assim como Rotelli (1993) e Saraceno (2001), vários autores brasileiros, como Oliveira e Dorneles (2005), também consideram a reabilitação psicossocial através do poder de contratualidade dos sujeitos e a cidadania emancipada, e afirmam serem esses os maiores desafios contemporâneos da saúde mental. Sobre reabilitação psicossocial com ênfase no território, conceituam território como sendo “a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária” (Oliveira & Dorneles 2005, p. 26).

Mângia e Nicácio (2001) enfatizam, em sintonia com Saraceno (1999, 2001), a atenção centrada nas relações que o usuário estabelece, e afirmam que a reabilitação necessita do desenvolvimento de práticas nos contextos reais da vida do sujeito, abordando as atividades e as redes de relações que tecem na vida cotidiana. Sugerem a produção de uma rede de trocas e de invenção de meios para se viver na cidade. Os indicadores do processo da reabilitação psicossocial dessas autoras

se somam aos de Saraceno (1999, 2001), ao considerarem os itens como moradia, trabalho, além da comunicação, do lúdico e da fantasia desejante dos usuários. Aqui, dois termos novos se destacam: território¹⁵ e desejo¹⁶.

Castro, Lima e Brunello (2001) também concordam com Saraceno (1999), destacando a visão da reabilitação psicossocial com seu aspecto político e de busca dos direitos dos usuários. Para elas, reabilitar é a construção dos direitos relacionais, habitacionais, materiais, culturais e produtivos dos usuários, considerando o encontro entre recursos e necessidades dos sujeitos em sua relação com o momento e o lugar em que vivem. É buscar condições de bem-estar e autonomia, viabilizando a construção social de espaços de vida e de expressão da diversidade. “O compromisso reabilitacional passa a ser, de fato, com o desenvolvimento da vida, no sentido de ser no social, na trama da vida” (Castro, Lima & Brunello, 2001, p. 45). O entendimento, então, envolve um redimensionamento das práticas, uma reavaliação do sentido das atividades exercidas por todo cidadão. Possíveis indicadores dessa visão de reabilitação se aproximam dos de Nicácio, como as relações que a pessoa em sofrimento mental estabelece com o seu corpo, a capacidade de criação de objetos e respostas, a organização dos seus espaços vitais, o cuidado com o próprio cotidiano, os cuidados pessoais, o lazer, a vida produtiva, e a vida cultural.

No aspecto moradia, os autores Lussi, Pereira e Junior (2006) entendem que o habitat compreende as noções de casa e habitar, sendo que a noção de casa se refere ao espaço físico concreto e a noção de habitar ao envolvimento afetivo e de apropriação do sujeito em relação a esse espaço.

O estudo de Rodrigues, Marinho e Amorim (2012) apontou a ausência de projetos capazes de influenciar efetivamente os condicionantes da exclusão do mundo do trabalho, no qual se encontra boa parte dos usuários frequentes nos CERSAMs. No processo da atenção psicossocial, faz-se necessário um aprofundamento sobre o papel dos CERSAMs na articulação entre a clínica e a compreensão do trabalho como um direito e uma proposta concreta de reinserção social além do espaço físico dos CERSAMs.

¹⁵ Ver conceito de território na página 64.

¹⁶ Desejo, em Lacan, se define em sua relação intrínseca com a ordem biológica das necessidades e com a ordem da demanda de amor.

Quanto à família, considera-se que ela deve ser protagonista responsável pelos processos de tratamento e organização do usuário e da reabilitação. No entanto, na prática clínica do CERSAM, muitas vezes a família não se coloca presente e disponível para os usuários do serviço e nem mesmo para favorecer o tratamento. Uma estratégia utilizada pela equipe são as reuniões de famílias, que acontecem mensalmente na unidade, além dos atendimentos familiares feitos por cada técnico de referência.

Segundo Nicácio e Campos (2005), as diferentes estratégias de mobilidade e flexibilidade do serviço devem ser ativadas para se inscrever no contexto de vida do usuário, de participação e de produção de alianças com os familiares e com as pessoas da rede relacional, de reconexão e/ou potencialização dos laços sociais.

Cenas presentes na cotidianidade da hospitalidade 24 horas no CERSAM que não podem ser compreendidas como simples eventualidades, ações complementares e sim revelavam e reafirmavam a necessidade de operar a hospitalidade no campo processual de possibilidades de escolha, de relações de troca, de contratualidade, de exercício de direitos. (Nicácio & Campos, 2004, p. 76)

Território, além da área de abrangência da unidade dos serviços, inclui o espaço no qual são assumidas as responsabilidades sobre todas as questões de saúde mental. As equipes das unidades de saúde têm a responsabilidade de conhecer os recursos disponíveis no território de cada usuário, para intermediar as trocas sociais através de projetos que modifiquem as condições concretas no cotidiano do usuário.

Para Kinoshita (2001), atual coordenador nacional de saúde mental, tomando a mesma direção que valoriza a dimensão subjetiva e política da reabilitação, a contratualidade do usuário vai ser determinada pela relação estabelecida pelos profissionais dos serviços que o atendem e pela capacidade de se elaborar ações práticas que modifiquem as suas condições concretas de vida. Assim sendo, a relação entre técnico de referência e usuário do CERSAM e das demais estruturas da rede de serviços substitutivos é fundamental para criar possibilidades de mudanças e ampliação do poder de trocas sociais e micropolíticas do usuário. As intervenções deveriam ser pensadas para trazer modificações na vida do usuário.

Como uma das marcas distintivas do modelo de serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, está a necessidade de trabalho no território (Onocko-Campos & Furtado, 2006). A maneira como o conceito de território é adotada no âmbito dos CAPS/CERSAMs possui implicações práticas na forma como esses podem se

articular (ou não) em termos de promover a desinstitucionalização (como desconstrução epistêmica dos saberes sobre a loucura) dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social.

Trabalhar no território inclui os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Significa resgatar os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território como organizador da rede de atenção à saúde mental que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. Hirdes e Kantorski (2003) também reconhecem a importância do meio social, ao afirmar que os contextos cultural e social do usuário devem ser considerados no tratamento. O CERSAM estudado, seguindo essas premissas da reabilitação psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, procura transcender os limites físicos da instituição e tem procurado trabalhar em *settings* reais, como a rua, a cidade, o habitar, os espaços do bairro.

Guerra (2004), pensando a prática de Belo Horizonte, afirma que, na reabilitação, não se trata de tornar o fraco suficientemente forte para poder competir com os demais, mas modificar as regras do jogo para que todos possam participar em trocas permanentes de competências e interesses. Por meio dessas trocas materiais e afetivas, cria-se uma “rede de negociação”, a qual aumenta a participação e o poder de contratualidade dos sujeitos menos favorecidos em uma sociedade.

A autora dialoga com Saraceno (1999, 2001), dizendo que o aumento da capacidade contratual das pessoas em sofrimento mental se constrói sobre os eixos casa, família e trabalho. Guerra (2004), no principal argumento de seu texto, propõe que o conceito e prática de reabilitação sejam organizados em três tipos de modelos epistêmicos: o psicoeducativo, o sociopolítico ou crítico e o de orientação clínica. Esta organização sintetiza parte do que foi exposto até aqui.

Os modelos psicoeducativos estão, segundo ela, baseados na aprendizagem de habilidades e comportamentos que facilitam a adaptação do sujeito na família e na comunidade. Esse modelo se aproxima da visão da Organização Mundial de Saúde, pois busca educar o sujeito pedagogicamente, adaptá-lo, completá-lo com elementos que ele necessita para se manter na sociedade. Está distante do que os serviços reabilitativos, como CERSAMs e Centros de Convivência de Belo Horizonte, se propõem.

O segundo modelo é o sociopolítico ou crítico, que ressalta a importância dos direitos individuais, sociais, políticos e civis dos usuários. As realidades locais, os contextos e os recursos disponíveis influenciariam o sucesso das intervenções no processo de reabilitação. Situa-se aqui o conceito trazido por Saraceno (1998, 1999, 2001), Rotelli (2001), Mângia e Nicácio (2001), Benetton (1993, 1996) com viés político e social, valorizando a diversidade de dispositivos sociais e institucionais como forma de contratualidade social.

O terceiro modelo que Guerra (2004) define é o de orientação clínica psicanalítica, que se aproxima do sociopolítico ao valorizar as possibilidades de cada sujeito para retomar seu cotidiano. Trabalha com a singularidade de cada sujeito e sua particular forma de estar no mundo. Assim, cada um é responsabilizado por seu tratamento e pelas próprias saídas e respostas criadas. Porém, a reconquista de direitos sociais e políticos sai de cena.

Completando o cenário até aqui tecido, poderíamos evocar ainda outras possibilidades que ultrapassam o escopo de Guerra e que remeteriam à perspectiva clínica. A psiquiatra Nise da Silveira, por exemplo, acrescenta a perspectiva da arte enquanto forma de intervenção no campo da saúde mental para a efetivação do paradigma da reabilitação psicossocial. Desde 1946, as atividades passaram a serem vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de diferentes possibilidades de ser, de acessos aos bens culturais.

A vivência do processo de criação dentro de um contexto que faz atravessar-se mutuamente a arte e a saúde, abre novas possibilidades, promove uma abertura de canais criativos e da sensibilidade que se ampliam para além do universo do serviço de saúde e da arte, e se estendem aos acontecimentos cotidianos, enriquecendo-os. Questões importantes estão em pauta nesta proposta, sejam nas oficinas terapêuticas ou nos atendimentos de terapia ocupacional: a tentativa de criar um espaço para que uma singularidade possa inscrever-se no mundo; a participação em atividades que tenham lugar na cultura, como prática social; as possibilidades que trazem de serem reinterpretadas e recompostas, participando da construção de novos territórios; e o caráter a um só tempo expressivo e construtivo desses trabalhos.

Enfim, parece consensual que a reabilitação deve possibilitar ao sujeito em sofrimento psíquico a reconstituição de seu cotidiano a partir da produção de

sentidos e da inserção em seu contexto social (Torrezan, Prado, Issa & Antonelli, 2009). Concorde-se, no entanto, que a reabilitação deve visar ao aumento das habilidades e diminuir a dependência do usuário, a partir, no entanto, de uma perspectiva política, para Saraceno (1999). Sendo assim, são intervenções de reabilitação todas aquelas que procuram colocar a pessoa em condições de exercer suas ações com o máximo de autonomia possível. Ele aponta as atitudes básicas de um trabalho de intervenção em reabilitação, mencionando a importância da participação da equipe do serviço de saúde mental na vida social, bem como informar claramente as organizações comunitárias sobre o trabalho desenvolvido, os programas e seus objetivos (Saraceno, Asioli & Tognoni, 1997). Acrescente-se a isso que priorizar o social em reabilitação psicossocial implica em sair de serviços de reabilitação e de oficinas abrigadas para criar espaços de intervenção na própria comunidade, fora dos serviços de saúde (Benetton, 1993/1996; Pitta, 2001).

Vale ainda acrescentar que Marques (2001), por exemplo, diferencia reabilitação de tratamento, dizendo que o último é relacionado apenas à remoção dos sintomas, enquanto o primeiro implica em aquisição de habilidades funcionais que possibilitarão ao usuário viver da forma mais independente possível. A reabilitação, aqui, é separada da assistência; ela é entendida como uma etapa que vem depois do tratamento – tanto na cronologia, quanto na importância.

Na realidade do CERSAM, a prática não pode ser entendida dessa forma, a reabilitação não pode ser entendida separada da assistência. No item sobre o cotidiano do CERSAM, a clínica e a reabilitação estão lado a lado e, muitas vezes, são inseparáveis, especialmente se consideramos a perspectiva crítica aqui delineada. Sem dúvida, para que seja possível trabalhar com a lógica da reabilitação, para que seja possível reconstruir valores, criar condições para que o usuário possa participar de sua própria maneira do processo das trocas sociais, é preciso que a equipe esteja atuando na rede de serviços abertos, substitutivos aos manicômios.

Nela, baseada em serviços comunitários, é possível tratar dos usuários sem retirá-los de seu meio e ainda intervir concomitantemente em espaços reais de circulação social, lazer, trabalho e de moradia. A reabilitação psicossocial, como um processo complexo que é, exige dos funcionários dos CERSAMs capacitação técnica e preparo teórico para atuar nessa lógica. O que pode parecer simples em um primeiro olhar se revela complexo e cheio de questões à medida que se atua na

área. O dia a dia do trabalho com a saúde mental é repleto de investimentos, energias e esforços pessoais em função de um projeto de trabalho e de uma escolha de vida.

A reabilitação é, então, "uma prática à espera de uma teoria" (Saraceno, 2001). Vamos concluir este capítulo pensando nos dispositivos reabilitativos que o CERSAM ofereceu para o caso Irene, que será relatado a seguir, compreendendo o que a usuária nos ensina e porque esse conceito é impossível de ser compreendido fora do campo. Pode-se pensar como o acompanhamento oferecido no CERSAM tem impacto nos três aspectos – moradia, trabalho e lazer –, e de que forma eles são modificados pelas intervenções. Percebe-se que o trabalho é o menos modificado, pois poucos usuários estão inseridos em atividades produtivas e laborativas, apesar dos esforços da “Incubadora e empreendimentos solidários” e da “Suricato”. Geralmente, aqueles que têm um emprego estão, devido à desestabilização do quadro, afastados temporariamente da atividade. Seria fundamental que o trabalho oferecesse a produção e troca de mercadorias, mas considerando-se os desejos, interesses e necessidades dos usuários.

Enfim, a reabilitação psicossocial é um processo complexo de remoção de barreiras que impedem a inclusão do sujeito na sociedade, o exercício da cidadania e a contratualidade do usuário, e pode ser compreendida entre as fronteiras das perspectivas sociopolítica e clínica. Talvez seja mais uma direção ética do que um conceito técnico ou clínico. Entendendo que a reabilitação psicossocial favorece a inclusão social dos usuários dos serviços municipais de saúde mental, vamos a seguir definir esse conceito. Na rede municipal de saúde mental de Belo Horizonte, os trabalhadores utilizam em seu discurso, principalmente, o termo “inclusão social” dos usuários, que discutiremos mais adiante.

5.1 Orientações formais para a reabilitação psicossocial

A Linha Guia (Secretaria da Saúde, 2006), que é uma orientação sobre a saúde mental estadual, baseia-se na teoria de Saraceno (1998) para orientar acerca da prática de reabilitação psicossocial. A vertente do ideal de uma integridade a restituir ou de uma adaptação a promover, como a WAPR e a OMS sustentam, não é a que eles sustentam.

O manual considera que o usuário, por mais desfavorecido que esteja, tem uma força a ser exercida e uma potência a ser convocada. Ele deve ter suas possibilidades de troca preconizadas. “Seja qual for a sua condição ou a gravidade do seu quadro, trata-se, não de conduzi-lo a uma determinada meta estabelecida a priori, mas de convidá-lo a exercer plenamente aquilo – seja pouco ou muito – de que se consiga fazer” (Secretaria da Saúde, 2006, p. 71). Ele deve sempre participar dessas decisões e de seu tratamento. A questão da reabilitação é tratada como uma questão política, um direito de cidadania, como um habitar efetivo da cidade. Habitar a cidade não se confunde com simplesmente “estar” na cidade. Implica no envolvimento ativo do usuário com as múltiplas redes de negociação e de troca às quais se refere Saraceno (1998, 1999).

Vale acrescentar ainda que existem algumas leis que nos remetem à reabilitação psicossocial por defenderem a cidadania e os direitos dos portadores de sofrimento mental. As Conferências Nacionais de Saúde Mental forjaram a Lei nº 10.216/2001. Esse contexto abrangeu a criação de diversas leis nos âmbitos federal e estaduais que criaram os CAPS e outros dispositivos direcionados à atenção à saúde mental. Essa mudança possibilitou que o debate sobre a loucura e as intervenções a ela direcionadas ganhasse corpo e operasse como divisor de águas que mobilizava profissionais de diversos matizes teóricos e institucionais (Pitta, 2001; Amarante, 1995).

No ano de 1989, teve entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que só foi aprovado em 2001, após uma mobilização intensa dos trabalhadores da área, dos usuários, dos familiares e da mídia, após 12 anos de tramitação. Propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Foi o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Essa lei objetivava humanizar o tratamento aos portadores de sofrimento mental, regulava as internações psiquiátricas e promovia mudanças no modelo assistencial aos portadores de sofrimento mental. Destacava o processo de desospitalização, a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ou CERSAMs).

A proposta era privilegiar o convívio do usuário com sua família, chamar a sociedade a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação. Dessa lei se origina a política de saúde mental nacional, a qual, basicamente, visa a garantir o cuidado ao usuário em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o usuário isolando-o do convívio com a família e com a sociedade.

Para que os indivíduos em sofrimento mental sejam inseridos no mercado econômico, foram criadas as cooperativas sociais, por meio da Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, e da Portaria nº 1.169, de 7 de julho de 2005. Com isso, os municípios recebem incentivos financeiros para desenvolver projetos de inclusão social para usuários de álcool, drogas e/ou para cidadãos com sofrimento mental (Ministério da Saúde, 2005).

Outra legislação nessa linha é a “Lei Carlão”, ou Lei Estadual nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995 (no mesmo ano em que Belo Horizonte sediava o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial), posteriormente alterada pela Lei nº 12.684, de dezembro de 1997. Essa legislação dispõe sobre a promoção de saúde e a reintegração social do portador de sofrimento mental. Pela primeira vez no Brasil, apresentou os princípios normativos orientadores do redesenho da assistência em saúde mental de Minas Gerais, que, em linhas gerais, indicava a criação de serviços substitutivos que garantissem a desospitalização responsável dos portadores de sofrimento mental.

O *Programa de Volta para Casa*, também conhecido como auxílio-reabilitação psicossocial, foi criado pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Dispõe sobre

a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a usuários que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas.

