

Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais Volume 7 Número 2**TABLE OF CONTENTS / SUMÁRIO [PDF](#)**

Pesquisas e Práticas Psicossociais 7(2), 170-326, São João del-Rei, julho/dezembro 2012

Editorial

Machado, Marília Novais da Mata; Queiroz e Melo, Maria de Fátima Aranha de; & Vieira Silva, Marcos.

Text in portuguese - [PDF/MS Word](#)

**Memory and Intangible Heritage: Investigative Paths of a Study of Social Psychology
(Memória e Patrimônio Imaterial: Caminhos Investigativos de um Estudo de Psicologia Social)**

Costa, Marli Lopes da; & Castro, Ricardo Vieiralves de.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

**Psychology in the Unified System of Social Welfare
(A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social)**

Afonso, Maria Lucia Miranda; Vieira-Silva, Marcos; Abade, Flávia Lemos; Abrantes, Tatiane Marques; & Fadul, Fabiana Meijon.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

**Assessments of a Community Psychopedagogy: Reflections, Contributions, and Challenges
(Aproximaciones a una Psicopedagogía Comunitaria: Reflexiones, Aportes y Desafíos)**

(Avaliações de uma Psicopedagogia Comunitária: Reflexões, Contribuições e Desafios)

Juárez, María Paula.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

**Regions of Boundaries in Artaud Space: Articulations between Health and Culture
(As Regiões de Fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre Saúde e Cultura)**

Melo, Walter.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

**Mental Health Matrix Support in Family Health Strategy: Psychosocial Care and Mental Health Care
(Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e Cuidados Psicossociais em Saúde Mental)**

Sousa, Maria Lidiany Tributino de; & Tófoli, Luís Fernando.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

The National Humanization Politics (PNH) and Psychoanalysis: Convergence in the Psychosocial Care Center – CAPS

(A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS)

Braga, Gilsiane Aparecida Ribeiro.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

The Practices of the Psychologist in within CAPS and Group Learning

(As Práticas do Psicólogo no CAPS e a Aprendizagem Grupal)

Dias, Maria Sara de Lima; & Cardoso, Thaís.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

Social Insertion through Physical Education Practices as Interventional Measures for Severe Psychotic and Neurotic Patients from the CAPS of São João Del-Rei/MG

(A Inserção Social através de Práticas de Educação Física como Medidas Interventivas para Pacientes Psicóticos e Neuróticos Graves do CAPS de São João del-Rei/ MG)

Guimarães, Andrea Carmen; Pascoal, Renata Cristiane Alves; Carvalho, Iara Zilda de; & Adão, Kleber do Sacramento.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

Fragments of Experiences in the field of Mental Health and Psychosocial Care

(Fragmentos de Experiências no Campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial)

Luzio, Cristina Amélia.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

Experience of Shared Autonomy in the Mental Health: the “Management Cogestivo” in the Autonomous Medication Management

(Experiência de Autonomia Compartilhada na Saúde Mental: O “Manejo Cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação)

Passos, Eduardo; Carvalho, Silvia Vasconcelos; Maggi, Paula Milward de Andrade.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

Gender, Masculinities, Youth and Drug Use: Theoretical Contributions to the Development of Strategies in Health Education

(Gênero, Masculinidades, Juventudes e Uso de Drogas: Contribuições Teóricas para a Elaboração de Estratégias em Educação em Saúde)

Lima, Eloisa Helena de.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

**With “Life” in the Red: Psychology and Consumer Overindebtedness
(Com a “Vida” no Vermelho: Psicologia e Superendividamento do Consumidor)**
Hennigen, Inês; & Gehlen, Gabriela.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

**Representations, Social Identity and Interparty Tensions: A Study with Young Militants
(Representações, Identidade Social e Tensões Interpartidárias: Um Estudo com Jovens Militantes)**
Bertollo-Nardi, Milena; Souza, Lídio de; & Menandro, Maria Cristina Smith.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

**Pós-Neoliberalismo, Políticas Sociais e Práticas Psicossociais na Atuação do Psicólogo
Post-Neoliberalism, Social Policies and Psychosocial Practices in the Performance of the Psychologist**
Luz, Luís Fernando Lobo da; & Vecchia, Marcelo Dalla.

[Abstract in english/portuguese](#)

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

Publicações Recentes

Text in portuguese – [PDF/MS Word](#)

Pareceristas Ad Hoc – 2012 [PDF](#)

Editorial

O Lapi, laboratório organizador da revista *Pesquisas e Práticas Psicossociais* (PPP), dedica-se a trabalhos em situações de vida real junto a públicos que lidam com material reciclável, pessoas com deficiências, egressos do sistema prisional, portadores de sofrimento mental, grupos (musicais, de afrodescendentes e de portadores de diabetes, dentre outros) escolas, instituições de acolhimento e de longa permanência para idosos (os antigos abrigos e asilos), sempre se pautando pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Na sua última chamada para artigos, fez um convite à análise crítica e ao questionamento das práticas psicossociais, considerando não apenas questões éticas, mas também a capacidade que essas práticas têm de produzir/construir conhecimento psicológico e sociológico, de formular teoria e de criar métodos e dispositivos de ação, de auto-avaliação e de regulação.

Periódicos são bons termômetros do que se produz academicamente em uma área, indicando tendências em torno das quais saberes teóricos e práticos vão se tecendo. Sintonizado com essas tendências, este número traz uma miríade de temas trabalhados sob a chancela das práticas psicossociais e seus campos de investigação e atuação, verdadeiros desafios e inquietações para os profissionais. É no fazer ético e no indagar comprometido que se constrói conhecimento válido, ainda que instável e provisório, sobre as realidades complexas de processos psicossociais e socioeducativos.

Pode-se flagrar a preocupação dos primeiros autores que responderam ao convite da PPP em registrar, nos seus trabalhos, fatos que emergem da simplicidade das oficinas, do cotidiano das

ruas e instituições, das políticas públicas ou partidárias, dos trabalhos sobre a saúde mental em vários de seus desdobramentos. São artigos gerados por pesquisas, experiências e reflexões. Eles mostram a importância da atuação do psicólogo numa zona de fronteiras, falam sobre a operacionalização desses espaços de inserção profissional e política, para além das concessões governamentais, e assumem a participação do profissional interferindo na produção e, ao mesmo tempo, no atendimento de demandas.

Memória e Patrimônio Imaterial: Caminhos investigativos de um estudo de Psicologia Social problematiza as estratégias metodológicas utilizadas na pesquisa de doutorado de Marli Lopes da Costa, com orientação de Ricardo Vieiralves de Castro, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, defendida em 2011. Teve como referência teórica os estudos de memória social sob uma perspectiva psicossocial, buscando conhecer as memórias individuais e coletivas sobre a viola de cocho como saber popular e patrimônio cultural.

A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social é um ensaio sobre as contribuições da Psicologia e da Psicologia Social para o Sistema Único da Assistência Social, com base em consultorias desenvolvidas pela autora principal, Maria Lúcia Miranda Afonso, professora do Centro Universitário UNA, de Minas Gerais, no período de 2004-2012. Apresenta a Política Nacional de Assistência Social, após a Constituição Federal de 1988, alertando para o risco da psicologização da questão social e defendendo a necessária aproximação entre cidadania e subjetividade. Os demais

autores são Marcos Vieira Silva (UFSJ), Flávia Lemos Abade e Fabiana Meijon Fadul (UFMG).

Em *Avaliações de uma Psicopedagogia Comunitária: Reflexões, contribuições e desafios*, María Paula Juárez da Universidad Nacional de San Luís, Argentina, analisa antecedentes históricos, elementos, abordagens, modelos e dimensões de uma Psicopedagogia Comunitária, entendendo-a como uma disciplina jovem, inacabada e consciente de sua incompletude. Com a intenção de repensar essas práticas, traz a proposta de um modelo psicopedagógico de intervenção em comunidade a partir da perspectiva de Paulo Freire.

Em *As Regiões de Fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre Saúde e Cultura* aborda a inserção da companhia de teatro *Os Nômades*, organizada pelo Espaço Artaud, numa região de fronteiras entre os aspectos clínico, social e artístico, perfazendo uma articulação entre os campos da saúde e da cultura. Para analisar os modos de organização do espaço, Walter Melo (Rede de Saúde e Cultura da Secretaria de Cultura de Minas Gerais e Espaço Terapêutico Antonin Artaud, RJ) utiliza as noções de instituição total de Erwin Goffman e de território de Milton Santos.

Em *Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e Cuidados Psicossociais em Saúde Mental*, de autoria de Maria Lidiany Tributino de Sousa e Luís Fernando Tófoli (Universidade Federal do Ceará) é parte de um estudo maior que objetivou avaliar o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde de Sobral, Ceará. O artigo destaca o potencial desse arranjo para o Modelo Psicossocial do Cuidado, aproximando-o dos aspectos da integralidade, da atenção, da participação social, da ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e territorialização das ações.

Em *A Política Nacional de Humanização (PNH) e a psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS*, Gilsiane Aparecida Ribeiro Braga (UFMG) discute a Política Nacional de Humanização (PNH) presente nos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao pensar nas instituições que trabalham com a loucura, a autora privilegia o CAPS, serviço que se constitui como uma das principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica na atualidade, e enfatiza a presença da prática psicanalítica em tal serviço.

Em *As Práticas do Psicólogo no CAPS e a Aprendizagem Grupal* é um relato de experiência de estágio empreendido por Maria Sara Lima Dias e Thaís Cardoso (Universidade Tuiuti, Paraná) em um CAPS II, exclusivo para adultos, na região metropolitana de Curitiba. As práticas grupais tiveram o objetivo de promover aprendizagens, fomentar o convívio, diminuir o sofrimento psíquico e fortalecer a autonomia. A partir dessa experiência, as autoras apontam a necessidade de estudos que venham a contribuir para o avanço e consolidação das práticas dos psicólogos na saúde pública brasileira, como desdobramentos da Reforma Psiquiátrica.

Em *A Inserção Social através de Práticas de Educação Física como Medidas Interventivas para Pacientes Psicóticos e Neuróticos Graves do CAPS de São João del-Rei/MG*, Andrea Carmen Guimarães, Renata Cristiane Alves Pascoal, Iara Zilda de Carvalho e Kleber Adão do Sacramento (UFSJ/MG) aproximam Educação Física e saúde mental visando a saúde e a inserção de pessoas com transtornos psíquicos. Utilizam, em sua intervenção junto a 45 usuários de saúde mental do CAPS, atividades corporais como lutas, danças e esportes, observam e registram as experiências e apontam alguns de seus resultados positivos.

Fragmentos de experiências no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, de Cristina Amélia Luzio, da UNESP, SP, é uma reflexão sobre a prática docente de supervisão de estágio em Psicologia numa universidade pública. Utilizando diferentes fontes e documentos, a autora analisou o modelo da Atenção Psicossocial concretizado nas políticas públicas para saúde mental, apontando as mudanças ocorridas, os desafios e problemas que persistem e a necessidade de novos serviços.

Em *Experiência de Autonomia Compartilhada na Saúde Mental: O "Manejo Cogestivo" na Gestão Autônoma da Medicação*, Eduardo Henrique Passos Pereira, Sílvia Vasconcelos Carvalho e Paula Milward de Andrade Maggi, da UFF/RJ, relatam experiência realizada no Grupo de Intervenção GAM (Gestão Autônoma da Medicação), inserida em pesquisa sobre autonomia e direitos humanos. O foco do artigo foi a implementação de formas cogestivas de funcionamento de grupos de discussão sobre o uso de psicofármacos, tendo como base a leitura do Guia de Gestão Autônoma da Medicação.

O artigo *Gênero, Masculinidades, Juventudes e Uso de Drogas: Contribuições Teóricas Para a Elaboração de Estratégias em Educação em Saúde* de Eloisa Helena de Lima, da Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa René Rachou, MG, é uma reflexão sobre gênero e masculinidades. A autora contrapõe à revisão de literatura os resultados de pesquisa qualitativa realizada com jovens em cumprimento de medidas educativas decorrente do uso de drogas ilícitas. Os resultados, ao mostrarem a prevalência de homens nessa situação, apontam para a transversalidade de gênero na questão da vulnerabilidade individual e social

Em *Com a "Vida" no Vermelho: Psicologia e Superendividamento do Consumidor*, Inês Hennigen e Gabriela

Gehlen (UFRGS/RS) inspiram-se na afirmação de Foucault segundo a qual, ética e politicamente, é importante resistir a formas de sujeição. O artigo apresenta intervenção realizada junto a consumidores em situação de superendividamento, objetivando promover, com eles, saúde, educação e cidadania e problematizar o sistema consumo-crédito. O artigo destaca a importância de práticas de acolhimento e de rodas de conversa, além de demonstrar que o endividamento não é uma questão individual.

Representações, identidade social e tensões interpartidárias: um estudo com jovens militantes, trabalho escrito por Milena Bertollo-Nardi, Lídio de Souza e Maria Cristina Smith Menandro, da UFES, analisou relações intergrupais de 15 jovens filiados a partidos políticos distintos. Eles foram entrevistados a respeito de suas trajetórias, participações e representações políticas. Resultados de análise do conteúdo desse material apontaram seus posicionamentos no renque político, suas identificações, comparações interpartidárias e disputas ideológicas.

Pós-neoliberalismo, políticas sociais e práticas psicossociais na atuação do psicólogo, de Luís Fernando Lobo da Luz e Marcelo Dalla Vecchia, da UFSJ/MG, a partir de uma revisão da literatura relativa aos países capitalistas ocidentais, discute e questiona os impactos de medidas econômicas neoliberais (e pós-neoliberais) na atuação do psicólogo, no Brasil. Argumenta que o pós-neoliberalismo consiste na busca de alternativas à hegemonia global do capital financeiro, sem enfrentamento de desigualdades históricas, o que posiciona a prática do psicólogo numa zona de desconforto e carência de recursos.

Finalmente, há a seção *Publicações recentes*, com notas sobre produções de 2012 na área das pesquisas e práticas psicossociais.

Contribuíram na organização e

editoração deste número Andrea Soares Wuo, bolsista Prodoc/Capes do Curso e do Mestrado em Psicologia da UFSJ/MG, e Sanyo Drummond Pires, doutorando da Universidade de São Francisco/SP e professor na Faminas, Muriaé, MG. O número contou também com o apoio sempre eficiente de Cláudio Domingos de Souza, secretário executivo da PPP, e de Júlia Louzada, bolsista de atividade na UFSJ.

Pela primeira vez, a revista surge dentro do sistema SEER, com capa, logomarca e marca d'água novas. Está agora indexada em LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal); LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de

Informação em Ciências da Saúde); PSICODOC (Colegio Oficial de Psicólogos/Universidad Complutense de Madrid); PePSIC (Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia - USP); INDEXPSI (CFP/PUCCAMP).

Marília Novais da Mata Machado
Maria de Fatima Aranha de Queiroz e
Melo
Marcos Vieira Silva

Endereço para correspondência: Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (Lapip/UFSJ). Praça Dom Helvécio, 74, Salas 2.09 e 2.10, São João del-Rei, MG, CEP: 36.301-160.

Costa, M. L. da; & Castro, R. V. de. Memória e patrimônio imaterial: caminhos investigativos de um estudo de Psicologia Social

Memória e Patrimônio Imaterial: Caminhos Investigativos de um Estudo de Psicologia Social

Memory and Intangible Heritage: Investigative Paths of a Study of Social Psychology

Marli Lopes da Costa¹

Ricardo Vieiralves de Castro²

Resumo

Neste artigo, abordaremos os caminhos trilhados na pesquisa de doutorado intitulada “Entre tempos de antigamente e de hoje em dia: memórias da patrimonialização da viola de cocho³”. Realizada dentro do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, a pesquisa foi defendida em 2011. O modo de fazer a viola de cocho, patrimonializado em 2004, constitui-se de um conjunto de saberes, modos de viver e de pensar de grupos populares que vivem em algumas cidades de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Tendo como referência teórica os estudos de memória social sob uma perspectiva psicossocial, a pesquisa buscou conhecer as memórias individuais e coletivas da viola de cocho como saber popular e patrimônio cultural. Trabalhar com esta abordagem teórica, sob a perspectiva da Psicologia Social, permitiu-nos compreender as lembranças sobre o passado como reconstituições individuais do coletivo, feitas a partir do momento presente e em relação ao grupo a que pertencem. As memórias e significados atribuídos à viola de cocho em diferentes contextos, bem como as experiências vivenciadas e traduzidas pelos grupos em suas práticas coletivas antes e após a patrimonialização, foram revelados graças aos (des)caminhos metodológicos impostos pela pesquisa, apresentados e discutidos ao longo deste artigo.

Palavras-chave: memória; patrimônio cultural; Psicologia Social.

Abstract

In this article, we will approach the paths walked by the doctoral research called “Between old times and nowadays: memories of the process of turning *viola de cocho* into cultural heritage”. Conducted within the Graduate Program in Social Psychology of the University of Rio de Janeiro – UERJ, the research was defended in 2011. The way of making the *viola de cocho*, turned into cultural heritage in 2004, consists of a group of subjects, walks of life, and ways of thinking of groups of people living in some cities in the states of Mato Grosso and Mato Grosso do Sul. Having as theoretical reference the studies of social memories from a psychosocial perspective, the research attempted to learn the individual and collective memories of *viola de cocho* as a popular knowledge and cultural heritage. To work with this theoretical approach, from the perspective of Social Psychology, allowed us to understand the memories from the past as individual reconstitutions of the collective, made from the present time and in relation to the group they belong to. The memories and meanings attributed to *viola de cocho* within different contexts, as well as the experiences lived and translated by the groups in their collective practices before and after they were turned into heritage, were revealed due to the methodological (mis)leads imposed by the research, introduced and discussed throughout this article.

Keywords: memory; cultural heritage; Social Psychology.

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora do Departamento de Educação da Faculdade de Formação de Professores (FFP/UERJ). Endereço para correspondência: FFP/UERJ, Departamento de Educação, Rua Dr. Francisco Portela, 1.470, Patronato, São Gonçalo, RJ, CEP: 24.435-005. Endereço eletrônico: marlic@hotmail.com

² Doutor em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e coordenador do Laboratório de Estudos Contemporâneos da UERJ (LABORE).

³A presente pesquisa foi premiada pela Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO (2011), Concurso de Teses e Dissertações, modalidade Artigos Elaborados a partir de Teses de Doutorado.

A Patrimonialização da Viola de Cocho como Tema de Interesse da Psicologia Social

A patrimonialização dos saberes, costumes e tradições que caracterizam determinadas regiões do Brasil é uma prática cada vez mais comum desde que foi instituído o Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial por meio do Decreto nº 3.551 de 4 de agosto de 2000. Em pesquisa de doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – PPGPS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, procuramos conhecer as memórias da patrimonialização e preservação da viola de cocho, nas cidades de Cuiabá, em Mato Grosso, e Corumbá, Mato Grosso do Sul.

A viola de cocho constitui-se de um conjunto de saberes, modos de viver e de se expressar de grupos populares que vivem em algumas cidades de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Do ponto de vista psicossocial, estudar as memórias é sempre um trabalho sobre o tempo (Bosi, 2003), mas sobre o tempo vivido, contado pela cultura e pelo indivíduo. Este tempo vivido não flui uniformemente. Cada grupo, cada pessoa o vive diferentemente. Como tema de estudo de Psicologia Social, este saber nos levou a trilhar a fronteira entre o modo de viver e o modo de ser de seus representantes e sua cultura local.

Assim, com o objetivo de conhecer as memórias individuais e coletivas da viola de cocho como saber popular e como patrimônio, partimos das memórias já registradas na história oficial - os estudos que antecederam a patrimonialização deste modo de fazer - para, posteriormente, buscarmos ouvir também as memórias “vivas” que circulavam, caracterizavam e davam sentido à relação das pessoas com este saber. Escolhemos as cidades de Corumbá e Cuiabá para realizarmos as observações e entrevistas com mestres – pessoas reconhecidas pelo grupo como referência do modo de saber-fazer -, com jovens aprendizes – crianças e adolescentes que, incentivados pelas ações de preservação e divulgação deste patrimônio reconhecido, buscam aprender a cultura local hoje - e com pessoas locais envolvidas com o processo de preservação e patrimonialização da viola - pesquisadores, professores, técnicos do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) e funcionários das secretarias de cultura.

A crença de que as histórias, as experiências, as emoções, as formas de fazer, de criar e de preservar a viola de cocho ao longo do tempo revelam a

presença do sujeito neste objeto nos fez optar pelos estudos de memória social, compreendendo a memória como um fenômeno que produz atribuição de significados e determina modos de viver. Segundo Bosi (1993), quando perguntamos sobre o método de um trabalho científico, a resposta deve considerar dois itens: “1) a orientação geral da pesquisa, ‘tendência teórica’ que guiou a hipótese inicial até a interpretação final dos dados colhidos e 2) a técnica particular da pesquisa, o procedimento” (p. 278).

A postura metodológica adotada na pesquisa, e apresentada a seguir, encontrou suporte nos trabalhos de memória social de Bosi (1993, 2003) e nos estudos de história oral desenvolvidos por Portelli (1997a, 1997b), cujas proposições para o encontro entre entrevistador e entrevistado foram fundamentais ao trabalho de campo e em todas as outras etapas da pesquisa. Procuramos colocar ao lado da nossa “vontade de saber ‘como as coisas realmente são’, equilibradas por uma atitude aberta às muitas variáveis de ‘como as coisas podem ser’” (Portelli, 1997b, p. 15), para conhecer as modificações e mapear as redes que garantiram - e garantem - a existência deste modo de saber fazer no interior de seus grupos.

Método

A pesquisa bibliográfica e documental

Eco (1992) afirma que organizar uma bibliografia significa “buscar aquilo cuja existência ainda se ignora. O bom pesquisador é aquele que é capaz de entrar numa biblioteca sem ter a mínima ideia sobre um tema e sair dali sabendo um pouco mais sobre ele” (p. 42). A pesquisa bibliográfica nos ajudou a definir o que Bosi (1993, p. 278) denomina de “tendência teórica” ou “orientação geral da pesquisa”: estabelecer os referenciais teóricos que deram subsídio ao tema estudado sem, no entanto, excluir a ideia de que outras pesquisas pudessem ter diferentes olhares e percursos metodológicos.

A pesquisa realizada nos documentos do IPHAN e do Museu do Folclore, no Rio de Janeiro, sobre o processo de inventário da viola de cocho e algumas conversas informais com profissionais e técnicos destas instituições nos possibilitaram conhecer os aspectos jurídicos, institucionais, sociais e políticos que envolvem a questão do Patrimônio Imaterial Cultural. Também serviram de suporte para formularmos questões que fossem do interesse da Psicologia Social, sem cairmos na “armadilha” de entrar no embate do material versus

imaterial, travado por áreas de estudo ligadas diretamente ao estudo do patrimônio - como a museologia, a sociologia, a antropologia e a história - desde a criação do Decreto nº 3.551/2000, que instituiu o Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial e serviu de alicerce para a criação do Programa Nacional do Patrimônio Imaterial (PNPI).

Por meio da pesquisa bibliográfica, conhecemos também os elementos considerados relevantes para se instituir um processo de patrimonialização, a metodologia utilizada nos inventários dos bens imateriais, os critérios de seleção dos bens a serem patrimonializados e as políticas e ações desenvolvidas para a preservação destas memórias. Estas informações foram fundamentais para a construção de um panorama histórico da patrimonialização da viola de cocho.

Posteriormente, as entrevistas complementaram as informações documentais, pois, embora os documentos sobre a patrimonialização da viola sejam registros importantes sobre a preservação deste patrimônio, existem elementos diferentes entre a história oficial deste processo e as narrativas sobre como se ele deu. Esta perspectiva segue o raciocínio de Connerton (1993) que aponta para a diferença entre a história oficial e a história narrada por quem vivenciou o fato - no caso tratado pelo autor, entre os arquivos políticos dos grupos dirigentes e as suas memórias políticas.

A leitura do material bibliográfico produzido sobre a viola de cocho e a pesquisa documental nos arquivos do Museu do Folclore também nos permitiram levantar alguns nomes de pessoas e instituições locais que estiveram envolvidas no processo de inventário e registro do instrumento, o que facilitou o contato prévio com algumas delas através de telefone e/ou e-mail.

Esta fase inicial da pesquisa revelou ainda a necessidade de acompanharmos, paralelamente às leituras teóricas, os desdobramentos da patrimonialização do modo de fazer a viola de cocho, levando-nos a buscar o que vinha sendo veiculado na mídia local sobre a preservação deste saber.

A coleta de reportagens em jornais eletrônicos

Bourdieu (2004) aponta que, diante do real, aquilo que cremos saber com clareza muitas vezes ofusca o que deveríamos saber. Inseridos no tema, ao fazermos o levantamento bibliográfico e analisarmos os textos e documentos sobre a patrimonialização dos bens culturais imateriais, nosso interesse sobre o tema ampliou-se, e surgiu a necessidade de conhecer os sentidos atribuídos e

veiculados na mídia sobre a patrimonialização da viola de cocho.

Como esta pesquisa havia sido contemplada pelo Edital nº 050/2006 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e a liberação do auxílio financeiro só aconteceria em meados de 2007, optamos por fazer diariamente uma pesquisa em jornais eletrônicos dos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, utilizando a ferramenta *Google Alerts*, disponibilizada pelo *site* de busca *Google*. A pesquisa resultou na construção de um banco de dados com várias matérias jornalísticas publicadas sobre a viola de cocho entre dezembro de 2006 e dezembro de 2010.

Esta foi a primeira alteração realizada na metodologia prevista inicialmente. O que, a princípio, seria apenas uma forma de se aproximar do “campo”, tangenciando uma possível ruptura entre a teoria - a pesquisa bibliográfica que acontecia naquele momento - e a prática - as observações e as entrevistas *in loco* que estavam previstas para acontecerem a partir de 2008 -, tornou-se uma fonte importante e nos ajudou a construir a história da viola de cocho, revelando os violeiros e *cururueiros*, e a ilustrar os impasses e conflitos sociais em torno deste saber, os quais acabaram por gerar o pedido de seu registro junto ao IPHAN. Além disso, estas reportagens nos permitiram tecer algumas reflexões sobre o papel que a mídia vem desempenhando na folclorização e politização desta cultura popular. Como aponta Jedlowski (2005), as notícias e as matérias jornalísticas expressam as memórias coletivizadas que, divulgadas e registradas, ganham status de verdade, criam redes de pertencimento e dão vida a determinadas percepções.

As reportagens também foram usadas como estratégia para nos aproximar de alguns entrevistados e conhecer sua opinião sobre disputas e conflitos políticos noticiados pela mídia, tanto em relação ao processo de patrimonialização como em relação às ações posteriores que envolvem a preservação e salvaguarda da viola. Seguindo a sugestão de Bosi (2003), recolhemos informações sobre o que vinha sendo publicado sobre a viola de cocho antes do encontro com os entrevistados, o que nos ajudou a formular perguntas que os estimulariam a opinar. Assim, algumas questões levantadas nas reportagens que coletamos foram propostas aos entrevistados, que emitiram suas opiniões e versões sobre os fatos, revelando os sentidos individuais atribuídos às memórias veiculadas na mídia.