Com essa criação, foram viabilizadas as condições para a desinstitucionalização das pessoas com histórico de longa internação. O objetivo desse programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$320,00, aos seus beneficiários. Incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Além disso, o *Programa de Volta para Casa* atende ao disposto na Lei nº 10.216, que determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (Ministério da Saúde, 2001).

5.2 Inclusão social como reinserção

Apesar de todas as críticas e variações, o termo “reabilitação” resiste como um importante ponto de referência para o debate. Vale a pena, no entanto, explorarmos um pouco um aspecto inerente à sua abordagem: a inclusão.

É comum observarmos na sociedade atual um número crescente de pessoas presas a valores sociais, como prestígio, padrões físicos que cada vez mais se afastam da estética humana e ritmos de vida e de trabalho que mais se aproximam das máquinas. “É fácil perceber como o tempo está deixando de ser humano” (Fujihira, 2006, p. 23). O ser humano passou a ser totalmente pensado, enclausurado em conceitos, técnicas e ideias.

A ideia de que um indivíduo possa aparecer com sua singularidade é tamponada pelos padrões impostos e já pensados. “Existe a ilusão de um controle absoluto sobre a vida e a natureza, perdendo-se a possibilidade da surpresa e, conseqüentemente, da criatividade e do gesto que promove a singularidade”

(Fujihira, 2006, p. 104). A exclusão da pessoa com sofrimento mental não ocorre apenas pelas manifestações clínicas da doença, mas também por elementos subjetivos, como o preconceito, a desinformação, o contexto econômico da sociedade capitalista (Frazão & Arcoverde, 2009).

Dentro desse contexto, como fica a pessoa com sofrimento mental, cuja aparência física muitas vezes é diferente do padrão valorizado socialmente, com uma produtividade que também não se equipara à das máquinas, ou que, às vezes, está mais lento devido ao uso das medicações? Há que se tomar cuidado para não impor aos portadores de sofrimento mental ideais de funcionamento que são da sociedade e aos quais eles muitas vezes não podem corresponder.

O termo exclusão social foi consagrado na França, em 1974, com a denúncia sobre pessoas com algum tipo de desvantagem em relação ao progresso industrial, como os portadores de sofrimento mental e idosos (Demo, 2002). O processo de exclusão social remete, segundo Castel (1989), à situação de todos aqueles que estão com uma ruptura dos laços sociais e familiares. Assim sendo, se essas pessoas estão excluídas socialmente por estarem fora dos circuitos de trocas sociais, pode-se dizer que elas seriam passíveis, então, de uma intervenção da reabilitação psicossocial que favorecesse seu retorno à contratualidade.

A exclusão social está conjugada a inúmeras situações de vulnerabilidade e fragilização dos vínculos, os quais se expressam no âmbito da cidadania e têm como significado a não realização dos direitos sociais garantidos por lei. Os poucos direitos dos portadores de sofrimento mental têm sido historicamente confiscados, desde o final do século XIX, pelo modo de assistência hospitalar hegemônico (Escorel, 1999).

Para Leão e Barros (2008), a exclusão social é um problema de teor político, estando diretamente vinculada ao aspecto econômico, devido à precarização do emprego, assim como a desagregação social e familiar. No caso de pessoas portadoras de sofrimento mental, a exclusão social pela via do trabalho é ainda mais delicada, em decorrência, sobretudo, dos estigmas atribuídos à doença, acrescido o fato do desemprego se apresentar como um problema até mesmo para pessoas que não apresentam sofrimento mental e em condições de produtividade e competitividade (Leão & Barros, 2008; Hirdes & Kantorski, 2003).

A inserção ou permanência no mercado de trabalho pode se tornar um problema também para pessoas que buscam o primeiro emprego ou para aqueles que não

são considerados como tendo capacitação suficiente para o cargo. No modelo de produção capitalista contemporâneo, as pessoas consideradas inaptas e/ou improdutivas são excluídas do mundo do trabalho. No caso dos portadores de sofrimento mental, muitas vezes existe a fragilidade dos laços sociais, representada pela exclusão do mercado de trabalho, da família, da política e da cultura, restringindo o papel social da pessoa. Para Saraceno (1999), o trabalho é um instrumento da reabilitação psicossocial e um indicador do sucesso do processo, “um indicador de retorno à normalidade” (p. 131).

Demo (2002) aborda o trabalho relacionado com a inclusão social e afirma que, no regime capitalista em que vivemos, a inclusão social deve ocorrer pela vinculação ao mercado de trabalho e busca de cidadania, apresentando-se mais estrutural e garantida que pela via da assistência.

A terapia ocupacional propõe atividades e o *fazer* para construir cotidianos para a participação e inclusão social, e não somente para a diminuição dos sintomas psicóticos (Benetton, 1991, 1994). Para Sasaki (1997), inclusão é um processo de mudança do sistema social comum para acolher toda a diversidade humana. “Conceitua-se a inclusão social como o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade” (Sasaki, 1997, p. 41). Mas que sociedade é essa? Talvez seja o caso de inverter a situação e entender que é a inclusão que demanda a “adaptação” da sociedade às necessidades das pessoas com sofrimento mental. Para Fujihira (2006), isso pode ser muito superficial e não alcançar uma experiência que contemple a necessidade essencial de pertencer efetivamente ao mundo social com suas necessidades. Participar socialmente de algo não garante que um indivíduo possua um lugar neste mundo. A autora afirma que as pessoas incluídas, ou que desejam sê-lo, vivem em um contínuo esforço para se encaixarem em um mundo que não promove de fato espaço para a singularidade.

De acordo com Ministério da Saúde (2005), para o processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, os CERSAMs oferecem os recursos fundamentais para a inserção social de pessoas com sofrimento mental, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais, educacionais, entre outras. Guerra (2004) também afirma, nesse sentido, que os CERSAMs buscam a retomada da vida cotidiana de seus usuários em um

modelo inclusivo. Barros (2003) destaca que, ao representar uma política instituída pelos serviços de saúde mental, a inclusão social deve considerar tanto os aspectos subjetivos dos usuários, quanto o universo social e cultural no qual se encontram.

O próprio CERSAM já representa um espaço de inclusão social, ao oferecer a seu usuário atenção e cuidado, bem como o aumento da autonomia pelo acesso aos direitos de cidadania. A inclusão social é um processo que exige a reconstrução de vários aspectos da vida da pessoa acometida pelo sofrimento mental (Leão, 2006). Essa é uma das metas da Reforma Psiquiátrica, que, ao se constituir em oposição à institucionalização da loucura como doença mental, trouxe um outro entendimento baseado na noção de existência-sofrimento.

Metipolá (1997) traz a importância do tratamento no CERSAM para a inserção social dos usuários. Para isso, exige a abordagem do grupo familiar, das associações, instituições e serviços da regional da unidade de saúde, de forma a buscar uma participação efetiva da comunidade nessa inserção.

A partir dessa noção, foi possível entender a experiência em relação ao outro. É por essa razão que Rotelli (2001) substituiu o termo "curar" pelo "cuidar". Cuidar significa se ocupar agora de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento na relação com o outro, ao mesmo tempo em que se transforma a vida concreta e cotidiana que alimenta esse sofrimento. Além disso, entende-se que o sentido do termo "cuidar" inclui a participação do outro, de quem está sendo cuidado. Tal perspectiva fundamenta a inclusão social como diretriz e condição de tratamento para os portadores de sofrimento mental.

O processo de inclusão ou inserção social está diretamente associado às trocas e à contratualidade do usuário (Kinoshita, 2001). O autor parte do pressuposto de que existe no social um valor previamente atribuído aos usuários, geralmente carregado de negatividade e de preconceito, o que dificulta as possibilidades de trocas. "Os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados" (Kinoshita, 2001, p. 55). Assim sendo, o autor afirma que reabilitar seria, então, tomado no seu sentido crítico, o mesmo que reinserir, ou seja, reconstruir esses valores e aumentar o poder contratual do usuário. A reabilitação psicossocial pressupõe que a comunidade e o tratamento sejam dimensões possíveis de propiciar a inclusão ou inserção social da pessoa em sofrimento mental. O usuário a ser reabilitado não deve se colocar então, no campo social na condição passiva de ser treinado ou readaptado, pois, assim, ele se enfraquece

ainda mais ao tentar alcançar o ideal impossível de se igualar aos demais: os normais, os supostamente adaptados.

O estudo de caso relatado no próximo capítulo compartilha um pouco da complexidade de um caso do CERSAM em processo de reabilitação psicossocial, em diálogo com a realidade dos serviços substitutivos da rede de saúde de Belo Horizonte.

6 ESTUDO DE CASO

A decisão sobre a qual usuário deveria ser entrevistado foi feita com a equipe do CERSAM, em uma reunião de equipe semanal. Algumas das frases que escutei¹⁷ da equipe do serviço foram: *“Ela era um pedaço de gente largada na mão dos outros”, “Foi no CERSAM que ela construiu o seu delírio e se organizou”*. Um psiquiatra que trabalha no CERSAM há 15 anos chegou a acompanhar a usuária por um período de sua internação no IPSEMG, quando ainda era residente de psiquiatria. Ele disse *“Ela era tão grave que causava desconforto na equipe e nos demais pacientes do IPSEMG. Desde que ela veio para cá, só teve ganhos”*. Irene hoje é uma mulher com boa aparência, costuma se vestir com saias longas, batas, chinelos, e faixas enfeitando a cabeça, em cima do cabelo bem curto.

Nas sete entrevistas, a usuária trouxe um relato sobre sua experiência anterior, se revelando indiferente a um modelo de sucessão cronológica linear. Com exceção do primeiro encontro, que ela quis começar falando de sua infância no interior de Minas Gerais. A partir daí, não seguiu mais a ordem cronológica de sua vida. Nas conversas realizadas, buscou-se resgatar em entrevistas não estruturadas a história de vida de Irene¹⁸, desde a infância, a história de sua doença e de seus tratamentos, e os sentidos que ela dá para isso.

Alguns encontros aconteceram em uma praça municipal, que fica em frente à moradia da usuária; outros encontros aconteceram no refeitório da pensão onde ela mora. Foi a própria usuária que determinou o local dos encontros, assim como a duração e a quantidade deles.

A construção dessa pensão é bastante antiga no bairro Floresta, sendo uma área invadida pela dona da pensão há muitos anos. Após a invasão, a dona transformou o lote em uma pensão e, hoje em dia, acolhe alguns usuários dos CERSAMs Leste e Oeste. Ao lado da casa, tem um hospital que, anteriormente, queria ampliar suas instalações, e tentou desalojar a pensão alegando ser área invadida. Em uma tentativa de continuar no lote, a dona da pensão pediu à referência técnica da usuária um ofício, afirmando sua bondade com os usuários do CERSAM e sobre sua

¹⁷ A partir daqui falarei em primeira pessoa por se tratar de uma observação participante.

¹⁸ Irene é um nome fictício; na mitologia significa “Deusa da paz”.

utilidade para a saúde mental. Assim foi feito e a dona pôde continuar na área ocupada.

Além dos sete encontros para entrevistar a usuária, foi feita uma leitura do prontuário da mesma, autorizado por ela no TCLE e pela equipe do CERSAM. Trata-se de uma usuária em acompanhamento no CERSAM há cinco anos, após ter estado internada em um hospital psiquiátrico por oito anos ininterruptos. Assim que recebeu alta, foi encaminhada para o CERSAM sem qualquer trabalho de desinstitucionalização e sem muito suporte social e familiar, ainda com risco de fácil desestabilização do quadro. O prontuário mostra a gravidade e complexidade do quadro da usuária e indica o caminho que a equipe escolheu para construir o caso.

A validação externa dos resultados foi feita em discussões com os pares em grupos de pesquisa, em grupos de estudos, em reuniões com a equipe do CERSAM e com a coordenação de saúde mental municipal, e com a leitura que a própria Irene fez da dissertação ao final do processo. A validação interna pode ser reconhecida no estabelecimento da relação pesquisador/entrevistado e sua sintonia.

A seguir virão as informações recolhidas do prontuário de Irene e, em seguida, o relato de cada um dos encontros com ela.

6.1 Informações do prontuário

A primeira passagem da usuária pelo CERSAM Leste foi em outubro de 2008, encaminhada pelo Hospital Galba Veloso. Chegou acompanhada da filha Maria¹⁹. Nessa época, morava em uma pensão no centro da cidade e a dona da pensão resolveu diminuir, por conta própria, a medicação prescrita pelo Hospital IPSEMG.

Como resultado, teve a desestabilização do quadro. A usuária se tornou tão “inadequada” que a dona da pensão não queria aceitá-la de volta e a filha dizia não poder recebê-la em sua casa. Havia uma séria questão social envolvida. Irene havia pernoitado a noite anterior na rodoviária de Belo Horizonte, por não ter para onde ir.

A filha Maria insistia que o plantonista inserisse a sua mãe no pernoite do CERSAM e se recusava a levá-la de volta. Queria um local para deixá-la em regime

¹⁹ Nome fictício.

de internação, uma instituição que mantivesse a usuária 24 horas por dia. A demanda era a de manter a mãe institucionalizada, como tinha sido nos últimos 8 anos no hospital. A filha afirmava não ter nenhum vínculo com a mãe e não poder fazer nada por ela, além de acompanhá-la ao CERSAM.

Essa filha também não tinha contato com a irmã mais nova, Lis²⁰, filha de outro pai. Afirmava que a única pessoa que poderia se dispor a ajudar Irene era um primo. Foi esse primo quem a colocou na pensão no centro da cidade e pagou seu primeiro mês, logo após a alta do IPSEMG. Havia uma clara deterioração dos laços familiares. Era uma situação de total abandono familiar e do Estado, que em nada se implicou nesse processo de alta.

Irene apresentava delírio místico, mas estava tranquila, com a higiene preservada, orientada no tempo e espaço. No entanto, a plantonista avaliou que a usuária não estava em crise, por isso, não indicou pernoite no CERSAM. O projeto terapêutico inicial era permanência-dia algumas vezes por semana. Havia risco de abandono de tratamento. Nesse primeiro acolhimento, a usuária escreveu um mantra em um papel, entregou ao plantonista e pediu que fosse anexado em seu prontuário.

Nessa entrevista inicial, relatou ser vegetariana, naturalista e *hare kristna* desde criança. Disse que sua família tinha muitas posses e fazendas no interior de Minas Gerais, mas que ela não tinha mais contato com seus familiares. Afirmou que, quando está em crise psiquiátrica, torna-se mais quieta e não fica agressiva. Dizia ser “evoluída espiritualmente” e que estava em sua “última passagem” pela terra. Adorava trabalhos manuais, artesanato e esoterismo. Dizia ler a aura das outras pessoas.

Nesse primeiro acolhimento, trouxe um encaminhamento do Hospital Galba Veloso, em que foi relatado que seu estado de ânimo e afeto oscilavam tanto que tornava quase impossível sua convivência social. *“Ela ficava ótima em um dia, e no dia seguinte só ficava deitada, e assim passava dias”*.

A filha relatou que o quadro da mãe piorou depois que entrou para a seita *hare kristna*, e relatou a gravidade das crises da mesma. Em uma delas, a usuária chegou a pular de uma janela acreditando ser capaz de voar. Saía errante pelas ruas, ficava desaparecida por muitos dias e chegou a ser atropelada.

²⁰ Nome fictício.

A usuária esteve internada no mesmo hospital por oito anos e, assim que recebeu alta, foi levada pela família ao Hospital Galba Veloso, onde permaneceu por mais dois meses. Recebeu alta novamente, foi para uma pensão e, depois de poucos dias, retornou e foi internada novamente. Nesta internação apresentava-se exaltada, delirante, com alucinações auditivas, ideação delirante de cunho religioso, erotizada. Evoluiu com lenta melhora e passou a apresentar quadro de negativismo acentuado. Em relatório da instituição, de 2008, lê-se que se trata de quadro extremamente grave e de difícil estabilização: *“Trata-se de momento delicado de retorno da paciente ao seu convívio socio-familiar após muitos anos.”*

Logo em seguida, após a segunda alta do Hospital Galba Veloso, chegou ao CERSAM. Segundo relatório, ela foi internada devido a um quadro de perplexidade, apresentava ideação delirante de cunho místico religioso. Tinha recebido alta da internação do IPSEMG porque o convênio de sua cidade natal com o IPSEMG fora encerrado. Por esse mesmo motivo, não foi possível que ela continuasse seu tratamento nesse hospital. Segundo a usuária, ela tinha recebido alta da internação há cinco anos, mas, como não tinha onde morar, continuou sendo acolhida pelos próximos anos no hospital. Essa informação não foi confirmada pela família. Irene demonstrava muito afeto e carinho pelos funcionários da instituição.

A anamnese inicial do CERSAM trouxe parte do histórico da usuária. Tratava-se de cliente de 55 anos de idade, divorciada, mãe de duas filhas – Lis e Maria (na época com 24 e 26 anos, respectivamente). Relatou ser nascida no interior de Minas Gerais. Era dependente financeiramente do pai, que era militar. Negou uso de drogas e de bebida alcoólica.

Seu tratamento psiquiátrico tinha se iniciado há mais de 20 anos, na época em que se divorciou. A usuária relatou que ficava exaltada ao ouvir vozes. Relatou várias internações psiquiátricas em Divinópolis e Belo Horizonte. A última e a mais longa, durou oito anos, quando a paciente afirmou ter sido abandonada pela família.

Dizia não ter contato com a filha mais nova. A mais velha, Maria, que a acompanhava no dia do acolhimento do CERSAM, morava com o pai, ex-marido da cliente, que não a aceitava em casa. A usuária não tinha os pais vivos, somente um irmão com quem não tinha nenhum contato há seis anos.