As observações de campo

Embora o levantamento feito nos documentos do processo de patrimonialização nos tenha permitido conhecer os nomes de alguns moradores locais que estiveram envolvidos no processo de inventário e registro - o que, de fato, facilitou o contato prévio com mestres, aprendizes e pessoas ligadas ao processo de patrimonialização da viola nas cidades de Corumbá e Cuiabá -, as visitas às residências e/ou ao trabalho destas pessoas nos possibilitaram conhecer seus espaços e seus cotidianos e reforçaram nossa aproximação antes que fossem entrevistados.

As observações e as visitas às cidades de Corumbá e Cuiabá também nos proporcionaram conhecer os trabalhos e a forma como vêm sendo realizadas algumas ações de preservação dos modos de fazer a viola. Acompanhando o movimento do próprio campo, seguimos as informações e as sugestões de nomes de pessoas envolvidas com o trabalho de preservação do instrumento. Foi desta forma que chegamos ao Instituto Homem Pantaneiro, que, por meio do projeto Moinho Cultural, tem como um de seus objetivos oferecer oficinas de viola de cocho e danças tradicionais da região às crianças e jovens que vivem às margens do rio Paraguai nas cidades de Corumbá e Ladário, em Mato Grosso do Sul.

Muitos jovens aprendizes do modo de fazer a viola que entrevistamos participavam das oficinas no Moinho Cultural, e foi no espaço desta instituição que também acompanhamos rodas de viola de cocho com crianças e jovens aprendizes dos modos de fazer o instrumento e das danças tradicionais associadas a ele: o siriri⁴ e o cururu⁵. Através das visitas e das observações que fizemos no local, conhecemos outras pessoas envolvidas em ações de preservação destes saberes, como professores de música, de arte e cultura regional e

coordenadores do Moinho Cultural, os quais, envolvidos na busca de formas de valorizar a cultura local junto aos jovens, confiaram suas memórias, vivências e expectativas em relação ao trabalho da instituição, bem como sua percepção quanto às demais ações de preservação deste saber.

Por meio das observações de campo foi possível conhecermos e nos aproximarmos também do conjunto de bens simbólicos associados aos modos de produção da viola de cocho, como os mitos, as lendas, os contos, as danças, a comida, o modo de falar, o dia-a-dia dos mestres remanescentes da zona rural e suas concepções sobre o espaço urbano onde vivem atualmente.

Acompanhar os entrevistados em suas práticas foi determinante para conhecer as relações afetivas que dão sustentação às memórias destes grupos e as mantêm vivas. As observações em oficinas de viola de cocho que aconteciam nas residências dos mestres de Cuiabá e Corumbá, onde também fica o Moinho Cultural, nos possibilitou acompanhar o saber-fazer-viver destas pessoas em contato com outro modo de viver. Como observa Bosi (2003), o grupo representa mais que o conjunto de oportunidades a partir das quais se concretizam as ações individuais; ele é a matriz na qual a individualidade se estrutura e se desenvolvem as ações significativas da pessoa, efetuadas no espírito de pertencer e participar.

As informações obtidas durante as visitas foram registradas em um caderno e, aos poucos, deram lugar a um “diário de campo” que revelou as memórias da pesquisa - como se deram as observações e entrevistas -, os questionamentos, as inquietações e as mudanças que este contato produziu no trabalho e na própria forma de pesquisarmos.

O diário de campo

O registro das impressões e histórias sobre o campo trouxe à tona um emaranhado de sentimentos, experiências, pensamentos e concepções que, tomados como dados de pesquisa e distantes de serem verdades universais, métodos, modelos ou fórmulas de pesquisa, reforçou a compreensão de que não existe neutralidade científica. Longe de se tornarem um entrave ao andamento da investigação, estas anotações também revelaram nossas preconcepções e apontaram o risco de possíveis interpretações tendenciosas e equivocadas. Bosi (2003), quando sugere o uso do diário de campo no estudo de memórias, destaca a importância do registro de nossos equívocos para estudos futuros: “nossas falhas, longe de serem um entrave, irão, se

⁴ O cururu é uma dança típica da região pantaneira de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Composta por homens, as chamadas rodas de cururu acontecem ao som da viola de cocho e ganzá. Geralmente os cururueiros (como são chamados os homens que dançam) fazem uma roda caminhando no sentido horário e iniciam a dança com passos simples, “fazendo frô” - movimento de ajoelhar-se e dar rodopios em círculos.

⁵ O siriri também é uma dança típica de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul que acontece nas festas e celebrações religiosas das zonas rural e urbana. Atualmente é dançada por homens, mulheres e até crianças, numa coreografia bastante variada e sem uma interpretação definida. Segundo relatos, antigamente somente as mulheres dançavam. Os instrumentos da cantoria são a viola de cocho e o ganzá ou cracachá. As festas onde há cururu e siriri duram toda a noite até os primeiros raios de sol. Atualmente o festival anual de siriri tem popularizado ainda mais esta dança e atraído milhares de turistas à cidade de Cuiabá.

compreendidas, aplainar o caminho dos estudiosos que nos agradecerão por tê-las apontado” (p. 61).

Como já tínhamos levantado alguns nomes de mestres mencionados nos documentos do registro e inventário da viola, iniciamos os contatos procurando estas pessoas, mas, em muitos casos, éramos informados de que os mestres que procurávamos já haviam falecido e que muitos dos aprendizes da viola de cocho, que acreditávamos poder entrevistar, já não viviam em Corumbá ou Cuiabá. Além disso, alguns mestres e aprendizes, por razões variadas, não estavam na cidade naquele período.

Como não havíamos definido previamente quantas pessoas seriam entrevistadas durante os contatos iniciais, outros nomes foram sugeridos e, anotados no diário de campo, passaram a compor a lista de possíveis procurados para entrevistas. Assim, a lista inicial, feita a partir dos nomes levantados na pesquisa documental, foi sendo redesenhada para que novos entrevistados pudessem ser incorporados. No final, com exceção de alguns mestres, a maioria dos entrevistados foi “eleita” pelos grupos representantes da viola de cocho que vivem nas cidades de Corumbá e Cuiabá.

As rodas de viola, rodas de conversa e finalmente as entrevistas

Escolhemos realizar entrevistas *in loco* porque acreditamos que a linguagem, na construção de lembranças, não é apenas instrumental mas constitutiva de memória. Castro (2005) salienta que compartilhar lembranças é criar novos saberes e/ou ancorar estes saberes em memórias constituídas em determinado período. A conversação possibilita a troca compartilhada, o encontro com as lembranças existentes e, “principalmente, produz um efeito de preservação e conservação” (p. 207).

Foram entrevistadas 27 pessoas em ambos os estados, incluindo mestres da viola de cocho, jovens aprendizes do modo de fazer a viola e de danças associadas a este instrumento e pessoas envolvidas com o processo da patrimonialização - pesquisadores, secretários de cultura, presidentes de ONGs culturais, presidentes de associações municipais de folclore, técnicos do IPHAN local e professores universitários envolvidos com o processo de registro da viola.

Com o objetivo de conhecer as transformações, o significado e a importância da patrimonialização da viola de cocho para a comunidade local, inicialmente pensamos realizar entrevistas individuais com mestres e aprendizes. Pretendíamos entrevistar primeiramente os mestres, por serem guardiões das memórias cotidianas, dos

modos de saber-fazer, por serem aqueles que repassam as tradições e costumes locais. Como detentores de lembranças sobre a cidade e o cotidiano dos grupos, ao fazerem referência ao passado e ao que é “comum” a todos, os mestres expressaram em suas falas seus trabalhos, seus contos, suas histórias e seus saberes, bem como as transformações ocorridas no modo de saber-fazer e as implicações que tiveram em suas vidas, o que facilitou apreender o processo de mudanças vivenciado pelos mais jovens.

As memórias dos idosos, como coloca Bosi (2003), podem ser trabalhadas como mediadoras entre a nossa geração e as testemunhas do passado. Os idosos são os intermediários informais da cultura - pois existem os mediadores formais, constituídos pelas instituições (escola, igreja, partido político etc.) -, transmitem os valores, os conteúdos, as atitudes, ou seja, os elementos constitutivos da cultura que circulam espontaneamente pelos espaços entre os membros dos grupos.

Pretendíamos entrevistar os jovens aprendizes dos modos de fazer a viola e das tradições locais somente após as entrevistas com os mestres. Em nossa concepção, se fizéssemos as entrevistas em momentos distintos, conheceríamos as diferentes percepções e memórias da patrimonialização de cada geração, as diversas formas de apropriação dos saberes e os sentidos atribuídos por ambos os grupos aos saberes tradicionais. Na proposta original do projeto de pesquisa, somente após realizarmos as entrevistas com mestres e aprendizes individualmente é que partiríamos para um entrecruzamento destes depoimentos com os colhidos nas entrevistas em grupo formado por gerações diferentes. Conheceríamos, então, a multiplicidade de significados que estas práticas possuem para mestres e aprendizes, bem como o conjunto de determinantes psicossociais que dão, ou não, sustentação aos modos de saber-fazer a viola de cocho.

À medida que as visitas foram sendo realizadas em ambas as cidades, as circunstâncias em que se deram os contatos, o limite de tempo (nosso e deles) e de deslocamento entre as cidades e os locais onde se encontravam alguns mestres e aprendizes, a idade dos mestres e outras peculiaridades nos fizeram alterar a proposta inicial.

Os mestres idosos tinham dificuldades para se locomoverem e restrições quanto ao horário para dar entrevistas em grupo, pois ainda trabalhavam como artesãos ou tinham outras responsabilidades, como ficar com os netos ou vender as violas em suas casas.

Dos oito mestres entrevistados, sete ainda fabricavam e vendiam violas e todos se apresentavam em festas e eventos locais. Os oito relataram que diariamente recebiam em suas casas pessoas interessadas em fazer entrevistas e conhecer a viola. Segundo eles, eram jornalistas, pesquisadores, estudantes, coordenadores de ONGs etc. Os aprendizes, por sua vez, também tinham horários reduzidos. Dos dez entrevistados, oito frequentavam a escola em período parcial e dois trabalhavam. Todos participavam de apresentações em eventos culturais e, como estudantes, dos cursos e oficinas de música, dança e reforço escolar que aconteciam nas cidades de Corumbá e Cuiabá.

Assim, a dificuldade para conciliar os horários de mestres e aprendizes e o fato de permanecermos apenas quinze dias em Corumbá e dez dias em Cuiabá fazendo entrevistas acabaram inviabilizando as entrevistas em grupo como estava previsto inicialmente. Apesar desta realidade inusitada, as visitas e entrevistas com mestres nos mostraram outras possibilidades, e o que poderia ser uma dificuldade, resultou em novos rumos para o trabalho.

As entrevistas com os mestres sempre aconteceram após uma primeira visita às suas casas, ocasião em que lhes explicávamos os objetivos da pesquisa e nosso interesse em estudar a patrimonialização da viola de cocho. Na primeira entrevista com mestres, ao chegarmos à casa de um deles, encontramos alguns de seus familiares que o visitavam e que nos foram apresentados e convidados a sentarem-se para participar da conversa.

Embora preocupados com o fato de a entrevista não acontecer individualmente como pensávamos, procuramos não demonstrar qualquer descontentamento e seguir o movimento do campo, respeitando a vontade do entrevistado para revelar o que desconhecíamos. Ao sentarmos onde nos foi sugerido, perguntamos se poderíamos gravar a entrevista. O mestre pegou, então, sua viola e prontamente nos respondeu: “Deve gravar. Não veio aqui para *aprendê*? Então? Senta aí que hoje vai *aprendê* tudo de viola de cocho”. Cantando um cururu e tocando a viola, ele começou a nos dar a entrevista.

Nas entrevistas posteriores com outros mestres, aconteceram situações semelhantes. Sempre que chegávamos às suas casas (local escolhido por eles para a entrevista), encontrávamos outros violeiros, cururueiros, vizinhos, filhos, netos, promotores culturais, estudantes etc. À medida que as entrevistas aconteciam, íamos percebendo a importância do grupo para os entrevistados e para a pesquisa. O grupo ora dava suporte, ora

complementava, ora confrontava as lembranças dos mestres e, desta forma, ia criando condições e espaço para que ele acessasse suas recordações.

No final, todas as entrevistas com os mestres acabaram sendo realizadas em grupo e, como desdobramento, incorporamos à metodologia de pesquisa as “rodas de conversa”, entrevistas feitas por meio de conversas entre o pesquisador, o entrevistado e quem mais estivesse presente. Elas funcionaram como ferramenta privilegiada para colher as memórias dos idosos que, ancoradas em outros pontos de vista, mostraram como as lembranças sobre o passado iam se recompondo no presente e como, carregadas de um sentido prático, iam fazendo a mediação, dando suporte para que outras lembranças viessem à tona e possibilitando que outros também compartilhassem suas experiências com o grupo. Além disso, foi possível perceber, conforme também observado por Bosi (2003), que as memórias dos mestres partiam de um presente ávido pelo passado, se apropriando de fatos que eles sabiam que não mais pertenciam somente a eles.

Percebemos ainda que os idosos, ao narrarem suas lembranças a parentes, amigos e vizinhos, procuravam fazer relatos de situações familiares que muitos já conheciam ou tinham vivenciado, permitindo que as histórias contadas pudessem ser enriquecidas pelo grupo ou servissem de dispositivo para que outras fossem evocadas. “Se a memória não é passividade, mas forma *organizadora*, é importante respeitar os caminhos que os recordadores vão abrindo na sua evocação, porque são o mapa afetivo de sua experiência e da experiência de seu grupo” (Bosi, 2003, pp. 55-56).

Em alguns casos, a conversa se transformava em “cantoria”, horas e horas de rodas de viola. Muitas vezes era difícil entender os versos de cururu e siriri, pois o som anasalado e o sotaque regional dificultavam o entendimento imediato das palavras que compunham as letras das músicas, mas a expressão corporal dos violeiros, a entonação da voz, a troca de olhares, o sorriso no rosto, aliados aos comentários que surgiam ao final de cada música cantada, foram informações preciosas às quais talvez jamais teríamos tido acesso se tivéssemos feito as entrevistas de outra maneira. É importante destacar que só foi possível ter acesso ao “campo vivo” e à sua dinâmica porque respeitamos o seu movimento.

O grupo era sempre o apoio necessário e escolhido pelo entrevistado para estar ali como testemunha ou suporte de suas lembranças, de suas histórias. Saímos destas rodas de conversa com depoimentos e memórias que certamente o entrevistado, sozinho, não teria condições de

verbalizar.

Essa escuta grupal é uma experiência prazerosa e iluminadora para o velho que pode confrontar suas lembranças com as dos companheiros. Ele vai querer, a partir daí, discutir os pontos comuns, transcender as lembranças pontuais pela totalidade de que ele é uma figura singular. (Bosi, 2003, p. 66)

A transcrição de algumas músicas de cururu e siriri cantadas durante as rodas de conversa e de viola revelou expressões cujos significados nos aproximaram da linguagem usual dos nossos entrevistados, facilitando as conversas e favorecendo a relação com eles. Depois de transcritas, estas expressões, aliadas aos muitos outros termos que surgiram nas entrevistas e conversas informais, ganharam forma de um minidicionário de verbetes e termos regionais que foram anexados ao trabalho final. Muitas histórias sobre a viola, a vida no Pantanal, as festas de antigamente surgiram nestas rodas de viola e de conversa e permitiram também que os mais jovens ali presentes acrescentassem suas impressões e vivências.

As entrevistas com os jovens aprendizes, com exceção de dois deles cujos nomes havíamos levantado nos registros do inventário da viola, foram sugeridas por pessoas ligadas à patrimonialização ou preservação da viola de cocho em Corumbá e Cuiabá. Em geral, os aprendizes, provavelmente em função da pouca idade e do pouco tempo de envolvimento com o saber-fazer a viola e as danças tradicionais associadas a ela, limitaram-se a responder o que perguntávamos, e alguns tiveram dificuldades de expressar em palavras as vivências, os sentimentos, as opiniões, as recordações e os significados sobre a patrimonialização deste saber. Recorreram às versões oficiais da patrimonialização para narrarem o que sabiam sobre o processo. Da mesma forma, ao responderem sobre a importância da preservação dos saberes locais, buscaram elaborar respostas com significados e sentidos estabilizados e coletivizados pelo grupo. Foram comuns frases como “é importante preservar porque é um patrimônio nacional” ou “quero aprender a fazer a viola porque é patrimônio imaterial e é importante para a cidade preservar”.

As entrevistas com pessoas ligadas à patrimonialização e preservação da viola - professores universitários, técnicos do IPHAN regional, assessores culturais e coordenadores de ONGs - foram realizadas em seus espaços de

trabalho. Embora importantes, suas versões sobre a patrimonialização acrescentaram pouca informação às versões oficiais já registradas e publicadas, demonstrando-nos que suas falas se mesclam e se “dobram” à memória institucionalizada.

As entrevistas foram sempre - ou pelo menos tentamos que fossem - exploratórias, com os entrevistados sendo encorajados a falar sobre suas vidas, suas experiências, seus sentimentos e suas lembranças. Muitas vezes nos deparamos com uma sucessão incoerente de fatos. Foram registrados lapsos, silêncios, defasagens e discordâncias sobre certos acontecimentos, pois, como afirma Bosi (2003), as narrativas seguras e unilineares correm sempre o risco de deslizar para o estereótipo. Procuramos sempre ouvir a voz dos entrevistados, permitindo que eles falassem sobre suas lembranças em uma sequência de fatos que lhes era própria.

Todos os obstáculos constituem descobertas. Exemplificando: e quanto ao fato de as pessoas não se lembrarem? Isso não é um problema, é o *insight* que conseguimos, pois é memória o que estamos aprendendo. E o fato de as pessoas mentirem? E o fato de as mulheres se recusarem a me contar determinadas coisas? Muito bem. Quais são as coisas que as mulheres se recusam a contar a um entrevistador? Tais coisas provavelmente são definidas na vida das mulheres, como medo, que não é revelado a algum desconhecido, a um homem desconhecido. Por outro lado, quais são as coisas que elas contam para mim e não para os respectivos maridos? Isso acontece com frequência – as pessoas fazem, a um desconhecido, revelações que não fariam nem mesmo a um vizinho. (Portelli, 1997a, p. 45)

O local do encontro era sempre escolhido pelo entrevistado. As entrevistas com os mestres aconteciam em suas casas, onde nos ofereciam água, suco, *tubaina*⁶, café, chá com bolo e a tradicional cuia de *tereré*⁷. Quando as entrevistas se estendiam até o horário das refeições, o convite para almoçar ou jantar também era feito. Nestas ocasiões, além de sermos servidos com o que aceitávamos, também éramos contemplados com receitas detalhadas e segredos gastronômicos que não seriam compartilhados se o contexto fosse outro.

As lembranças surgidas no conforto das

⁶ Tipo de refrigerante com gosto semelhante à mesma bebida feita de guaraná.

⁷ Bebida típica feita à base de erva mate e água gelada disponibilizada em uma cuia e sugada por uma bomba semelhante à usada para chimarrão.

residências, do espaço familiar de trabalho ou de estudo dos entrevistados foram incomensuravelmente mais ricas. Convocá-las nestes locais representou dar guarita às atitudes e emoções que acompanham toda a ação humana e que determinam, de uma maneira ou de outra, o sentido da vida destes entrevistados.

O tempo das entrevistas era imprevisível: podia durar uma, duas, três horas ou mais, dependendo da vontade e disponibilidade de quem estivesse sendo entrevistado. A pessoa também podia ser entrevistada mais de uma vez, dependendo dos desdobramentos do que nos era verbalizado e da qualidade da relação que estabelecíamos com ela.

Sobre o discurso do que é verdade ou qual versão é a verdadeira,

estávamos e sempre estaremos ausentes dele. Não temos, pois, o direito de refutar um fato contado pelo memorialista, como se ele estivesse no banco dos réus para dizer a verdade, somente a verdade. Ele, como todos nós, conta a *sua* verdade. (Bosi, 2003, p. 65)

Nas palavras de Chauí (2002), verdade é a que nos foi narrada, lembrada e evocada no encontro com o entrevistado.

Alétheia: verdade, realidade. Palavra composta pelo prefixo negativo a- e pelo substantivo lēthe (esquecimento). É o não-esquecido, não-perdido, não-oculto; é o lembrado, encontrado, visto, visível, manifesto aos olhos do corpo e aos olhos do espírito. É ver a realidade. É uma vidência e uma evidência na qual a própria realidade se revela, se mostra ou se manifesta a quem conhece. A palavra grega difere de duas outras que vieram, com ela, formar a ideia ocidental da verdade: a palavra latina *veritas*, que se refere à veracidade de um relato; e a palavra hebraica *emunh*, que significa confiança numa palavra divina. Aléthes, o verdadeiro, significa: o não-esquecido, o não-escondido; donde: sincero, veraz, justo, equitável, verídico, franco ou não-dissimulado. (Chauí, 2002, p. 494)

Em algumas situações, as lembranças levavam os entrevistados a buscarem os registros de suas recordações, e álbuns de fotografias nos eram mostrados enquanto narravam as histórias. Cada fotografia mostrada vinha acompanhada de uma lembrança e, aos poucos, íamos tendo acesso ao seu cotidiano e à sua maneira de viver. As lembranças vinham como constante desvelamento, como invenção que recriava o passado em lugar de

preservá-lo intacto:

Ouvindo depoimentos orais constatamos que o sujeito mnemônico não lembra uma ou outra imagem. Ele evoca, dá voz, faz falar, diz de novo o conteúdo de suas vivências. Enquanto evoca, ele está vivendo atualmente e com uma intensidade nova a sua experiência. (Bosi, 2003, p. 44)

Em outras oportunidades, o esquecimento se fez presente, sendo preciso dar tempo e espaço para a memória desabrochar. Quando os relatos eram muito confusos e contraditórios, procuramos expressar nossas dúvidas, mas sem tentar dar sentido, explicações ou encontrar saídas.

Acredito que devemos nos esquecer do mito de obter as informações totalmente completas, ou de esgotarmos nosso assunto com os entrevistados. Sabemos que ninguém consegue obter todas as informações a nosso respeito, portanto, por que o faríamos com eles? Invariavelmente conseguiremos um fragmento daquilo que sabem. Um fragmento daquilo que são. E acredito que deveríamos nos dar por felizes em consegui-lo; precisamos empenharmos em obter mais informações, e aceitar. (Portelli, 1997a, p. 43)

Assim, as observações e registros de campo, as entrevistas e rodas de viola e de conversa foram ferramentas importantes para esta pesquisa, porque possibilitaram aos entrevistados expressarem suas relações e memórias da patrimonialização da viola e exprimirem os elos entre este instrumento e suas vidas, seus grupos e suas comunidades. Entendemos que estes relatos evidenciam a associação existente entre a “individualidade” e a “coletividade” que constituem este saber popular, ou seja, entre os indivíduos e os grupos e as comunidades a que eles pertencem. Em contraponto à memória oficial escrita, a memória oral é uma memória profana, por certo atravessada por discursos dominantes, mas que traz à superfície outras recordações, diferentes ou mesmo contraditórias em relação à memória pública, oficial. Complementa e completa as fontes escritas quando traz o vivido dos atores sociais à representação do passado.

Além disso, as entrevistas, observações, rodas de conversa e de viola se revelaram uma via de acesso para conhecer as articulações entre a história contada sobre a patrimonialização da viola e as experiências cotidianas vivenciadas pelas pessoas

ligadas a este saber-fazer e nos permitiram pensar como as velhas memórias – ponte entre o tempo, a permanência e a mudança - vão sendo forjadas em um espaço e sobre um saber que está em constante mutação. O procedimento adotado mostrou como as pessoas que tiveram seus saberes patrimonializados viveram esta intervenção, como a interpretaram, qual o sentido que lhe atribuíram e como isto afetou suas vidas.

Após as transcrições das entrevistas, procuramos devolver os textos aos entrevistados e os deixamos livres para modificar qualquer informação registrada. Como nos lembra Bosi (2003), não somos jornalistas que se aproveitam do calor de discussões para extrair e publicar as diferentes versões sobre os acontecimentos. Além disso, “se o intelectual quando escreve, apaga, modifica, volta atrás, o memorialista tem o mesmo direito de ouvir e mudar o que narrou. Mesmo a mais simples das pessoas tem esse direito, sem o qual a narrativa parece roubada” (Bosi, 2003, p. 66).

Considerações Finais

É preciso lembrar que, quando entrevistamos ou observamos alguém, invadimos sua vida e tomamos seu tempo para colaborar com um trabalho que, no final, é “nosso” e, pelo menos teoricamente, nos pertence por direito. Por esta razão, é preciso muito mais que ser educado com o entrevistado. É preciso ser justo, ético e agradecido pelo seu depoimento.

Para isso, não basta dizer muito obrigado. É preciso também ouvir e estar aberto ao que o outro quer nos contar. Em nossas entrevistas, tínhamos um roteiro de questões, mas, logo na primeira delas, ficou claro que teríamos que escolher entre seguir o roteiro e investigar nossos entrevistados ou ouvi-los e aprender com eles. Ainda que o roteiro estivesse sempre conosco, pois nos dava segurança e nos ajudava a retomar nosso objetivo sempre que a conversa tomava outra direção, procuramos deixar o entrevistado falar mais livremente sobre o que elegia ser importante, sem, no entanto, deixar de perguntar o que procurávamos conhecer.

Tecer um plano metodológico é importante, pois esboça o percurso da pesquisa, e mesmo que se modifiquem os caminhos posteriormente, sem ele não seria possível perceber e registrar os desvios, o temor, as errâncias. Embriagados pelas histórias que ouvimos, correríamos o risco de esquecer o que também é preciso saber.

Por outro lado, quando algo diferente do que pensamos acontece, talvez seja importante

acompanhar o movimento, descrever o impasse, rever as alternativas para quem sabe vislumbrar novas possibilidades. Isto demanda tempo, paciência, gera angústia, mas, às vezes, a demora é uma virtude do pensar. Planejar a pesquisa metodologicamente é tão importante quanto deixar que o andamento da pesquisa modifique a metodologia. Incorporar as mudanças impostas pelos limites é não se fechar para outras eventualidades, outros caminhos e, às vezes, se surpreender com os resultados.

No caso desta pesquisa, as rodas de conversa nos levaram a descobertas que nos surpreenderam e que, no final, fizeram toda a diferença no trabalho. Por isso, planejar a metodologia é também pensar que podem existir novos rumos, ainda que não se saiba quais.

Em nossas entrevistas, também fomos entrevistados e observados. Conscientes de que, nestas circunstâncias, esta é uma relação de simetria, procuramos responder as perguntas, falamos de nós, confiamos histórias, e, por fim, partilhamos lembranças sobre momentos comuns, já que, em algumas situações, conhecíamos os fatos narrados pelos entrevistados. Coisas simples, como falar das modificações que a cidade, o bairro ou a rua sofreu ao longo do tempo, abriram espaço para que fossem evocadas memórias sobre onde e como viviam na época.