A equipe do CERSAM fez contato com a assistente social do IPSEMG, que informou que, antes da alta, fizeram contato com o irmão da usuária, mas que ele não se dispôs a ajudá-la. O primo foi o único familiar que, no momento da alta, se

dispôs a ajudá-la de alguma forma. O hospital, antes de lhe dar alta da internação, disse ter tentado inseri-la no Serviço Residencial Terapêutico da Prefeitura de Belo Horizonte, mas não teve sucesso.

No meio do ano de 2009, quando chegou ao CERSAM, a filha e o ex-marido decidiram, então, recebê-la provisoriamente em casa. A prioridade era pagar uma pensão para a usuária, mas não puderam arcar com os custos. Foi combinado, com a filha e com a própria usuária, permanência-dia na instituição três vezes por semana e nos outros dois dias ela iria ao Centro de Convivência da regional. Pouco tempo depois parou de frequentá-lo, dizendo não ter se adaptado e não ter gostado. Não quis, em momentos posteriores, retornar ao Centro de Convivência, apesar da insistência e do planejamento de sua referência técnica, que chegou a acompanhá-la algumas vezes em uma tentativa de favorecer o vínculo com o novo serviço.

O CERSAM estava providenciando, com a ajuda da filha da usuária, os documentos para conseguir o benefício do *Programa de Volta para Casa*. A filha Maria, com o profissional de referência do caso, já tinham providenciado também os papéis para apresentar ao órgão responsável pela liberação da pensão do pai de Irene. Ela aguardava ansiosa, pois não se sentia bem hospedada de favor na casa do ex-marido. Dizia não querer depender de outras pessoas e que agora, fora do hospital, ela se sentia feliz e que tinha “voltado a ter emoções”. Apresentava alguns sintomas extrapiramidais como efeito das medicações, como muitos tremores de membros superiores.

Sua referência técnica no CERSAM fez algumas anotações no prontuário sobre o bom humor da usuária, que não deixava que os acontecimentos ruins afetassem seu bem-estar.

Nessa época (2009), já constavam relatos no prontuário sobre a participação de Irene nas oficinas terapêuticas do CERSAM. As de culinária foram suas primeiras participações; em seguida, participou de grupos de terapia ocupacional, passeios a exposições de artes, oficinas de argila, de letras, de auto cuidado, de cinema e de outras oficinas livres. Ela costumava participar com interesse e boa interação com outros participantes. Às vezes comercializava os produtos que produzia. Saiu algumas vezes com o profissional que é sua referência para ir ao salão de beleza, para comprar roupas e produtos de higiene pessoal.

Sua referência técnica passou a planejar a alta do CERSAM, com encaminhamento ao Centro de Convivência e Centro de Saúde, já que avaliava seu

quadro como estável. A usuária frequentava dentista e médicos clínicos na Unidade Básica de Saúde como tentativa de se firmar um novo vínculo. No entanto, ela apresentava muita resistência em receber alta da unidade.

Queixava-se da intervenção, da hostilidade e impaciência dos familiares, não estava suportando o contato tão próximo de morar juntos. *“Eles dizem que eu não faço nada porque sou preguiçosa”*. Começou, então, a apresentar nova desestabilização do quadro psiquiátrico, e foi inserida em pernoite no CERSAM.

Estava com a higiene precária, delirante, inadequada, poliqueixosa, megalomaníaca, confusa, estabelecendo pouco contato e com o pensamento desorganizado. Sua circulação social se limitava à casa da família e ao CERSAM. Ansiosa, fumava um cigarro atrás do outro, deitava-se e se levantava o tempo todo. Falava muito no ex-marido. Dizia ser *hare krishna* e ter uma energia divina. Acreditava estarmos *“no final dos tempos”*. Dizia que iria desencarnar no dia 25 de dezembro.

Alternou depois períodos de permanência-dia e de pernoite na unidade, de acordo com a indicação clínica e seu projeto terapêutico. O ex-marido a levou várias vezes para o CERSAM fora dos dias combinados, demandando medicação extra e pernoite. Irene apresentava muitos sintomas extrapiramidais.

Em alguns momentos, foi avaliado que permanecia com ideação de auto extermínio, pensamento negativista e humor rebaixado. *“Quero sair do planeta”*. Outra vez, quando já estava na pensão, estava tirando a roupa e saindo nua para a rua, querendo beber cerveja. Pedia que diminuíssemos sua medicação, pois *“queria ficar mais próxima de Krishna”*.

Quando seu quadro começava a apresentar melhoras, ela retomava parte de seu cotidiano, voltando a fazer caminhadas, alongamentos, querendo retomar a prática de ioga e meditação. Falava que essas eram *“saídas que encontrava para o sofrimento da vida”*. Durante todo esse tempo, mostrava-se muito incomodada com o convívio familiar próximo, não se sentia bem por morar de favor; dizia ser um *“estorvo”*.

Em 2010, quando começou a receber o benefício do *Programa de Volta para Casa*, o CERSAM conseguiu, com ela, uma vaga em outra pensão, onde ela mora até hoje. Sua referência técnica a ajudou a procurar e a acompanhou em visitas às pensões. Ela ficou muito feliz com sua nova moradia, pois teria certa privacidade e seu próprio espaço.

A dona desta pensão a auxiliava com suas medicações, é disponível, atenciosa e a ajuda sempre que necessário. Seu projeto terapêutico no CERSAM passou a ser ir para consulta ambulatorial uma vez por semana. Mais uma vez, Irene desestabilizou e a dona da nova pensão não queria que ela retornasse, pois Irene estava incomodando os demais moradores e tumultando o ambiente. Foi preciso intervenção e manejo da referência técnica, até que ela fosse novamente aceita após um período de novo em pernoite.

Em outro momento, quando o CERSAM não tinha disponível nenhum leito vago de pernoite e a usuária precisava dele, foi tentada uma nova aproximação com o ex-marido e a filha de Irene. No entanto, o ex-marido disse não ter interesse em se aproximar dela, dizia não ter *“nada com isso”*.

Nos atendimentos semanais com sua referência técnica, a questão espiritual e mística costuma surgir. *“Eu tenho visões, mas é normal, você não precisa se preocupar com isso.”* Fala com frequência de vivências espirituais.

Em 2012, viajou para sua cidade natal com sua filha Maria para resolver pendências da pensão do pai, que ela aguarda sair até hoje. Estava estável, apesar dos tremores de extremidades e dos delírios místicos. Dizia de sua outra vida, de reencarnação.

Em outra oportunidade, sua referência técnica foi com ela pessoalmente ao Centro de Convivência para tentar um novo laço social, o que ainda não foi possível. Atualmente, sua única queixa é de sua situação financeira. *“Minha vida é regrada.”* Seu projeto terapêutico tem sido permanência dia três vezes por semana, sendo levada e buscada pelo transporte da unidade. Sua referência técnica tentou acompanhá-la de ônibus ao CERSAM, para que ela aprendesse o caminho e tivesse segurança para ir só, mas, na segunda tentativa, ela passou a recusar. Dizia querer paz. *“Já andei muito de ônibus e até a pé, agora não quero mais.”*

6.2 Os encontros com a usuária

6.2.1 Primeiro encontro

Encontramo-nos na porta da pensão onde ela mora, no horário sugerido por ela. Logo que me viu, ficou surpresa com a minha presença e pontualidade. *“Olha, achei que você pudesse não vir”*. A usuária quis se assentar no banco da praça, em frente à sua pensão. Teve um pouco de dificuldade no princípio, sem saber por onde começar seu relato. Perguntou o que ela teria que me contar, por onde iniciar.

“Conte-me sua história, comece da parte que preferir”, eu disse. Assim, ela iniciou um relato repleto de história e significados, que durou 45 minutos. Quis começar pelo princípio: sua infância no interior de Minas Gerais. Contou que seu pai era um militar, alcoólatra e, por isso, sua mãe e ele brigavam muito. A mãe não concordava com o uso abusivo de álcool e isso trazia muito transtorno para a família. Quando o pai não chegava em casa até as 22h, a mãe trancava a porta e o deixava de fora. *“Eu já sabia que ia dar briga, quando se aproximava o horário eu ficava aflita, ansiosa, torcia pra ele entrar por aquela porta”*. Só que, muitas vezes, ele entrava carregado pela polícia, alcoolizado. Assim, era certeza que teria briga.

Ao falar do avô paterno, abriu um grande sorriso e seus olhos brilharam. *“Eu gostava mais dele do que do restante da família”*. Era, segundo narrou, uma pessoa muito boa, reconhecido na cidade por ajudar as pessoas doentes. Médico, ele atendia a população em sua casa gratuitamente. Geralmente, tinha fila na porta de casa, de pessoas aguardando consulta gratuita.

A família da mãe também era muito boa, mas segundo ela, não tinha formação nem educação. *“Eram grosseiros.”* Exceto uma tia, que tinha em sua casa uma biblioteca. Irene costumava pegar livros emprestados lá quando tinha oito anos de idade. Gostava de ler livros de Dostoiévski e outros autores que escreviam para adultos, não para crianças. Lia também livros infantis, mas gostava mesmo dos de adultos. Lia rápido, lia um livro grosso em dois dias. Quando terminava de ler o livro podia devolver e escolher outro na biblioteca da tia. Gostava de frequentar essa casa, porque lá não tinha brigas como em sua própria casa. *“Quando meu tio e ela queriam conversar, iam para a biblioteca da casa, não faziam na frente das crianças. Não tinha briga nem confusão na frente de todo mundo.”*

Havia ainda outra tia, que montou na cidade a primeira boutique de roupas. *“Você sabe o que é boutique? É quando a pessoa manda os moldes e panos pra costureira*

fazer, uma loja mesmo.” A usuária disse ter sido uma adolescente muito bonita e, por isso, participou de desfiles da boutique da tia. Sua foto foi publicada em matéria do jornal Estado de Minas, dizendo que era a mulher mais bonita da cidade. Suas primas e amigas ficaram com ciúme e, segundo conta, começaram a maltratá-la. As relações de amizade e proximidade se desfizeram.

Irene era também a mulher mais foliã da cidade, destaque nos carnavais. Isso também causava inveja nas outras mulheres, ela era mal falada por essas pessoas. Nesse momento Irene, teve seus olhos cheios d’água.

No interior de Minas Gerais, a única opção para as mulheres na época era estudar magistério. Irene tinha outros planos: fazer o curso científico e depois entrar em uma faculdade. Na adolescência, veio para Belo Horizonte morar com o avô paterno logo depois que ele se mudou. O querido avô era um homem de posses, pôde pagar uma boa escola para Irene, e depois pagou o melhor cursinho pré-vestibular da capital. *“Minha família tinha dinheiro, pagava os melhores ensinamentos pra mim. Eu não tinha dinheiro, não, mas meu avô e minha família tinham.”* Aos 18 anos de idade, passou no vestibular para psicologia, mas interrompeu os estudos no início do curso. *“Como tudo meu: eu sempre começo muito bem, mas não termino. Vai passando o tempo e eu acabo interrompendo”,* disse.

Irene relatou com muitos detalhes uma crise que teve, já adulta, em Belo Horizonte. Estava com um namorado e um casal de amigos em uma casa de um condomínio de luxo, onde iriam passar o final de semana. Conversavam sobre ópera e isso começou a perturbá-la. Quando ela foi ao banheiro e se olhou no espelho, teve a visão de *Krishna* nas íris fundidas de seus olhos. *“A visão era só naquele momento, e só pra mim.”* Riu ao relatar isso, hoje com certa crítica de que *“isso era coisa da cabeça”* dela.

Relatou vivências espirituais. *“Eu aprendi muito mesmo, estou bem. Ainda bem que eu busquei isso”,* indicando uma solução construída por ela.

Em Belo Horizonte, tornou-se uma empresária ao abrir um restaurante vegetariano no bairro Funcionários, que era frequentado em sua maioria por pessoas que tinham o mesmo interesse que ela: espiritualidade e questões religiosas. Era frequentado por pessoas de várias comunidades alternativas e isso foi uma boa forma de aprendizado para ela, e de fazer laços. *“Foi a época em que eu mais cresci, eu tinha contato com muita gente”,* comentou.

A escrita era um *hobby*. Quando o restaurante não estava cheio, ela pegava um caderno e escrevia. Anos depois, quando estava internada no IPSEMG, foi reconhecida por um visitante que lhe contou que esse caderno foi descoberto e transformado em um livro, estudado em comunidades holísticas. Planejava procurar o livro em livrarias, pois nunca mais ouviu falar disso e nem sabe se é mesmo verdade. O restaurante faliu e fechou, porque Irene não cobrava a alimentação de todos que frequentavam. *“Ah, as comunidades almoçavam lá e eu não cobrava, eu sempre doei muita coisa”*. Sentiu-se reconhecida; ser dona de um restaurante bem frequentado trouxe para ela uma identidade.

Cozinhava muito bem no restaurante, mas hoje em dia não cozinha mais por escolha própria. Disse que já fez muita coisa na vida. Já passeou muito, mas hoje é que está em paz. *“Eu quero sossego, estou em outra fase, quero ficar tranquila na pensão.”*

Comenta que morou quinze anos em comunidades religiosas, como o *hare krishna*. Trabalhava nas comunidades, seguia as regras. Irene enviava para a filha presentes da comunidade, relacionados com as suas crenças. Citou os incensos, roupas típicas, objetos relacionados à energização do ambiente.

Disse sobre a morte, que não tem medo de morrer. Acredita que o cigarro não a fará morrer mais cedo, fez uma escolha e a mantém. *“Eu gosto de fumar, não tenho vontade de parar.”*

Começou a falar espontaneamente sobre o CERSAM, sobre a importância de sua referência técnica e sobre uma amiga de lá. Acredita que essa amiga tem a energia carregada, apesar de ser também *kadercista*. Disse que quando está no CERSAM tenta ajudá-la, ainda hoje, orientá-la.

Nesse encontro, falou um pouco sobre os anos em que esteve internada no hospital. *“Foi legal.”* Com o passar dos anos, ela foi ficando conhecida pela equipe e conquistando os profissionais. Ganhava presentes, era bem tratada, arrumou um namorado que estava internado em outra enfermaria, fazia quadros e produtos nas atividades da terapia ocupacional e dava de presentes, às vezes vendia. Relatou um episódio quando foi agredida fisicamente por outra paciente. Ficou muito chateada, mas depois disso aprendeu a perdoar. A filha da paciente a procurou dias depois para se desculpar e levou um colar de presente para Irene.

Contou brevemente sobre seus dois casamentos e sobre a filha Maria. Refere-se a ela com muito carinho e ressalta suas qualidades.

No final, caminhando de volta para a pensão, disse: *“Será que eu ainda vou ter mais história pra te contar? Você pode escrever um livro sobre mim depois, um livro só meu. Eu gosto da minha história”*.

Irene era uma cidadã que durante sua infância e fase adulta jovem tinha apoio familiar, uma rede de amigos e de suporte social. Mostrou-se nos papéis sociais de cozinheira, de escritora e de empresária. Tratou dos temas família, educação e formação, crise psiquiátrica, tratamento no CERSAM e no hospital onde esteve internada, religião e morte.

6.2.2 Segundo encontro

Novamente Irene quis ser entrevistada nos bancos da praça. Seu início de relato foi com a seguinte frase: *“Já que estou contando a minha vida, não posso deixar de te falar um segredo, uma verdade que poucas pessoas sabem.”* Contou-me dois segredos: que ela tem um irmão, e que tem uma segunda filha. Essas duas informações já estavam registradas em seu prontuário.

Falou do irmão e do abandono que sofreu. Quando estava internada, ele a procurou pedindo que assinasse uma documentação para regularizar os imóveis dos pais falecidos. Irene assinou, o irmão vendeu tudo e não dividiu o dinheiro da herança com ela. *“Eu não tenho raiva dele, não. Eu não sei o que passa na cabeça dele. Tem hora que eu até me esqueço dele.”*

A filha mais nova tem um nome *loguif*²¹: Lis. Irene relata uma dificuldade de relacionamento com essa filha, pois o pai se casou de novo, e quem a criou foi a esposa do ex marido. A mulher não deixava Irene se encontrar com a filha, alegando ter medo da mesma se tornar amante do ex-marido.

A avó paterna costumava ajudar Lis a se encontrar com a mãe em sua casa, sem que ninguém soubesse. O pai descobriu e acabou proibindo a menina de ir à casa da avó. Lis uma vez chamou Maria, sua irmã, para morar com ela. Quando soube desse plano, a madrasta enfartou; por isso, Lis desistiu da ideia. Depois disso, Irene se distanciou de Lis. Há oito anos não se vêem, não têm contato. O pai é filho de

²¹ Refere-se à Yoga

norte-americanos e sempre ensinou a filha a falar inglês. Irene acredita que ela pode ter se mudado para o exterior. *“Mas isso não me afeta. Não preciso sofrer por não estar perto.”*

A filha Maria, a mais velha, é sua curadora. É essa filha o único familiar a lhe dar, atualmente, um mínimo suporte. É quem a ajuda, leva mensalmente à pensão objetos de cuidado pessoal e lhe dá um pouco de atenção.

Irene fala sobre alguns valores seus, como desapego que ela aprendeu com os *ioguis*. Diz querer sempre o bem das pessoas, tentar ajudar no que puder, orientar, acalmar, rezar. Ilustra isso com um episódio em que tropeçou na rua e agradeceu por não ter caído no chão, ao invés de queixar-se porque tropeçou. Tem o costume de sempre agradecer por tudo.

Faz-se um silêncio, na gravação é possível escutar somente o barulho dos carros e da praça. *“Você não tem nem uma pergunta pra me ajudar? Não sei o que falar mais”.*

Deixo-a livre, e ela começa espontaneamente a relatar um fato que a marcou: a primeira vez que entrou numa sala de *yoga*. Descreve com detalhes o ambiente, a figura do mestre, a posição dela. Posição de lótus, que ela nunca conseguiu fazer perfeitamente por não ter muita flexibilidade. O mestre ensinava como conduzir o pensamento para ter uma mente saudável, com maturidade e paz. Ela se encantou pelo mestre, o achou bonito, apesar de mais velho. *“Eu me casaria com ele.”* Esse mestre convidou todos os presentes para conhecer uma comunidade, chamada Mãe D’água. Ela foi conhecer a comunidade, acompanhada de seu marido e da filha Maria. Continua a descrever com detalhes o ambiente, o mestre meditando, as galinhas pousando em sua cabeça, a cozinha de comidas integrais e naturais, a pia de água corrente da cachoeira.