Foram nestes momentos também que, na maioria das vezes, as senhoras revelaram suas desconfianças sobre nós, sobre nosso interesse em estudar a viola de cocho. Por que o interesse na viola? De onde vem? Por que e para que servem as entrevistas? Qual a finalidade da pesquisa? Estaríamos interessados nas letras de cururus que os mestres compõem?

À medida que as perguntas eram respondidas, muitas histórias iam sendo contadas. Quando falamos, por exemplo, que morávamos no Rio de Janeiro, um mestre imediatamente lembrou-se de uma das visitas que fez à cidade e nos relatou a receptividade do público quando se apresentou no Museu do Folclore e a emoção que sentiu ao conhecer o mar, a praia de Copacabana e o Cristo Redentor. No final, percebemos que as perguntas que eles nos fizeram foram tão importantes para o trabalho quanto as que elaboramos e fizemos a eles.

Compartilhar lembranças comuns e responder as questões não nos fez menos pesquisadores nem fez deles menos informantes, mas talvez tenha diminuído a distância entre nós. Para Bosi (2003), “a entrevista ideal é aquela que permite a formação de laços de amizade; tenhamos sempre na lembrança que a relação não deveria ser efêmera.... Da qualidade do vínculo vai depender a qualidade

da entrevista” (p. 60). Na mesma perspectiva, Portelli (1997b) aponta: “A natureza dialógica de todas as entrevistas se faz mais tangível ainda quando há coisas em comum” (p. 21).

Há que se revelar que agir desta forma não foi uma tarefa fácil. Como pesquisadores, também vivemos na 'emergência do agora'. Temos expectativas e pressa de obter respostas que nos fazem ouvir apenas o que queremos saber. Quando o contrário acontece e nos são confiados conteúdos outros além do que esperamos, ficamos sem saber como reagir, e ainda que consigamos sair desta “armadilha”, corremos o risco de só registrarmos o que atende aos interesses da pesquisa. Afinal, deixar-se afetar pelo campo pode ser danoso à pesquisa, mas pensar é, antes de mais nada, duvidar, criar caminhos, perder-se dos objetivos, procurar por outros rumos e talvez inventar um atalho.

Embora difícil, responder as perguntas dos entrevistados nos colocou em uma relação mais simétrica com eles, os quais, muitas vezes, foram insistentemente instigados a responderem questões que não gostariam de compartilhar ou que também lhes causavam desconforto. Estarmos atentos às nossas sensações ao sermos questionados e observados talvez tenha ajudado a nos aproximarmos mais do lugar do entrevistado, permitindo-nos compreender e respeitar as pausas, os silêncios, as respostas objetivas e as evasivas.

Nas conversas, houve espaço para tudo: as histórias de infância, o tempo de namoro, o nascimento dos filhos e a dificuldade para educá-los, as receitas preferidas, o quanto ganhavam e todo um conjunto de situações vividas pelos entrevistados. Como nos lembra Freire (1996), neste caso, entrevistador e entrevistado, assim como professor e aluno, “apesar da diferença que os conota, não se reduzem à condição de objeto, um do outro” (p. 25).

Como coloca Portelli (1997b), provavelmente os discursos compartilhados entre entrevistador e entrevistado fizeram da entrevista “um texto muito mais fragmentado e menos ordenado do que quando há mais distância entre os sujeitos que interagem. Há mais alusão e menos enunciação; mais intercâmbio, contrainterrogação e comparação de notas e menos monólogo narrativo” (p. 22). Por outro lado, há também mais empatia, respeito, interesse pelo outro, histórias e revelações.

Embora possamos ser doutores em qualquer matéria entrevistando os analfabetos, são eles que têm o conhecimento, ou seja, o 'pouquinho' que estamos tentando aprender. Podemos ter status, mas são eles

que têm as informações e, gentilmente, compartilham-nas conosco. Manter em mente esse fator significa lembrar que estamos falando não com 'fontes' – nem que estamos por elas sendo ajudados – mas com pessoas. A questão não é que tipo de expressões já consagradas pelo uso empregamos em nossa abordagem; as boas maneiras são meramente a manifestação externa de respeito genuíno. Caso contrário, poderemos repetir o verbo 'aprender', em vez de 'estudar', o quanto quisermos, mas nossos interlocutores certamente não se deixarão enganar. (Portelli, 1997b, p. 25)

Vale ressaltar que, se tentássemos fingir ser igual a eles - usando as mesmas expressões e/ou o mesmo sotaque, por exemplo -, estaríamos no mínimo sendo descorteses com os entrevistados. Por isso, limitamo-nos a agir com espontaneidade para que nosso interlocutor procedesse da mesma maneira, uma vez que, como nos lembra Portelli (2010), “é a diferença que faz com que a entrevista seja interessante, porque aprendemos algo se falamos com alguém diferente, alguém distinto de nós” (p. 6).

Talvez a postura tenha ajudado também em relação à assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido ao final das entrevistas. Inseguros com o fato de termos que solicitar autorização por escrito dos entrevistados para uso acadêmico do conteúdo de suas entrevistas, fomos surpreendidos pela demonstração de confiança, já que assinaram os termos sem hesitar e, em algumas situações, sem ler o que estava escrito. Quando o entrevistado não sabia ler ou não demonstrava interesse em conhecer o que estava escrito no documento, fazíamos questão de ler os termos em voz alta antes de assinarem. Também tomávamos a iniciativa de assinar os documentos primeiro e depois que eles assinavam, solicitávamos que escolhessem com qual das cópias gostariam de ficar.

Posteriormente, pensando na nossa insegurança sobre como os entrevistados reagiriam em relação aos termos de consentimento, nos demos conta de que nosso temor provavelmente surgiu por três motivos principais.

Primeiro: é comum ouvirmos e lermos sobre o fato de que os termos de consentimento livre e esclarecido acabam se revelando verdadeiros entraves a uma pesquisa.

Segundo: temos dúvidas quanto à sua função em pesquisas como esta. Afinal, quem de fato os termos protegem? Talvez, por razões próprias, os entrevistados quisessem ter suas histórias e seus nomes revelados. Um depoimento sem nome pode pertencer a uma pessoa, a todo o grupo ou

simplesmente a ninguém. Neste caso, a consciência, a ética e o compromisso do pesquisador é o que confere status de verdade às entrevistas. Temos de considerar que, se por um lado os entrevistados ficam "protegidos", tendo suas identidades não reveladas e a garantia de que seus discursos serão usados somente para fins acadêmicos, por outro, o estudioso/pesquisador se beneficia não revelando suas fontes e, consequentemente, tendo a garantia de que o conteúdo, as histórias e o sentido atribuído ao que foi falado não será contestado pelos entrevistados.

Menegon (2004), ao estudar os termos de consentimento usados por algumas clínicas de reprodução, aponta a ambiguidade nos textos dos termos analisados e afirma que os documentos analisados podem ser democráticos, burocráticos ou mesmo autoritários, uma vez que tanto os direitos das clínicas quanto os riscos que os pacientes correm são mencionados, tendo como referência o que é possível, provável, calculável e imponderável. Para a autora, este debate diz respeito não apenas às pessoas que desenvolvem e aplicam novas técnicas de reprodução e àquelas que buscam estes serviços, mas também é responsabilidade de órgãos fiscalizadores e legislativos, de comitês de ética e de bioética, de universidades que desenvolvem pesquisas (técnicas ou psicossociais) e de organizações não-governamentais. Segundo Menegon (2004), "este debate diz respeito ao conjunto de cidadãos e cidadãs que garantem o consentimento coletivo para diferentes práticas e relações sociais, conferindo legitimidade a um Consentimento Livre e Esclarecido no âmbito individual" (p. 852).

Terceiro: Nossa insegurança, ao solicitar a autorização dos entrevistados por escrito, revelou nosso preconceito, sobretudo em relação aos mestres da viola de cocho. Por serem idosos, com pouca escolaridade, alguns analfabetos, fizemos a suposição de que teriam dificuldade de entender o conteúdo dos termos e que, desconfiados, se recusariam a assiná-los ou não permitiriam que seus familiares o fizessem. Mas a desconfiança, o desconforto, a incerteza e a resistência eram nossas. Em nenhum momento, eles manifestaram qualquer atitude que confirmasse nossa expectativa. No entanto, nossa dúvida ainda permanece: quem os termos de consentimento livre e esclarecido protegem?

O trabalho de campo é sempre dialógico e, tal como aponta Portelli (1997b),

é preciso que sempre exista uma 'linha de diferenças' que, depois de transposta, se torne plena de

significado, mas é necessário que exista também uma 'linha' segundo a qual possamos comunicar o desejo de encontrar um terreno e uma linguagem comuns que possibilitem a troca. (p. 19)

Para obter respostas singulares, diferentes dos estereótipos que todo tema possa ter, é impossível entrevistar sem ser entrevistado.

Buscar simetria não significa negar as diferenças que existem entre nós - estudiosos e/ou pesquisadores - e nossos entrevistados, mas partir do princípio de que, se vamos ao campo, é porque nada ou pouco sabemos sobre ele. Por esta razão, é preciso, sobretudo, respeito em relação à forma de ser, de pensar e de viver do outro, além de possuir um interesse real por quem é entrevistado e não apenas por aquilo que se espera que ele possa informar. Ainda que tome algum tempo, é importante perguntar também o que é do interesse do entrevistado e ouvir não apenas aquilo que se espera, mas o que ele tem a dizer.

Por fim, acreditamos que, ao nos relatarem as histórias de suas vidas e da viola de cocho, os entrevistados fizeram uma tradução singular da importância do instrumento em seus cotidianos e no cotidiano de seus grupos, nos permitindo transitar entre o individual e o social e, desta forma, compreender o fenômeno psicossocial que alicerça as práticas e constitui as memórias e experiências diárias destes grupo.

Referências

- Bosi, E. (1993). A pesquisa em memória social. *Psicologia USP*, 4(1-2), 277-284.
- Bosi, E. (2003) *O tempo vivo da memória: ensaios de Psicologia Social*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Decreto n. 3.551. (2000, 04 de agosto). Institui o Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial que constituem patrimônio cultural brasileiro, cria o Programa Nacional do Patrimônio Imaterial e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Bourdieu, P. (2004). *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. (D. B. Catani, Trad.). São Paulo: Editora UNESP.
- Castro, R. V. de (2005). O esquecimento social: ensaios sobre a contemporaneidade. *Rev. Psicologia Clínica* 17(1), 111-122.

Costa, M. L. da; & Castro, R. V. de. Memória e patrimônio imaterial: caminhos investigativos de um estudo de Psicologia Social

Chauí, M. (2002). *Introdução à filosofia: dos Pré-socráticos à Aristóteles*. São Paulo: Companhia das Letras.

Connerton, P. (1993). *Como as sociedades recordam*. (M. M. Rocha, Trad.). Portugal: Celta Editora.

Eco, H. (1992). *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – IPHAN. (2012). *Patrimônio Imaterial*. Recuperado em 20 de agosto, 2011, de <http://portal.iphan.gov.br/portal/montarPaginaScao.do?id=10852&retorno=paginalphan>

Jedlowski, P. (2005). Memória e mídia: uma perspectiva sociológica. In C. P. de Sá (Org.), *Memória, imaginário e representações sociais* (pp. 87-98). Rio de Janeiro: Editora Museu da República.

Menegon, V. M. (2004). Consentindo ambiguidades: uma análise documental dos termos de consentimento informado, utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. *Cadernos Saúde Pública*, 3, 845-854.

Portelli, A. (1997a). O que faz a história oral diferente. *Revista Projeto História*, 14, 25-39.

Portelli, A. (1997b). Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. *Rev. Projeto História*, 15, 13-50.

Portelli, A. (2010). História Oral e Poder. *Revista Mnemosine*, 6(2), 6-12.

Recebido: 31/08/2012
Revisado: 28/11/2012
Aprovado: 09/01/2013

Afonso, M. L. M.; Vieira-Silva, M.; Abade, F. L.; Abrantes, T. M.; & Fadul, F. M. A psicologia no Sistema Único de Assistência Social

A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social¹

Psychology in the Unified System of Social Welfare

Maria Lucia Miranda Afonso²

Marcos Vieira-Silva³

Flávia Lemos Abade⁴

Tatiane Marques Abrantes⁵

Fabiana Meijon Fadul⁶

Resumo

Este ensaio reflete sobre as contribuições da Psicologia e da Psicologia Social para o Sistema Único da Assistência Social, com base em consultorias desenvolvidas pela autora principal, no período de 2004-2012. Apresenta a Política Nacional de Assistência Social, após a Constituição Federal de 1988. Aborda o risco da psicologização da questão social, herança do assistencialismo, e defende a necessária aproximação entre cidadania e subjetividade. Discute as contribuições da psicologia e da psicologia social nos diferentes níveis de proteção social do SUAS, enfatizando a necessidade da abordagem interdisciplinar e intersetorial. Defende que tais saberes podem fortalecer a construção de um sistema de proteção social baseado na promoção de direitos.

Palavras-chave: intervenção psicossocial; trabalho social; cidadania; subjetividade; gestão social; PAIF/SUAS.

Abstract

This essay reflects on the contributions of Psychology and of Social Psychology to the Unified System of Social Welfare (SUAS), based on consultancies developed by the principal author, in the 2004-2012 period. It introduces the National Policy of Social Welfare, after the 1988 Brazilian Constitution. It approaches the risk of psychologization of social issues, which derives from the Welfare State, and defends the necessary approximation of citizenship and subjectivity. It discusses the contributions of Psychology and Social Psychology in the different levels of the social protection of SUAS, emphasizing the need for an interdisciplinary and intersectoral approach. It maintains that these contributions may strengthen the construction of a welfare system based on the promotion of rights.

Keywords: psychosocial intervention; social work; citizenship; subjectivity; social management; PAIF/SUAS.

¹ Este artigo é uma reelaboração do trabalho de mesmo nome, não publicado e apresentado pela autora principal, no I Congresso UNA de Psicologia: Singularidade e Direitos Humanos (Afonso, 2009). Foi discutido com Marcos Vieira Silva, em 2010, no pós-doutorado na UFSJ, com apoio da FAPEMIG. Flávia Lemos Abade, Tatiane Marques Abrantes e Fabiana Meijon Fadul participaram da sua discussão, atualização e revisão final, em 2012.

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Consultora para programas sociais. Professora aposentada da UFMG. Professora do Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro Universitário UNA-BH. Endereço para correspondência: Rua Guajajaras, 175, Centro, Belo Horizonte, MG, CEP: 30.180-100. Endereço eletrônico: luafonso@yahoo.com

³ Psicólogo, Mestre em Educação e Doutor em Psicologia Social. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ.

⁴ Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e doutoranda em Psicologia na PUC-MG. Consultora para programas sociais. Coordenadora e professora da graduação em Psicologia do Centro Universitário UNA-BH.

⁵ Psicóloga. Atuou em CRAS. Especialista em Intervenção psicossocial no contexto das políticas públicas. (Centro Universitário UNA-BH).

⁶ Psicóloga e mestranda no Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, do Centro Universitário UNA-BH. Analista de políticas públicas da Prefeitura de Belo Horizonte, atuando no nível da proteção social básica.

Introdução

A incorporação dos psicólogos como trabalhadores no Sistema Único da Assistência Social (SUAS) marcou um momento de reflexão sobre a possível contribuição dos saberes e das práticas *psi* no campo da Política Nacional da Assistência Social (PNAS). O presente artigo coloca-se como um ensaio sobre essas contribuições, baseando-nos em diversas experiências de consultoria na área da política de assistência social, citando-se, dentre outras, Brasil/MDS (2006), PBH (2007), Afonso (2010), Afonso e Abade (2010) e Afonso (2011). Falamos, aqui, em um *campo psi*, composto pela psicologia e pela psicologia social, porém sem intenção de aprofundar as suas diferenças teóricas, metodológicas, epistemológicas ou mesmo ideológicas⁷.

Iniciamos por uma breve reflexão sobre os resquícios de psicologização da questão social no contexto da PNAS, uma política pública que se propõe à defesa de direitos socioassistenciais. Em seguida, estabelecemos um contraponto, defendendo a aproximação entre cidadania e subjetividade na proteção social e discutindo a relevância do *campo psi* nos diferentes níveis de proteção social do SUAS. Trabalhamos com a ideia do entrelaçamento da escuta social e da escuta clínica. Por fim, afirmamos que os saberes e práticas do *campo psi* podem fortalecer a construção de um sistema baseado na garantia de direitos, desde que sejam apropriados no novo campo de ação, bem como articulados, revistos e criados a partir de uma visão interdisciplinar e intersetorial.

O Paradigma dos Direitos e o Fantasma da Psicologização da Questão Social

Em 2004, com base na Constituição Federal (CF88) e na Lei Orgânica de Assistência Social (Brasil, 1993), foi instituída a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Concebida como política pública – compondo o tripé da seguridade social junto à educação e à saúde – a PNAS buscava superar o assistencialismo, apoiando-se na defesa de direitos socioassistenciais. Portanto, foi organizada como proteção a seguranças básicas às quais todos os cidadãos têm direito, a saber: (1)

sobrevivência (acesso à renda e autonomia); (2) acolhida (inserção na rede de serviços e provisão das necessidades humanas); (3) convívio familiar, comunitário e social; (4) desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social; e (5) sobrevivência a riscos circunstanciais.

A grande mudança ressaltava que a PNAS colocava-se como política universal, independente de contribuição previdenciária, sendo “universal para quem dela precisa” e imputando ao Estado a responsabilidade pela proteção dos direitos socioassistenciais, através do Sistema de Garantia de Direitos, definido na CF88.

Para operar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado em 2005 (Brasil/MDS, 2005), reconheceu-se a necessidade do trabalho interdisciplinar. Os profissionais do Serviço Social estiveram historicamente vinculados à organização da nova assistência social (Couto & Martinelli, 2009), mas novos profissionais também foram ali inseridos, a partir da NOB-RH (Brasil/MDS, 2007), dentre eles, os psicólogos. Cabe, então, perguntar sobre as contribuições do *campo psi* para a proteção social em um sistema que se quer baseado em direitos e na defesa da cidadania. Para que tipo de trabalho social a psicologia e a psicologia social colaboram? Como podem ser essenciais para o trabalho de combate à pobreza e às diversas vulnerabilidades sociais?

Como observou Teixeira (2010), o SUAS trouxe muitas inovações conceituais sobre a questão da pobreza e das vulnerabilidades, que nele ultrapassam a abordagem estrita da carência material para incluir situações de violação de direitos e fragilização de vínculos sociais, em uma acepção mais ampla e diversa. Todavia, o trabalho social ainda carece de aportes teórico-metodológicos que superem tanto a psicologização dos problemas sociais quanto as visões objetivistas sem soluções práticas para o cotidiano. Podemos sugerir que, nesse contexto, a incorporação da psicologia ao trabalho social espicaça o temor de um retorno à *psicologização da questão social*.

Em um passado não tão longínquo, a visão assistencialista apresentava a *questão social*⁸ como fruto das “más qualidades” dos pobres e excluídos, que eram apontados como culpados por sua miséria. Nessa visão, os pobres são pobres porque não se esforçam para sair do círculo vicioso da pobreza, as

⁷ Compartilhamos a posição de Stralen (2005), que considera a psicologia social não como um ramo da psicologia e sim como campo específico de conhecimento interdisciplinar, inserido na formação acadêmica em psicologia por razões históricas.

⁸ Aborda-se aqui a questão social, inicialmente, como os conflitos resultantes das desigualdades sociais e da apropriação desigual da riqueza socialmente produzida (Iamamoto, 2008), referida, portanto à pobreza, mas, para além desta, incorporando também a questão dos direitos de cidadania, da igualdade, da dignidade e dos direitos humanos (Jaccoud, 2009).

mulheres são agredidas porque provocam os seus agressores e assim por diante. A ideologia de *culpabilização da vítima* anda de mãos dadas com a visão individualista e moralizante da sociedade. Nela não se enxerga o poder do social na construção da desigualdade das condições de existência. A visão assistencialista se apoia, pelo menos parcialmente, em uma *psicologização da questão social*, sendo esta apresentada como *caso de polícia* ou como consequência das patologias individuais.

Argumentamos, contudo, que seria um erro confundir uma ideologia prevalente em dada época (a *psicologização*) com as contribuições de saberes específicos, no caso, a psicologia e a psicologia social. Ao longo do século XX, a ideologia que levou à *psicologização da questão social* esteve amplamente presente em diversos setores sociais, marcando presença no paradigma assistencialista. Ou seja, nunca foi viés exclusivo de profissionais do campo psi, ou de quaisquer outros, colocando-se como efeito perverso de uma ideologia, em um contexto de relações de dominação.

Assim, não deixa de ser surpreendente que, tão logo a PNAS inicie uma mudança radical para o paradigma dos direitos, o fantasma da *psicologização da questão social* retorne. A incorporação da Psicologia ao SUAS passa a ser, a um só tempo, temida e desejada. Por um lado, parece ainda ameaçar a visão politizada da questão social. Por outro, a subjetividade é reconhecida como elemento fundamental para a nova cidadania.

De fato, na medida em que o trabalho social avança na promoção de direitos, questões subjetivas, ao lado das questões sociais e políticas, impactam o acesso e influenciam o exercício desses direitos. A entrada em cena de um sujeito social que é também cidadão - e não apenas consumidor de serviços - vem reacender a discussão sobre a associação entre subjetividade e cidadania, associação que é, a nosso ver, uma diretriz básica para a atuação dos profissionais *psi* no SUAS.

Cidadania e Subjetividade: bases para a ação da Psicologia no SUAS

Após a CF88, o contexto político brasileiro passa a enfatizar a participação dos cidadãos na discussão e definição das políticas públicas, com a criação e o fortalecimento das instâncias de controle social das políticas públicas, tais como conselhos de direitos e fóruns de debates. A participação coloca-se como princípio básico da definição e da implantação das políticas públicas em uma sociedade democrática, sendo fundamental para uma nova noção de cidadania. Além disso,

conforme lembra Teixeira (2010), para que a cidadania se fortaleça, são necessárias ações que facilitem a reflexão e a participação na sociedade.

Para compreender essa relação, recorremos a Dagnino (1994): a nova cidadania baseia-se na concepção de direito a ter direitos, o que inclui, mas não se limita aos direitos historicamente conquistados. Nesta concepção, os sujeitos sociais são ativos (ou tem a capacidade de ser) na definição e na luta por seus direitos. Assim, a cidadania se vincula à sociabilidade, pois a ampliação da ideia de uma cultura democrática exige que se repense não apenas a relação dos indivíduos com o Estado, mas, também, com a sociedade civil. Os cidadãos são sujeitos – de direitos, de desejos, de ideias, de reivindicações e assim por diante. O cidadão é um ator social dotado de subjetividade, em constante interação com outros atores/sujeitos, dentro do contexto sociohistórico.

Para Dagnino (1994), a nova cidadania requer “a constituição de sujeitos sociais ativos, definindo o que eles consideram ser os seus direitos e lutando pelo seu reconhecimento” (p. 108). Conforme aponta Fadul (2012), “se esse novo paradigma de cidadania relaciona-se à possibilidade de busca do direito a ter direitos pelos próprios agentes que o reivindicam, abre-se aqui espaço para reflexão dos princípios de gestão social” (p. 23), sendo que esta é definida por processos de participação amplos, onde todos têm direito à fala e aos processos decisórios.

A subjetividade é aqui abordada como a capacidade de ser sujeito. Embora sendo uma produção sócio-histórica, associada às condições de existência, a subjetividade é a capacidade do sujeito de agir com outros e pensar reflexivamente dentro dessas condições de existência; ou seja, é construção na relação com a alteridade de outros sujeitos sempre dentro do contexto sociohistórico (Castoriadis, 1999; Afonso, 2011).

Torna-se essencial, para a presente discussão, pensar a relação entre cidadania e subjetividade. Não mais pensar a subjetividade apenas como uma qualidade humana desligada da política e da história e sim como necessária ao fazer humano na política e na história (Castoriadis, 1999, Touraine, 1999). Pensar, como André Lévy (2001), que a articulação entre sujeito, cultura e sociedade está presente no âmago da compreensão contemporânea da cidadania. Argumentamos que esse é o ponto nodal a inspirar o *campo psi* dentro de uma política pública baseada em direitos: a subjetividade é condição de exercício da cidadania; o trabalho social se dirige ao protagonismo do sujeito, sua autonomia, suas potencialidades para refletir, interagir e agir no contexto.

Nessa perspectiva, é válido interrogar a partir de que lugar o *campo psi* dialoga com a política de assistência social. É interessante considerar o SUAS como um sistema amplo e complexo, com diferentes demandas em seus distintos níveis de proteção social, onde a articulação entre cidadania e subjetividade trilha caminhos diversos. Assim, antes de prosseguir com a nossa discussão, é importante apresentar o SUAS como um sistema, onde se articulam (bem ou mal) diferentes níveis de proteção social, com suas especificidades, demandas e articulações.

Contribuições do *campo psi* para o SUAS: de onde, com quem e para quem se fala?

O SUAS é dividido em dois grandes níveis de proteção social: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). A PSB é dirigida aos indivíduos, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações étnicas, de gênero ou por deficiências). O equipamento da PSB é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. O CRAS desenvolve o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos e o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos (Brasil/MDS, 2004, 2009b).

O PAIF é executado apenas pelo CRAS, é voltado para o território e tem por objetivos fortalecer a função protetiva da família e prevenir a ruptura dos seus vínculos familiares e comunitários, contribuindo para a qualidade de vida nos territórios; promover aquisições materiais e sociais; potencializar o protagonismo e autonomia das famílias e comunidades; promover acessos à rede de proteção social, favorecendo o usufruto dos direitos socioassistenciais; promover acessos aos serviços setoriais, contribuindo para a promoção de direitos; apoiar famílias com membros que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares (Brasil/MDS, 2010a, 2010b, 2012a, 2012b).

Uma articulação entre o PAIF e o Programa Bolsa Família (PBF) vem sendo implementada desde 2006 (Brasil/MDS, 2006), sendo que as famílias do PBF e do Benefício de Prestação Continuada (BPC, que atende idosos e pessoas com deficiência) têm prioridade nas ações do CRAS. Pretende-se integrar a oferta de serviços e benefícios socioassistenciais nos CRAS, para unificar e territorializar as ações.

Entendemos que a importância dessa articulação ainda é pouco explorada na literatura. A articulação com o PBF facilita o acesso à renda da população atendida (direito socioassistencial previsto pela PNAS, mas não coberto pelo SUAS, exceto quanto ao BPC). Fortalece, ainda, a sistematização de dados através da busca ativa de famílias para cadastro no CadÚnico, tendo efeitos para os vínculos com a população referenciada no território. Embora o PAIF não se limite ao acompanhamento de condicionalidades do PBF, esse acompanhamento oferece referências para o combate às vulnerabilidades. A sua recente articulação com o Programa Brasil Sem Miséria também provoca efeitos no trabalho social, instigando novas pesquisas e reflexões.

A PSE é voltada para indivíduos, famílias ou grupos em situações de violação de direitos, com vínculos familiares, comunitários e sociais ameaçados de rompimento ou já rompidos. Divide-se em (1) “média complexidade”, se os vínculos familiares e comunitários estão preservados, apesar de ocorrência de violação de direito (como em muitos casos de trabalho infantil) e (2) “alta complexidade”, quando esses vínculos foram rompidos ou seriamente ameaçados.

O atendimento ao usuário no SUAS deve ser organizado em duas dimensões articuladas: a socioassistencial e a socioeducativa. A primeira abrange o apoio efetivo ao usuário e a potencialização da rede de serviços para garantia do acesso aos direitos. Nesse sentido, a assistência social precisa trabalhar de maneira articulada com a rede de serviços dentro do território. A segunda aborda o usuário como sujeito sociocultural, visando não apenas sua inserção na rede de serviços, mas a sua – concepção mais ampla - inclusão social. Pretende-se informar e refletir sobre a cidadania, a qualidade de vida e a participação, além do desenvolvimento da autonomia dos indivíduos e das famílias.

Teixeira (2010) ressalta que a noção de autonomia das famílias não deve se limitar às respostas aos problemas, geradas a partir de seus recursos internos (simbólicos, subjetivos), mas envolvem o discernimento entre as mudanças realizadas no âmbito dos grupos familiares e de

suas redes e aquelas “que exigem o engajamento desses grupos, organizados em coletivos, em processos sociais mais amplos para que ocorram transformações mais gerais e a efetivação de direitos” (Teixeira, 2010, p. 294).

Ou seja, o trabalho social precisa ser desenvolvido a partir de condições socioinstitucionais e em contextos que possam dar sustentabilidade às ações, à reflexão e à transformação social (Afonso, 2010). Ao se pensar as contribuições do *campo psi* para o SUAS, é necessário levar em conta tal sustentabilidade: não se trata de avaliar saberes e técnicas fora de um contexto de intervenção, onde os seus efeitos possam ser apropriados, ressignificados e mesmo reinventados por seus operadores.

O CENSO CRAS, realizado em 2009, mostrou que, apesar do constante crescimento e aperfeiçoamento do SUAS, a consolidação dos CRAS no Brasil ainda enfrenta grandes problemas como: a falta de condições socioinstitucionais para a realização do serviço no município, ausência de coordenador, equipes de referência incompletas e em sua maioria com vínculos de trabalho instáveis e temporários, falta de infraestrutura material, fraca articulação entre os níveis da proteção social bem como com outras políticas públicas (Brasil/MDS, 2010).

Pesquisadores como Cruz (2009) e Oliveira, Solon, Amorim e Dantas (2011) apontaram que as condições adversas de trabalho no CRAS são fatores que dificultam a utilização e o avanço dos saberes e práticas da psicologia no SUAS. Em outras pesquisas (CRP-MG, 2010), os profissionais apontam a ausência, em seu processo de formação, de saberes e práticas para a atuação na assistência social. Entretanto, outros trabalhos afirmam que existem saberes e práticas propícios à atuação no SUAS, como em Batista (2003), que mesmo antes da PNAS, apontava que, no campo teórico e prático da Psicologia Social, encontramos referenciais para a mudança do paradigma assistencialista para a promoção da cidadania: a pesquisa ação, a pesquisa participante, o processo grupal, teorias de identidade, mobilização comunitária, análise de preconceitos e estigmas sociais, dentre outros. Também, hoje, autores como Silva e Corgozinho (2011) destacam as contribuições da Psicologia Social Comunitária para o trabalho no SUAS/CRAS, desde que adaptada à especificidade do campo de trabalho. Nas orientações técnicas para o trabalho no PAIF (2012a e 2012b), a pesquisa-ação e a metodologia de Paulo Freire são referenciais teórico-metodológicos possíveis para o trabalho social com famílias.

Em 2008, o Conselho Federal de Psicologia/Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CFP/CREPOP) publicou um documento para referenciar o trabalho do psicólogo no CRAS/SUAS no qual reafirma que a Psicologia possui conhecimentos para embasar a atuação profissional no campo da Assistência Social, citando, como exemplo, a Psicologia Social, a Psicologia Comunitária, a Psicologia Institucional, dentre outras (CFP/CREPOP, 2008, p.18).

Consideramos inspirador observar como essa mesma questão aparece em outros contextos, de forma que podemos ver que o caso brasileiro não é assim tão excepcional e que podemos dialogar com outros sistemas proteção social em outros países. A título de exemplo (e pela similaridade que parece ter) recorreremos ao exemplo da Espanha.

Em 2008, o Colégio Oficial de Psicólogos da Espanha (COPSI-Espanha) elaborou um documento de referência para os psicólogos que trabalham na área da Psicologia da Intervenção Social. A partir da constituição espanhola de 1978, com a definição de um estado social democrático e de direito, os serviços sociais se reorganizaram, tendo sido ampliados também os serviços comunitários. Como observou Casas (2005), o trabalho social incorporou a intervenção interdisciplinar, incluindo a Psicologia, tanto nos serviços comunitários quanto naqueles voltados para adoção, acolhimento familiar, pessoas com deficiências, entre outros.

Segundo o COPSI-Espanha, uma Psicologia da Intervenção Social tem como principal marco de referência a Psicologia Social, mas também se apoia na Antropologia, na Sociologia, na Psicologia e outras disciplinas afins. A Psicologia da Intervenção Social orienta-se para a solução de problemas em múltiplos níveis, focalizando a relação do indivíduo com o contexto social e histórico. O psicólogo pode prestar atenção direta à comunidade, fazer pesquisas, elaborar, planejar e avaliar políticas públicas e programas sociais, exercer atividades de gestão e de formação e dar consultorias. Dentre seus procedimentos e técnicas citam-se: a intervenção grupal, intervenção e terapia familiar, técnicas de mediação, de avaliação, de intervenção ambiental, de pesquisa social e outras. Em relação ao âmbito de atuação, faz intervenção com a comunidade, famílias, crianças e adolescentes, idosos, intervenção familiar, acolhimento familiar, adoção, acolhimento residencial e trabalho com portadores de deficiências. Trabalha igualmente no âmbito da prevenção, no acompanhamento de casos, na promoção de capacidades e habilidades sociais (COPSI-Espanha, 2008).

Assim, mesmo sem desconhecer o impacto das condições de trabalho e de implementação do serviço sobre a atuação profissional, podemos considerar que há outras questões em jogo, desafios que se colocam na construção de uma prática. Concordamos com Senra e Guzzo (2012) quando argumentam que não basta deslocar práticas para o contexto das políticas sociais: é preciso discutir como podem contribuir para uma transformação das condições de existência. Embora diversos saberes e técnicas tenham sido identificados como úteis para a atuação no SUAS, ainda é preciso indagar como fazer a correlação entre elas e os objetivos de superação de vulnerabilidades, de desenvolvimento de autonomia e assim por diante.

Propomos pensar que a atuação do psicólogo no SUAS enfrenta uma diversidade de desafios conforme o **ponto do sistema** onde o profissional atua e de onde precisa refletir sobre as implicações de seu trabalho para uma política de promoção e proteção de direitos. Inicialmente, parece haver uma identidade maior da PSB com as teorias e métodos da Psicologia Social e uma afinidade da PSE com teorias e métodos clínicos. Porém, essa percepção pode se modificar quando adentrarmos a complexidade do sistema.

Nesse momento, parece-nos mais viável levantar questões do que prover respostas, questões que podem ser úteis para referenciar o trabalho. Uma delas versa sobre o entrelaçamento entre a escuta social (dos fatores sócio-econômico-culturais que precisam ser trabalhados) e a escuta clínica (dos fatores subjetivos e relacionais que precisam ser trabalhados) na proteção social e na promoção dos direitos.

Escuta social e escuta clínica em diferentes níveis de complexidade do SUAS

Como vimos, são vários os saberes e os fazeres do campo psi que podem ser utilizados tanto na PSB quanto na PSE. Entretanto, mais do que identificá-los, trata-se de promover a sua adequação aos objetivos da política, a sua apropriação no contexto da prática e, principalmente, a sua sustentabilidade dentro do sistema. Nesse item, falaremos da relação entre escuta social e escuta clínica na PSB e na PSE. No próximo item, vamos abordar dois fatores essenciais para a sustentabilidade dos saberes e fazeres do campo psi no SUAS: a interdisciplinaridade e a intersectorialidade.

Para Teixeira (2010), a presença do psicólogo na equipe da PSB evidencia que a subjetividade é importante para o resgate e reconstrução de histórias de vidas. Ressalta a importância de se

trabalhar a noção subjetiva do direito associada à sua dimensão objetiva, visando superar a carência de recursos e serviços e também a subalternidade política, expressa na falta de participação.

O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) estabelece que a psicoterapia não faz parte dos serviços oferecidos pelo CRAS. Orienta os profissionais a intervir no sentido de: a) compreender os processos subjetivos que podem contribuir para a incidência de vulnerabilidade e risco social de famílias e indivíduos; b) contribuir para a prevenção de situações que possam gerar ruptura dos vínculos familiares e comunitários e c) favorecer o desenvolvimento da autonomia dos usuários do CRAS. Casos que demandam atendimento psicológico devem ser encaminhados para os serviços de saúde (Brasil/MDS, 2009a).

Concordamos com essas orientações, porém compreendemos que elas não esgotam a questão, pois percebemos a necessidade de uma escuta qualificada, muitas vezes de caráter clínico, na PSB e na PSE. A reflexão sobre os problemas do cotidiano precisa apoiar-se no fortalecimento das competências sociais. O trabalho socioeducativo deve ganhar sustentabilidade, isto é, na medida em que se trabalha a demanda, é preciso fortalecer as oportunidades que consolidam as mudanças socioculturais, tais como o acesso à renda, superação de situações de violação de direitos, dentre outras.

Por exemplo, em um grupo de convivência, as pessoas podem, inicialmente, tratar de questões muito básicas, tais como a capacidade para se organizar em grupo, de criar regras, de trocar experiências, de se comunicar, de negociar as situações de grupo, entre outras, para que comecem a se potencializar para outras conquistas. A elevação da autoestima, o desenvolvimento de capacidades e competências sociais, do assim chamado capital social, pode ajudá-las a transformar o seu grupo de convivência em um grupo operativo que pode iniciar outro trabalho dentro do território.

Nesse caso, o trabalho com a subjetividade no grupo não seria uma psicoterapia, mas teria uma dimensão clínica na qual os sujeitos protagonizam mudanças em suas representações sociais, identidades e relações, buscando consolidar novas práticas. O que orientaria a escuta qualificada clínica seria a promoção das potencialidades do sujeito para acesso aos direitos existentes e capacidade de ser sujeito, isto é, de ter direito a ter direitos. A escuta clínica pode implicar em um posicionamento diante do outro que privilegia o processo dialógico, no qual a linguagem, como experiência mediadora da relação entre os sujeitos,

e destes com o seu contexto, possibilita a elaboração da experiência pelos indivíduos e grupos (Lévy, 2001). Escuta, compreensão dos fatores subjetivos, condução do processo grupal e muitos outros conhecimentos e práticas do *campo psi* estão aqui presentes.

Se queremos aprofundar a discussão sobre o papel da psicologia no SUAS, é importante reconhecer que a escuta clínica atravessa o fazer do psicólogo no SUAS, mesmo que não seja na forma de psicoterapia. Embora, como destacou Oliveira et al. (2011), ainda existam profissionais realizando psicoterapia nos atendimentos do CRAS, o que pode ser o recurso a uma prática tradicional em meio à insegurança provocada pelas precárias condições de funcionamento dos serviços.

Compreende-se, também, como mostraram Andrade e Romagnoli (2010), que ainda existe diferença na demanda que a rede dirige aos psicólogos e aos assistentes sociais do CRAS, marcando o trabalho do psicólogo como saber da psique (e patologias associadas) e a assistência social como trabalho na dimensão socioeconômica. Como argumentam as autoras, é preciso adotar uma visão interdisciplinar no SUAS.

No início desse artigo, refletimos sobre os riscos da psicologização da questão social. Vamos aprofundar algumas observações sobre a escuta social e a escuta clínica na PSB e na PSE. Tivemos a oportunidade de testemunhar como a ausência de uma rede integrada e articulada de serviços aumenta os riscos da *psicologização da questão social* no acompanhamento das famílias. Desenvolvemos uma consultoria para um serviço que presta atendimento de proteção social básica nas áreas não cobertas pelos CRAS em uma metrópole. A equipe tinha que se desdobrar para atender um território amplo com grande dispersão das famílias referenciadas. Acabava por se limitar ao atendimento das famílias do BPC e daquelas que não cumpriam as condicionalidades do PBF. O trabalho de grupo com essas famílias era concebido de maneira dinâmica, com técnicas participativas, para a escuta das suas dificuldades para cumprir as condicionalidades, a reflexão sobre o seu enfrentamento e os encaminhamentos para possíveis resoluções. Tentava-se articular a escuta dos fatores socioeconômicos, culturais, relacionais e psicológicos.

Entretanto, o processo de reflexão esbarrava no fato de que a rede local não era forte e integrada, de forma que, quando chegava a hora de se pensar soluções, estas ficavam excessivamente contidas no âmbito de resolução das relações familiares. A dificuldade de envolver a rede de serviços provocava, sem que tivesse sido a intenção original,

o risco de *psicologização da questão social* no combate às vulnerabilidades, a ênfase excessiva no que as famílias poderiam mudar em sua dinâmica interna sem que recebessem igual apoio para mudanças em seu contexto. Observe-se que, nesse caso, não se tratava de uma falta de formação dos profissionais ou de capacitação em serviço. Tratava-se da precariedade de condições para operacionalizar saberes e práticas em um contexto onde quase não existiam interdisciplinaridade, intersectorialidade e recursos para a transformação do contexto.

Entendemos que existe a necessidade de desenvolver um processo de implicação cidadã (reconhecer-se cidadão no contexto sócio-político-cultural, mapear a rede, saber o que esperar do Estado e das instituições), que se dá junto (e às vezes deve preceder) daquilo que, nós, psicólogos, chamamos de implicação subjetiva (ou seja, a responsabilidade que o sujeito precisa assumir diante de seus próprios conflitos e escolhas, uma vez que é sujeito ativo e participativo em seu conjunto de relações).

Por outro lado, talvez pela sua evidente associação à violação de direitos e à ruptura de vínculos, o trabalho da Psicologia na PSE (médica e alta complexidade) seja mais associado a saberes e práticas baseados na clínica. Mesmo assim, trata-se de uma clínica diferenciada na qual o *setting* não é o consultório e a escuta do sujeito é a escuta de seu sofrimento, sua identidade, vínculos, representações, relações, entre outros. Assim, podemos pensar que existe também um atravessamento da Psicologia Social na escuta da Proteção Social Especial, um entrelaçamento entre a escuta clínica e a escuta social.

Por exemplo, as equipes que trabalham no nível da alta complexidade (abrigo, albergues, repúblicas), em Belo Horizonte, nos relataram que, para o desenvolvimento de seu trabalho, principalmente com migrantes e população de rua, muitas vezes precisam demandar apoio na saúde mental (o que nem sempre é atendido), dada a alta incidência de dependência química e transtornos mentais entre os usuários. O trabalho com grupos (oficinas, grupos operativos, ações culturais, dentre outras) é um desafio porque as pessoas reagem com forte ambivalência diante do vínculo grupal. É especialmente difícil mobilizar para a participação em grupos.

Trata-se de população cujos vínculos familiares e comunitários estão altamente fragilizados ou mesmo rompidos e para quem o vínculo social é muito associado à violência e/ou ao desamparo. O trabalho com grupos se anuncia como uma grande potencialidade de resgate da capacidade do sujeito

de construir vínculos, mas também com obstáculos sérios e profundos a se enfrentar nessa empreitada. Os trabalhadores da assistência social, nesse nível de complexidade, se deparam com a necessidade de construir um diálogo entre a escuta social e a escuta clínica, correlacionando política e subjetividade. Expressaram também que sentem grande necessidade de diretrizes mais definidas e focalizadas para o trabalho nessa área, tanto do MDS quanto da gestão local.

Há similaridades e diferenças entre o trabalho da Psicologia na PSB e na PSE. Em ambos os níveis, os usuários têm direito igual ao respeito, à dignidade e à participação social. Há casos de violência contra crianças que colocam, por exemplo, a questão da necessidade do resgate ou construção de vínculos familiares. Nesses casos, a escuta do que a violência pode significar na relação, ou de como os sujeitos visualizam possibilidades de mudança, seria um trabalho importante para se fazer a partir de entrevistas, grupos ou mesmo ações culturais. Assim, consideramos que há escuta da subjetividade no social e do social na subjetividade, através dos saberes e práticas *psi*, sem que isso seja uma terapia, o que estaria fora dos objetivos da assistência social.

As políticas públicas instauradas, após a CF88, visam mudanças sociais em diversas áreas. Ora, em um processo de transformação social, há aprendizagem e transformação nas relações. Mudanças culturais são mudanças na teia do cotidiano, envolvendo processos de subjetivação no contexto social. O problema não é reconhecer que existem concepções, relações e práticas a serem transformadas. Apoiados em Freire (1994, 1997, 2003) e em Lévy (2001), afirmamos que a questão é saber, no processo de mudança, quem, com quem e para quem se decide, se ensina, se planeja, se faz.

Nessa perspectiva, entendemos que a sustentabilidade dos saberes e práticas do *campo psi* no SUAS passa necessariamente pela interdisciplinaridade e pela intersetorialidade, que juntas compõem um *setting* para a ação dos psicólogos no SUAS.

Transformações necessárias - interdisciplinaridade e intersetorialidade

A PNAS exige metodologia de trabalho interdisciplinar e intersetorial. Conhecimentos e técnicas diversos, tais como Serviço Social, Sociologia, Antropologia, Psicologia Social e Psicologia precisam ser articulados pelas necessidades específicas do campo de aplicação. O CFP/CREPOP (2008) recomenda que as equipes de trabalho se comprometam com os princípios, as

diretrizes e os objetivos da Assistência Social, com seu código de ética, a defesa dos direitos humanos e a consolidação da cidadania. Também coloca em relevo a importância da interdisciplinaridade no SUAS.

Se, na multidisciplinaridade, as disciplinas cooperam em projetos, mas cada uma trabalha um aspecto do objeto, com limites definidos e sem mudanças de método, na interdisciplinaridade, busca-se compartilhamento de métodos e integração do campo de intervenção. O foco da intervenção é integrado e para ele concorrem os conhecimentos mobilizados na relação interdisciplinar (Santos, 2007).

Entretanto, as experiências interdisciplinares precisam se dar em focos definidos de atuação e reflexão. Por exemplo, a Psicologia e a Psicologia Social se aliam à Assistência Social na construção de metodologias participativas, no desenvolvimento das potencialidades e da autonomia dos sujeitos e no fortalecimento de seus vínculos familiares e sociais. Pode-se tentar entender como fazer trabalho de grupo com população de rua, com vínculos altamente fragilizados, ou mesmo como contribuir para a participação de usuários nas instâncias de controle social das políticas públicas. Cada situação específica lança luz sobre os saberes e práticas envolvidos e suas possíveis articulações.

Na interdisciplinaridade, busca-se o diálogo entre disciplinas diferentes. Não se trata apenas de conciliar pesquisas e métodos e sim de construir novas formas de interpretar e de operar no mundo (Santos, 2007). É compreensível que isso crie tensões e disputas internas, tendo em vista que a formação acadêmica ainda ocorre de modo bastante focalizado em disciplinas, o que pode gerar dificuldades de articulação e reforçar a disputa entre os saberes, revelando jogos de poder no cenário de intervenção. Mas também é possível que novos saberes e práticas resultem da empreitada.

Na mudança do paradigma assistencialista para o paradigma dos direitos, surge o desafio da produção de conhecimentos e metodologias de ação. É tão importante utilizar o conhecimento já produzido quanto produzir novos conhecimentos escutando as demandas que chegam dos usuários e da própria rede de serviços. Há que se considerar que o campo de conhecimento impacta a prática tanto quanto a prática impacta o campo de conhecimento, tornando necessário repensar a formação dos profissionais desde o curso superior até a oferta de pós-graduação nos diversos níveis.

Aprofundando a discussão, é importante lembrar que, no contexto do Sistema de Garantia de Direitos, a integração entre as políticas públicas é fundamental para garantir a cidadania. Dessa

maneira, a intersetorialidade deve andar lado a lado com a interdisciplinaridade no SUAS.

Em sua versão mais básica, a intersetorialidade responde pelo fluxo de encaminhamentos de indivíduos e famílias para a rede de serviços, mas não deve ser pensada apenas neste âmbito. Abrange formas de pensar e intervir de maneira integrada e conjunta, compreendendo a complexidade da questão social. Assim, identificamos também práticas como discussão de caso em rede, planejamento e realização de ações compartilhadas pelas diferentes políticas setoriais, de maneira pontual ou continuada.

Como exemplo, imaginemos o caso de um território com problemas de descarte indevido do lixo, em que não há coleta seletiva e a população joga os resíduos em um curso d'água local. A situação é insalubre com prejuízo para a saúde e o meio ambiente. A partir da discussão do caso em reuniões da rede local, é feito um plano de ação do qual todos os serviços envolvidos (Saúde, Educação, Assistência Social, Saneamento e entidades do terceiro setor) participam, desde o planejamento até o monitoramento e a avaliação, desenvolvendo ações específicas com os seus usuários. Para efetividade das ações, há necessidade da presença do Estado, não meramente mobilizando a população, mas introduzindo ações para resolução do problema na comunidade, como a coleta sistemática e, de maneira mais avançada, da coleta seletiva. Nessas ações, conhecimentos de várias disciplinas se mesclam e buscam novas formulações.

Outros exemplos de intersetorialidade, por meio de iniciativas conjuntas, integradas e continuadas, foram registrados na literatura. Macedo e Dimenstein (2009) entendem que houve inovação na ação com usuárias de um grupo de convivência que, a partir de uma horta comunitária, desenvolveram um processo de geração de renda, com apoio na articulação de rede entre CRAS, outros serviços da Prefeitura e instituições como o Serviço Brasileiro de Apoio ao Empreendedor (SEBRAE), mantendo ativos os encontros para refletir sobre o seu cotidiano.

Argumentamos, portanto, que os saberes e práticas do campo psi no SUAS precisam ser articulados (e, com efeito, transformados) não apenas de maneira interdisciplinar mas também a partir de ações intersetoriais. Tanto na PSB quanto na PSE, a interdisciplinaridade complementa, na prática, a intersetorialidade, traçando rumos para a ação profissional.

Considerações Finais

Falar do campo psi é falar de um campo multifacetado e complexo de conhecimentos e práticas, incluindo a Clínica, a Psicologia Social, a Psicologia Comunitária, a Psicologia Educacional, a Psicologia do Desenvolvimento, a Psicanálise e outras, com uma grande diversidade de teorias e técnicas. Existe um duplo trabalho de adequação dos saberes às questões da política pública e de geração de novos conhecimentos e práticas a partir dela.

Neste artigo, defendemos os saberes e práticas do campo psi no SUAS, combinando a necessidade de fortalecer a formação e de valorizar os saberes e práticas existentes, desde que sejam apropriados no campo da política e repensados no contexto de relações interdisciplinares e intersetoriais. Reiteramos ainda a necessidade de dar sustentabilidade à utilização de saberes e práticas de acordo com os objetivos da PNAS.

Como trabalhadores da Assistência Social, os psicólogos devem contribuir para criar condições sociais para o exercício da cidadania (promoção dos direitos socioassistenciais) bem como favorecer as condições subjetivas para o seu exercício (circular informação, fortalecer participação, desenvolver potencialidades, facilitar processos decisórios, dentre outros).

Transformações sociais têm impacto sobre identidades sociais, relações e valores. O *campo psi* muito tem a contribuir para esses processos, principalmente se e quando atuarem dentro de políticas públicas que adotem decididamente o horizonte da promoção dos direitos e assumam, na prática, a sua garantia.

Referências

- Afonso, L. (2009). A psicologia no Sistema Único de Assistência Social. In *Resumos do I Congresso UNA de Psicologia: Singularidade e Direitos Humanos*. Belo Horizonte: Centro Universitário UNA.
- Afonso, L. (2010). *Pesquisa qualitativa sobre metodologia de trabalho social com famílias no âmbito do PAIF*. Serviço de consultoria no âmbito do programa PNUD BRS/04/046. Brasília, DF.
- Afonso, L., & Abade, F. L. (2010). *Relatório de consultoria para o PAEFI/CREAS/PBH*. Belo Horizonte, Mimeo.

Afonso, M. L. M.; Vieira-Silva, M.; Abade, F. L.; Abrantes, T. M.; & Fadul, F. M. A psicologia no Sistema Único de Assistência Social

- Afonso, L. (2011). *Relatório de consultoria para o SRABF/PBH*. Belo Horizonte, Mimeo.
- Andrade, L. F., & Romagnoli, R. C. (2010). O psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(3), 604-619.
- Batista, C. B. (2003). *O lugar da Psicologia Social na política social: notas a partir de um programa social*. Dissertação de Mestrado, Psicologia, FAFICH, UFMG.
- Brasil. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. (1993, 08 de dezembro). *Lei Orgânica da Assistência Social*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, p. 18769.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. (2004). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2005). *Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB-SUAS)*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2006). *Orientações básicas para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no âmbito do Sistema Único de Assistência Social/SUAS*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2007). *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos da Assistência Social (NOB-RH)*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2009a). *Orientações técnicas: Centro de Referência da Assistência Social*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2009b). *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2010a). *O CRAS que temos – o CRAS que queremos*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2010b). *Censo CRAS - 2009*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2012a). *Orientações Técnicas sobre o PAIF. Vol. 1*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2012b). *Orientações Técnicas sobre o PAIF. Vol. 2*. Brasília, DF.
- Casas, F. (2005). Desafios atuais da Psicologia na intervenção psicossocial. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 42-49.
- Castoriadis, C. (1999). Para si e subjetividade. In A. Pena-Vega & E. P. Almeida. *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade* (pp. 35-46). Rio de Janeiro: Garamond.
- Colégio Oficial de Psicólogos de España. (COPSI-Espanha). (2008). *Psicologia da Intervenção Social*. Retirado em 18 de maio de 2009 de <http://www.cop.es/perfiles/index.html>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP) / Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). (2008). *Referências técnicas para atuação do/a psicólogo/a no CRAS/SUAS*. Brasília, DF.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 5 de outubro). Recuperado em 18 de maio, 2009, de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
- Couto, B. R., & Martinelli, T. (2009). O Serviço Social e O Sistema Único de Assistência Social (SUAS): desafios éticos ao trabalho profissional. *Argumentum*, 1(1), 92-105.
- Cruz, J. M. de O. (2009). Práticas psicológicas em centro de referência da assistência social (CRAS). *Psicologia em foco*, 2(1), 11-27.
- Dagnino, E. (1994). Os movimentos sociais e a emergência de uma nova concepção de cidadania. In E. Dagnino (Org.), *Anos 90 – Política e Sociedade no Brasil* (pp. 103-115). São Paulo: Brasiliense.
- Fadul, F. M. (2012). O trabalho social com famílias no âmbito da proteção social básica: diálogos e conflitos no campo discursivo da Assistência Social. *Projeto de dissertação*. Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro Universitário UNA-BH.