Relata que ela foi ajudar a fazer uma geleia de jabuticaba, mas estava tão emocionada com o lugar e com a situação, que ela se ajoelhou. *“Eu estava oferecendo meu trabalho a Deus, e queria oferecer de joelhos.”* As pessoas acharam estranho o comportamento dela, tentaram fazê-la se levantar sem sucesso. *“Eu fazia o que me dava na cabeça, sem preocupar com o que os outros estavam pensando.”*

Relata outras experiências em comunidades religiosas, como o *Ashla*, um templo religioso com boas energias, carregado de bons fluídos, purificado. Ela teve a oportunidade de dormir dentro dele e teve um ótimo sono. *“Dormir lá é bom porque você absorve as energias do ambiente, toma um banho de espiritualidade.”*

Pede para encerrar, pois se aproxima a hora do jantar na pensão. Acompanho-a até lá e me despeço. O próximo encontro ficara agendado para a próxima semana.

Nesse encontro, ela expôs a sua perda de direitos enquanto estava internada e mesmo antes disso, quando sua família a proibia de ver a filha. Fica claro como a usuária teve, segundo ela, seus próprios direitos confiscados, como a não divisão da herança dos pais e a proibição de ver a filha. Trouxe também temas como religião, crenças, família e cidadania. Falou de direitos roubados, como quando o irmão não repassou a ela o valor que deveria receber pela herança dos pais e quando suas duas filhas foram impedidas de morarem juntas por intermédio da família.

6.2.3 Terceiro encontro

Irene começa seu relato dizendo da importância do sorriso e da paciência. “*Traz paz de espírito, bons fluídos. Eu sorrio por nada, feito boba.*” Ela relata sobre alguns usuários do CERSAM que não cumprimentam as pessoas, não conversam, “*têm a energia carregada*”.

Relembrou a época em que andava muito a pé, saía de casa sem dinheiro e atravessava a cidade. Pegava carona quando era nova e chegava a trocar de cidade. Agora, depois de adulta, ela diz que não conseguiria mais carona. “*Velho é excluído, igual ao doente mental, as pessoas têm muito preconceito. Não interessa ajudar o velho e nem o doido*”, disse narrando a exclusão.

Atualmente, ela contou que raramente sai de casa, a não ser quando vai para o CERSAM. Só sabe andar perto da pensão, não vai longe para não ficar perdida. Diz não sentir falta de passear. “*Eu já fiz muito passeio, já fiz de tudo nessa vida, tenho uma grande experiência. Minha vida agora se resume a tranquilidade e paz.*”

Afirma ter abandonado “*as coisas rotineiras da vida*”. Não tem medo da morte, acredita em vida após a morte. “*Falar de morte pra mim é a mesma coisa que falar de vida. Posso ter um acidente de carro, uma fatalidade, isso seria um castigo. Sei que não terei uma morte violenta, porque me dou bem com todo mundo.*”

Irene aguarda há meses a pensão de seu pai. O processo está tramitando na justiça. Ela planeja retribuir à dona da pensão todas as caridades feitas para ela²², por lhe cobrar mais barato a mensalidade.

Falou sobre o CERSAM como sendo um lugar especial. Volta a dizer na energia do ambiente, que lá tem uma energia pesada, de pessoas cheias de problemas, que falam palavrões. Os problemas são espirituais também.

As pessoas dali falam muito de sexo e coisas materiais. Quando é assim, eu saio de perto ou tento levar para o lado espiritual. Estou bem no CERSAM, porque estou ajudando as pessoas que estão no estado que eu já estive. Gosto de conversar com eles, de ficar no meio deles. Conversar com as pessoas no CERSAM me faz bem.

Disse que as pessoas vivem na era da desavença, da hipocrisia, mas que acreditava que isso iria mudar. Segundo ela, um dia a terra vai passar a ser um planeta de regeneração, vai ser habitada somente por bons espíritos. As pessoas viverão 3.000 anos. *“Aí sim, vai ser bom viver aqui.”*

Em outro relato tinha dito que viver é ótimo. Nesse segundo encontro, disse que não sabia se a vida é tão boa assim. *“Só de você ter que enfrentar a velhice, isso não é bom. Grande parte da vida estamos em um estado decrépito de velhice e doença. Isso é muito pesado. Até a natureza sente o peso da energia da terra.”* E apontava para as árvores da praça, secas e amarelas.

Citou a energia ruim do CERSAM e disse acreditar que as coisas boas acontecem paralelamente às coisas ruins. *“As boas vêm para não deixarem as ruins tomarem conta do mundo.”*

“Agora estou em uma situação em que posso prestar atenção nas coisas de Deus. Antes, eu estava preocupada em resolver meus problemas, em sair, encontrar alguém. Agora, eu estou com mais tempo para mim e para as minhas coisas”. Acredita estar vivendo uma boa fase.

Relembra uma situação em que mereceu um agrado da equipe do IPSEMG. Não acredita em coincidência, e sim em merecimento. Disse que Deus é quem manda o sofrimento que as pessoas precisam e que esses sofrimentos não são por acaso. Há que se ter muita paciência e fé, acreditar nas coisas boas e ter abertura para o amor.

²² Irene acredita que deve retribuir o que a dona da pensão fez por ela. Para Irene, a dona fez além do que o pagamento mensal incluía. Além de diminuir o preço mensal para possibilitar que Irene morasse lá, a dona a ajuda sempre que necessário.

Voltou, então, a contar sobre suas experiências em várias comunidades religiosas. Foi assim que aprendeu a agradecer por tudo, pelas coisas boas e pelas ruins também, pois a trouxeram evolução. Fala de caridade, de sorrir, de dar “bom dia” e cumprimentar os outros. Relembrou suas internações psiquiátricas, e disse que nos hospitais psiquiátricos não existe isso. *“As pessoas de lá são egoístas, só pensam nelas, nos problemas delas. Têm a cara fechada, não respondem ao bom dia, maltratam os outros. Não só paciente, mas os funcionários também são assim.”*

Com a saída dela dos hospitais e com a participação nas comunidades religiosas, ela aprendeu a mudar seu comportamento. Isso só fez bem a ela, porque hoje em dia tem *“a cabeça boa, tranquila. Levo uma vida tranquila.”*

No final, terminou a entrevista com um abraço e agradeceu como de costume. Nesse encontro trouxe em seu relato temas como o CERSAM, religião, suas internações, o território e a cidade, e seus direitos. Incluiu temas como a morte e a caridade da dona da pensão.

6.2.4 Quarto encontro

Iniciou seu relato pelo CERSAM. *“Ah, o CERSAM é tudo pra mim.”* Já teve muitas dificuldades na vida devido à sua “doença”, termo utilizado por ela mesma. Quando chegou ao CERSAM, já estava começando a mudar seu pensamento, queria mudar as coisas que estavam erradas nela, em vez de querer mudar os outros. Começou a direcionar seu pensamento para as coisas boas. Parou de implicar com as pessoas, parou de ter raiva.

Os medicamentos ajudaram, mas não foi só isso. *“Teve o meu esforço também.”* Fala de sua referência técnica no CERSAM – um enfermeiro – e da importância dele. *“O CERSAM foi muito importante pra mim, porque lá eu comecei a ter contato com as pessoas e a exercitar a minha nova pessoa.”* Vendo e lidando com as pessoas em crise no CERSAM, começou a pensar nas mudanças por quais queria passar e como ela teria que mudar. Afirma que essa mudança dependeu muito dela, mas o CERSAM lhe deu um *“espaço para viver.”*

Sente-se ainda muito bem lá. *“É a minha forma de relacionar, eu não tenho uma família.”* Contou acerca dos demais moradores da pensão e das amigas que fez

lá. A dona da pensão é tradicional e não gosta que Irene converse demais com os homens que moram lá. *“O CERSAM é a minha família, a minha casa. Os pacientes, os funcionários. O CERSAM é muito importante para os doentes mentais, tenho medo que ele acabe.”*

Sobre as atividades grupais, contou que participava das saídas terapêuticas, do alongamento e das oficinas da terapia ocupacional. Desenho e pintura são as atividades que ela mais gosta. Mas não se sente na obrigação de participar sempre que é convidada. Quando não sente vontade, recusa o convite.

Foi acolhida pelo CERSAM em um momento delicado de sua vida, estava precisando mesmo de “cuidados” - palavra utilizada por ela. Com o passar dos anos, as pessoas que lá frequentam se tornaram importantes, porque foi com elas que Irene começou a novamente conviver. Outra importância do CERSAM é que lá ela tem almoço, o que diminui a despesa da dona da pensão. *“Eu fico pensando nela, nos gastos que eu gero para ela.”* E reconheceu mais uma vez a caridade da senhora.

Falou outra vez de sua referência técnica com um sorriso nos lábios e da importância dele.

Disse fazer planos para o futuro: ficar quieta, conversando na pensão, ter sossego. *“Já tive bastante agitação, agora eu quero paz.”*

Relembra a época de sua internação no IPSEMG. Ela morava o interior de Minas Gerais, mas não estava feliz na casa dos pais, pois brigava muito com eles. O pai a trancava do lado de fora de casa. A Polícia Militar era acionada, chegava para fazê-lo abrir a porta. Houve vários episódios em que ele bebia muito e agredia a esposa. Essa situação tornou-se insuportável para ela.

“Eu estava com a cabeça quente e fugi de lá.” Pegou carona na estrada para vir pra Belo Horizonte. Perdeu-se no caminho, não sabia de que lado da rodovia deveria pegar carona para continuar a viagem. Ficou nervosa e teve uma crise no posto de gasolina à beira da estrada. Andava de um lado para o outro, querendo café de graça, subindo nos carros, gritando. A Polícia chegou e a levou para o hospital da cidade mais próxima. Foi medicada, *“um sossega leão”*, e, segundo ela, já acordou fazendo *yoga*. Seu discurso quando internada se limitava a temas espirituais, como o autor e líder espiritual *Osho*. A família foi acionada e foi buscá-la no hospital. Ela não queria ir com os pais. *“Preferiria morar na cadeia.”* O pai fez promessas que iria melhorar e ela aceitou retornar.

Depois os pais fizeram uma viagem. Vieram passar uns dias na casa do irmão em Belo Horizonte, e ela foi pra casa da tia em sua cidade natal. *“A tia que eu gostava, aquela dos livros.”* Em poucos dias, recebeu a notícia que os pais tinham sido atropelados em BH, o que a fez desencadear nova crise.

Veio trazida para Belo Horizonte em uma caminhonete da família, contida no bagageiro, e ficou internada por oito anos no IPSEMG. *“Me largaram lá”*. No hospital, começou a pintar e desenhar depois que conheceu a terapeuta ocupacional. Depois começou a namorar outro paciente, de outra enfermaria. *“Comecei a melhorar”*.

Recebeu a notícia da morte do pai ainda internada na instituição. Um enfermeiro foi convidá-la a ir visitá-lo, pois o pai estava internado também no IPSEMG, na enfermaria clínica. Quando ela foi vê-lo, ele tinha acabado de falecer. *“Eu fiquei como se nada tivesse acontecido, eu sei que ele vai pra outro lugar melhor.”* Disse não ter ficado triste.

Quando recebeu alta do IPSEMG, passou uns dias em outra pensão no centro da cidade e em seguida foi internada novamente, dessa vez no Hospital Galba Veloso.

Nesse relato, fica evidente a participação de Irene em seu processo saúde/doença, afirmando que seu empenho na busca da estabilidade foi importante, além das medicações e das intervenções de sua referência técnica. Voltou a dizer de família, do CERSAM, de atividades grupais, de morte, de sua crise e da exclusão social.

6.2.5 Quinto encontro

Conta de outro namorado, um músico que conheceu em um restaurante macrobiótico. Moraram juntos em um quarto alugado no bairro Cidade Jardim. Quem pagava o aluguel para Irene era uma tia, que depois disso nunca mais teve contato com ela. Queixou-se do ciúme excessivo do namorado e das situações constrangedoras em que se envolveu por isso. Terminaram o relacionamento e ela acabou se envolvendo com outro homem. *“Eu era uma mulher muito bonita, chamava a atenção dos homens.”* Relembrou relacionamentos em sua cidade natal, namorados que teve, amigos, relacionamento com primos e primas. *“Eu fazia tudo*

para eles ficarem numa boa.” Conta com carinho sobre o primo que pagou a pensão para ela por um tempo após sua alta do IPSEMG. *“Todos sumiram.”*

Meses depois, o ex-namorado músico a viu em Ouro Preto com outro namorado e, não concordando, esfaqueou-a. Ela ficou internada por um tempo e se recuperou bem. Anos depois, ele a descobriu no IPSEMG, foi visitá-la e a convidou para morar novamente com ele, mas ela recusou. Conta episódios acontecidos em outros namoros também. Criticou um namorado que valorizava muito a questão financeira, disse que isso não é um valor para ela.

Voltou a relatar a visão de *Krishna* que teve na casa do amigo no condomínio de luxo.

Falou de seus antigos empregos, como secretária, auxiliar administrativa, dona de lavanderia, dona de restaurante. Trabalhava muito em casa também, cozinhava e cuidava da limpeza. *“A minha casa era um brilho, não tinha uma poeirinha.”*

“Agora eu não quero trabalhar com nada mais, nem trabalho de casa.” Fala da dificuldade em lavar sua própria roupa, pois sente dores nas costas e nas pernas devido ao atropelamento que sofreu. Quando puder pagar mais pelo aluguel do quarto, terá sua roupa lavada pela dona da pensão. Acharia isso ótimo. Acredita que é a sua reza e sua fé que estão colocando as boas coisas em seu caminho. Está confiante na possibilidade de conseguir o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS).

Sobre a longa internação no hospital, contou que a filha e a ex-sogra levavam esporadicamente objetos pessoais para ela, como cigarro, xampu, roupas e meias. Ganhava também doação de roupas da equipe frequentemente. Saía do hospital muito pouco, somente quando o namorado levava dinheiro pra ela. Ia ao supermercado perto e comprava cristais, incensos, roupas, bombom e lanche. Disse que adora chocolate. Dava as compras de presente para os outros pacientes.

Gostava de tudo na instituição, exceto a implicância de outras pacientes. Não ficava muito incomodada com isso, porque não guardava mágoas. *“Deus me deu uma coisa que me protege muito – a capacidade de não guardar mágoas.”* Participava das atividades do setor de terapia ocupacional, dos grupos, das oficinas de pintura, de desenho, de artesanato e de bijuteria. *“Eu fazia de tudo.”* Vendia as bijuterias e outras peças., mas quando percebia que a pessoa não tinha dinheiro para comprar, preferia dar de presente. Fazia desenhos com lápis de cera, lápis de cor e tinta, que eram expostos pelas paredes da instituição. *“Eu enchia o hospital de*

coisas lindas.” Contou sobre um anjo que pintou de cor de rosa e azul. Ficou lindo e ela pediu para expor na ala de internação infantil. Seus trabalhos eram expostos na recepção, na sala dos médicos e nos consultórios. Assim ela se sentia valorizada e reconhecida, além de personalizar a instituição

No CERSAM, seus trabalhos não são expostos, porque agora ela não os tem produzido com tanta frequência. Queixa-se dos tremores de membros superiores e de como isso atrapalha sua produção. Diz não poder fazer com qualidade, e sendo assim, ela opta por não tentar.

Se Deus achou por bem que não era para eu pintar mais, tudo bem. Estou em outra fase, mais velha, com mais limites. Eu tenho que conviver com esses limites para não ficar chateada. Eu fico numa boa em qualquer situação.

O que me faz bem no CERSAM? Atividade de relaxamento, meditação, desenho, pintura e, principalmente, conversar com as pessoas.

Isso me reabilita porque me faz ver o defeito do outro e me faz ver que eu não tenho mais esse problema. Graças a Deus, eu não sou assim. Sou Irene e não quero ser ninguém mais. Eu gosto de ser eu, de ser respeitada com todos os meus erros e defeitos. Gosto dos erros que eu cometi, porque eles me abriram os olhos e me fizeram aprender.

Fez a escolha de não passear e de ficar grande parte do tempo na pensão. “*Sou eu que quero.*”

Critica alguns usuários do CERSAM que só falam sobre coisas negativas e ela tenta guiá-los para o lado positivo. “*O nosso problema não é o CERSAM que vai resolver, depende de nós mesmos para mudar. Isso aconteceu comigo.*”

Relata a época da separação do segundo marido. Negou uso de drogas e criticou o ex-marido, que era usuário. Contou as visitas do ex-marido à filha Lis em sua casa e um episódio em que ele tentou sufocá-la em casa, quando Lis tinha ido para a cidade natal da mãe com uma prima. Fala bem da filha, que se parece com ela no sentido de não brigar com ninguém e não responder mal as pessoas.

Se auto intitula como dona do autocontrole. Não se importa mais com a família que a abandonou. “*Às vezes, a própria família não liga pra gente, mas encontramos*

outras pessoas que se tornam nossa família. A Dona Nelma²³ mesmo é como se fosse uma mãe pra mim”, disse referindo-se à dona da pensão.

Voltou a falar que não tem medo da morte e sobre a leitura da bíblia. Acredita que Jesus está perto dela.