Afonso, M. L. M.; Vieira-Silva, M.; Abade, F. L.; Abrantes, T. M.; & Fadul, F. M. A psicologia no Sistema Único de Assistência Social

- Freire, P. (1977). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1994). *Pedagogia da esperança – um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2003). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários*. (27 ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Iamamoto, M. V. (2008). *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez.
- Jaccoud, L. (2009). Proteção social no Brasil: debates e desafios. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome (MDS). Organizações das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). *Concepção e gestão da proteção social não-contributiva no Brasil* (pp. 57-83). Brasília, DF.
- Lévy, A. (2001). A mudança: esse obscuro objeto de desejo. In M. N. da M. Machado, E. de M. Castro, J. N. G. de Araújo, & S. Roedel (Orgs.), *Psicossociologia - Análise Social e Intervenção* (pp. 121–131). Belo Horizonte: Autêntica.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 293-300.
- Oliveira, I. F., Solon, A. F. A. C., Amorim, K. M. O., & Dantas, C. M. B. (2011). A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade*, 23 (n. spe.), 140-149.
- Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). (2007). *Metodologias do CRAS e do SOSF*. Belo Horizonte: PBH.
- Santos, M. S. dos. (2007). Integração e diferença em encontros interdisciplinares. *RBCS*, 22(65), 51-60.
- Senra, C. M. G., & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299.
- Silva, J. V., & Corgozinho, J. P. (2011). Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 23 (n. spe.), 12-21.
- Stralen, C. J. V. (2005). Psicologia Social: uma especialidade da Psicologia? *Psicologia e Sociedade*, 17(1), 93-98.
- Teixeira, S. M. (2010). Trabalho interdisciplinar no CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza? *Textos & Contextos*, 9(2), 286 - 297.
- Touraine, A. (1999). *Podemos viver juntos? Iguais e diferentes*. Petrópolis: Vozes.

Recebido: 03/12/2012
Revisado: 19/12/2012
Aprovado: 08/01/2013

Juárez, M. P. Aproximaciones a una Psicopedagogía Comunitaria: reflexiones, aportes y desafíos

Aproximaciones a una Psicopedagogía Comunitaria: Reflexiones, Aportes y Desafíos

Avaliações de uma Psicopedagogia Comunitária: Reflexões, Contribuições e Desafios

Assessments of a Community Psychopedagogy: Reflections, Contributions, and Challenges

María Paula Juárez¹

Resumen

Las complejas realidades de las comunidades de nuestra región nos exigen a los psicopedagogos una reflexión lúcida al tiempo que nos demandan intervenciones superadoras basadas en una concepción de aprendizaje contextualizado en la posibilidad de transformación social. Se parte de la intencionalidad de repensar una psicopedagogía comunitaria como perspectiva emergente en la actualidad, entendida como disciplina joven, por tanto inconclusa y consciente de su inconclusión, por ello en permanente reflexión sobre sus nuevas prácticas para poder desarrollarse desde enfoques críticos y prospectivos. Conocer y comprender estas prácticas para producir un conocimiento que pueda ser repensado con colegas permitirá que la psicopedagogía comunitaria no se reduzca a un enfoque incipiente sino que se consolide hacia una verdadera especialidad psicopedagógica. Atendiendo a ello, este artículo analiza antecedentes, componentes, enfoques, modelos, y dimensiones de una psicopedagogía comunitaria, así como desarrolla un modelo de intervención psicopedagógico en comunidad desde la perspectiva de Paulo Freire.

Palabras clave: psicopedagogía comunitaria; pedagogía de Paulo Freire; modelo psicopedagógico comunitario freireano.

Resumo

As realidades complexas de nossas comunidades locais requerem de nós, como psicopedagogos, uma reflexão clara, pois nos exigem intervenções bem sucedidas, fundamentadas em uma concepção de aprendizagem contextualizada na possibilidade de transformação social. Parte-se da intenção de repensar uma Psicopedagogia Comunitária como perspectiva emergente na atualidade, entendendo-a como disciplina jovem, inacabada e consciente de sua incompletude e, por isso, em reflexão constante sobre suas práticas recentes, a fim de se desenvolver a partir de enfoques críticos e prospectivos. Conhecer e compreender essas práticas a fim de produzir um conhecimento que possa ser repensado com colegas permitirá que a Psicopedagogia Comunitária não se reduza a uma abordagem emergente, mas que se consolide em uma verdadeira especialidade psicopedagógica. Diante do exposto, este artigo analisa antecedentes históricos, elementos, abordagens, modelos e dimensões de uma Psicopedagogia Comunitária, assim como desenvolve um modelo psicopedagógico de intervenção em comunidade a partir da perspectiva de Paulo Freire.

Palavras-chave: psicopedagogia comunitária; pedagogia de Paulo Freire; modelo psicopedagógico comunitário de Paulo Freire.

Abstract

The complex realities of our local communities require from us, as psychopedagogues, a clear reflection, for they demand successful interventions, based on a learning conception which is contextualized within the possibility of social transformation. We start from the intention of rethinking a Community Psychopedagogy as an emerging perspective in the present time, considering it a young subject, unfinished and conscious of its lack of completion and, therefore, under constant reflection on its recent practices, so as to be developed due to critical and prospective approaches. To learn and to understand these practices so as to produce a knowledge which may be rethought with colleagues will allow Community Psychopedagogy not to be reduced to an emerging approach, but one which may be consolidated into a true psychopedagogical specialty. Therefore, this article analyses historical backgrounds, elements, approaches, models, and dimensions of a Community Psychopedagogy, and it develops a psychopedagogical model of community intervention based on Paulo Freire's perspective.

Keywords: community psychopedagogy; Paulo Freire's pedagogy; Paulo Freire's community psychopedagogical model.

¹ Psicopedagoga, Mestre em Ciências Sociais, Doutora em Psicologia pela Universidade Nacional de San Luis, Argentina. Endereço para correspondência: Dpto. de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Río Cuarto. Ruta 36, Km 601. Agencia Postal X5804, Río Cuarto, Provincia de Córdoba, Argentina. Endereço eletrônico: mpaulajuarez@gmail.com

Presentación

Las complejas situaciones que atraviesan las poblaciones de los países que conforman nuestra indoafroiberoamerica² en la actualidad (pobreza estructural, marginación, exclusión, explotación, dominación, opresión) exigen una reflexión crítica que, como profesionales del campo de la educación y de la salud, a los psicopedagogos nos corresponde efectuar. La lectura de esa realidad social e histórica nos interpela y orienta a un trabajo con la comunidad.

Entender a la psicopedagogía como disciplina en construcción supone un profesional aprendiente que la ejerce, atravesado por problemáticas y necesidades sociales y culturales, que percibe a las comunidades como espacios que lo desafían a la construcción de nuevos sentidos y respuestas.

En este escenario, la insatisfacción con algunos modelos tradicionales que resultaron obsoletos a la hora de ofrecer respuestas a problemáticas que se presentaban en las comunidades, contribuyó a precisar el contexto de emergencia de una psicopedagogía comunitaria y posibilitó ampliar su campo de intervención y conceptualización.

En este sentido, las realidades apremiantes en los grupos comunitarios de nuestra región demandaban abordajes basados en una concepción de aprendizaje situado y contextualizado en la posibilidad de transformación social.

Estos aspectos incidieron en el desarrollo de una nueva práctica psicopedagógica que comienza a conformarse como alternativa acorde a las necesidades reales y precisas que se presentan exigiendo la redefinición del objeto de estudio y la intervención psicopedagógica correspondiente.

Es así como comienza a constituirse en los últimos años una psicopedagogía comunitaria promovida por la comprensión empática de las condiciones sociales de nuestra región, intentando agudizar una mirada dirigida al papel que desempeñan los sujetos en circunstancias de aprendizaje, cualquiera sea su edad y su pertenencia social, circunstancias de aprendizajes múltiples y diversos que trascienden el ámbito educativo formal y que remiten a aprendizajes de la vida, en la vida y para la vida, tal como es en la realidad y no para una vida modelizada en términos de un deber ser

determinado por intereses de las clases sociales dominantes.

Antecedentes de una psicopedagogía comunitaria

Al indagar en desarrollos desde una perspectiva psicopedagógica en comunidad hallamos:

– Monereo y Solé (1996) reconocen en los años 90' servicios psicopedagógicos comunitarios en España. Solé (1999) la denomina intervención psicopedagógica en el ámbito de la zona o sector y considera que ésta puede encerrar acepciones diversas. Entiende que la principal tarea de los psicopedagogos consiste en detectar las necesidades de un alumno y su familia en un determinado sector y establecer contactos entre los servicios educativos, sociales y sanitarios para resolverlas.

– En los últimos años en Argentina, así como en nuestro contexto universitario más inmediato³, diversos autores (Matteoda, 1998; Aguilera & Sanmartino, 2007; Valle & Jakob, 2009; Aizcorbe & Giuppone, 2010) reconocen intervenciones psicopedagógicas en ámbitos más allá de lo estrictamente educativo formal, considerando diversos contextos que comienzan a ser explorados por los psicopedagogos como el empresarial, el judicial-forense y el *comunitario*.

– Visca (1997) considera unidades de análisis del quehacer psicopedagógico: el individuo, el grupo, la institución y el *nivel comunitario*, configurado por instituciones cuyos aprendizajes consisten en formas de producción, distribución y consumo.

Indagando desde esta perspectiva en búsqueda de mayor especificidad, advertimos que en la última década algunos autores parecen haber profundizado en la misma:

– Álvarez Rojo (2002) de la Universidad de Vigo (España) denomina “psicopedagogía comunitaria” a una orientación, acción e intervención como un proceso de optimización y transformación social, dirigido a las personas a lo largo del ciclo vital, desarrollada a través de una acción, social y educativa, sistemática y planificada. Entre las intencionalidades de esta psicopedagogía menciona: el contribuir a la adaptación y bienestar social de la persona, y la transformación y/o cambio de la realidad para conseguir la autorrealización personal y dinamización social.

– Baña Castro, Salcinez Martínez, Álvarez Romalde y Fernández Rego (2000) de la

² Adoptamos este concepto acuñado por el escritor mexicano Carlos Fuentes (1970, citado en Saforcada, De Lellis, & Mozobancyk, 2010, p. 19) para reemplazar el de Latinoamérica o América latina que, desde una perspectiva colonialista o eurocentrista deja afuera a los pueblos originarios de la región y a las grandes masas poblacionales ya naturales de la región pero de origen africano.

³ Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

Universidad de La Coruña (España) plantean una “intervención psicopedagógica socio-comunitaria” centrada en problemas y necesidades de la comunidad. Parten de una evaluación de las mismas, atendiendo a la dinámica evolutiva, la estructura sistémico-social interna y la relación ecológica con el entorno. Su objetivo es producir una transformación social a través del cambio de las estructuras y procesos sociales.

– En Argentina Antelo (2006, 2010) propone una psicopedagogía “forense, jurídica, social”, orientada a dar respuestas a los aprendizajes de personas en riesgo por problemáticas sociales como la violencia, adicciones, situaciones de abandono, violación de los derechos humanos y del niño, pobreza, exclusión social, conflicto con la ley. Su perspectiva analiza cómo estas problemáticas impactan en la capacidad para aprender de los sujetos y en sus posibilidades de acceder a espacios formales de construcción de aprendizajes.

El análisis de estos planteos manifiesta diferencias con relación a los enfoques adoptados:

– La perspectiva comunitaria de Monereo y Solé (1996), y Solé (1999) permanece en un ámbito educativo formal centrada en un trabajo psicopedagógico de vinculación interinstitucional.

– La perspectiva de Álvarez Rojo (2002) no asume un objetivo definido de intervención psicopedagógica en comunidad, ya que enuncia dos aspectos que, a nuestro criterio se desarrollarían de manera contrapuesta al manifestar, por un lado, que la intervención debe contribuir a la adaptación social de la persona; y por el otro, que la intervención debe orientarse a la transformación de la realidad. Esta paradoja dificulta toda inferencia a su postura psicopedagógica con respecto al trabajo con comunidades.

– El planteo de Baña Castro et al. (2000) expresa una perspectiva preventiva cuyo objetivo es el desarrollo humano integral y la reducción de los problemas psicosociales desde una intervención sistémica que interconecta los sistemas individuo, familia y sociedad.

– El planteo de Antelo (2006, 2010) considera lo social en lo psicopedagógico circunscripto a lo forense en el marco de demandas provenientes del sistema judicial.

Atendiendo a este escenario, en lo que sigue analizaremos desde nuestra perspectiva, cuales son los elementos que configurarían una psicopedagogía comunitaria.

Componentes que definen una psicopedagogía comunitaria

Matteoda (1998, p. 114) considera los elementos que permiten precisar el alcance profesional de las intervenciones psicopedagógicas; en este caso, atendemos a éstos desde una perspectiva comunitaria, dado que se trata de los componentes que configuran una psicopedagogía comunitaria, estos son: problemática u objeto de intervención, destinatarios, ámbitos de intervención, surgimiento de la demanda, estrategias de intervención y marcos conceptuales subyacentes.

✓ *El objeto de intervención* de una psicopedagogía comunitaria es participar en el desenvolvimiento y construcción de procesos de aprendizajes individuales, colectivos y dialógicos que en distintas comunidades llevan a cabo hombres y mujeres, cualquiera sea el ciclo evolutivo en que se encuentren, con la intencionalidad de coadyuvar al paso de un conocimiento ingenuo de la realidad a uno crítico-reflexivo que ofrezca herramientas para posibilitar el logro de subjetividades personales y colectivas, a la vez que comportamientos también individuales y colectivos, promotores de formas de vida generadoras de un desarrollo humano integral pleno.

✓ *Los destinatarios o partícipes comunitarios* de la intervención, son hombres y mujeres de todas las edades que, en tanto sujetos de derechos, aprenden a construir su propia realidad histórica asumiendo injerencia en ella a través de la participación en acciones posibilitadoras de cambio social respecto de la realidad de sus comunidades a través de situaciones de aprendizajes dialógicos y sociales.

✓ *Los ámbitos de intervención* para el trabajo en comunidades barriales pueden ser múltiples, desde la casa de un vecino que de buena voluntad la ofrece para realizar los encuentros, hasta el salón de una parroquia, de un Centro Comunitario, algún espacio físico que ofrezca un Centro de Salud, el aula de una escuela del barrio utilizada en horario extraescolar hasta la sombra de un árbol en una plaza, terreno o a orilla de un camino cuando el clima acompaña.

✓ En cuanto al *surgimiento de la demanda* la problemática que va a ser objeto de una intervención psicopedagógica en comunidad puede ser detectada por varias fuentes, de manera que quienes pueden erigirse en demandantes de la intervención pueden ser agentes externos o agentes internos:

– Agentes externos: son personas que tienen contacto con las comunidades dado que revisten cargos en instituciones públicas nacionales, provinciales o locales en áreas como Salud,

Educación, Promoción Social, o bien son empleados públicos que se desempeñan en Centros de Salud, Hospitales, Centros Comunitarios, Vecinales, o bien instituciones privadas como Organizaciones no Gubernamentales con base en la comunidad. Se trata de terceros que identifican el problema y demandan intervención psicopedagógica en comunidad. En este caso es fundamental dirigirse a la comunidad, permanecer con ella el tiempo necesario para que se dé un proceso de familiarización (Montero, 2006) que permita a las personas desnaturalizar la situación, percibir el problema –detectado por los agentes externos- y asumirlo como propio.

– Agentes internos: el problema es definido por personas o grupos de la propia comunidad interesadas en la resolución de hechos o situaciones vinculados a su vida cotidiana. En este caso se busca ayuda fuera de la comunidad a fin de solucionar el problema.

✓ *Posibles demandas/escenarios de intervención*, la intervención psicopedagógica en comunidad supone una definición dialógica del profesional con el grupo comunitario acerca de los problemas que se van a resolver como motivos o demandas de intervención que se construyen de manera compartida.

Atendiendo a ello son múltiples los escenarios que podrían contemplar diversidad de aprendizajes y problemáticas en torno a ellos en contextos socio-comunitarios, algunos podrían ser: aprendizajes en salud familiar y comunitaria; aprendizajes vinculados a la maternidad y crianza de hijos; educación de adultos; programas de alfabetización; aprendizajes sobre temas sociales de interés para los grupos comunitarios; intervenciones con comunidades nativas acorde a sus necesidades; apoyo escolar; orientación en aprendizajes para el desarrollo de microemprendimientos; orientación a responsables de catequesis en barrios; trabajos en redes interinstitucionales con vecinales, centros comunitarios, comedores comunitarios, hospitales, centros de salud, dispensarios; aprendizajes para el trabajo del obrero, del trabajador rural; aprendizajes para la preservación del medio ambiente y el ecosistema; aprendizajes para la tercera edad en relación a la orientación para el uso del tiempo libre y de ocio; intervenciones en instituciones educativas con docentes para promover integraciones a los contextos de procedencia de los alumnos; intervenciones en orientación laboral/ocupacional a jóvenes de comunidades barriales o nativas; intervenciones en trabajo colaborativo con Ong's que planteen demandas puntuales, intervenciones con docentes de nivel medio y superior interesados en formar a sus

estudiantes para el trabajo en comunidad, entre otros.

La lista de posibles situaciones que demanden intervención psicopedagógica en comunidad o vinculada a un trabajo con ella puede ser tan extensa como complejo sea el contexto y lucida la perspectiva con que se lo contempla.

En este sentido consideramos que el ámbito de la intervención psicopedagógica en comunidad no cesará de ampliarse y complejizarse en los próximos años atendiendo significativamente a las realidades en las que emergen los problemas y con ello explicaciones cada vez más contextuales del desarrollo y del aprendizaje que ofrecemos las psicopedagogas y psicopedagogos. En este sentido evoluciona la psicopedagogía reconceptualizándose, recreándose y “*aggiornándose*” a la actualidad de su objeto con un enfoque comunitario de intervención.

✓ *Las estrategias de intervención en comunidad* pueden ser múltiples dado que generalmente responden a los marcos conceptuales subyacentes al psicopedagogo. Atendiendo a ello se puede acudir a un amplio espectro de técnicas y estrategias como entrevistas individuales, colectivas, coordinación y trabajo en equipos interdisciplinarios, grupos terapéuticos, grupos operativos, grupos focales, grupos de debate y discusión, grupos de aprendizaje, talleres educativos, técnicas de dramatización como juego de roles, técnicas proyectivas, lluvia de ideas, técnicas de codificación-decodificación de imágenes, entre otras. En este escenario la creatividad en la utilización de recursos, técnicas y estrategias es fundamental para enriquecer la intervención.

✓ En cuanto a los *marcos conceptuales subyacentes* a las intervenciones psicopedagógicas con enfoque comunitario se pueden considerar los contemplados en las disciplinas de: la pedagogía social crítica, la didáctica contextualizada, la sociología de la educación, la sociología de la salud, la psicología comunitaria, la psicología sanitaria, la psicología educacional, los desarrollos de las neurociencias en relación a lo social comunitario, la antropología sociocultural, la antropología de lo barrial, la epistemología crítica, la salud comunitaria, la comunicación social, entre otras. Son planteos que pueden fundamentar, de manera individual o complementaria, enfoques de trabajo psicopedagógico con comunidades. Aquí también la creatividad en la recreación y reformulación de los planteos teóricos es fundamental para enriquecer la intervención.

En relación con ello, un abordaje psicopedagógico comunitario debe asumir la capacidad de interdisciplinar y considerar distintas

teorías, disciplinas y sus modalidades de intervención, implementándose de manera pragmática atendiendo con agudeza a la concordancia de las problemáticas que planteen las comunidades y las posibilidades resolutivas que ofrezcan dichas teorías, enfoques o perspectivas.

Esto no significa subsumirse en un eclecticismo superficial sino que refiere a la habilidad del psicopedagogo de interpretar los problemas y emplear la perspectiva conceptual adecuada a su resolución, dejando de lado prejuicios conceptuales así como ajustes forzados entre problemáticas y tipos de abordaje que nada tienen que ver con la situación planteada.

Así por ejemplo, el psicoanálisis será una perspectiva adecuada si lo que se pretende es intervenir con madres en situación de aprendizaje de la maternidad, vínculo con el bebe, crianza, o bien, las neurociencias serán pertinentes cuando se quiera promover el neurodesarrollo infantil a través de un trabajo con madres y niños para estimular el desarrollo neurocognitivo en situaciones de pobreza extrema previniendo futuras dificultades de aprendizaje así como fracaso o deserción escolar, o bien la pedagogía crítica y dialógica cuando lo que se pretenda sea promover aprendizajes que generen el paso de un nivel de conocimiento ingenuo acerca de temas, necesidades o problemas de la realidad de los vecinos a uno crítico reflexivo que les permita analizarla, desnaturalizarla para transformarla.

El objetivo de la psicopedagogía comunitaria radica en ofrecer nuevas formas de pensar, hacer y movilizar procesos de aprendizaje en la realidad en que vivimos reflexionando críticamente sobre cuestiones como: el control y el poder deben estar centrados en los sujetos de la comunidad, desarrollar fortalecimiento en las capacidades y recursos propios de las comunidades, fomentar el carácter participativo de la actividad comunitaria, promover la concientización crítica a partir de la identificación de necesidades y su posibilidad de transformación, potenciar el desarrollo de redes comunitarias para promover un trabajo organizado, rescatando el valor del aprendizaje como una herramienta central y necesaria para lograrlo.

¿Enfoque o modelo psicopedagógico comunitario?

Solé (1999) plantea que en la delimitación de los distintos modelos de intervención psicopedagógica pueden diferenciarse dos niveles: un nivel general concerniente al *enfoque* y un nivel específico vinculado a marcos de referencia denominado *modelo*.

Un *enfoque* de intervención implica tomar en consideración las características del contexto, en su

definición *permanece a un nivel general*. Para responder a los problemas que debe abordar necesita asumir una postura que permita identificarlos y buscar alternativas de solución. Esta concreción remite a marcos específicos de referencia a través de los cuales puede un psicopedagogo intervenir desde el enfoque escogido. Cuando se entra en dicha concreción se habla de *modelo*.

✓ Intervenir desde un *enfoque* supone una *primera opción* que se resuelve atendiendo a la capacidad de satisfacer las necesidades del contexto al que se dirige la intervención.

✓ Intervenir desde un *modelo* implica una *segunda opción* que remite a adoptar una determinada concepción como marco de referencia psicopedagógico.

Solé (1999) distingue entre modelo clínico, modelo educacional y *enfoque* comunitario. Esta autora parece reconocer que hasta el momento de su producción debía referirse a enfoque y no a modelo psicopedagógico comunitario dada la ausencia de marcos teóricos específicamente psicopedagógicos que contribuyan a definir, fundamentar y especializar sus intervenciones en comunidad.

En este sentido, el estudio de estas prácticas nos ha permitido advertir que, frecuentemente los psicopedagogos que han intervenido e intervienen en la comunidad lo hacen bajo la denominación de un enfoque comunitario y, lo más habitual es que se orienten tomando experiencias sistematizadas teóricamente desde disciplinas como la psicología comunitaria, la sociología, la educación popular, la salud comunitaria, desprovistos de marcos conceptuales propios que permitan definir y especificar un modelo psicopedagógico comunitario.

La dimensión ideológico-política de la intervención psicopedagógica en comunidad

El trabajo en comunidad supone aspectos ideológico-políticos asumidos por el psicopedagogo de la intervención atendiendo a su forma de concebir la realidad, su concepción de hombre y de mundo.

Estarán aquellos profesionales cuya visión ontológica implique considerar al hombre como ser inacabado, como ser de transformación del mundo y en este sentido todo tipo de intervención psicopedagógica se erigirá como crítica y reflexiva, posibilitadora de la propia “descodificación” (Freire, 1989, p. 72) de la realidad de los sujetos para su transformación.

De manera opuesta estarán aquellos profesionales cuya concepción de hombre es la de un ser pasivo, de adaptación, de acomodación a la

realidad, como correlato sus intervenciones se efectuarán desde una perspectiva mantenedora de un “*statu quo*” cuyo rasgo fundamental será la segregación y selección orientada a conservar un orden social, promoviendo desde sus intervenciones la reproducción y adaptación desde una perspectiva psicopedagógica *no crítica*.

Atendiendo a lo planteado podría pensarse en la posibilidad de dos enfoques psicopedagógicos comunitarios: uno *no crítico o funcional* y otro *crítico-reflexivo*.

Este tipo de elecciones suponen que las actuaciones psicopedagógicas no son neutras sino que se hallan teñidas de marcos de interpretación, influidas por opciones ideológicas y políticas, condicionadas por los sistemas de valores que se sustentan, de ahí su carácter en permanente tensión (Solé, 1999).

La psicopedagogía emergente que asumimos es eminentemente progresista y supone una implicancia política en términos críticos, de reflexión y acción sobre la realidad para transformarla, en este sentido la intervención psicopedagógica es “*praxis*” (Freire, 1970, 1989).

En relación con este enfoque crítico, no abundan en psicopedagogía desarrollos sistematizados teóricamente desde esta perspectiva comunitaria, no obstante sí se advierten numerosas experiencias en el campo de la psicología comunitaria (Chinkes, Lapalma, & Nicenboim, 1991; De la Aldea, 1991; Montero, 2003, 2004, 2006; Prilleltensky, 2008; Saforcada, 2009; Saforcada & Sarriera, 2008, 2011; Winkler, 2008; Quintal de Freitas, 2008; Zambrano, 2008; Alfaro, Sánchez, & Zambrano, 2012), rama de la psicología que desde 1965 comienza una vasta producción de estudios, investigaciones y experiencias en esta línea y que en la actualidad operan como inspiradores de un devenir psicopedagógico comunitario que asume el compromiso de resguardar la especificidad de su objeto de estudio desde esa perspectiva (Juárez, 2008).

Atendiendo a ello, en lo que sigue desarrollaremos nuestra propuesta de un modelo psicopedagógico comunitario fundamentado en la pedagogía de Paulo Freire.

Un Modelo Psicopedagógico Comunitario: La Modalidad Investigativa Freireana como Intervención Psicopedagógica

“La finalidad última de la ciencia: conocer el mundo para vivir mejor en su vez se traduce en hacer ciencia aplicada cuyos efectos contribuyan a

producir él, lo cual a los cambios sociales deseados” (Montero, 2006, p. 127).

La perspectiva psicopedagógica comunitaria a la que apostamos asume el marco teórico-metodológico de la pedagogía de Paulo Freire.

Freire fue pedagogo brasileño y representante de una pedagogía progresista en América Latina, creador de una pedagogía crítica cuyo eje es una educación emancipadora que busca una práctica educativa liberadora mediante la alfabetización.

Considera que los contenidos como objetivos educativos y sus programas deben permitir al educando como ser social liberarse, formarse como persona, cambiar el mundo y establecer relaciones de reciprocidad con sus semejantes para que el hombre pueda satisfacer su necesidad de transformación social. Freire entiende al hombre como ser de relaciones con otros hombres, con la realidad, con el mundo, la naturaleza, con su propia persona y con la historia, que es condicionada, más no determinada, de ahí su posibilidad de captarla, para comprenderla y transformarla desde su reflexión-acción, por ello el hombre es un ser de praxis, creador de cultura y forjador de su historia a través de su quehacer que problematiza la realidad (Vogliotti & Juárez, 2012).