Relata também sobre como sua relação com seus pais era difícil. Ela criticava o comportamento deles e isso gerava a dificuldade de relacionamento. Ela cobrava que eles agissem dentro dos comportamentos que ela gostaria. Dizia para a mãe: *“Você não quis largar o papai na juventude, agora aguenta a velhice dele.”* Associou essa fala com o seu próprio comportamento, de terminar os relacionamentos quando não estava feliz. *“Eu tive tantas separações porque não dava certo, eu saía fora. Minha mãe conseguiu fazer isso.”*

Conta um episódio de superação, quando foi atropelada por um carro. Esteve internada e a equipe médica dizia que ela não iria andar mais. *“Eu falei que eu ia andar sim, e logo! E foi isso que aconteceu.”* Fez fisioterapia, tratou-se e se recuperou. Hoje, ela ainda tem dificuldade para andar por um longo período de tempo, sente dor se ficar em pé.

Eu acho que causo tanto impacto, porque eu faço o que quero. Eu fiz muita coisa doida sem medo de fazer, tive coragem. Tem gente que leva uma vida tão certinha, e a minha vida foi tão tumultuada, cheia de aventuras. Você deve estar chocada com as minhas histórias né.

E encerrou os relatos do dia com um abraço e mais um agradecimento. Abordou nesse encontro os temas relacionamentos e amor, abandono familiar, violência, trabalho, seus direitos, o CERSAM e o hospital, drogas, e família.

6.2.6 Sexto encontro

Levei um bombom de presente para ela, o que a fez muito feliz e agradecida. *“Eu não sei o que falar hoje, estou sem inspiração.”* Deixei-a à vontade, e ela acabou falando por quase uma hora.

²³ Nome fictício

Irene não está dormindo bem. Queixa-se da energia do CERSAM e como isso atrapalha a sua noite de sono. *“Fico tão cansada, como se estivesse trabalhado muito.”* Na noite anterior, ela meditou e rezou, e só assim conseguiu dormir melhor. Durante a meditação, relata uma experiência de ter parado de sentir seu corpo, passou a sentir somente a sua respiração. Viu prédios iluminados, nuvens e *Krishna* com uma mulher brincando nas nuvens. *“Era sua companheira ou eu?”* Afirma ter tido uma visão durante a meditação.

Quando tem essas visões, diz que passa a semana toda bem, tranquila. Fala de seus *“amigos espirituais”* e acredita que eles aparecem porque ela está agradando a eles. *“Senão eles não se manifestariam pra mim. Às vezes, as pessoas acham que essas visões são loucura, mas não é, é mediunidade. As pessoas comunicam com os espíritos do além através de sonhos, visões, impressões.”*

Fala de boas energias e sobre as visões que já teve. *“É um trabalho que faço, não é de um dia para o outro.”* Lembra-se de uma visão que teve em sua cidade natal, que foi sua primeira visão. Era adolescente e afirma ter visto uma senhora agachada ao pé de sua cama fazendo caretas. *“Foi alguma coisa que eu fiz pra ela em outras vidas que ela não gostou, tenho um carma com ela.”* Passou a frequentar um travesti umbandista para resolver esse problema. Por indicação dele, começou a tomar banhos de ervas, tomou passe para melhorar. Fez um ritual de colocar fogo no chão em volta dela. A família não concordava de Irene ter contato com esse travesti, e isso causou alguns conflitos. Contou sobre uma amiga também usuária do CERSAM que é umbandista.

Relembrou sua infância e adolescência em sua cidade natal no interior do estado. Sua família era tradicional na cidade, uma família de posses, conhecida. Por ter sido a sua família a fundadora da cidade, existe até uma rua com o nome e sobrenome de Irene, que é o mesmo nome de sua avó.

Queixou-se de pagar menos na pensão, por não poder pagar o valor integral. Sentia-se incomodada com isso. Estava ansiosa aguardando a pensão do pai e o LOAS. Achava que, por tudo de bom que vinha acontecendo com ela, a pensão sairia. *“É um sinal.”* Fazia planos para usar o dinheiro da pensão, acreditando que teria mais autonomia.

Contou sobre quando foi visitar uma casa de Dom Pedro II em Niterói (RJ) e, ao ver um berço em um cômodo, começou a chorar. Acredita que já esteve nesse lugar

em outra vida, por isso ficou tão emocionada com a cena. *“Fui uma princesa ou um serviçal?”*

Sua mãe era orgulhosa e preconceituosa, não gostava de pessoas negras, de mendigos ou pobres. Proibia Irene de conversar com essas pessoas. *“Eu não entendia muito bem a cabeça da minha mãe. Acho que ela ficava confusa. Um médico já disse que ela estava com depressão. Estava igual eu, tremendo muito.”*

Discursou sobre homossexualidade e contou sobre um auxiliar de enfermagem do CERSAM e de um médico que a assistiu em uma de suas internações, que eram homossexuais. Falou de forma delicada sobre isso, dizendo respeitar a escolha das outras pessoas, assim como gostaria que respeitassem as escolhas dela.

Esteve internada em um hospital psiquiátrico de Divinópolis (MG), que era mais perto de sua cidade natal do que Belo Horizonte. Na entrevista, a queixa da mãe era que Irene não dormia, que ela tomava banho de madrugada e acordava todas as pessoas da casa.

Dias depois, na internação, em conversa com seu psiquiatra, ele disse que ela “não era doente mental”. Ela perguntou então porque ele a internou, e ele respondeu que a viu levitando na entrevista e que não soube o que fazer, preferindo interná-la. Conta isso com satisfação, e não se queixa das internações passadas. *“Foi uma experiência difícil, ficar entre as pessoas desequilibradas, mas ao mesmo tempo foi rico.”* Ela frequentava a missa no hospital, falava sobre a espiritualidade e *Krishna* durante a missa. Anos depois ficou sabendo que esse médico suicidou. *“Ele não aguentou a pressão por ser gay.”*

A morte não a assusta, mas o suicídio, sim. Falava de suicídio e que as pessoas, quando acabam com sua vida, sofrem depois de mortos. *“A pessoa não aceita o sofrimento por qual está passando e termina com sua vida antes de pagar seus pecados, antes da hora”*. Lembra-se de um paciente do CERSAM que suicidou. *“Eu rezo para ele até hoje”*.

Fala muito sobre espiritualidade e justifica, dizendo que foi isso que marcou sua vida. *“É isso que me dá assunto, eu não gosto de falar de futebol ou de moda”*. Se não fosse sua crença, hoje ela estaria desesperada com a falta de dinheiro. Sua crença a ajuda a manter a calma.

Questionou a sua medicação, e eu remeti à referência.

Terminamos o encontro nesse dia sem agendarmos um próximo. Preferi deixar a critério dela o agendamento. Passaram-se duas semanas e a encontrei no CERSAM

em permanência-dia. Ela me abraçou e perguntou se precisaria de outro relato dela. Mais uma vez, peço que ela defina, deixo para ela resolver. E ela diz: *"Ah, acho que já está bom, já te contei tudo"*. Coloquei-me a disposição, caso ela queira retomar os encontros a qualquer momento. Os assuntos abordados por ela foram CERSAM e internações em hospitais, delírios e alucinações, religião e espiritualidade, família, exclusão social, homossexualidade, morte e suicídio.

6.2.7 Sétimo encontro

Antes da marcação da defesa dessa dissertação, levei todo o texto encadernado para Irene ler e dar seu parecer. Cheguei uma tarde na pensão onde mora, e a mesma não estava assentada no portão como de costume. A dona da pensão foi procurá-la, e a encontrou dormindo. "É um cochilo depois do almoço" - Irene explicou quando me viu, sorrindo. Recebeu-me bem, fez elogios, foi afetuosa. Entreguei-lhe a dissertação, pedi que ela lesse com calma e me desse um parecer se precisaria de alguma mudança. Com os olhos cheios d'água, ela me abraçou, agradeceu e exclamou *"Não é que a minha vida virou mesmo um livro!"*. Irene disse que leria o "seu livro" rapidamente, que eu poderia voltar dentro de uma semana.

Retornei dentro do tempo pedido sem marcar data, e a encontrei assentada no portão, segurando o livro, acompanhada de outro morador da pensão. Apresentou-me a ele como *"quem escreveu a minha história nesse livro"*. Esse morador disse que ganhou de presente de Irene uma tela pintada, que está pendurada na parede de seu quarto. Ela convidou-me para assentar em seu quarto, para conversarmos. Pediu poucas mudanças no texto, somente em dois termos usados por ela sobre as questões religiosas, e explicou-me o sentido dos mesmos.

Contou que passou a receber o LOAS, além do De Volta Para Casa, e que assim está podendo pagar o valor integral da pensão. Até se mudou para um quarto melhor, mais amplo. Apesar dela reconhecer esse quarto como sendo melhor e mais confortável, ainda é bem simples e pequeno. A parede não é pintada, o teto não tem laje, sua cômoda está quebrada e sem portas, assim como a cadeira, a pequena janela não tem cortina e está com um vidro quebrado. O banheiro é comunitário a todas as moradoras, fora de seu quarto. Mas ela se sente satisfeita, planeja arrumar

o móvel e esvaziar a única prateleira do quarto, que ainda está com objetos do antigo morador.

Conta que depois de 15 anos, irá ao salão de beleza fazer as unhas dos pés e das mãos. Agendou um horário com a manicure do bairro para a mesma semana do nosso encontro. Pergunta-me sobre o esmalte que estou usando, quer saber de marcas e cores. Essa ida ao salão só será possível porque ela está ganhando o segundo benefício, ela tem tido recurso financeiro para cuidar de si.

Reconhece outros benefícios que teve com a melhoria de sua renda. Passou a pagar o valor integral à dona da pensão, assim tem incluído neste valor todas as refeições e a sua roupa lavada, agora pode ir ao CERSAM somente uma vez por semana, tem tido dinheiro para comprar seus produtos de higiene pessoal, roupas, ir ao salão e à farmácia. Está muito satisfeita com isso, parece ter recuperado seu conforto e sua tranquilidade financeira.

7 O CERSAM REABILITA

Baseado na psicopatologia do diagnóstico clínico de Irene – esquizofrenia paranóide, ou F20.0 –, poderia associar o seu quadro com sintomas negativos, como embotamento afetivo, isolamento social, perda da motivação pessoal e dificuldade de se estabelecer vínculos, além das possíveis alterações na afetividade e na cognição, e dos sintomas positivos, como delírios e alucinações (Dalgalarondo, 2000). No entanto, Irene atualmente não apresenta a maioria dessas dificuldades e mostra que, apesar do diagnóstico clínico, sua patologia atualmente não se manifesta conforme os manuais indicam.

Irene conseguiu se recolocar no mundo e buscar seus interesses, o que indica que ela é motivada. Apesar do pouco contato com sua família, recriou o seu relacionamento e o seu vínculo social na relação com os usuários e profissionais do CERSAM e da pensão. Além disso, conseguiu narrar livremente, contou sua própria história da forma que preferiu, sem intervenções da pesquisadora, e conseguiu totalizar seis encontros em oito semanas, e posteriormente, um último encontro para aprovação do texto produzido. Pensando em outros usuários do CERSAM, talvez seriam raros os que conseguiriam se engajar desta forma.

Isso indica a assertividade da escolha da equipe ao indicar essa usuária para participar da pesquisa. O critério para a participação era ser um caso considerado pela equipe como bem-sucedido no tratamento do CERSAM e que fosse um usuário que conseguisse narrar livremente sobre sua vida.

Outro fato que contradiz a teoria sobre a psicopatologia da psicose é Irene reconhecer o outro, tanto no CERSAM quanto na pensão. Ela se mostra preocupada com alguns usuários do serviço, refere-se a eles com interesse e zelo, quer ajudá-los, assim como aos demais moradores da pensão com quem ela se relaciona fora do CERSAM. Irene deu um significado para o serviço, como sendo um local onde ela ajuda as pessoas que estão em quadros piores que o dela. Além disso, a instituição é um local onde a usuária se sente protegida, onde ela pode ter seus momentos mais intimistas.

Em um dos nossos encontros, ficou claro que Irene ajuda a apaziguar conflitos onde mora. Presenciei a dona da pensão perguntando a ela se outros dois moradores tinham trocado objetos pessoais. Ela nega, mas diz que vai procurar

saber para ajudá-la. Isso mostra também a contratualidade social da usuária, a sua habilidade de se colocar perante o outro, o que alguns autores como Mângia e Nicácio (2001); Saraceno (1997,1999, 2001); e Kinoshita (1996) indicam ser um aspecto importante na reabilitação psicossocial.

Mesmo havendo leis, regras e referenciais teóricos que orientem a prática nos serviços substitutivos de saúde mental, o CERSAM trabalha com a lógica do caso a caso, do “um a um”. Evita-se a esterilidade de discussões em torno de critérios universais para a definição do que seja a crise, a alta ou ainda a reabilitação. Desde o início do CERSAM Leste, já havia sido publicado na *Revista Metipolá*, em 1997, um texto onde se lia que “o tratamento possível se delimita a partir das condições colocadas pelo ‘um a um’, em função de diversos fatores...” (p. 15).

A função do CERSAM, estando delimitada pela clínica da urgência, seria tratar a crise e encaminhar em seguida o usuário a um serviço ambulatorial, como a Unidade Básica de Saúde e Centros de Convivência. Esse seria o fluxograma ideal, mas não o real. A singularidade de cada caso algumas vezes transforma essa lógica. Dentro dessa linha do caso a caso, não é possível seguir sempre os protocolos de encaminhamento à Unidade Básica assim que a crise cessa. O fluxo tratamento no CERSAM - remissão da crise - encaminhamento à rede básica para atendimento ambulatorial – não é uma regra para todos os usuários do CERSAM. “É a passagem do cliente pelo serviço que irá dizer, ao final, qual a função que o tratamento terá exercido em cada caso.” (Metipolá, 1997, p. 24).

Para alguns usuários, essa função remete à remissão da crise; para outros, pode haver outras questões a serem trabalhadas, o que demandaria um tempo maior de permanência no serviço. Há relatos de casos clínicos em acompanhamento há anos em CERSAMs, publicados na *Revista Metipolá* (1997), no livro Política de Saúde Mental de Belo Horizonte (2008) e nos Cadernos da Mostra (2012), todas publicações da Prefeitura Municipal, o que indica que essa é uma questão inerente aos serviços de urgência.

Em Metipolá (1997, p. 14), estavam identificadas as circunstâncias clínicas prioritárias para atendimento no CERSAM: “urgência, crise, gravidade, evolução difícil, e deterioração severa”. A urgência é resolvida pela equipe com rapidez e presteza, mas a clínica do CERSAM, por se estender para além do atendimento da crise e da urgência, está ancorada no respeito ao tempo próprio requerido por cada caso, por cada usuário.

A Linha Guia (Secretaria de Saúde, 2006) também afirma que muitas vezes não é possível encaminhar o usuário à Unidade Básica logo que a crise cesse. Não se trata de aliviar os sintomas do usuário para dispensá-lo a seguir. O usuário pode frequentar o CERSAM durante todo o tempo que houver indicação para tal.

O caso Irene reforça a afirmação de que CERSAM não é local somente de acolhimento à crise, e sim de acolhimento de casos complexos e graves. Para Abou-Yd e Lobosque (2001), o termo “complexo” tem sido empregado frequentemente como sinônimo de algo complicado e extenso demais para ser apreendido. Isso acaba justificando um olhar genérico, superficial e distante, ou um olhar que substitui a especificidade pela generalidade, substituindo um saber específico por um saber genérico e inespecífico.

Segundo Morin (2001):

... Complexus significa aquilo que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. (p. 38)

Um caso complexo, é, portanto, um caso que tem várias facetas e elementos que precisam de intervenções variadas, que têm ligação entre si e com o contexto, que necessita de suporte de variados dispositivos, sejam unidades de saúde ou profissionais. No caso de Irene, a complexidade está na gravidade do caso e nos cuidados próximos que o mesmo exige. O CERSAM esteve atento à sua questão social e familiar, à questão medicamentosa e clínica, à questão de seu cotidiano e ocupações, à sua circulação pela cidade, à questão financeira, às suas diversas questões de cidadã.

Trata-se, então, de um caso grave e complexo, assim como suas crises, com fácil desestabilização, sem suporte familiar. Ela própria diz que no CERSAM há pessoas com quem ela pode contar. Nos dias em que está na unidade, é atendida pelo profissional de referência, interage com outros usuários e técnicos da unidade, escolhe algumas das atividades oferecidas para participar, e diz ajudar os outros usuários.

Irene, que está em acompanhamento no CERSAM há cinco anos, atualmente não está mais em crise, tendo seu quadro clínico estabilizado. No entanto, considerando

a construção do caso e a singularidade dele, ainda não foi possível encaminhá-la para continuidade do tratamento na Unidade Básica devido à complexidade do caso.

Evidenciam-se as relações com os demais usuários do CERSAM e com os moradores da pensão como um novo espaço familiar criado pela própria Irene. Ela reinventou sua família e criou, no CERSAM e na pensão, novos laços sociais. O suporte que tem vem do CERSAM, da pensão, e minimamente da filha. Na fala dela: “O CERSAM e a minha referência técnica são a **minha família**.” Ela mora em uma pensão e o único familiar que lhe dá suporte é a filha Maria. Conta com a ajuda esporádica da mesma para lhe levar objetos de cuidado pessoal.

O CERSAM é um local onde ela se sente protegida, onde é escutada e acolhida, onde ela tem voz, onde ela tem escolhas. Um local que lhe ajudou a se transferir dos muros e limitações de uma longa internação de volta para a sociedade. A instituição assume um papel de atenção e de cuidados com a usuária, sendo a única instituição, familiar ou não, responsável pela usuária. Irene reinventou a sua família, colocando os moradores e funcionários da pensão e usuários e profissionais do CERSAM nesse lugar. Na maioria das vezes, Irene se refere ao CERSAM como sendo algo bom. No entanto, em alguns momentos Irene se contradiz, afirmando que CERSAM é bom – pois lhe dá um lugar no mundo e a ajuda a se posicionar e retomar sua vida, mas é ruim porque alguns usuários a incomodam com a falta de educação e energia ruim.