La crítica de Freire es a la teoría de la modernización neoliberal del capital humano, frente a esto él propone un proyecto pedagógico humano donde la educación, como acción cultural apunta a convertirse en una propuesta para la organización política de los oprimidos. En este sentido su respuesta y propuesta pedagógica es de carácter cultural y está encuadrada contemporáneamente dentro de las pedagogías progresistas.

El punto de partida de la psicopedagogía comunitaria que proponemos es una estrategia de intervención con modalidad investigativa, ésta implica la reconstrucción del método de post-alfabetización creado y utilizado por Freire en el marco de sus procesos de alfabetización.

Freire plantea inicialmente en su libro “*La educación como práctica de la libertad*” (1a ed. 1965) un *método crítico de alfabetización* cuya finalidad era la alfabetización de sujetos mediante la investigación de “*palabras generadoras*” lo que le permitía conocer las palabras típicas del pueblo para luego seleccionar aquellas de acuerdo a su riqueza fonética y/o dificultad, buscando la mejor palabra generadora atendiendo a su impacto sociocultural y desde allí definir un plan de alfabetización acorde a las comunidades.

Posteriormente en su libro “*Pedagogía del oprimido*” Freire (1970) plantea un *método para la post-alfabetización* destinado a una etapa posterior donde el procedimiento era la investigación de

“temas generadores” (Freire, 1970) en base a los cuáles se desarrollaría un plan de educación. Lo denomina investigación de los temas generadores, de la temática significativa o investigación temática, y la entiende como:

Una investigación en la cual se hace un esfuerzo común de toma de conciencia de la realidad... punto de partida del proceso educativo o de la acción cultural de carácter liberador.... Implica un proceso de búsqueda, de conocimiento, de creación, que exige de sus sujetos, que van descubriendo el encadenamiento de los temas significativos, la interpretación de los problemas.... La investigación temática es de carácter concientizador, se hace pedagógica y como toda educación auténtica se transforma en investigación del pensar. Desde la concepción problematizadora *investigación temática y educación, se tornan momentos de un mismo proceso....* La investigación temática tiene como sujetos... a los hombres del pueblo cuyo universo temático se busca encontrar. (Freire, 1970, pp. 132-239)

Atendiendo al estudio de esta perspectiva consideramos la potabilidad de recrear ésta estrategia metodológica freireana al campo de una psicopedagogía comunitaria dado que entendemos que para definir estrategias de intervención psicopedagógicas ajustadas a las comunidades necesitamos conocer, indagar e investigar sus temas, problemas, necesidades o prioridades; como una intervención inicial y prolongada que suponga un trabajo de base y permanencia antropológica con la comunidad, para posteriormente en virtud de los temas explícitos o implícitos emergentes de esos encuentros poder planificar un proyecto de intervención psicopedagógica crítico-reflexivo.

La intervención psicopedagógica en comunidad parte del objetivo de conocer a los hombres entendidos como sujetos cognoscentes que viven en una comunidad, al tiempo que busca conocer sus problemas, preocupaciones e intereses, para luego poder diseñar una intervención basada en una educación problematizadora que promoverá el paso de una “conciencia ingenua” (Freire, 1965, p. 101) o del sentido común respecto de los problemas en que están inmersos los sujetos a una *conciencia crítico-reflexiva* (Freire, 1965, 1989) que permita desnaturalizar los mismos.

Esta modalidad de intervención implica un proceso de búsqueda, de conocimiento, de creación, que exige al psicopedagogo, que se erige en investigador, y al equipo de profesionales o trabajadores con quienes se desempeña, el descubrimiento, encadenamiento e interpretación de

los temas significativos, los problemas y necesidades de una comunidad determinada.

Este modelo psicopedagógico comunitario está compuesto de etapas, si bien estas sugieren orden, no están determinadas de manera sucesiva ni lineal, sino que van interconectándose unas con otras de manera dialéctica durante todo el proceso. Estas etapas son recreadas del método de investigación de los temas generadores desarrollado por Freire en su libro *Pedagogía del Oprimido* (1970), y aquí las denominamos: 1) aproximación del psicopedagogo al área comunitaria, 2) análisis de los datos recogidos para la aprehensión de las contradicciones de la comunidad, 3) retorno del psicopedagogo al área para empezar los diálogos, 4) estudio de los hallazgos, 5) inicio de talleres de educación popular para problematizar los temas emergentes.

Primera etapa: Aproximación del psicopedagogo al área comunitaria

Para comenzar, el profesional junto a un equipo interdisciplinario – en caso de contar con uno – delimitan el área con la cual pretenden trabajar. La elección de la comunidad barrial⁴ puede estar condicionada por demandantes de la intervención, sean agentes internos o externos.

Seguidamente se aproximan a los vecinos, estableciendo conversaciones en las que explicaran las finalidades de la presencia en la comunidad, el por qué, el cómo y el para qué de la intervención que se pretende realizar.

El profesional observará de manera crítica, pero empática y comprensiva, las acciones, usos y costumbres de los sujetos de la comunidad.

Una vez que los vecinos acepten participar, se intentará estimular la presencia de un informante clave, cuyo rol será recolectar información y participar en la investigación a través de su experiencia.

En sus visitas el psicopedagogo irá registrando todo mediante un cuaderno de campo y grabaciones que le permitirán analizar las dimensiones que lo impactan de la realidad.

Luego de estas visitas se redactará un informe sobre la situación de la comunidad, cuyo contenido será debatido por el equipo y vecinos de la comunidad. Cuanto más se intercambien las

⁴ “La *comunidad* es un grupo humano en constante transformación que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social” (Montero, 2004, p. 207). Lo *barrial* refiere a la ubicación espacial en que se encuentra la comunidad, convivir en una determinada vecindad, en un cierto territorio, es una de las características comunes a todas las comunidades.

perspectivas, más se irá aproximando a los núcleos de las contradicciones en que ellos están envueltos.

Es fundamental que se estudie a qué nivel de percepción de las contradicciones se encuentran los vecinos, si están en un nivel de conciencia ingenuo, transitivo, o una conciencia crítica-reflexiva (Freire, 1970). Atendiendo a ello el propósito de la intervención sería promover, mediante talleres de reflexión, la promoción a aprendizajes críticos en relación a temas de interés comunitario.

Segunda etapa: Análisis de los datos recogidos para la aprehensión de las posibles contradicciones de los temas de la comunidad

En esta etapa se analizan los datos de la comunidad en un ámbito de reflexión adecuada. Los profesionales llegan a la comprensión crítica de las contradicciones que tiene la comunidad y escogerán algunas de ellas para elaborar codificaciones (Freire, 1970) para la problematización de estos temas.

Las codificaciones son representaciones de situaciones existenciales (Freire, 1970) cotidianas para los vecinos, pueden ser pintadas o fotografiadas y se constituyen en el objeto cognoscible mediador entre el psicopedagogo, el equipo y los sujetos participantes.

Tercera etapa: Retorno del psicopedagogo al área para empezar los diálogos en los talleres

El profesional vuelve a la comunidad para comenzar los diálogos con los vecinos. En la medida en que comienzan a funcionar estos grupos las discusiones van siendo grabadas, mientras el psicopedagogo se desempeña como coordinador que escucha y desafía a los vecinos para que problematicen su situación existencial en relación a la temática trabajada. Es aconsejable la presencia de un psicólogo y un sociólogo cuya tarea será la de registrar las reacciones significativas o poco significativas de los sujetos del grupo (Freire, 1970).

Cuarta etapa: Estudio sistemático de los hallazgos

En esta etapa el psicopedagogo estudia los descubrimientos emergentes de los análisis en los grupos. Escuchando las grabaciones y estudiando las notas en equipo se van arrojando los temas explícitos e implícitos de los grupos, los que serán clasificados en un cuadro que permita una visión central conforme a prioridades, necesidades y preocupaciones del área comunitaria.

Realizada esta delimitación se seleccionarán aquellos temas más significativos que se constituirán en unidades de aprendizaje (Freire, 1970), ello permitirá elaborar un proyecto educativo para trabajar en los talleres de educación popular.

Quinta etapa: Talleres de educación popular

Elaborado el programa en educación se confecciona el material didáctico con que se va a trabajar en los talleres, estos pueden ser fotografías, imágenes dibujadas o pintadas, diapositivas, filmas, carteles, canciones, videos, *power points*, películas o cortos breves, dramatizaciones sobre situaciones, lectura y discusión de artículos de revistas, diarios, capítulos de libros vinculados a los temas, entre otros procedimientos a los que seguirá la discusión de su contenido.

Seguidamente se iniciarán los talleres con la finalidad de devolver al grupo sus temas de manera sistematizada y ampliada. El psicopedagogo se desempeñará como educador popular cuya función será coordinar e intervenir brindando las informaciones solicitadas, propiciando las condiciones para promover el paso de una "conciencia ingenua de la realidad a una crítica reflexiva" (Freire, 1970) por parte de los participantes, empleando técnicas de problematización, formulación de interrogantes desnaturalizadores y reelaboración de la realidad, propiciando al mismo tiempo la dinámica del grupo.

Este modelo psicopedagógico comunitario parte de la convicción de que no se puede intervenir en la comunidad sin haber definido previamente la problemática que se pretende resolver si no es buscándola de manera dialógica con el grupo comunitario con el cual se quiere trabajar.

Dimensiones del modelo psicopedagógico comunitario

La propuesta de intervención psicopedagógica, que aquí planteamos, atiende al estudio de la propia cultura de las comunidades mediante la investigación de sus temáticas, para, a partir de ellas proponer una educación popular crítica y transformadora basada en aprendizajes dialógicos y participativos.

Este modelo psicopedagógico comunitario, está orientado a la participación popular, a rescatar el saber del pueblo teniendo en cuenta las alternativas de cada región, sus posibilidades, recursos e innovaciones para así poder planificar un plan de educación acorde a sus necesidades e intereses.

Las dimensiones que caracterizan a este modelo psicopedagógico comunitario son:

✓ *Dimensión epistemológica*, la psicopedagogía comunitaria se ubica en el paradigma metodológico de la investigación acción-participativa atendiendo a la recreación del método freireano de la investigación de la temática generadora (Freire, 1970), que asumimos como modalidad de intervención en la comunidad. Esta perspectiva supone que la relación entre el sujeto que conoce (psicopedagogo) y el sujeto/objeto que es conocido (participes de la comunidad) es dinámica. El vínculo con los sujetos cuya situación se busca conocer implica un carácter participativo en la producción de conocimiento. Al respecto Montero (2006) expresa:

Se trata... de una doble producción de saber, que parte de la historia y de las prácticas cognoscitivas de ambos tipos de agentes constructores de conocimiento, quienes, gracias al proceso de investigación compartido, participativo, se unen para producir una tercera forma de conocimiento que va a realimentar a ambas formas iniciales a la vez que generará un nuevo saber. (p.150)

✓ *Dimensión ontológica*, la psicopedagogía comunitaria concibe a la realidad como histórico-social, contradictoria, dinámica, cambiante y dialéctica, hecha por los hombres y mujeres. Éstos son sus sujetos de intervención, sujetos cognoscentes que en su relación con el mundo producen, reproducen, crean y recrean conocimiento al tiempo que construyen realidad y son construidos por ella. La realidad no es determinada, sino algo que puede ser transformado y que inscribe a los sujetos aprendientes en un permanente movimiento de búsqueda como seres inconclusos y conscientes de su inconclusión.

✓ *Dimensión ética*, la psicopedagogía comunitaria concentra mayor cantidad de sujetos a sus posibilidades de intervención (al considerar distintos grupos sociales y etarios) incluyendo así, diversidad, pluralidad y complejidad a su objeto de intervención. De esta manera se amplía su rango disciplinar e incorpora la vertiente indagadora que conlleva la investigación-acción, modificando el papel y las ocupaciones de los psicopedagogos hasta el momento. Ello supone una posición ética para desarrollar intervenciones e investigaciones activas y participativas, desde el respeto mutuo entre profesionales y grupos comunitarios.

✓ *Dimensión política*, la psicopedagogía comunitaria es esencialmente política, ello no implica responder a un determinado movimiento o

partido político, sino incorporar al pueblo al espacio público de la transformación social, buscando el fortalecimiento de sus capacidades. Como parte de este proceso se produce una nueva conciencia sobre la vida, sobre el entorno, sobre la sociedad y sobre las instituciones a través de las cuales se gobierna (Montero, 2004).

Ultima Reflexión

La condición necesaria, antecedente para situarse desde una psicopedagogía comunitaria es que los psicopedagogos y psicopedagogas sientan la necesidad de iniciar cambios, de innovar, de transformar la realidad. Esa sensación de que hace falta modificar algunos aspectos de la realidad en que los sujetos conocen y aprenden el mundo, es el escenario más genuino para trabajar desde la conjunción de unos propósitos y valores que propicien este modo de intervención.

Uno de esos sueños porqué luchar, sueño posible pero cuya concreción requiere coherencia, valor, tenacidad, sentido de justicia, fuerza para luchar, de todos y todas los que se entreguen a él, es el sueño de un mundo menos feo, en que disminuyan las desigualdades, en el que las discriminaciones de raza, sexo, de clase sean señales de vergüenza y no de afirmación orgullosa o de lamentación puramente engañosa. En el fondo es un sueño sin cuya realización la democracia de la que tanto se habla, sobre todo hoy, es una farsa. (Freire, 1992, p. 29)

Referencias

- Aguilera, S., & Sanmartino, P. (2007). *Las orientaciones ofrecidas por la carrera de Licenciatura en Psicopedagogía en la UNRC. Una mirada desde la perspectiva de los Estudiantes*. Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía. Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina.
- Aizcorbe, J., & Giuppone, A. C. (2010). *El trabajo psicopedagógico en la comunidad. Una aproximación a prácticas innovadoras*. Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía. Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina.
- Alfaro, J.; Sánchez, A., & Zambrano, A. (2012). *Psicología Comunitaria y políticas sociales. Reflexiones y experiencias*. Buenos Aires: Paidós.

- Álvarez Rojo, V. (2002). *Diseño y evaluación de Programas*. Madrid: Editorial EOS. Recuperado em 18 de novembro, 2011, de: <http://pspcomunitaria.wordpress.com/documentos-descargables/>
- Antelo, E. (2006). *Psicopedagogía Forense. II Jornadas de Práctica Psicopedagógica*. Universidad Nacional de Río Cuarto. Río Cuarto: Argentina.
- Antelo, E. (2010). *Psicopedagogía social y Forense*. Recuperado em 18 de novembro, 2011, de: <http://ebookbrowse.com/programa-curso-psicopedagogia-social-y-forense-doc-d22206145>
- Baña Castro, M; Salcinez Martínez, M; Álvarez Romalde, P; & Fernández Rego, E. (2000). La Intervención Psicopedagógica socio-comunitaria en un Centro Educativo de Secundaria del Distrito V. Actas (Comunicacións e Posters). *V Congreso Galego-Portugués de Psicopedagogía*, 4(6), 565-571. Recuperado em 18 de novembro, 2011, de: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6755/1/RGP_6-74.pdf
- Chinkes, S.; Lapalma, A.; & Nicenboim, E. (1991). Psicología comunitaria en Argentina. Reconstrucción de redes e información de una práctica psicosocial. Argentina: *Contextos Grupales*, 1(1), 35-66, Editorial Gabas.
- De La Aldea, E. (1991). El trabajo comunitario, una propuesta, un desafío. Barcelona: *Quaderns de serveis socials*, 1.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI. (1a ed. en castellano). Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (1965). *Educación como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Siglo XXI. (1a ed. en castellano). Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (1989). *La naturaleza política de la educación. Cultura poder y liberación*. (1a ed. en castellano). Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza*. (1a ed. en castellano). México: Siglo XXI.
- Juárez, M. P. (2008). Community psychology: an answer to the new fields of psychopedagogy work. *2º International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities* (p. 150). Lisboa, Portugal.
- Matteoda, M. C. (1998). Consideraciones acerca de la práctica, la formación y la investigación psicopedagógica. *Contextos de Educación*, 1(1), 112-121, Río Cuarto: EFUNARC.
- Monereo, F., & Solé, I. (1996). *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista*. Buenos Aires: Alianza.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Prilleltensky, I. (2008). What values and psychology can do for the is-ought conundrum. En *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities* (p. 80). Lisboa, Portugal.
- Quintal de Freitas, M. F. (2008). Community and external agents: challenges and paradoxes in the latin-american social community psychology perspective. En *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities* (p. 57). Lisboa, Portugal.
- Saforcada, E., & Sarriera, J. (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E., & Sarriera, J. (2011). *Esbozos históricos de aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur*. Buenos Aires: Koyatun.
- Saforcada, E. (2009). *Psicología Comunitaria, el enfoque ecológico-contextualista de James Kelly*. Buenos Aires: Koyatun.
- Saforcada, E., De Lellis, M., & Mozobancyk, Z. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.

Juárez, M. P. Aproximaciones a una Psicopedagogía Comunitaria: reflexiones, aportes y desafíos

- Solé, I. (1999). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Barcelona: ICE-Horsori.
- Valle, M., & Jakob, I. (2009). *Aprender a ser estudiante universitario. Aprender a ser psicopedagogo*. Comité Editor Facultad de Ciencias Humanas. UNRC. Río Cuarto.
- Visca, J. (1997). Ámbitos de la psicopedagogía. In R. Boggio, et al. *Perspectivas teóricas en torno al aprendizaje*. (Paginação irregular). Santa Fe: Paideia.
- Vogliotti, A., & Juárez, M. P. (2012). *Glosario Freireano. Significados para comprender y recrear la teoría de Paulo Freire*. Jorge Sarmiento Editor: Córdoba.
- Winkler, M. I. (2008). Género y ética en Psicología Comunitaria: aportes feministas. En *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities* (p. 81). Lisboa, Portugal.
- Zambrano, A. (2008). Desarrollo Comunitario e intervención psicosocial comunitaria: énfasis, criterios y posibilidades. En *International Conference on Community Psychology. Building Participative, Empowering & Diverse Communities* (p. 68). Lisboa, Portugal.

Recebido: 17/04/2012
Revisado: 15/10/2012
Aprovado: 17/10/2012

Melo, W. As regiões de fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre saúde e cultura

As Regiões de Fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre Saúde e Cultura

Regions of Boundaries in Artaud Space: Articulations between Health and Culture

Walter Melo¹

Resumo

O presente artigo aborda a inserção da companhia de teatro Os Nômades, organizada pelo Espaço Artaud, numa região de fronteiras entre os aspectos clínico, social e artístico, perfazendo uma articulação entre os campos da saúde e da cultura. Para tanto, são analisados os modos de organização do espaço, a partir da noção de instituição total de Erwin Goffman e de território de Milton Santos.

Palavras-chave: saúde; saúde mental; cultura; instituição total; território.

Abstract

This article approaches the integration of the theater company “The Nomads”, organized by “Espaço Artaud”, in a region of boundaries between the clinical, social and artistic aspects, making a link between the fields of health and culture. For that, we analyze the forms of organization of space, from the concept of total institution by Erwin Goffman and of territory by Milton Santos.

Keywords: health; mental health; culture; total institution; territory.

¹ Psicólogo, Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Doutor em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rede Saúde e Cultura/ Secretaria de Cultura do Estado de Minas Gerais, Espaço Terapêutico Antonin Artaud/RJ. Endereço para correspondência: NEPIS - Praça Dom Helvécio, 74, Fábricas, São João del-Rei, MG, CEP: 36.301-160. Endereço eletrônico: wmelojr@gmail.com

Introdução

O Espaço Artaud² faz uma homenagem ao poeta e teatrólogo francês que por vários anos esteve internado em instituições psiquiátricas. Antonin Artaud (1896-1948) participou ativamente de movimentos artísticos, principalmente no cinema e no teatro. Entre 1924 e 1926, aderiu ao Movimento Surrealista e, após a ruptura, fundou a companhia de Teatro Alfred Jarry. Assim, entre 1927 e 1930, montou quatro espetáculos que apresentavam novas concepções teatrais. Os temas encenados e, principalmente, a maneira de representação causavam estranheza no público e na crítica especializada dada sua interação com a plateia, colocando-o na vanguarda teatral de sua época.

A partir de 1937 até sua morte, Antonin Artaud foi forçado a abandonar os palcos, sendo internado em diversos asilos psiquiátricos na França, nos quais passou por longas séries de eletrochoque. O discurso empreendido por Artaud contra os métodos de tratamento de sua época repercutiu intensamente na obra de diversos psiquiatras, dentre eles Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia e, no Brasil, Nise da Silveira. Esta se tornou grande admiradora da obra de Artaud, que lhe serviu de relevante documento para que empreendesse as mudanças necessárias no ambiente dos hospitais psiquiátricos – tanto em relação à arquitetura que, ao contrário dos grandes hospitais, passa a ter as portas abertas, quanto aos métodos de tratamento, ao recusar o eletrochoque, a lobotomia e as doses massivas de tranquilizantes, adotando métodos não agressivos, ligados à expressão artística e a movimentos culturais.

O Espaço Artaud segue a tradição de trabalhar na intercessão entre saúde e cultura e, para tal, constitui sócios de diversas áreas profissionais, notadamente do campo da saúde mental e das artes. O Espaço Artaud possui, portanto, a finalidade de efetuar um trabalho que respeite a singularidade da pessoa que sofre de transtornos mentais, posicionando-se contra qualquer tipo de método

coercitivo. Para tal, utiliza recursos artísticos, como o teatro.

As novas propostas de assistência à saúde mental constituem um campo de trabalho bastante diversificado, tendo como paradigma a *atenção psicossocial*. Esse enfoque ganhou destaque em âmbito nacional a partir das discussões suscitadas pela chamada Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216, de 2001) que regulamenta a desativação progressiva de leitos psiquiátricos e sua substituição por atendimentos que não desvinculem o sujeito em tratamento de seus laços sociais e familiares. Os trabalhos atualmente em curso estão pautados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Contudo, alguns enfatizam as ações sociais, priorizando questões relativas ao lazer e ao trabalho, e outros centralizam suas ações em abordagens clínicas, calcadas em atividades expressivas. Os dois posicionamentos se estabelecem de maneira complementar, apesar de ainda revelarem uma fragmentação que possibilita a emergência de um novo modo de abordar as questões relativas ao campo da atenção psicossocial.

Nesse sentido, a proposta do Espaço Artaud é de desenvolver suas atividades em regiões de fronteiras entre o trabalho clínico, social e artístico, ultrapassando a cisão que se apresenta no campo da saúde mental contemporâneo. O modelo norteador é a produção de um arcabouço prático-conceitual flexível que possibilite o trabalho de integração desses campos complementares da atenção psicossocial.

O Manicômio como uma Totalidade Totalitária

A história da psiquiatria no Brasil demonstra como, de maneira predominante, a configuração de práticas no campo da saúde mental foi estruturada em grandes espaços com numerosa concentração de internos. A construção de grandes asilos se espalhou por todo o território nacional, possibilitando que muitos internos fossem administrados por poucos profissionais. Os asilos psiquiátricos tornaram-se os exemplos mais patentes de uma *instituição total* (Goffman, 2003): locais com grande número de pessoas na mesma situação, separadas da sociedade por um considerável período de tempo, levando uma vida fechada e totalmente administrada. Nas instituições totais, o espaço da exclusão aparece bem demarcado, seja pelas portas fechadas, seja pelas paredes altas e, como consequência, no seu interior, toda a vida de seus moradores se dá num mesmo espaço, no qual todos os atos são submetidos a uma única autoridade

² O Espaço Artaud foi fundado, no Rio de Janeiro, no dia 20 de maio de 2003, por Walter Melo (psicólogo) e Maria de Jesus Travassos (artista plástica), com o objetivo de trabalhar numa região de fronteiras entre a terapêutica, a reabilitação psicossocial e as artes. As principais atividades desenvolvidas pelo Espaço Artaud são as seguintes: companhia de teatro *Os Nômades*; organização de seminários e cursos; edição de livros. A importância do Espaço Artaud para o campo da saúde mental pode ser evidenciada pelo trabalho de reinserção social de participantes das atividades desenvolvidas, assim como pelos prêmios concedidos pelo Ministério da Cultura. Para maiores informações, consultar: <http://espaco-antoninartaud.blogspot.com.br>

que deve ser obedecida. Nesse caso, mesmo que a obediência não seja consentida, trata-se de uma resposta ao caráter de inutilidade que é imposto tanto aos oprimidos quanto aos opressores que convivem dentro do asilo. A nulidade das ações propicia que qualquer ato possa ser praticado.

As práticas atualmente em curso no campo da saúde mental pretendem a superação desse modelo. Para tal, foram criadas diversas instituições, com modos diferenciados de composição de equipe e de funcionamento, ou seja, num primeiro momento, havia total liberdade para se criar novas instituições, em qualquer molde.

Mas uma instituição não nasce no vácuo e, como observa Goffman (2003), todas as instituições tendem ao fechamento. No entanto, podemos observar que o processo de institucionalização do Espaço Artaud segue um caminho contrário ao apontado por Goffman, pois suas ações iniciais evidenciam um caráter de abertura. Nesse sentido, optou-se pela utilização de recursos artísticos, levando em conta a trajetória profissional de diversos integrantes. Mas qual seria o objetivo de tais atividades? Teriam função terapêutica, de reabilitação psicossocial ou artística? Optamos por não definir o objetivo *a priori*, colocando-nos numa região de fronteiras. Esse mesmo caráter de abertura pode ser evidenciado no fato de não termos uma sede. Chegamos à conclusão que poderíamos tirar partido dessa dificuldade (dificuldade, mas não impedimento): para cada atividade criada teríamos que contar com parcerias. Apesar de termos uma artista plástica na equipe, com larga experiência no campo da saúde mental, pensamos em iniciar os trabalhos com uma atividade que pudesse unir várias artes: foi criada, então, uma companhia de teatro. Outro aspecto que nos mostra o caráter de abertura encontra-se no nome Espaço Artaud, assim como de sua companhia de teatro: Os Nômades.

No entanto, não podemos ser ingênuos. Mesmo com todo esse caráter de abertura apresentado, o Espaço Artaud passou a ter certas características, abandonando outras e, sempre que criamos um novo dispositivo, corremos o risco de engessá-lo em formas rígidas e em noções dogmáticas. Essa característica das instituições, por mais abertas que sejam, pode ser observada em suas diretrizes de trabalho, nos fundamentos teóricos, nos dispositivos criados, no modelo organizacional, na configuração da equipe, nos agenciamentos, ou seja, mesmo as instituições abertas e que se querem abertas já nascem com a marca da tendência ao fechamento e, com o passar dos anos, estabelecem modos típicos de procedimentos que, cada vez mais, fecham as possibilidades de trabalho, criando intolerâncias ao perder as características experimentais que apresentavam. Para tanto, em

muito contribuem as disputas de poder que surgem e os dogmatismos conceituais. No jogo de forças que se estabelece entre a abertura de uma obra (Eco, 2005) e os seus limites interpretativos (Eco, 2004), os últimos ganham e os limites se tornam cada vez mais estreitos³. Luiz Cerqueira (1984), um dos ícones da Reforma Psiquiátrica brasileira, afirma que viu, assim, muitos trabalhos interessantes se perderem pelo caminho.