Sua única fonte de renda durante o período das entrevistas era o *Programa de Volta para Casa*, que ela repassava integralmente para a dona da pensão, não sobrando nada para uso pessoal. Esse valor pago por ela era muito abaixo do valor cobrado de outros moradores da pensão. A usuária contava com a solidariedade da dona da pensão, que a deixava morar lá pagando menos da metade do valor estipulado para os demais. O aluguel do quarto inclui roupas lavadas e três refeições diárias, mas a usuária não usufruía dessas regalias devido ao baixo valor pago. As poucas peças de roupa que ela tem vem de doação de colegas da pensão ou de profissionais do CERSAM, pois ela não tinha recursos financeiros para comprar.

Assim sendo, Irene precisava ir ao CERSAM três vezes por semana para almoçar, diminuindo assim o seu custo na pensão. Esse combinado foi feito a pedido da usuária e a princípio causou certa resistência na equipe e em sua referência técnica. Depois sua referência compreendeu a importância disso para a evolução do

caso, e manteve o acordo. Trata-se de uma necessidade real da usuária, que aponta uma dificuldade que ela tem em seu cotidiano.

Outro ponto que a mantém em acompanhamento no serviço é sua baixa adesão ao Centro de Convivência e outros dispositivos da rede. *“Não quero ficar com muita atividade e horário, quero fazer meus próprios horários.”* Sua referência técnica já tentou vinculá-la ao Centro de Convivência, mas ela não aceitou. O CERSAM tem sido sua única atividade fora da pensão em que ela tem um compromisso com horários marcados e combinados. A própria Irene criou as regras que organizam o seu cotidiano de acordo com seus desejos e demandas, o que a insere em um cotidiano desejado e criado por ela.

Retomando o conceito de Saraceno (2001) sobre reabilitação psicossocial, pode-se afirmar que Irene retomou sua capacidade de gerar sentidos e de fazer trocas sociais, além de ter retomado seus laços afetivos e sociais, de acordo com o que ela deseja. Ela considera ter amigos, tanto no CERSAM quanto na pensão, e ter retomado o contato, mesmo que esporádico, com sua filha mais nova. Trouxe relatos de sua vida carregados de sentido próprio, conseguindo significar seu cotidiano atual e apontando suas próprias saídas.

Percebe-se, durante todos os encontros, um discurso de cunho místico/religioso, sendo um aspecto muito presente em seus relatos. Ela reconhece o exagero, e diz em um dos últimos encontros: *“As pessoas podem achar que eu sou doida porque só falo de religião e espiritualidade, mas não sou, falo disso porque é o que faz parte da minha vida e da minha história.”* Esse discurso, em alguns momentos delirantes, é também o que embasa o seu pensamento e a sua forma de agir. Pela leitura de seu prontuário, verificou-se que antigamente isso atrapalhava muito o seu cotidiano, e era um sinal da desestabilização do quadro. Hoje em dia, a usuária tem certa crítica sobre isso, mas esse discurso faz parte de sua vida e de seus valores, e isso não interfere negativamente em seu cotidiano.

O aspecto religioso é algo que sempre esteve presente na vida de Irene, algumas vezes de forma mais intensa, outras menos. Retomando a pergunta de Benetton (1993/1996) sobre como poderia se aferir a inclusão social: pelo novo ou pelo readquirido, o aspecto religioso é algo que ela readquiriu, mas de uma forma nova. Hoje em dia, ela não mora mais em comunidades terapêuticas e nem as frequenta, mas continua a fazer meditações, diz *“trabalhar a energia das pessoas”*. Tem fé e

acredita em semi deuses²⁴. Foi uma solução construída por ela. Outros aspectos novos no cotidiano de Irene são a maneira que ela se utiliza do território, sua circulação na cidade, sua forma de se relacionar com o sexo oposto e sua rede de suporte social e familiar. Irene está incluída socialmente, conseguindo construir sua própria maneira de lidar com a sociedade e com ela própria.

Segundo relato de seu profissional de referência, foi no CERSAM onde ela encontrou espaço e abertura para sistematizar e organizar seus delírios religiosos. Esse relato dela – atualmente livre, organizado e com crítica – é fruto de muito tempo e de espaço para que ela o sistematizasse. Os Cadernos da Mostra (2012) afirmam que a clínica é o espaço da fala, de se escutar o que se fala, mas também de compreender quem fala o quê para quem. “... deixar o paciente relatar a experiência que a psicose marcou nele: a experiência de um delírio” (p. 8). Assim sendo, cabe ao técnico de referência escutar o usuário em seu testemunho da construção do delírio.

CERSAM é um serviço de saúde mental em que se faz clínica e se considera a participação dos usuários como sendo fundamental para a busca de seus direitos. A reabilitação no CERSAM se insere nos modelos sociopolítico, crítico e de orientação clínica, discutidos por Guerra (2004), por valorizar os direitos individuais, sociais, políticos e civis dos usuários, por ser um serviço inserido na comunidade e em contato com os demais dispositivos, e por valorizar também as saídas e possibilidades de cada usuário. Cada usuário do CERSAM tem seu projeto terapêutico criado de acordo com suas demandas, necessidades e com o seu próprio saber, sua cultura, suas saídas. Busca-se, com isso, o estabelecimento de sua cidadania e de seus direitos.

Nos momentos de desestabilização do quadro, o prontuário indica que Irene se torna erotizada, sem crítica e inadequada. Constam vários registros da equipe, em que diz da inadequação da usuária em momentos de crise e de sua sexualidade aflorada. Foi preciso, nesses momentos, que a equipe ficasse mais atenta à Irene, para evitar que ela se relacionasse sexualmente com outros usuários dentro da unidade. Torna-se erotizada até mesmo com profissionais da equipe e, algumas vezes, chegou a colocá-los em situações embaraçosas.

²⁴ Irene explica que semi deuses são espíritos evoluídos.

No entanto, após escutar sua história, fica claro que isso tem a ver com seu percurso de vida. Irene relata inúmeras vezes sobre namorados que teve e relacionamentos em que se envolveu. Na maioria dos encontros entre entrevistada/entrevistadora, o tema sexualidade apareceu. Ela contou de vários namoros, inclusive durante sua longa internação no hospital, além de dois casamentos. Namoro e sexualidade sempre fizeram parte de sua vida e, durante as crises, essa questão vem à tona. Esse tema aparece em seus relatos somente em épocas passadas, sendo esse um aspecto que Irene não retomou depois de ser reabilitada.

Conseguiu recuperar na vida pública alguns de seus direitos básicos de cidadã e, na vida privada, a tênue possibilidade do diálogo e da escolha. Em um dos encontros, usou o termo “desapego”, indicando uma solução encontrada por ela para lidar com seus direitos que lhe eram tirados. Hoje em dia, ela se considera “reabilitada”, como ela mesma disse, ou inserida, como afirma Kinoshita (1996) ao dizer que reabilitar e inserir são sinônimos. É um sujeito cidadão que busca seus interesses e seus direitos, e considera sua identidade, sua subjetividade, seus desejos e fantasmas – sendo esse o contexto microfamiliar. Irene fez uma autoavaliação, refletindo sobre sua situação atual e analisando-a como positiva. Ela não é mais aquela moça de família rica e tradicional, moradora do interior de Minas Gerais, com muitos amigos e suporte social, inserida em tantos programas sociais. As perdas e a história de exclusão são cruéis. Surgiu, com o passar do tempo, uma Irene diferente do que era, com um novo cotidiano baseado em novas prioridades e desejos.

A vida cotidiana da entrevistada sofreu transformações globais no decorrer de sua trajetória e, de acordo com Lefebvre (1991), ela foi alvo das criações de Irene, de suas ideias, valores e sentimentos. No cotidiano dela, tanto a repetição, como a inovação ganharam forma. Baseando-se em Lukács (1974), entendemos que o cotidiano pode sofrer mudanças por intermédio do pensamento, do sentimento, da linguagem, da ação e da reflexão de Irene.

Já Heller (2000) associa o cotidiano com a singularidade do sujeito. O da entrevistada se formou a partir de suas necessidades, crenças, seus valores e afetos. Ele se formou como um espaço de transformação, único, próprio dela. A repetição das atividades acontece para além da rotina, em um cotidiano recriado permanentemente pela usuária, trazendo seus valores e sua história pessoal. Ao

longo da vida e da história de Irene, algumas atividades assumiram papel preponderante e mais tarde foram modificadas por ela própria, como seus trabalhos na lavanderia, no restaurante, nas comunidades em que viveu. Isso hoje não faz parte mais de seu cotidiano, e sim de sua história. O cotidiano sofreu influências de sua classe social elevada, de seus laços culturais e místicos, de sua idade. O novo cotidiano dela, hoje, engloba novas escolhas e uma nova forma de se colocar no mundo. Ela criou novas redes de suporte social, como o CERSAM e a pensão, e passou a se utilizar menos dos espaços da cidade, ficando com as redondezas da pensão e o CERSAM.

Contrapondo a ideia de rotina, conforme Certeau (1994) afirma, Irene criou seu próprio consumo de valores, de produtos e de outros bens materiais e culturais, quebrando as uniformizações e obediências da vida pública. Veste-se de forma simples com roupas de doações e depende da filha para lhe comprar produtos de higiene pessoal. Utiliza-se dos bens culturais de acordo com seu desejo e interesse, convocando alguém do CERSAM para acompanhá-la, seja profissional ou usuário. Quando está em permanência-dia na instituição, consegue driblar as imposições estabelecidas e cria uma maneira de se viver na sociedade e de inventar seu próprio cotidiano. Se não está satisfeita com o contato com outros usuários, prefere se afastar. Apesar de ser convidada diariamente a participar de uma gama variada de atividades, consegue optar por aquelas que mais gosta, de acordo com sua disposição do dia. Essas maneiras pessoais de fazer indicam a forma como ela se apropria do espaço social e de seus produtos.

Na pensão, estabeleceu uma apropriação do espaço e de seu uso, gostando de passar a tarde assentada no portão observando o movimento da rua e conversando com os trabalhadores. Depois de jantar com os demais moradores, dirige-se a seu quarto para meditar e rezar. Envolve-se afetivamente com outros moradores, fez novos laços sociais. Quer ter um bom relacionamento com todos, não se envolve em situações de brigas ou polêmicas.

Enquanto está no CERSAM, onde tece boa parte do seu cotidiano, gosta de participar das atividades grupais, sejam oficinas terapêuticas, sejam atendimentos da terapia ocupacional, ou atendimentos externos. Isso amplia a sua contratualidade social. *“Participo quando quero, não fico na obrigação de participar sempre que me convidam.”* Irene se refere ao CERSAM como um local que oferece cuidados, onde ela pode se colocar e fazer escolhas. Ela própria diz da importância dessas

atividades em seu tratamento, mas não sucumbe à expectativa técnica da equipe. Isso dá um papel a ela e a coloca em outra posição, tirando-a do papel de doente e incapaz. Mostra que tem capacidade de negociação e de trocas sociais. Algumas vezes, ela vende seus produtos finais produzidos na unidade, outras vezes leva para enfeitar seu quarto na pensão, em outros momentos dá de presente para amigos que não podem pagar. *“Desde o IPSEMG, eu faço isso, é preciso ajudar os outros.”*

Outra atividade ou atitude reabilitativa nesse caso é essa função: a de ajudar os próximos. A usuária traz em seus relatos o sentido que isso tem para ela, associa com a sua história religiosa, e afirma que aprendeu esse valor nas experiências espirituais que teve. Assim sendo, ela acredita que no CERSAM pode colocar isso em prática, pois lá tem outros usuários que precisam de uma orientação e ajuda espiritual, e ela se coloca nesse lugar. Relata diversas vezes em que o ambiente estava carregado com más energias e ela assumiu a função de trazer boas energias e ajudar os usuários. *“Eu já estive na mesma situação que eles, agora preciso ajudá-los.”* Ela se coloca como uma usuária que está com quadro clínico melhor do que os demais usuários do CERSAM, reconhecendo sua melhora clínica e assumindo o papel de colaboradora. Para ela, basta o fato de estar vinculada ao CERSAM, de ter o local como referência de acolhimento e de suporte.

A usuária tem tido no CERSAM a oportunidade de fazer escolhas e de ser responsável por sua vida e por seu tratamento. Na pesquisa, mostrou-se como uma pessoa que decide por si. Antes de iniciarmos as entrevistas, ela leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que mostra que ela quis participar conscientemente. Incluiu-se no critério de ser um caso considerado bem-sucedido no CERSAM, o que vai ao encontro da opinião da equipe. Essa questão vai ao encontro do que Saraceno (1999) define como sendo um avanço no processo da reabilitação do usuário: que ele consiga exercer suas ações com o máximo de autonomia possível.

Em seguida, foi ela quem decidiu o local dos nossos encontros, o horário, os dias, a duração, assim como o momento de pararmos com os encontros. *“Ah, eu acho que já te contei tudo... fico pensando o que mais te falar no nosso próximo encontro, e não acho nada.”* A possibilidade do próximo encontro estava deixando-a um pouco ansiosa, sentindo-se na obrigação de contar algo novo. Acato, assim, seu pedido e interrompemos os encontros. Em alguns encontros, escolheu conversarmos nos bancos da praça em frente à pensão, em outros momentos, quis que ficássemos nos

bancos da própria pensão. Isso indica a nova forma de apropriação do território criada por Irene, mostra que ela se apropriou do território de uma forma única.

Além do projeto de pagar a mensalidade integral à dona da pensão, Irene mostra ter outros planos de vida, tem objetivos e planejamento. *“Ah, eu já fiz de tudo na vida, o que eu quero agora é sossego.”* Sente-se bem passando os dias na pensão, assentada na porta, conversando com seus amigos carreteiros que trabalham em frente à pensão. Planeja não trabalhar mais, não tem interesse em passear e sair sempre. *“Pra mim está ótimo assim, eu quero é meditar e ter paz.”*

Opta por não trabalhar e não desenvolver qualquer atividade que lhe gere renda. Para Demo (2002), a inclusão social deve ocorrer pela vinculação ao mercado de trabalho e pela busca de cidadania. No entanto, pensando no caso a caso, Irene não se sentiria incluída se estivesse trabalhando, pois isso não é uma demanda dela. Buscou seus direitos e sua cidadania, mas optou por não trabalhar mais. *“Já trabalhei demais, agora chega.”*

Quando Irene chegou ao CERSAM, após oito anos internada, estava fora dos circuitos das trocas sociais e com uma ruptura dos laços sociais e familiares. Para Castel (1989), isso justificava a necessidade de uma intervenção da reabilitação psicossocial, para favorecer seu retorno à contratualidade. Irene estava excluída socialmente se pensarmos nas situações de vulnerabilidade e fragilização de seus vínculos, na cidadania e na não realização de seus direitos sociais, como afirma Escorel (1999). Sua trajetória de segregação iniciava já em sua família, com o confisco de seus direitos.

A transferência estabelecida entre usuária e pesquisadora, a relação de confiança e cumplicidade entre ambas foi de extrema importância para a pesquisa. No primeiro encontro, a usuária, que aguardava a pesquisadora assentada na porta da pensão, assim que a viu, exclamou *“Olha, você veio bem na hora combinada! Achei que você pudesse se esquecer.”* E esse foi o início de uma série de encontros.

No terceiro encontro, ela se sente mais à vontade e relata o que era, para ela, um segredo: a existência de suas duas filhas e de seu irmão. *“Eu não posso te esconder nada, já que estou te contando a minha vida, você tem que saber disso.”* Por ser uma informação relevante e uma forma de contato com esses familiares, a mesma estava registrada em prontuário. Em outro encontro discorreu sobre a importância de se dizer “obrigada” e “bom-dia”. *“Há anos eu não ganho um chocolate, e olha que eu*

adoro!” Um gesto simples e atencioso que causou na usuária um sentimento de gratidão e de reconhecimento.

Entendendo o conceito sobre reabilitação psicossocial em duas linhas de pensamento: uma mais adaptacionista, e outra mais politizada. A linha mais adaptacionista, que diz do desenvolvimento de habilidades para o usuário se adaptar à sociedade e de correções do usuário e da sociedade, inclui os autores da OMS e da WAPR. Na linha mais politizada, que valoriza mais as trocas sociais e os direitos humanos, podemos encaixar Saraceno (1998, 1999, 2001); Rotelli (2001); Mângia & Nicácio (2001); Castro, Lima & Brunello (2001); Benetton (1996); Kinoshita (1996); Almeida & Trevisan (2001). Um ponto em comum entre as duas linhas de entendimento é o fomento ao protagonismo dos sujeitos.

Esse caso clínico está distante dos conceitos adaptacionistas, pois a usuária em vez de se adaptar à sua nova condição de vida, buscou uma nova forma de encarar a vida e suas dificuldades. Criou estratégias de enfrentamento de problemas, mudou sua forma de lidar com a vida, buscou seus direitos e sua cidadania. Sua inquietude permanece contrastante com os ajustes sociais: ela não quer lavar sua própria roupa.

Mas o caso se aproxima do conceito de Mângia e Nicácio (2001) por ter a atenção centrada no cliente, e por ter tido o desenvolvimento de práticas nos contextos reais de vida, abordando atividades e redes de relações que tecem a vida cotidiana e incluindo direitos como habitação, lazer e trabalho. Houve, de fato, uma invenção de vias próprias para a usuária viver na cidade.

Aproxima-se também de Kinoshita (1996) e Saraceno (1999), que nos trazem um entendimento político sobre a reabilitação, ao afirmarem que o aumento das trocas sociais favorece a reabilitação dos sujeitos. Kinoshita (1996) ainda traz o conceito de autonomia ligado à capacidade de gerir sua própria vida. Compreendo que a usuária, atualmente, tem essa autonomia, pois consegue gerir sua própria rotina, fazer escolhas e criar regras e limites como os que a afastam dos Centros de Convivência, ela quer sossego e paz.

Pensando na revisão feita sobre a reabilitação psicossocial, não há um único conceito que engloba todos os aspectos desse caso estudado. Dos indicadores de reabilitação do conceito de Saraceno (2001) – casa, trabalho e lazer – o de mais peso nesse caso é a casa. O lar é um aspecto importante para ela, ter sido acolhida pela dona da pensão a faz se sentir querida. Sua casa não coincide com sua família,

no entanto. Quando estava morando de favor na casa do ex-marido, ficava bastante incomodada, demandava um lugar só seu. Hoje em dia, continuava incomodada por pagar pouco de aluguel de seu quarto, mas sente-se bem morando ali. Trabalho e lazer já foram atividades importantes para a usuária há anos atrás, mas atualmente ela não trabalha e optou por não ter muitas atividades de lazer. Como uma estratégia de autocuidado e de autopreservação, a escolha dela é ficar mais recolhida à pensão; seu lazer é conversar com os vizinhos amigos. Sua contratualidade social nos cenários casa e lazer foi estabelecida e o cenário trabalho não sofreu intervenções por não ser um desejo de Irene.

No conceito da WAPR, podem-se levantar como indicadores de reabilitação os itens casa, trabalho, lazer, educação e o social. Três deles coincidem com os pontos já discutidos acima, mas a educação e o social são questões novas. Educação é um aspecto que a família da usuária valorizava quando ela era jovem, tanto que ela teve acesso às melhores escolas e cursinhos pré-vestibulares. Ela teve um acesso à educação formal que não a sustentou como sujeito.

Quando está no CERSAM, Irene se queixa quando os outros usuários não a cumprimentam, quando eles brigam entre si ou quando se tornam hostis com a equipe. Esse é, para ela, um ponto negativo do CERSAM. Ela acredita que esses comportamentos tornam o ambiente *“carregado de más energias”*. A questão social não é tão importante para ela quanto os autores indicam. A escolha dela é ficar o mais quieta possível, permanecer mais na pensão, sem interesse em sair e circular muito pela cidade. Seu relacionamento social se limita aos contatos feitos no CERSAM e na pensão, com os usuários, moradores e trabalhadores. Ela afirma que hoje em dia *“isso a satisfaz”*.

A visão da Organização Mundial de Saúde tem um caráter adaptativo, trazendo os entendimentos de indivíduos incapacitados e deficientes devido ao sofrimento mental e afirmando que a reabilitação psicossocial busca atingir o nível potencial de funcionamento desses sujeitos. Os indicadores nesse caso são redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social, o que se associa com os dois últimos conceitos.

Outro autor adaptacionista é Bridges (1994, citado por Marques, 2001), que busca com a reabilitação o melhor nível possível de funcionamento e bem-estar do sujeito, além da facilitação da adaptação social e psicológica e da diminuição da deterioração. Também consegue listar os diagnósticos que precisariam de se

submeter ao processo da reabilitação psicossocial. No entanto, como podemos criar uma lista de possíveis diagnósticos para a reabilitação sem considerar o caso a caso, independentemente da hipótese diagnóstica? Essas visões adaptacionistas são limitantes e reducionistas, não compreendendo a totalidade e a complexidade do processo de reabilitação. O caso Irene não se enquadra nessa perspectiva, por não se tratar de um caso de adaptação à sua nova realidade, e sim de desenvolvimento de novas saídas para suas dificuldades.

Quando se fala em histórias de vida e biografias, vêm-nos à cabeça pessoas ilustres, gente merecedora de reconhecimento público, seja pela autoridade que exerceram ou exercem, seja pelo prestígio que conseguiram, seja por outro motivo que as fazem chamar a atenção das pessoas. Pensa-se, de imediato, sobre histórias fascinantes e pessoas importantes. Dentre alguns ensinamentos das entrevistas, destaco um, aquele que mostrou claramente que cada um traz dentro de si uma história fascinante. Não se trata de uma pessoa famosa, nem com reconhecimento público, e sim de uma pessoa em sofrimento mental, usuária de um serviço substitutivo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, alguém que não chama a atenção e não tem destaque na sociedade.

Estudar e discutir esse caso significa produzir cultura antimanicomial, é compreender a complexidade da reabilitação psicossocial em um caso grave sustentado atualmente pelo CERSAM. Trata-se, portanto, de uma mulher, de 55 anos, que, após passar pelas experiências relatadas, criou outra forma de viver, algo que ela própria escolheu e que a trouxe grandes mudanças pessoais e de trajetória de vida. Essa é uma “Irene possível”.

8 REABILITAÇÃO: UMA HISTÓRIA DE VIDA?

A trajetória de tratamentos de Irene teve seu princípio com suas longas internações, e o confisco de seus direitos se manteve por muitos anos. No entanto, com o passar dos anos e da redefinição do tratamento, agora sendo feito no CERSAM, a usuária recuperou parte de seus direitos de cidadã: hoje consegue fazer escolhas com a autonomia que lhe é possível. Ela usufrui de uma moradia, da praça, da rede de serviços substitutivos, e recentemente, passou a usufruir de serviços de beleza. No início da dissertação, logo na Introdução, foi relatado sobre a Clínica Serra Verde e suas péssimas condições de tratamento. Em seguida, foi abordado o CERSAM e seus aspectos reabilitadores e, finalmente, o caso Irene, com entrevistas e encontros nos bancos da praça pública. A dissertação fez o mesmo trajeto que Irene: do manicômio à sociedade.

Essa usuária, ao iniciar o acompanhamento em serviços antimanicomiais e substitutivos, colocou-se na comunidade e reinventou seu próprio espaço. Ela “recriou a sua vida”, nos termos utilizados por Mângia e Nicácio (2001). Irene não vive mais em sua cidade de origem, no interior de Minas Gerais, nem mesmo nas comunidades religiosas que frequentava quando era jovem. Ela recriou o seu espaço e buscou novas relações que a satisfizessem: o CERSAM e a pensão, especialmente. Ela não foi mais internada em hospitais psiquiátricos desde que começou o acompanhamento na rede de serviços substitutivos, interrompendo uma prática de exclusão recorrente em sua vida até então.

A evolução do quadro de Irene é resultado de um trabalho de reabilitação psicossocial de uma equipe que a acolheu e investiu em seu caso. Conforme discutido no capítulo 5, a reabilitação psicossocial busca a inserção social, o aumento da contratualidade e a afirmação dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Irene alcançou esses objetivos? Ela é hoje um resultado possível da Reforma Psiquiátrica brasileira e não se reduz a nenhuma definição teórica. É uma usuária dos serviços de saúde mental, que procura seu lugar no mundo após tantos anos trancafiada em hospitais.

Retomando os direitos colocados pela lei 10.216, Irene alcançou vários deles, como o acesso ao tratamento no sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; o tratamento com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de

beneficiar sua saúde; o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, em serviço comunitário de saúde mental; e a inserção social. Ela é uma expressão da representação das leis.

No entanto, um desafio seria dar continuidade à nossa pesquisa e construir um novo desenho para o conceito de reabilitação psicossocial. Como os objetivos específicos dessa dissertação foram os de analisar a teoria de reabilitação psicossocial em diálogo com a realidade dos CERSAMs de Belo Horizonte e refletir sobre uma trajetória de tratamento de um usuário, delineiam-se algumas idéias: há uma síntese possível e desejável? Unindo alguns conceitos de reabilitação psicossocial, teremos uma definição mais ampliada sobre o tema, como estruturação e transformação possível do cotidiano, como estabilidade subjetiva.

O projeto de reabilitação psicossocial foi feito em parceria com a usuária que dele necessitou, ou seja, no caso a caso. Não existe uma receita única de reabilitação ou algo que se enquadre para todas as pessoas em sofrimento mental. É preciso escutar esse sujeito, compreender seu histórico ocupacional, sua história e seu contexto de vida, seus valores, o território por onde circula. A partir dessa compreensão, seria possível criar, junto com ele, estratégias para “reabilitá-lo”. Compreendendo que o plano de reabilitação deve considerar que o usuário do CERSAM passou por várias experiências de desestabilização e que esse sofrimento o transformou de muitas formas. Ela não é exatamente a mesma pessoa do período anterior à crise. Não há o que “retomar” especificamente.

Um conceito de reabilitação psicossocial mais ampliado engloba necessariamente os valores e as expectativas de cada um. Reabilitação poderia ser entendido como um processo, uma questão ética, o caminho pessoal que cada usuário faz em busca de suas possibilidades de cidadania, de inserção e de trocas. Nesse caso clínico, compartilhado no capítulo 6, Irene indicou que, para ela, reabilitação deveria incluir os aspectos místicos e religiosos, algo mais intimista. Esse indicador cultural e subjetivo não está presente em nenhum conceito prévio dos teóricos da reabilitação psicossocial abordados. No caso de Irene, houve uma reconstrução do cotidiano, apesar desse soar menos “produtivo” se relacionarmos com a teoria de Saraceno (1999, 2001). Ela não tem tantas atividades de lazer, não mais produz bens de mercado, não está inserida em atividades produtivas de trabalho. O que ela produziu nessa trajetória relatada foram novos valores próprios, que ela chama de serenidade, e novas formas de se colocar no mundo, após a longa experiência em

instituições asilares. É um cotidiano em que Irene parece estar em contato consigo mesma, buscando a religião para sustentá-lo e embasá-lo. Algo que sempre fez parte de sua vida.

Além disso, essa mulher mostrou a importância de desenvolver, nas atividades grupais do CERSAM (oficinas estruturadas ou não), apenas as atividades que tenham sentido para ela. Diz que a escrita sempre foi seu *hobby*, desde criança tinha o costume de escrever. E ainda hoje continua a participar das oficinas de letras, com clara adesão ao projeto. Assim ela dá sentido para suas pinturas em tela, atividade que aprendeu a fazer nas comunidades religiosas em que viveu quando jovem. Ela diz dessas comunidades com certo saudosismo, relembra as experiências que teve e isso a motiva ainda hoje. Encontrou no CERSAM a possibilidade de continuar a desenvolver seu interesse pela pintura. O caso responde a dois dos objetivos propostos pela pesquisa: investigar como o processo de reabilitação psicossocial oferecido pelo CERSAM transformou o cotidiano da pessoa em sofrimento mental em situação de crise psiquiátrica, além de qualificar de que forma o tratamento oferecido trouxe benefícios à usuária.

Diante do desordenamento do cotidiano que acomete os usuários dos serviços de saúde mental, um importante investimento é crer nas soluções particulares que o sujeito psicótico é capaz de criar para se “reabilitar”, para se colocar no mundo, mesmo que ainda permaneça a marca da exclusão social. Irene ainda é uma senhora pobre e distante da família. Desse modo, é preciso desconstruir o saber prévio, ter disponibilidade para aceitação e acolhimento que permita ao usuário sair da posição de objeto e consentir em seu próprio tratamento. O técnico de referência, ao assumir a posição de aprendiz diante do usuário, abre espaço para a elaboração do delírio, para a reconstrução de histórias e escolhas de vida.

Para além da condução clínica nos atendimentos do CERSAM, a prática na instituição requer intervenções no campo social, familiar, além de fazer interlocuções com o restante da rede assistencial. No cotidiano de um serviço de urgência em Belo Horizonte, o trabalho se dá em um campo mais amplo, fora dos muros do serviço. Apesar de algumas vezes a equipe da unidade não conseguir atuar dessa forma, devido à dificuldade inerente ao cotidiano institucional relatado no capítulo 4.

O cotidiano institucional traz uma série de dificuldades que cabe à própria equipe superar, criar soluções e buscar fazer seu trabalho o mais externamente à unidade possível. Um ponto desafiador é o fato de a equipe ser composta de diferentes

profissionais com diferentes visões e abordagens acerca do tratamento e da reabilitação. Há os técnicos que seguem a abordagem psicanalítica, outros, a cognitivo-comportamental, a sistêmica ou a psicossocial. Mas essa pode ser também uma vantagem. Trata-se de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com diferentes pessoas e diferentes entendimentos sobre a saúde mental e seu acompanhamento. Os horizontes se multiplicam.

Nesse ponto está também a riqueza dessa equipe que se reinventa no cotidiano. A complexidade dessa relação acrescenta tanto para os integrantes da equipe, quanto para os usuários da unidade. Lidar com o outro é sempre enriquecedor. No entanto, há que se perguntar: como ampliar a atuação do CERSAM em seu território e como superar as barreiras que dificultam esse plano? Atuar fora dos muros institucionais já é algo feito pela equipe, mas seria possível e viável ampliar essa atuação?

Como se sabe, o Brasil vem formatando uma política social e pública de saúde mental que, apesar de ser sustentada pela legislação, exige um esforço permanente de defesa, superação de desafios e invenção de novos recursos. Para isso, é fundamental pensarmos a prática e a atuação profissional na saúde mental, abrindo pautas de discussão, questionamentos e operando com vários tipos de embasamentos teóricos. A formação continuada dos gestores e profissionais, a discussão das intervenções, da política e dos rumos que ela tem tomado são aspectos importantes a serem buscados, que favorecem nossos usuários dos serviços. A equipe do CERSAM Leste criou esses espaços de formação dentro da própria unidade, como relatado no capítulo 4, sobre os encontros da educação continuada. A equipe também se reabilita permanentemente, reinventando seu dia a dia, sua rotina.

O cotidiano, tanto assistencial quanto pessoal, pode se apresentar de forma conservadora ou revolucionária, positiva ou negativa. Irene construiu seu cotidiano de forma ativa, participante, suficientemente autônoma, não se encaixando na perspectiva de readaptação de suas funções na comunidade. Afinal, o que seria isso?

A estabilização do quadro dos usuários é uma meta construída na relação com a instituição, com as oficinas, com seu técnico de referência, com a medicação, com a circulação social, sob diversas maneiras de acolhimento e estadia no serviço. A estabilização de Irene se deu, além desses aspectos, também pela meditação, pela

fé, pelo vínculo com os demais usuários do CERSAM e da pensão, pela oportunidade de fazer escolhas e de ter autonomia sobre sua vida. Estabilizar é diminuir o sofrimento psíquico dos usuários e viabilizar o desenvolvimento de seu cotidiano, apesar do sofrimento mental e da pobreza.

O método história de vida revelou que, por mais individual que seja uma história, ela é sempre coletiva, mostrando também o quão genérica é a trajetória do ser humano. Irene revela uma história pessoal de sofrimento mental, abandono familiar e confisco de direitos, em que ela própria buscou suas saídas com o suporte da equipe de referência. Ela revela assim, algo que não é só dela, que diz respeito a vários usuários do CERSAM. Essa história foi contada por uma usuária do serviço que aceitou consciente e espontaneamente participar da pesquisa. Um relato emocionante, cheio de sentidos e significados para sua protagonista e para a pesquisadora ouvinte. No entanto, pode-se entender esse relato como o reflexo de inúmeros outros usuários dos serviços de urgência psiquiátrica mineiros, em que há outros frequentadores também com histórias de vida importantes para contar e escutar. Os relatos de Irene ajudaram a refletir sobre uma trajetória possível de tratamento de um caso acompanhado no CERSAM, considerado bem-sucedido.

Uma única usuária foi escutada, como forma de abrir pauta de discussão e ampliar o entendimento sobre o tema da reabilitação, o que era um dos objetivos da pesquisa. Com o tempo que havia disponível, optou-se por escutar a história de vida de uma pessoa em tratamento com o empenho necessário para isso, ao invés de dividir o tempo e escutar vários usuários, ambicionando uma amostra maior. A falta de tempo para se dedicar exclusivamente a cada uma das histórias dos usuários dos serviços é um esforço de superação permanente, de investimento e de aposta na reabilitação psicossocial.

Depois dos sete encontros com a usuária, nasceu uma relação de cumplicidade e de respeito. Essa relação despertou o desejo de “querer o melhor”, de querê-la bem. Como a dificuldade financeira era um claro incômodo para Irene, discutiu-se, com sua referência técnica, sobre a possibilidade de reivindicar o LOAS – caso ela fosse aprovada na perícia do INSS. Hoje, a usuária usufrui dos benefícios de se ter sido aprovada na perícia.

Irene teve a oportunidade de recontar sua história, ressignificá-la e valorizá-la. *“Isso vai virar um livro?”*, ela perguntou. Reconhecemos também a transformação gerada na pessoa de quem realiza a pesquisa, depois de estudar essas linhas e

entrelinhas teóricas e estabelecer essa delicada relação com a usuária, uma relação de escuta e de entrega: eis o livro que dela resulta.

Os autores Pitta (1994, 2001), Saraceno (1998, 1999, 2001), Mângia e Nicácio (2001), Rotelli (1993), Guerra (2004), e suas instituições (WAPR, OMS) levantaram a importância do campo psicossocial para a reabilitação dos indivíduos. A circulação social que Irene tem é a que ela diz desejar: pequena e circunscrita. Ela diz, porém, não saber andar pela cidade, nem mesmo nos lugares próximos da sua pensão. Nos dias de ir para o CERSAM, é preciso que o transporte da instituição a leve e busque. Foi ela quem optou por sair pouco da pensão, ela diz querer ficar só, no lugar que considera sua casa, conversando com os amigos. Ao salão de beleza do bairro Irene conseguiu ir sozinha, tanto para agendar horário quanto para ir no dia combinado. No entanto, neste momento, a teoria seria necessária e ajudaria a despertar em Irene o interesse em ampliar esses espaços. Ela poderia ser desafiada a querer mais pra ela, a querer circular? Ainda há o que fazer com ela?

É uma solidão habitada por outros. Ela diz que já aproveitou muito a rua, agora quer ficar quieta. Quando ela quer sair, criou uma boa solução: convidar um amigo da pensão ou sair com a equipe do CERSAM. Isso é suficiente para satisfazê-la, segundo ela. Seria menos potente por isso? A contratualidade social também se expressa dessa forma e em seu cotidiano: quando ela vai para o CERSAM, quando ela lida com os outros moradores da pensão, quando interage com seus amigos.