Se não criarmos mecanismos de reflexão sobre a tendência ao fechamento e suas insidiosas formas, podemos nos ver, rapidamente, reproduzindo em gestos, ações e enunciados, exatamente o que esperávamos combater. Criamos, assim, totalidades que se querem lisas, redondas, perfeitas e ingenuamente sem interferências. Essas totalidades tornam-se, enfim, totalitárias (Neves, 1988). A sujeição institucional às normas e procedimentos padrões, assim como aos fundamentalismos conceituais exerce uma força centrípeta⁴.

No mesmo período em que Erving Goffman se encontrava no Hospital St. Elizabeths, nos Estados Unidos, fazendo as observações para conceituar a instituição total, Nise da Silveira fundava, em 1956, a Casa das Palmeiras⁵. Esse local congrega as atividades expressivas, a função terapêutica do afeto e a liberdade. Esse pequeno espaço funciona com as portas abertas e, em sua simplicidade, subverte completamente as características apresentadas pelas instituições totais: em lugar de grandes espaços físicos, uma pequena casa; em lugar dos muros altos e dos arames farpados, portas e janelas abertas; em lugar do abandono, o afeto; em lugar dos métodos agressivos, atividades expressivas; em lugar de poucas pessoas administrando muitos internos, terapeutas atentos aos desdobramentos intrapsíquicos; em lugar da segregação, a reabilitação psicossocial; em lugar da

³ Apesar de os livros de Umberto Eco se referirem, preferencialmente, ao âmbito das artes, não se restringem a ele. O próprio Eco afirma que suas ideias podem indicar caminhos a serem seguidos por quem, de outras áreas do conhecimento, queira estipular “semelhante operação” (Eco, 2005, p. 31). Dessa maneira, podemos trazer para nosso contexto institucional (metodológico e conceitual) os procedimentos utilizados por Eco no campo das artes e que são, segundo o próprio autor, intercambiáveis com as ciências.

⁴ Lula Wanderley (2002) e Edmar Oliveira (2009) afirmam que a enfermaria de um hospital psiquiátrico exerce uma força centrípeta que possui no leito o seu centro. As novas propostas que surgiram a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica deveriam, portanto, reverter esse movimento.

⁵ A Casa das Palmeiras é uma instituição sem fins lucrativos, fundada no Rio de Janeiro no dia 23 de dezembro de 1956, por Nise da Silveira (psiquiatra), Maria Stella Braga (psiquiatra), Belah Paes Leme (cenógrafa) e Lygia Loureiro da Cruz (assistente social), para tentar evitar o recorrente problema das reinternações psiquiátricas (Silveira, 1986, 1992; Melo, 2001, 2005a, 2011a).

mortificação do eu, verdadeiros processos de renascimento.

A Casa das Palmeiras foi criada como um *projeto piloto* (Silveira, 1986, 1992), com a intenção de mostrar a viabilidade de oferecer tratamento com inserção no campo social mais amplo. As portas da Casa das Palmeiras estão, invariavelmente, abertas.

Essa proposta de ruptura em relação ao modelo centrado no hospital psiquiátrico foi levada ao campo da saúde pública no momento da abertura política no país. Em 1987, foi fundado, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira (Goldberg, 1989; 1994; 1996). Era necessário, no entanto, o respaldo jurídico para esse tipo de ação. Em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei 3.657. Esse projeto somente foi aprovado em 2001. A chamada Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) vai apontar um *vetor comunitário* para as ações no campo da saúde mental. Em 2002, foi editada a Portaria Ministerial 336 que veio corroborar a Lei 10.216 e estabelecer o CAPS como dispositivo privilegiado de tratamento.

Atualmente, existem mais de 1.500 CAPS em todo o país. Será que é possível fazer com que a tendência ao fechamento, apresentada por Goffman como característica de toda instituição, não venha a adquirir efeitos dramáticos em nossos serviços de portas abertas?

CAPS como serviço territorializado: o que fazer a partir desse lugar?

O Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) se organiza de diversas maneiras: através de instrumentos legais, da criação de novos serviços, a partir da luta política e por meio de intervenções culturais. Essas instâncias são complementares e devem produzir trocas permanentes entre si. Para tal, o campo de atuação privilegiado é a cidade. A abertura dos CAPS em direção à cidade pode se constituir como estratégia básica, como uma tendência que não se encontra na natureza, mas que se conquista através do labor diário e que necessita ser reconquistada cotidianamente.

Como podemos observar, as instituições totais não se definem somente por seus aspectos físicos, sendo esses apenas os mais aparentes. A partir da criação dos serviços substitutivos ao manicômio, a tarefa dos integrantes do MLA foi imensamente ampliada, pois as práticas e os enunciados manicomialmente podem estar presentes não apenas nos manicômios remanescentes, mas no cotidiano de nossos serviços de portas abertas.

As práticas manicomialmente podem surgir de diversas formas: num determinado CAPS, podem

existir pessoas perambulando com aspecto sonambúlico, reproduzindo características típicas dos pátios dos hospitais psiquiátricos; a vigilância pode ser constante; o saber psiquiátrico pode, ainda, ser preponderante; a clínica e a reabilitação psicossocial podem estar completamente dissociadas, criando dogmatismos conceituais ou imposição de se estabelecer contato social; pode não ocorrer nenhum tipo de troca entre os membros da equipe; a participação dos usuários pode ser apenas como pessoas em tratamento; pode não existir nenhuma espécie de apoio à família, sobrecarregando-a; os trabalhos entre a equipe do CAPS e da Estratégia Saúde da Família (ESF) podem ser incipientes ou mesmo inexistentes; a noção de saúde que permeia as práticas diárias pode ser bastante limitada, restringindo-se à tentativa de remoção dos sintomas⁶.

Vários fatores podem contribuir para a manutenção da lógica manicomial nos serviços substitutivos. Desde a formação universitária (que enfatiza, por exemplo, aspectos biológicos na medicina e a clínica privada na psicologia) até a desorganização administrativa de alguns municípios. Escolhemos, no entanto, abordar esse assunto a partir da relação, não contraditória, mas que pode ser ambígua, entre a concepção de ambulatório e o conceito de território.

De acordo com a Portaria Ministerial 336/02, em seu artigo primeiro, segundo parágrafo, o CAPS é um serviço ambulatorial que deve funcionar a partir da *lógica do território*. Os ambulatórios surgiram no campo da saúde mental no Brasil antes dos CAPS e passaram a fazer parte de um sistema hierarquizado de serviços de saúde mental, centrado no hospital psiquiátrico. Dessa forma, tínhamos serviços escalonados, perfazendo o circuito *emergência-internação-ambulatório-internação* (Delgado, 1999). Essa tentativa geralmente frustrada de evitar as internações psiquiátricas era, em verdade, complementar a elas. A intervenção ambulatorial se dava através de consultas regulares, pautadas no modelo clínico e na configuração de uma equipe multidisciplinar (Vasconcelos, 1997). A prática cotidiana num clássico ambulatório era de marcar consultas com profissionais de áreas específicas. A mesma pessoa poderia se tratar com profissionais de mais de uma área. No entanto, a troca de informações entre os membros da equipe se dava de maneira muito superficial. A noção de território daí advinda é a de área distrital, ou seja, um recorte da cidade ou de um grande bairro que

⁶ Poderíamos ampliar a lista, mas cremos que o número apresentado de possíveis mazelas já é suficiente. Em nossas práticas não-manicomialmente, devemos estar constantemente atentos para não sermos autores e vítimas de práticas carcerárias concretas ou do encarceramento da desrazão (Pelbart, 1990).

teria seus moradores referenciados a determinado ambulatório.

Em contraposição, os CAPS devem se estabelecer como serviços substitutivos ao manicômio, ou seja, devem prescindir da internação psiquiátrica. O modelo assistencial passa a ser o da clínica, só que, agora, aliado à reabilitação psicossocial. O usuário também é atendido por profissionais de diversas áreas, mas a equipe passa a se constituir de maneira interdisciplinar, garantindo trocas de informações mais efetivas. Como consequência, a noção de território ultrapassa a simples regionalização em áreas de referência. Portanto, além da forma, o território é constituído por objetos, informações e ações, em âmbitos econômicos, sociais e culturais. O território passa a ser concebido como espaço utilizado (Santos, 2005).

É claro que o CAPS também se constitui como referência para o atendimento da população de uma determinada área geográfica. Mas não se restringe a isso. O CAPS não pode ter um funcionamento idêntico ao dos antigos ambulatórios, pois se configura como um dispositivo complexo, no qual a função ambulatorial pode ser exercida em meio a outras funções. Dessa maneira, evitaríamos a hierarquização do cuidado em saúde mental e poderíamos pensar o CAPS como “estratégia de uma rede de atendimento psicossocial baseada no território” (Delgado, 1999, p. 118).

Mesmo que o CAPS seja definido como um serviço ambulatorial, não significa que, por hábito de práticas historicamente constituídas, os profissionais que ali atuam devam ficar esperando o usuário ir ao CAPS apenas para buscar auxílio terapêutico de profissionais de campos segmentados do saber: os CAPS “fazem parte de uma rede de atendimento psicossocial cuja existência se justifica pelo desejo e empenho em substituir, com vantagens éticas e clínicas, o circuito emergência-internação-ambulatório. Para tal tipo de serviço, a demanda está no território” (Delgado, 1999, p. 116). Portanto, no caso do CAPS, a ênfase deve ser dada não na parte da definição que diz ser ele um serviço ambulatorial (pois é mais que isso), mas no argumento de que ele deve seguir a *lógica do território*:

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família,

suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (Ministério da Saúde, 2004, p. 11)

A concepção de território aqui explicitada possibilita que os frequentadores do CAPS (profissionais, usuários e familiares) sejam colocados em contato direto com a vida de uma cidade. Dessa maneira, são ampliadas a noção de saúde e as possibilidades de trabalho. A pergunta que deve nortear as propostas desenvolvidas no CAPS é: o que fazer a partir desse lugar?

Seguindo as observações apresentadas acima, fica claro que a idéia de regionalização é extremamente importante, pois possibilita o trabalho a partir da lógica territorial, mas não a determina. De acordo com Pedro Gabriel Delgado (1999), existe uma incompatibilidade entre a hierarquização dos cuidados em saúde mental e a lógica territorial. Daí podermos pensar que, além da área geográfica, devem-se levar em consideração os aspectos econômicos, sociais e culturais.

A relação entre o CAPS e a cidade deve ser pensada cotidianamente pelos seus frequentadores. Caso contrário, são facilmente reproduzidas práticas de isolamento. E o isolamento, como já vimos, leva ao acúmulo de corpos pelo espaço e à repetição infinita de gestos, que instauram espacialidades segmentadas e um sistema acrônico. Os espaços não podem funcionar como “uma simples tela de fundo inerte e neutro” (Santos, 2005, p. 31). Devem ser vitalizados por temporalidades múltiplas: o espaço como “acumulação de tempos” (p. 63). A possibilidade de um *espaço aberto ao tempo* (Wanderley, 2002) cria fluxos e acasos que não podem mais ser determinados pela inércia ou pela burocracia institucional. Redefinindo os espaços, abrindo-os aos fluxos temporais, começamos a perceber trocas afetivas e trocas materiais, antes impensadas. O espaço inerte, capenga, modorrento, passa a ser um espaço de uso, um espaço humano. Nas palavras de Milton Santos: um *território*.

O território se caracteriza por ser uma “arena de oposição” (Santos, 2005, p. 143), na qual se contrapõem a lógica do mercado e a sociedade civil, a informação e a comunicação, a ordem global (externa ao cotidiano) e a ordem local (na escala do cotidiano). Em cada lugar ocorre uma convivência dialética entre a razão global (que tenta criar coesão através de técnicas e normas operacionais que se impõem de modo vertical) e a razão local (que tenta criar coesão através de ações

e comunicação com a vizinhança, ou seja, criando normas locais de modo horizontal): “Essa dialética se afirma mediante um controle ‘local’ da parcela ‘técnica’ da produção e um controle remoto da parcela política da produção” (p. 141).

No momento de abertura política no país, tínhamos um quadro sinistro que se impunha ao campo da saúde mental, com grandes hospitais e clínicas particulares financiadas com dinheiro público, gerando a situação perversa de se internar o maior número de pessoas pelo maior tempo possível (de preferência para sempre), garantindo o lucro. A *indústria da loucura* foi, sem dúvida, um comércio bastante lucrativo:

Na união vertical, os vetores de modernização são entrópicos. Eles trazem desordem às regiões onde se instalam porque a ordem que criam é em seu próprio, exclusivo e egoístico benefício. Se aumenta a coesão horizontal, isso se dá a serviço do mercado, mas tende a corroer a coesão horizontal que está a serviço da sociedade civil como um todo. (Santos, 2005, p. 144)

Dessa maneira, a lógica do mercado e as técnicas de exclusão social se impunham de maneira vertical. No entanto, ocorria a sobrevivência, mesmo que de maneira marginal, de alguns trabalhos contrários à lógica manicomial. Os trabalhos desenvolvidos, por exemplo, no Hospital São Pedro (RS), os de Nise da Silveira, no Museu de Imagens do Inconsciente e na Casa das Palmeiras (RJ), e os de Oswaldo dos Santos na Comunidade Terapêutica do Hospital Odilon Gallotti (RJ) (Melo, 2012) são respostas importantes e diversificadas que ampliam as possibilidades de uniões horizontais. Assim, “os lugares respondem ao mundo segundo os diversos modos de sua própria racionalidade” (Santos, 2005, p. 170).

Essas respostas próprias aos espaços locais instauram uma diversidade de serviços de saúde mental com o ponto em comum de se posicionarem de maneira contrária ao manicômio e ao encarceramento da desrazão. Surgem, então, centros de convivência, oficinas terapêuticas, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, casa das palmeiras, comunidades terapêuticas, espaço aberto ao tempo, centros regionais de saúde mental, serviços regionais de saúde mental, serviços comunitários... Cada um desses dispositivos leva em consideração formas, objetos e ações – econômicas, sociais e culturais – próprias da vizinhança: “o território habitado cria

novas sinergias e acaba por impor, ao mundo, uma revanche” (Santos, 2005, p. 138).

As mudanças implementadas a partir da Constituição Federal de 1988 permitem a organização de uma nova política de saúde mental. Desde então, muitas mudanças já ocorreram e a situação, hoje, é muito melhor. A criação dos CAPS foi essencial para a reversão do quadro que existia durante a ditadura militar. A atual perspectiva de se articular as ações do CAPS às da ESF (Silva, 2010), o principal dispositivo de articulação do Sistema Único de Saúde (SUS), abre, sem dúvida alguma, novas possibilidades de trabalho.

Não podemos, no entanto, escapar de um fato: a organização da política de saúde mental, principalmente a partir da Portaria Ministerial 336/02, impõe uma racionalidade vertical que pretende organizar todos os serviços espalhados pelo país. Essa racionalidade se contrapõe à razão horizontal de ações organicamente constituídas em determinada localidade. Assim, a diversidade de trabalhos antes existentes passa à categoria de CAPS (diferenciados em I, II e III, variando a população atendida e o número de profissionais envolvidos).

Um ano antes de a Portaria Ministerial 336/02 ser sancionada, Paulo Amarante e colaboradores (2001) escreveram um artigo no qual analisam e comparam o projeto elaborado pela Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo para o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira e um texto de apresentação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) da cidade de Santos/SP. A equipe de pesquisa de Paulo Amarante conclui que as duas propostas analisadas demonstram “uma riqueza de concepções e uma multiplicidade de estratégias no modelo assistencial psiquiátrico” (p. 56). Afirmando que as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92 garantiram a criação de novos serviços⁷, mas “produziram uma indesejável padronização das experiências” (p. 57). Essa padronização culminou com a Portaria Ministerial 336/02.

Devemos enfatizar que a implementação de uma política nacional de saúde mental é a consagração da ruptura do modelo anterior, centrado no hospital (manicomial). É claro que essa ordem deve chegar a cada município do país, garantindo a acessibilidade aos serviços de saúde mental, assim como a descentralização administrativa e de serviços: “as exigências novas da população em matéria de serviços públicos, sobretudo educação e saúde, criam as condições

⁷ A Portaria Ministerial 189/91 regulamenta, entre outros, os serviços prestados pelos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial e a 224/92 regulamenta a organização de diversos serviços de saúde mental, entre os quais os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial.

para uma mudança da estrutura espacial” (Santos, 2005, p. 91). É claro, também, que essa ordem não está mais a serviço do mercado, pois prevê a participação comunitária e a inserção dos usuários na cultura local.

O *vetor comunitário* aponta caminhos de abertura institucional. Se antes tínhamos a aglutinação de moradia, trabalho e lazer como uma das marcas distintivas das instituições totais, a chamada *reabilitação psicossocial* é “uma estratégia global” (Saraceno, 1996, p. 14) que implica uma mudança na política dos serviços e, essa mudança, envolve a todos os profissionais; além disso, parte de uma “exigência ética” (p. 13) de estabelecer um “poder de negociação” (p. 14) em três cenários distintos, mas que se cruzam: habitat, trabalho e rede social. No Brasil, de acordo com Ana Pitta (1999), essas três formas de se exercer o poder de contratualidade acontecem a partir da “sua absoluta indissociabilidade com a clínica” (p. 8).

Esse traço distintivo da Reabilitação Psicossocial no Brasil nos remete às transformações legais, à criação de novos dispositivos, a novas configurações das equipes, à participação de usuários e familiares, às residências terapêuticas, aos trabalhos de geração de renda e de economia solidária e às propostas culturais. Os trabalhos culturais no âmbito da saúde mental e que possuem uma perspectiva não-manicomial surgiram no Brasil, no final da década de 1920, com Osório César⁸, e ganharam novo impulso e referência fundamental no trabalho de Nise da Silveira⁹. Nos últimos anos, assistimos e participamos ativamente da proliferação de atividades culturais desenvolvidas por usuários e/ou a partir de serviços de saúde mental, notadamente CAPS.

Os Nômades e a Transformação em Curso

Em 2007, fomos convidados a participar da “Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social”¹⁰. Uma das

⁸ Para uma análise acerca da relação entre arte e saúde mental na obra de Osório Cesar podem ser consultados os seguintes textos: Cesar, 1929; 1934; 1949; Ferraz, 1998; Gotlib, 2003; Andrioli, 2003; 2006.

⁹ A relação entre arte e saúde mental no trabalho de Nise da Silveira pode ser consultada nas seguintes obras: Silveira, 1981; 1992; Pedrosa, 1968; 1980; 1995; 1996; Silva, 2006; 2007; 2011; Chan, 2007; Cruz Junior, 2009; Melo, 2001; 2004; 2005a; 2005b; 2007; 2009a; 2009b; 2010a; 2010b; 2011b.

¹⁰ Essa Oficina foi coordenada por Paulo Amarante, da FIOCRUZ, e por Ricardo Lima, da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural (SID/Ministério da Cultura – MinC) e recebeu o nome de “Loucos pela Diversidade: da diversidade da

propostas apresentadas no relatório final (Amarante & Lima, 2008) foi de “realizar levantamento e mapeamento nacional dos projetos culturais desenvolvidos na saúde mental e/ou que incluam pessoas com sofrimento psíquico” (p. 104). Elaboramos, então, a pesquisa “A Relação da Arte com o Campo da Saúde Mental”¹¹, que já mapeou mais de 150 trabalhos em todo país, com características e objetivos diversos. Essa diversidade cultural ganhou ainda mais visibilidade nos últimos anos, principalmente a partir da chamada Lei Paulo Delgado, de 2001. A referida lei não faz nenhuma menção a trabalhos que atuem na interface arte/saúde mental, mas aponta, em seu artigo segundo, parágrafo único, item nove, que o tratamento deve ocorrer, “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde”. Pensamos que essa direção de trabalho cria as condições necessárias e “implica em produzir novos coletivos para fora de si mesmo” (Merhy, 2007, p. 56).

Em 2009, foi criado o Prêmio Loucos pela Diversidade – Austregésilo Carrano, numa parceria da Fiocruz, com os Ministérios da Saúde e da Cultura. Foram premiados 55 trabalhos, entre eles a companhia de teatro Os Nômades, do Espaço Artaud, criada em outubro de 2003.

O Espaço Artaud se caracteriza por fomentar a cultura e o debate antimanicomial. A proposta é de trabalhar com diversos recursos que viabilizem a reabilitação psicossocial, promovendo cursos, palestras/seminários (Melo & Ferreira, 2011), desenvolvendo pesquisas e capacitação de pessoal, investindo constantemente no aprofundamento das discussões e provocando reflexões no âmbito da saúde mental. A proposta do Espaço Artaud apresenta uma contribuição inovadora, atuando numa região de fronteiras entre as dimensões clínica, social e artística, de modo a suscitar debates não excludentes nessas três áreas do conhecimento.

O Espaço Artaud criou a companhia de teatro Os Nômades agregando usuários e profissionais de diversos serviços de saúde mental que, juntos,

loucura à identidade cultural”, ocorrendo de 15 a 17 de agosto de 2007, na FIOCRUZ.

¹¹ O Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) iniciou essa pesquisa em março de 2009, sendo finalizada em julho de 2011. Nesse período, contamos com a colaboração dos seguintes alunos inscritos em programas de iniciação científica: Patrícia Fonseca de Oliveira (PIBIC/FAPEMIG); Joely Andrade (PIBIC/CNPq); Lisângelo Coimbra (PIIC/CNPq); Filipe de Mello Lopes (PIBIC/CNPq) e Maria Alice Silveira (PIIC/CNPq). Ao final da pesquisa, foram selecionados os 50 trabalhos com maior inserção no território para compor um catálogo em forma de livro. Outro produto da pesquisa será a criação de uma página na internet, contendo informações sobre todos os grupos que participaram do mapeamento. A vantagem do catálogo virtual é que novas informações e outros trabalhos poderão ser incluídos.

procuram dar sentido à proposta de reabilitação psicossocial. O plano de ação do Espaço Artaud é de efetuar a inclusão social de pessoas em tratamento no campo da saúde mental através de atividades culturais, buscando estimular a reflexão por meio de debates com profissionais do campo da saúde mental e de áreas afins. A partir das atividades culturais, o Espaço Artaud contribui para a reabilitação psicossocial por dois motivos fundamentais: o grupo é constituído tanto por pessoas que se tratam em serviços de saúde mental quanto por profissionais da área da saúde e artistas; os ensaios e as apresentações são efetuadas fora dos estreitos limites dos hospitais e clínicas psiquiátricas, alcançando objetivos que ultrapassam o passatempo, o diagnóstico e o tratamento, além de contribuir para o desenvolvimento de uma *cultura antimanicomial*. Nesse sentido, as atividades culturais são de suma importância, pois, através das apresentações do grupo de teatro Os Nômades são desconstruídas as idéias que geralmente se tem do chamado doente mental como incapaz:

Assim, a produção artística desse segmento que a cultura e a sociedade excluíram da cidadania cultural, vem sendo considerada um instrumento de mudança. Mudança que vai do sofrimento psíquico ao encorajamento criativo, do confinamento à emancipação, da exclusão ao aplauso. Sem deixar de lado o fato importante de que essa construção iniciada com a terapia ocupacional e a reabilitação psicossocial por meio do fazer artístico, inclui também a criação de uma nova cultura de olhar e de cuidar da loucura. (Mamberti, 2008, p. 25)

Desde o início das atividades, o grupo de teatro Os Nômades já montou dois espetáculos: *Ponto Cego* e *O Universo das Coisas*, ambos com texto de Júlia Spadaccini¹². Enquanto a primeira peça versa sobre *gente que vira coisa*, a segunda fala sobre *coisas que viram gente*. Podemos destacar algumas passagens de *Ponto Cego* em que a transformação das pessoas em objetos inanimados ou a proximidade da morte ficam evidentes:

- *Segunda cena*: um personagem fala diretamente ao público enquanto os outros formam imagens a partir de algumas palavras-chave; segue um trecho do texto: “Eu tenho um quase destruir (*imagem*) que faz parte de não escolher, um quase não sou que faz parte de não ser... um quase eu que seria se não fosse um quase intuir aquilo que eu quebraria diante de mim... uma unha e seu resquício de sujeira... uma dor dentro das mãos que atinge o que quase poderia ser antes de prever o que eu não sou... quando me libertar (*imagem*) é somente estar de acordo com o que eu seria se fosse um quase eu. Eu tenho vontade de quase ser, quase estar, quase andar, quase me mexer... Isso se não fosse eu, se fosse quase eu”;
- *Terceira cena*: surge, no canto do palco, um personagem que diz o seguinte texto: “Não estou fazendo absolutamente nada. Hoje eu não farei nada. Sou uma planta, um pó de armário. Deveria haver um estado permanente que uma vez sentido se perpetuasse por toda a vida, um estado puro. Um estado que suprimisse o peso das pequenas coisas, das coisas que se repetem, da morte de cada dia. Um estado padrão que a gente comprasse na farmácia da esquina. Por favor, o senhor pode me dar uma ampola de estado padrão?”;
- *Quarta cena*: um personagem entra com um espelho na mão e se dirige ao centro do palco; permanece de costas para a platéia, que o vê através do reflexo do espelho; cai no chão e o espelho percorre o seu corpo; outro personagem entra e retira o espelho das mãos do primeiro e, também de costas para a platéia, com o rosto refletido no espelho, diz o seguinte texto: “Vivo. Apesar de não saber de nada, e continuar no escuro até o último segundo. Às vezes, em qualquer lugar ajuízo de estar chegando ao fim, penso: Vou morrer aqui. Será que vou morrer aqui? Olho em volta do meu suposto último suspiro. Vou morrer entre desconhecidos. Vou morrer e deixei a casa toda bagunçada. Vou morrer sem ninguém ter me avisado pra passar batom ou pendurar brincos”;
- *Quarta cena (continuação)*: o primeiro personagem se levanta, pedindo atenção, enquanto os outros entram em cena, movimentando-se como robôs; um dos robôs sai de sua repetição de gestos e diz: “A televisão ligada... os vizinhos ligados... os porteiros ligados... os ponteiros e eu desligado... desligado como um relógio velho... eu desligado de mim”, para, em seguida, voltar aos movimentos de robô; outro personagem sai das repetições e diz: “Sou um atleta da vida

¹² O segundo texto contou com a colaboração de Renata Mizrahi.

contemporânea. Sou um moderno sem teto, do aluguel... corro do telefone sem fio ao laptop... o celular me esquenta o ouvido... um dia vai derreter, vai me derreter e já não se sabe mais quem é o homem e quem é a coisa... O que é sirene e o que é o grito... Tenho que me curar desse humano escondido”;

- *Quinta e sexta cenas*: o personagem que deu o grito na primeira cena, entra no palco correndo de um lado para o outro; pára no centro e fala sobre o desejo e a liberdade; vai se abaixando e, num sussurro, repete a palavra *berrasse*, até se deitar; os outros personagens entram em cena, dirigem-se ao que está deitado e o ajudam a se levantar.