Imaginando que sua referência técnica fosse outro profissional do CERSAM, um terapeuta ocupacional, ou um psicólogo, por exemplo, seu destino teria sido diferente? O que de especificidade das profissões poderíamos ver nesse caso clínico de reabilitação? Seu avanço terapêutico dependeria do vínculo entre técnico de referência e usuária. Após escutar os relatos dela, fica claro que a solidez da relação estabelecida com sua referência foi fundamental. No entanto, se Irene tivesse outra referência técnica, pode ser que essa relação não se estabelecesse dessa forma tão sólida?

Irene está em acompanhamento no CERSAM desde 2008 e até os dias de hoje não foi possível desvinculá-la da unidade, pelos motivos descritos no capítulo anterior. Um usuário de CERSAM que não recebe alta em cinco anos significa que seu quadro cronificou e que o serviço teria ganhado características manicomiais? Se compararmos o caso Irene com tantos outros destinos dos pacientes com histórias de longas internações – que habitaram a Clínica Serra Verde, por exemplo – pode-

-se dizer que estão cronificados justamente porque estão em adesão voluntária a uma mesma instituição? Irene já esteve também internada por muitos anos, mas conseguiu reconstruir seu cotidiano e se recolocar no mundo, e está em acompanhamento no CERSAM pela gravidade do caso e, isso é fundamental, por uma escolha dela. Os pacientes esquecidos na clínica relatada no início dessa dissertação, estão há anos sem ter um projeto terapêutico individualizado, sem poder fazer escolhas, sem ter a chance de se posicionar no mundo.

Retomando agora a frase que a usuária disse no início do primeiro encontro: *“Eu, como sempre, não termino nada que começo. Não sei o que acontece, mas sei que eu sempre deixo as coisas que começo pela metade.”* E, agora, finalizando essa dissertação, fica claro que a usuária conseguiu finalizar seu relato de reencontro com a vida. Não só finalizou, como resignificou e reconstruiu alguns fatos. Assim, encerra-se também este relato de pesquisa, resignificando sua autora, a sua clínica e o seu fazer na saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou-Yd, M., & Lobosque, A. M. (1998). A Cidade e a Loucura: Entrelaces. In REIS, A dos. T. et al. (Orgs.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã Editora.
- Almeida, D. T. de, & Trevisan, E. R. (2011, mar.). Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface*, 15(36), 299-308.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2005). A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In P. Amarante (Coord.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*(pp. 45-66). Rio de Janeiro, Nau Editora.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. (1995). Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- _____, & TORRE, E. (2001, maio/ago.). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In *Saúde em Debate* (pp. 26-34). Rio de Janeiro, 25(58).
- _____. A clínica e a reforma psiquiátrica. (2003). In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 45-65). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Anaya, F. (2004). *Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Barbier, R. (2002). *A pesquisa-ação*. Brasília: Editora Plano.
- Barros, S. (2003). Ensino de enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In M. JORGE, W. SILVA, & F. OLIVEIRA. (Orgs.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio* (pp. 73-80). São Paulo: Jorge Lemos.

- Barros, V. A., & Silva, L. R. (2002). A pesquisa em história de vida. In I. B. Goulart (Org.). *Psicologia organizacional e do trabalho; teoria, pesquisa e temas correlatos* (pp. 134-158). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benetton, M. J. (1991). *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- _____. (1993/6). Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup.*, 4(7), 53-58.
- _____. (1994). *Terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- _____, Ferrari, S., & Tedesco, S. (2003). Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, 8 (8), 27-40.
- Cadernos da mostra*. (2012, jun.). Segunda Mostra de Arte Insensata – a travessia rumo à cidadania. Belo Horizonte, 1(1).
- Campos, G. W. de S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Castel, R. (1989). Da indigência à exclusão, a desfiliação precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In A. Lancetti (Org.). *Saúde loucura* (pp. 21-48). São Paulo: Hucitec.
- Castro, E. D. de., Lima, E. M. F. A., & Brunello, M. I. B. (2001). Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In M. M. R. de Carlo, & C. C. Bartalotti (Orgs.). *Terapia Ocupacional no Brasil – fundamentos e perspectivas*(pp. 41-59). São Paulo: Plexus Editora.
- Chauí, M. (1973). Apresentação: os trabalhos da memória. In E. Bosi. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo, EDUSP, 1973.
- Certeau, M. (1994). *A invenção do cotidiano I: as artes do fazer*. Petrópolis: Vozes.

- Diaz, F. S. (2008). *Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fiocruz.
- Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: ArtMed.
- Demo, P. (2002). *Charme da exclusão social* (2a ed.). Campinas: Autores Associados.
- Eco, U. (2008). *Como se faz uma tese* (19a ed.). São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Escorel, S. (1999). *Vidas ao léu: trajetórias da exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferreira, A.B.H. (2003). *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Frazão, I.S., & Arcoverde, A. N.B. (2009, maio/ago.). Reinserção social pelo trabalho no campo da saúde mental: com a palavra, o usuário. *Saúde em Debate*, 33 (82), pp. 290-97.
- Fujihira, C.Y. (2006, set.). Acompanhando a inclusão: um percurso ético. *Psychê*, 10(18) 101-8.
- Galheigo, S. M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 14(3), 104-9.
- Garcia, C. (1997). *Clínica do social*. Belo Horizonte: UFMG.
- Goulart, M. S. B. (1993). Equipe de saúde mental: a Torre de Babel da saúde pública. *Cadernos de Psicologia*, 1(2), 49-56.
- _____. (2004). *De profissionais a militantes: a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- _____. (2006, jun.). A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1). Recuperado em 12 de julho de 2012, de http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/Arquivos/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf.
- _____. (2010). Em nome da razão: quando a arte faz história. *Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(1), 36-41.
- Goldberg, J. (2001). Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In Ana P.(Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 33-47). São Paulo: Editora Hucitec.
- Gonçalves, B. D., & Coelho, C. M. (2008, fev.). S. A “História de Vida” nas vozes das mulheres – um recurso metodológico para a escuta de vítimas de violência de gênero. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(2), 379-388.
- Greco, M. G. (2011). Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In Quinet (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências* (pp. 111-20). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre os controversos conceitos e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VII(2), 83-96.
- Heller, A. (2000). *O cotidiano e a história*(6a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Hirdes, A., & Kantorski, L. (2003). Psychosocial rehabilitation in Brazil: the impact of everyday life. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 81-9.
- Hoepfner, A. M. S. Clínica do sofrimento ético-político como uma proposta de intervenção na clínica ampliada e compartilhada. In Ministério da Saúde. *Caderno Humaniza SUS*, 2, 75-92. Brasília, DF. Recuperado em 16 de outubro de 2011, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf.
- Isidoro, A. L. C. (2000). Redimensionando Atividades. In *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*. 5(5), 16-20.
- Juns, A. G.; Lancman, S. (2011, abr.). O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 27-35.

Kinoshita, R.T. (1996). Em busca da cidadania. In: Henrique C.M.P. (Org.). *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos* (pp. 39-49). São Paulo: Editora Página Aberta.

_____. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In Ana P. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55-9). São Paulo: Hucitec.

Leão, A. (2006). As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

_____, & Barros, S. (2008, jan./mar.). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1).

Lefebvre, H. (1991). *Crítica da vida cotidiana II – Fundamentos para uma sociologia da vida cotidiana*. Paris: L'Arche.

Lei n. 11.802.(1995, 18 de janeiro). Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental. *Diário do Executivo*, Belo Horizonte, MG.

Lei n. 12.684.(1997, 1º de dezembro). Altera a Lei n. 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências. Belo Horizonte, MG.

Lei n. 9.867. (1999, 10 de novembro). Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme específica. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 29 de janeiro de 2012, de <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4146.html>.

Lei n. 10.216. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.

_____. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

_____. (2003). Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*(pp. 20-39). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lüchmann, L. H. H., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407. Recuperado em fevereiro de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&tlng=pt.

Lukács, G. (1974). *Estética*. Barcelona: Ed. Grijalbo.

Lussi, I. A. O., Pereira, M. A. O., & Junior, A.P. (2006, jun.). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3).

Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A.O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 436-447.

Mângia, E. F., & Nicácio, F. (2001). Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: M. deCarlo, & C. Bartalotti (Org.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (pp. 63-80). São Paulo: Plexus.

Marques, A. J. de S. (2001). Reabilitação psicossocial e a reforma psiquiátrica em Juiz de Fora. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 104-12). São Paulo: Hucitec.

Metipolá – Revista do CERSAM Leste. (1997). Belo Horizonte: [s.n.].

Minayo, C. (Org.). (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

_____. (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (8a ed.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

Ministério da Saúde. (2004a). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: a clínica ampliada*. Brasília, DF.

Ministério da Saúde. (2004b). Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005, nov.) *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF.

Ministério da Saúde. (n.d.). *Programa De Volta para Casa*. Recuperado em 9 de abril de 2012, de <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/apresentacao.html>.

Morin, E. (2001). *Os sete saberes necessários à educação do futuro* (C. E. F. da Silva, & J. Sawaya, trad., E. de A. Carvalho, rev.) (4a ed.). São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco.

Nicácio, F., & Campos, G. W. S. (2004, maio/ago.) A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(2), 71-81.

_____, & _____. (2005, jan./abr.). Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 16(1), 40-6.

Nicácio, F., Amarante, P., & Barros, D. D. (2005). Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: P. Amarante (Coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial 2* (pp. 195-214). Rio de Janeiro: NAU.

Nilo, K., Moraes, M. A. B., Guimarães, M. B .L., Vasconcelos, M. E., Nogueira, G. N., & Abou-Yd, M. (2008). Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Oliveira, F. (2000). Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: M. Jorge, W. Silva, & F. Oliveira (Orgs.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*(pp. 149-70). São Paulo: Jorge Lemos.

Oliveira, A. G. B., Alessi, N. P. (2005). *Superando o manicômio? desafios da reforma psiquiátrica*. Cuiabá: Ed UFMT.

Oliveira, W. F.; Dorneles, P. (2005). Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. In P. Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Olshowsky, A., Schrank, G., Costa, L. S., & Duarte, M. L. C. (2005). Ações de enfermagem em saúde mental – revisão bibliográfica. In *Anais eletrônicos*, 56 Congresso Brasileiro de Enfermagem. Gramado, RS: Associação Brasileira de Enfermagem. Recuperado em 28 de maio, de: [http://bstorm.com.br/enfermagem/indexp2.php?cod=75264 &popup=1](http://bstorm.com.br/enfermagem/indexp2.php?cod=75264&popup=1).

Onocko-Campos, R., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 22(5), 1.053-62. Recuperado em 30 de abril de 2012, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (2001). A saúde mental pelo prisma da saúde pública. In *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança* (pp. 1-16). Genebra: OPAS/OMS.

_____. (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. Genebra: [s.n.].

Penido, C. M. F. (2005). A clínica e a formação nos CERSAMs de Belo Horizonte. In P. Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2* (pp. 91-112). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Pitta, A. M. F. (1994). Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? *J. Bras. Psiq.*, 43(12), 647-54.

_____. (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.

Portaria n. 336/GM. (2002, 19 de fevereiro). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

- Portaria n. 1.169/GM. (2005, 7 de julho). Destina incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho destinados a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 15 de janeiro de 2012, de <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12377.html>.
- Ribeiro, M. B. S., & Oliveira, L. R. (2005, maio/ago.). Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface*,9(17), 425-31.
- Ribeiro, M. C., & Machado, A. L. (2008, maio/ago.) A terapia ocupacional e novas formas de cuidar em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(2), 72-5.
- Rodrigues, R. C., Marinho, T. P. C., & Amorim, P. (2012). Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, 1615-1626.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de., & Mauri, D. Desinstitucionalização, uma outra via. (1990). In F. Rotelli, O. Leonardis, D. Mauri, C. de Risio, & F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-60). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (1993). Re-habilitar la re-habilitación. In *Rede Internacional das Práticas de Luta contra Exclusão Social*. Recuperado em 24 de março de 2012, de http://exclusion.net/images/pdf/47_comoq_riabilitare_es.pdf.
- _____. A instituição inventada. (2001). In M. F. S. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização* (2a ed.) (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- _____, & _____. (2011). Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2).
- Sampaio, J. J. C., & Santos, A. W. G. (2001). A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 127-134). São Paulo: Hucitec.
- Santos, I. M. M., & Santos, R. S. (2008, out./dez.). A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 714-719.
- Saraceno, B., Asioli, F., & Tognoni, G. (1997). *Manual de saúde mental* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B. (1998, abr.). A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, IX(1), 26-31.

_____. A reabilitação como cidadania. (1999). In *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (pp. 111-42). Rio de Janeiro: TeCorá.

_____. (2001). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.

_____. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 140-156). São Paulo: Hucitec.

Sasaki, R. K. (1997). *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA.

Schwartz, I.; Durrive, L. (Orgs.) (2007). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. (J. Brito, et al. trad.). Niterói, RJ: Universidade Federal Fluminense, 2007.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (2006). *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: [s.n.].

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Recuperado em 18 de junho de 2012, de <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=saude>.

Silva, A. P., Barros, C. R., Nogueira, M. L. M., & Barros, V. A. (2007). "Conte-me sua história": reflexões sobre o método de história de vida. *Mosaico – Estudos em Psicologia*, I(1), 25-35, 2007. Recuperado em 07 de junho de 2011, de <http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/viewFile/6/4>.

Silva, R. P. D. (2005). Projeto de saúde mental de Belo Horizonte: um trabalho em rede? Dissertação de mestrado, Escola de Administração Pública, Fundação João Pinheiro.

Silveira, N. (1986). *Casa das Palmeiras: a emoção de lidar*. Rio de Janeiro: Alhambra.

_____. (1992). *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Ática.

- Souza, P. J. C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. (2008). In M.N. Abou-Yd, M. T. G. Nogueira (Orgs.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: O cotidiano de uma utopia* (pp. 111-127). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Thiollent, M. J. M. (1982). *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis.
- Torrezan, C. B., Prado, C. V., Issa, D. C., & Antonelli, R. T. (2009). A terapia ocupacional e o CAPS I de Lins: um dispositivo extra-hospitalar na reabilitação psicossocial. In 2 Encontro Científico e 2 Simpósio de Educação. Lins, SP.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos da área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Valentini Jr., W. A. H., & Vicente, C. M. (2001). A reabilitação psicossocial em Campinas. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 48-54). São Paulo: Hucitec.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso – planejamento e métodos* (D. Grassi, trad.) (3a ed.). Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação

Título do Projeto: Reabilitação Psicossocial no CERSAM: um estudo de caso

Pesquisador Responsável: Maria Stella Brandão Goulart

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal de Minas Gerais

Telefones para contato: (31) 9296-5998 e (31) 9698-5187

Endereço do pesquisador: Rua Expedicionário José Assumpção Dos Anjos, 195/203

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O Sr.^(a) está sendo convidado a participar da pesquisa de mestrado intitulado “Reabilitação Psicossocial no CERSAM: um estudo de caso”, de responsabilidade da pesquisadora Maria Stella Brandão Goulart .

A proposta é escrever sobre o seu caso clínico e seu processo de tratamento no CERSAM Leste, por considerar que o seu tratamento foi bem sucedido até aqui, e que o Sr.^(a) obteve bons resultados. O objetivo de escrever sobre o seu caso é ampliar as discussões sobre os temas reabilitação psicossocial e cotidiano, e discutir a complexidade de um tratamento seguindo esses preceitos. Percebo que o seu tratamento foi feito dentro das premissas da reabilitação psicossocial e que seu cotidiano foi transformado de alguma forma no decorrer do tratamento. Essa pesquisa trará benefícios para a clínica da saúde mental, mas não influenciará o seu tratamento em nenhum momento. Sugiro marcarmos horários para conversarmos e fazer as entrevistas, dentro de sua disponibilidade. Caso você autorize, nossas conversas poderão ser gravadas, para facilitar a minha compreensão e transcrição depois. Podemos nos encontrar em locais que você escolher, dentro da sua disponibilidade, para que você não tenha qualquer gasto financeiro. As informações são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para a escrita da dissertação, e o Sr.^(a) não será exposto a nenhuma situação que não queira ou não concorde. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins dos objetivos da pesquisa em foco, e as gravações, caso sejam feitas, serão descartadas após o término da pesquisa. Além das entrevistas, caso o Sr. autorize, será feita uma leitura e análise de seu prontuário.

Caso o Sr.^(a) sinta algum desconforto, constrangimento, ou queira interromper a entrevista, peço que me avise, para interrompermos a conversa. Se o Sr.^(a) quiser desistir, não haverá problema algum. Qualquer dano ocorrido, mesmo que não previsto, será compensado e você será assistido. A sua participação é voluntária, ou seja, o Sr.^(a) só participa se quiser contribuir para a pesquisa. A qualquer momento o Sr.^(a) pode interromper a sua participação, sem que isso o prejudique na continuidade do tratamento. O Sr.^(a) não é obrigado a participar da pesquisa e a se desejar poderá desistir e retirar seu consentimento, ou até mesmo modificar posteriormente qualquer palavra que foi citada. Seu nome será resguardado em sigilo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma cópia desse termo, onde consta telefone e endereço do pesquisador, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento. Caso você tenha qualquer dúvida, sugestão, ou crítica em relação à pesquisa ou à sua participação, pode me procurar para esclarecimento das mesmas.

Eventuais dúvidas ou esclarecimentos quanto às questões éticas da pesquisa podem ser esclarecidas no Comitê de Ética, no telefone (31) 3409-4592 e endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade administrativa II, sala 2005, ou no Comitê de Ética da Secretaria de Saúde Municipal, telefone 3277-5309.

Eu, _____,
RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em
participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2012.

Nome e assinatura do usuário ou seu responsável legal

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Assinatura do pesquisador assistente