Apesar de o texto da peça ter uma autora, o processo de criação é coletivo, pois, a partir dos ensaios semanais¹³, os temas surgem em improvisações que, gradativamente, formam um conjunto coerente de temas. Posteriormente, esses temas são transformados em textos que são reescritos até que todos aprovem a versão final. Os ensaios seguem, então, com a memorização do texto e as marcações de cena, até a estreia. Esse longo processo produz a confluência de arte, tratamento e reabilitação psicossocial:

Em nosso grupo de teatro, Os Nômades, e nas peças que nós produzimos, nós conseguimos mostrar como é a vida, o Universo, a Terra, e nós conseguimos influenciar as pessoas, principalmente através de coisas que às vezes elas não lembram, elas não sabem. O teatro é cultura e uma forma de persuadir, de salvar as pessoas, de ser feliz, também, de ser realizado. (Almir, citado por Spadaccini & Pantaleão, 2006)

Podemos afirmar que a participação no grupo de teatro Os Nômades mudou completamente a vida de algumas pessoas: o depoimento acima é de um dos ex-integrantes do grupo que, após a inserção na companhia de teatro, retomou o contato com a família (esposa e filhos) e foi morar com eles no Nordeste do país; outro ex-integrante passou no vestibular e, atualmente, está fazendo um curso universitário. Antes, a circulação dessas pessoas pela cidade se restringia ao percurso de suas moradias ao local de tratamento e, desse, novamente para casa. A partir da entrada n’Os

¹³ Os ensaios acontecem no Catsapá Escola de Musicais, ou seja, fora de qualquer instituição do campo da saúde mental. Durante os ensaios são trabalhadas técnicas de teatro, pela professora de teatro e diretora do grupo, Renata Cristian S. de Sá (2010; 2011), e técnicas corporais, pela professora de dança Maria Neiva.

Nômades essa circulação foi ampliada, fazendo com que sejam reconhecidos em outros espaços, ao mesmo tempo em que provocam a transformação desses espaços: “Quando a sociedade redistribui suas funções, ela altera, paralelamente, o conteúdo de todos os lugares” (Santos, 2005, p. 68).

As apresentações d’Os Nômades ocorrem em teatros, universidades, centros culturais e, eventualmente, em serviços de saúde mental. Dessa maneira, pessoas que, antes, eram qualificadas como usuários de serviços de saúde mental, passam a utilizar, também, outros lugares e, assim, ampliam seus territórios. O espaço utilizado pelo ser humano possibilita trocas afetivas, econômicas, sociais e culturais. O reconhecimento social desse trabalho pode ser evidenciado através de prêmios e apoios recebidos¹⁴, que garantem a continuidade do grupo. A segunda peça, *O Universo das Coisas*, nasceu a partir de um desses apoios.

Enquanto a peça *Ponto Cego* não possuía cenário, o figurino era quase todo preto e o texto dramático tratava de *gente que vira coisa*, a peça *O Universo das Coisas* possui características inversas, com cenário e figurino extremamente coloridos e texto cômico. No entanto, não temos contraposição temática, mas a apresentação do outro lado da moeda, pois o segundo espetáculo aborda *coisas que viram gente*:

- No palco, cinco televisões entediadas (Rosa, Revolucionário, 14’’, Moderna e Guru) estão no chão, lado a lado; a TV Rosa começa a chiar e a revirar os olhos; as TVs começam a dialogar e a TV Rosa está triste, pois foi trocada por um computador; depois de um longo diálogo entre as TVs, que demonstram diversos sentimentos, uma mulher entra em cena e fica maravilhada com as televisões, que fingem ser inanimadas; até que a mulher diz que são TVs antigas e a TV Rosa reclama, ofendida; o diálogo, agora se dá entre as TVs e a mulher, que entra no *universo das coisas*; daí em diante, a mulher dialoga com um apresentador de programa de auditório, com um apresentador de telejornal e com atores de um filme e, é claro, com as televisões.

Assim como o Espaço Artaud e sua companhia teatral, Os Nômades, diversos outros grupos que relacionam a arte e a saúde mental ganham espaços

¹⁴ Em 2007, Prêmio Cultura Viva (selo de qualidade concedido pelo Ministério da Cultura); de agosto de 2007 a julho de 2008, apoio da BrazilFoundation ao grupo de teatro Os Nômades; em 2009, Prêmio Loucos pela Diversidade – Austregésilo Carrano (Ministério da Cultura); em 2011, Menção Especial (seleção de 10 anos da BrazilFoundation) e Ponto de Cultura (Secretaria Estadual de Cultura do Rio de Janeiro).

que ultrapassam os estreitos limites dos serviços destinados a doentes mentais. A utilização de novos espaços por novos atores sociais provoca mudanças no território e nas pessoas. Apesar de todas as barreiras institucionais, a obra de Arthur Bispo do Rosário se afirma; contrariando as regras culturais estabelecidas, a obra de Osório Cesar se afirma; mesmo que o peso histórico circunde e tente abafar o poder criativo, o Museu de Imagens do Inconsciente se afirma. Dessa forma, os muros das instituições totais são transpostos, rachados, derrubados; surgem trabalhos que, cada vez mais, ganham espaços inesperados, desfazendo a lógica da exclusão, ao se afirmar a lógica territorial. E, assim, circulam pelas cidades Os Cancioneiros do IPUB; Harmonia Enlouquece; Sistema Nervoso Alterado; Os Impacientes; Trem Tam Tam; Tá Pirando, Pirado, Pirou; Loucura Suburbana; Pirei na Cenna; Ueinzz; Sapos e Afogados; Os Nômades:

Nos últimos tempos, a produção artística vem, assim, fortalecendo e valorizando a identidade e a diversidade, dentro do paradigma da inclusão, por meio de diferentes linguagens e abordagens, e contribuindo para a desconstrução de preconceitos, para a produção de sentidos, para a ampliação de territórios de circulação, conhecimento e vida. (Mamberti, 2008, p. 24)

Referências

- Amarante, P., Torre, E. H. G., Costa, J. A., Cruz, L. B., Caliman, L. V., Gomes, A.C. M. et al. (2001). *Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil*. In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo, & H. de B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil* (pp. 51-63). Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ.
- Amarante, P., & Lima, R. (Orgs.). (2008). *Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*. Relatório Final da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social. Rio de Janeiro: ENSP: FIOCRUZ.
- Andriolo, A. (2003). A "psicologia da arte" no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 74-81.
- Andriolo, A. (2006). O método comparativo na origem da psicologia da arte. *Psicologia USP*, 17(2), 43-57.
- Cesar, O. (1929). *A Expressão Artística nos Alienados*. São Paulo: Hospital de Juqueri.
- Cesar, O. (1934). *A Arte nos Loucos e Vanguardistas*. Rio de Janeiro: Flores e Mano.
- Cesar, O. (1949). *Simbolismo Místico nos Alienados*. São Paulo: Departamento de Cultura.
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Chan, G. T. (2007). *Emygdio de Barros: o poeta do espaço*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro.
- Cruz Junior, E. G. (2009). *O Museu de Imagens do Inconsciente: das coleções da loucura aos desafios contemporâneos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Museologia e Patrimônio, Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e Museu de Astronomia e Ciências Afins – MAST/MCT, UNIRIO/MAST, Rio de Janeiro.
- Delgado, P. G. (1999). Atendimento Psicossocial na Metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos IPUB (UFRJ)*, 14, 113-121.
- Eco, U. (2004). *Os Limites da Interpretação*. São Paulo: Perspectiva.
- Eco, U. (2005). *Obra Aberta*. São Paulo: Perspectiva.
- Ferraz, M. H. C. T. (1998). *Limites do Imprevisível*. São Paulo: Lemos.
- Goffman, E. (2003). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Goldberg, J. (1989). Centro de Atenção Psicossocial: uma estratégia. *Cadernos do NUPSO*, 2(3), 37-40.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/IFB.

Melo, W. As regiões de fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre saúde e cultura

- Goldberg, J. (1996). Reabilitação como Processo: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 33-47). São Paulo: HUCITEC.
- Gotlib, N. B. (2003). *Tarsila do Amaral: a modernista*. São Paulo: SENAC.
- Lei n. 10.216. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, p. 2.
- Mamberti, S. (2008). Mesa de Abertura. In P. Amarante & R. Lima, (Orgs.), *Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura* (pp.24-25). Relatório Final da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social. Rio de Janeiro: ENSP: FIOCRUZ.
- Melo, W. (2001). *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro/Brasília: Imago/CFP.
- Melo, W. (2004). O Social, o Mítico e o Místico, *Cinemais: memória, história e identidade*, 37, 9-77.
- Melo, W. (2005a). *Ninguém Vai Sozinho ao Paraíso: o percurso de Nise da Silveira na psiquiatria do Brasil*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro.
- Melo, W. (2005b). Nise da Silveira: memória e ficção na obra de Graciliano Ramos. *ADVIR*, 19, 139-144.
- Melo, W. (2007). Maceió é uma Cidade Mítica: o mito da origem em Nise da Silveira. *Psicologia USP*, 18(1), 101-124.
- Melo, W. (2009a). *O Terapeuta como Companheiro Mítico: ensaios de psicologia analítica*. Coleção Arte & Saúde Mental, 1. Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Melo, W. (2009b). Nise da Silveira e o Campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações, *Mnemosine*, 5(2), 30-52.
- Melo, W. (2010a). Nise da Silveira, Antonin Artaud e Rubens Corrêa: fronteiras da arte e da saúde mental. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2). 182-191.
- Melo, W. (2010b). Nise da Silveira, Fernando Diniz e Leon Hirszman: política, sociedade e arte. *Psicologia USP*, 21(3). 633-652.
- Melo, W. (2011a). *Casa das Palmeiras*. In A. M. Jacó-Vilela (Org.), *Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia do Brasil* (pp. 67-68). Rio de Janeiro/Brasília: Imago/CFP.
- Melo, W. (2011b). O Efeito Dominó: a relação entre a obra de Nise da Silveira e a arte concreta no Brasil. In W. Melo & A. P. Ferreira, (Orgs.), *A Sabedoria que a Gente Não Sabe* (pp. 79-94). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Melo, W. (2012). *Oswaldo dos Santos*. Rio de Janeiro: Fundação Miguel de Cervantes/Fundação Biblioteca Nacional.
- Melo, W., & Ferreira, A. P. (Orgs.). (2011). *A Sabedoria que a Gente Não Sabe*. Coleção Arte & Saúde Mental 2. Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Merhy, E. E. (2007). Os CAPS e seus Trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. In E.E. Merhy & H. Amaral (Orgs.), *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II* (pp. 55-66). Campinas: Aderaldo & Rothschild.
- Ministério da Saúde. (1991). *Portaria Ministerial 189*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1992). *Portaria Ministerial 224*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria Ministerial 336*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Neves, L. F. B. (1988). *As Máscaras da Totalidade Totalitária: memória e produção sociais*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Oliveira, E. (2009). *Ouvindo Vozes: histórias do hospício e lendas do Encantado*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.

- Pedrosa, M. (1968). Darcílio Lima. In O. Arantes, (Org.), *Mário Pedrosa* (pp. 239-240). São Paulo: EdUSP.
- Pedrosa, M. (Org.). (1980). *Museu de Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: FUNARTE/Instituto Nacional de Artes Plásticas.
- Pedrosa, M. (1995). O Novo MAM terá cinco Museus. É a proposta de Mário Pedrosa. In O. Arantes, (Org.), *Mário Pedrosa* (pp. 309-312). São Paulo: EdUSP.
- Pedrosa, M. (1996). Arte, Necessidade Vital. In O. Arantes, (Org.), *Mário Pedrosa: forma e percepção estética* (Vol. 2) (pp. 49-57). São Paulo: EdUSP.
- Pelbart, P. P. (1990). Manicômio Mental: a outra face da clausura. In A. Lancetti, *Saúde Loucura* (Vol. 2) (pp. 132-140). São Paulo: HUCITEC.
- Pitta, A. (1999). Apresentação. In B. Saraceno, *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (pp. 7-11). Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/IFB.
- Projeto de Lei n. 3.657*. (1989, 12 de setembro). Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. (Deputado Paulo Delgado, Projeto da Lei Antimanicomial). Brasília, DF: Câmara dos Deputados.
- Sá, R. C. S. (2010). Uma Experiência Teatral para uma Cultura Antimanicomial. In W. Melo, et al. (Orgs.), *Quando Acabar o Maluco Sou Eu* (pp. 129-136). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Sá, R. C. S. (2011). Relato de uma Experiência Nômade. In W. Melo & A. P. Ferreira, (Orgs.), *A Sabedoria que a Gente Não Sabe* (pp. 145-150). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Santos, M. (2005). *Da Totalidade ao Lugar*. São Paulo: EdUSP.
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: HUCITEC.
- Silva, J. O. M. P. (2006). *A psiquiatra e o artista: Nise da Silveira e Almir Mavignier encontram as imagens do inconsciente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas.
- Silva, J. O. M. P. (2007). A Cientista e o Artista: Nise da Silveira e Almir Mavignier encontram as imagens do inconsciente (pp. 590-600). In *Anais do III Encontro de História da Arte: Campinas*: UNICAMP.
- Silva, J. O. M. P. (2011). *A Arte na Terapia Ocupacional de Nise da Silveira*. Tese de Doutorado, Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas.
- Silva, M. (2010). O Campo da Saúde Mental no Estado do Ceará: saúde, educação e cultura em articulação. In W. Melo, et al. (Orgs.), *Quando Acabar o Maluco Sou Eu* (pp. 33-44). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Silveira, N. (1981). *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- Silveira, N. (1986). *Casa das Palmeiras: a emoção de lidar*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- Silveira, N. (1992). *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Ática.
- Spadaccini, J., & Pantaleão, W. (2006). *Os Nômades* (Vídeo), Rio de Janeiro, Espaço Artaud. Recuperado de <http://www.espaco-artaud.blogspot.com/p/os-nomades.html>
- Vasconcelos, E. M. (1997). Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental, *Cadernos IPUB (UFRJ)*, 7, 19-43.
- Wanderley, L. (2002). *O Dragão Pousou no Espaço: arte contemporânea, sofrimento psíquico e o objeto relacional de Lygia Clark*. Rio de Janeiro: Rocco.

Recebido: 06/10/2011
 Revisado: 03/10/2012
 Aprovado: 17/10/2012

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e Cuidados Psicossociais em Saúde Mental

Mental Health Matrix Support in Family Health Strategy: Psychosocial Care and Mental Health Care

Maria Lidiany Tributino de Sousa¹

Luís Fernando Tófoli²

Resumo

O presente artigo surgiu de um estudo maior que objetivou avaliar o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde de Sobral, Ceará, na perspectiva da Integralidade. Considerou-se a fala dos gestores, profissionais das equipes locais e das equipes multiprofissionais, apoiadores matriciais, usuários e agentes comunitários de oito Centros de Saúde da Família. A pesquisa envolveu análise documental, observação sistemática, entrevistas e grupos focais, resultando em categorias como implantação, percepções, organicidade, desafios e potencial desse arranjo. Este artigo destaca a relevância da temática que aborda o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família com seu potencial de atenção na perspectiva do Modelo Psicossocial do Cuidado, aproximando esse arranjo dos aspectos da integralidade da atenção, participação social e das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, interdisciplinaridade no cuidado e territorialização das ações.

Palavras-chave: saúde mental; Estratégia Saúde da Família; sofrimento psíquico.

Abstract

This article comes from a larger study aimed at assessing the Matrix Support in Mental Health in the Primary Health Care of the town of Sobral, Ceará, Brazil, from the perspective of Integrality. The speech of managers, professionals from the local teams and from the multiprofessional teams, matrix supporters, users, and community agents from eight Family Health Care Centers was taken into account. The research involved documentary analysis, systematic observation, interviews, and focal groups, resulting in categories such as implantation, perceptions, organicity, challenges, and potential of this arrangement. This article highlights the relevance of the theme which approaches the Matrix Support in Mental Health in the Family Health Strategy with its potential for care from the perspective of the Psychosocial Model of Care, approximating this arrangement of the aspects of the integrality of care, social participation, and the proposals for enlargement of the concept of health-disease, interdisciplinarity in the care and territorialization of actions.

Keywords: mental health; Family Health Program; mental suffering.

¹Psicóloga, mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC-Campus Sobral). Tutora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. Endereço para correspondência: EFSFVS, Av. Jonh Sanford, 1320, Junco, Sobral, CE, CEP: 62.030-000. Endereço eletrônico: tributiany@gmail.com

²Psiquiatra, doutor em Medicina (Psiquiatria) pela Universidade de São Paulo (USP). Professor adjunto do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, CE. Endereço eletrônico: luisfernandotofoli@gmail.com

Introdução

A mudança de um modelo centrado no hospital para a criação de serviços territoriais possibilitou o encontro entre Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família (ESF), possuindo aspectos de confluência com o paradigma do Modelo Psicossocial de Cuidado, contrapondo-se ao “modo asilar”.

O denominado “modo asilar” pressupõe um foco no orgânico, fazendo a utilização de métodos medicamentosos e negando a existência do sujeito no processo como participante, sendo este apenas um depositário do saber e do poder dos agentes da instituição. As formas de organização institucional são piramidais ou verticais e o cuidado visa à supressão dos sintomas. Dessa forma, este modelo prioriza o orgânico da situação, deixando de lado as possibilidades psicossociais do processo (Costa-Rosa, 2000).

O “modo psicossocial” de atenção e cuidado em saúde mental engloba fatores políticos e biopsicosocioculturais no entendimento das doenças, pressupõe um entendimento integral do sujeito, considerando sua subjetividade, assim como implica que ele seja participante na mobilização da sua terapêutica. A estratégia de intervenção estende-se a um grupo mais ampliado e a forma de organização institucional consiste na horizontalização das relações de poder (Costa-Rosa, 2000).

Vê-se que este modelo busca a superação da racionalidade subentendida no modelo médico hegemônico, a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade que conduz a uma possível superação do modo capitalístico do processo de produção marcado pela divisão do trabalho, assim como a destituição do imaginário institucional autoritário e repressor do modo asilar (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Desse modo, o paradigma do Modelo Psicossocial de Cuidado baseia-se em princípios comuns que orientam a ESF, sendo eles, integralidade da atenção, participação social e, nas suas propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, interdisciplinaridade no cuidado e territorialização das ações.

De acordo com Murray e Lopez (1996), os transtornos mentais estão entre as dez condições mais expressivas na Carga Global de Doença no planeta (estimada mediante anos de vida perdidos por incapacidade). No Brasil, os transtornos mentais são o problema de Saúde Pública de maior importância, aproximando-se do câncer, das doenças cardiovasculares e das doenças infecto contagiosas (Reichenheim, Souza, Moraes, Mello

Jorge, Silva, Souza Minayo, 2011). Segundo monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde em 2001 e 2002, 51% das equipes saúde da família realizam algum atendimento em saúde mental, havendo uma alta prevalência de sofrimento mental na rede primária (Ministério da Saúde, 2002).

De acordo com levantamento da Organização Pan-americana de Saúde [OPAS], a relação entre atenção em saúde mental e cuidado na rede primária oferece vantagens como triagem e tratamento precoces, especialmente, detecção de usuários que apresentam queixas somáticas mal definidas, potencial de tratamento dos aspectos mentais associados com problemas “físicos”, atenção mais qualificada, dentre outras (OPAS, 2001).

A partir dessa realidade, pode-se perceber que a saúde mental está inserida na saúde geral e que a rede primária deve ser porta de entrada para essa demanda e espaço de construção de práticas de atenção e cuidado em saúde mental. Porém a complexidade do processo saúde-doença mental aponta para a necessidade de uma rede interligada de serviços que possibilite troca de saberes e práticas.

Dentro desse contexto de possibilidades, Gastão Wagner Campos pensou a reordenação das organizações de saúde, objetivando a criação de um arranjo - o Apoio Matricial - que passa a ser operacionalizado em Campinas a partir de 1989 (Cunha & Campos, 2011). Este dispositivo é proposto como forma de produzir uma ruptura no modelo assistencial dominante, calcado na lógica da especialização e da fragmentação do trabalho, através da interlocução entre os equipamentos de saúde mental de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde locais, estimulando a corresponsabilização pelo cuidado em saúde (Campos, 1999).

Esse trabalho é parte de uma dissertação que objetivou avaliar o Apoio Matricial em sua capacidade de integralidade no cuidado em saúde mental na rede de atenção primária, imprescindível para a construção de um modelo teórico referente ao Apoio Matricial em Sobral, lócus da pesquisa. A temática do Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF ganha relevância pelo seu potencial de atenção, na perspectiva do “modo psicossocial” do cuidado e da atenção.

Metodologia

Este trabalho, no intento de atingir os objetivos expostos, apresenta-se como uma pesquisa de

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

natureza qualitativa (Minayo, 1999), do tipo avaliativa (Pinheiro & Silva, 2008) e de caráter formativo (Filho, 2009).

O lócus do estudo foi o município de Sobral que vem apresentando alguns destaques em nível nacional pela sua adesão aos princípios da Reforma Psiquiátrica e sua articulação entre Saúde Mental e Atenção Primária a partir da sua organização em rede e da utilização de diversos arranjos organizacionais, dentre eles o Apoio Matricial.

Sobral é sede da macrorregião e microrregião do norte do Estado cearense e, desde 1997, vem organizando seu Sistema Municipal de Saúde com o desenvolvimento de ações intersetoriais, iniciando seu processo de Reforma Psiquiátrica mediante o rompimento com o sistema manicomial e a implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental em 2000 (Barros, 2008).

O estudo contemplou oito Centros de Saúde da Família (CSF) da sede do município, escolhidos a partir de uma amostragem intencional, prezando o julgamento e a diversidade de critérios como: apoiador matricial (dois CSF de cada apoiador), localização (CSF das diferentes zonas urbanas de Sobral), população cadastrada na ESF (variando de 6.370 a 18.787 habitantes) e composição da equipe.

A pesquisa foi desenvolvida em diversas etapas inter-relacionadas, envolvendo análise documental, observação sistemática, entrevistas e grupos focais, sendo participantes os diferentes grupos de interesses implicados na operacionalização do Apoio Matricial de saúde mental em Sobral, tais

como gestores, profissionais de saúde, agentes comunitários e usuários. Desse modo, a pesquisa considerou áreas de tensão e interesses sociais conflitantes encarnados pelos diferentes atores que fazem parte da gestão, atenção e cuidado da saúde mental no cotidiano da ESF a partir deste arranjo organizacional.

Optou-se por trabalhar com:

- Apoiadores matriciais da sede dos CSF, escolhendo todos;
- Profissionais das equipes saúde da família com maior tempo de serviço, disponibilidade para participar da pesquisa e assiduidade nos momentos das Preceptorias de Psiquiatria;
- Profissionais de diferentes categorias das equipes multiprofissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), envolvidos nos momentos das Preceptorias de Psiquiatria.

Em relação aos usuários, utilizou-se como critério de inclusão os que tivessem uma demanda por cuidado complexo, ou seja, que envolvesse profissionais de diferentes níveis de atenção. Em relação aos ACS, foram incluídos os indicados pela equipe com mais tempo no serviço, maior envolvimento com as ações e com os casos de saúde mental no intuito de trazerem informações de como funciona a atenção à saúde mental no território.

Quadro 1- Sistematização dos grupos e sujeitos da pesquisa, número de participantes e procedimentos de coletas.

Grupos de pesquisa	Sujeitos	Número de participantes	Procedimento de coleta
Grupo de Gestores	Coordenadores (coordenador da Saúde Mental e da Atenção Primária à Saúde)	2	Entrevistas individuais
	Gerentes	8	Grupo focal
Grupo de Profissionais de saúde	Apoiadores matriciais	8	Grupo focal
	Equipe Local	18 enfermeiros 5 médicos	Grupo focal com cada equipe dos CSF escolhidos envolvendo equipe local e multiprofissional
	Equipes Multiprofissionais (RMSF e NASF)	3 psicólogas (RMSF) 1 educadora física (RMSF) 1 terapeuta ocupacional (RMSF) 1 assistente social (RMSF) 1 terapeuta ocupacional (NASF) 3 psicólogas (NASF)	
Grupo de ACS e Usuários	ACS	8 ACS	Entrevistas individuais
	Usuários	8 Usuários	

Fonte: Sousa, 2012.

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

Com os apoiadores matriciais foi realizado um grupo focal separado, pois se percebeu, em estudo anterior (Sousa, 2010), que a equipe local não se sentia confortável para fazer algumas considerações com a presença dos apoiadores.

As Preceptorias de Psiquiatria foram escolhidas como momentos de coletas de dados por serem, no município de Sobral, compreendidas como espaço de troca de saber entre a equipe interdisciplinar de saúde da ESF e a equipe de Apoio Matricial da atenção secundária a fim de discutir os casos mais complexos de saúde mental do território e propor intervenções.

Foi utilizada a técnica de anotações de campo para registro das observações sistemáticas dos momentos de Preceptorias de Psiquiatria dos CSF selecionados e análise documental onde foram anotados os fatos ocorridos, objetivando análise das formas de acolhimento, tipo de demanda, encaminhamentos, relações de poder, formas de interações com incentivo a participação e ao diálogo.

Para o tratamento dos dados, considerou-se o objeto de análise como práxis social, buscando-se como sentido a afirmação ético-política do pensamento dada pela articulação do discurso com a observação das condutas e a análise das instituições de onde se fala. Esta análise consistiu de duas fases, uma exploratória e uma interpretativa, operacionalizadas nas etapas de ordenação dos dados, classificação de dados, análise e relatório (Minayo, 1999).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE (0061.0.039040-11).

Resultados

Histórico do Apoio Matricial

No encontro com os discursos acerca do Apoio Matricial, os gestores e os apoiadores matriciais (destes, somente os com maior tempo de atuação) conseguiram traçar o histórico de implantação e implementação desse arranjo na ESF em Sobral.

A gestão colocou o início do Apoio Matricial como um ensaio de aproximação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com os profissionais da ESF, na tentativa de organizar o fluxo da atenção primária à secundária, possibilitando, através de momentos mensais ou quinzenais, a discussão dos casos e os encaminhamentos.

Então em termos de primórdios, de como começou este processo, foi mediante este processo de organização do CAPS. Já existia obviamente o início desse diálogo do CAPS e PSF, mas nós sentimos a necessidade, em princípio do profissional do CAPS sair do CAPS, e ir lá pro território, para atenção primária, pouco a pouco, organizando esta questão da atenção em saúde mental e fomentando nos profissionais esta questão voltada para o atendimento em saúde mental no PSF, para os casos de transtornos mentais leves, moderados, e os casos efetivamente graves para que eles pudessem ficar somente no CAPS. (Gestora)

O trabalho foi se estruturando, em agosto de 2004, a partir das triagens dos casos pela equipe da ESF junto com os psiquiatras da atenção secundária. Assim, através de momentos mensais ou quinzenais, os profissionais da atenção secundária e primária começaram a se encontrar para acolher e discutir quais casos seriam de responsabilidade da esfera secundária e quais permaneceriam acompanhados pela ESF, promovendo uma articulação entre os níveis de atenção (Tófoli, 2007).

Na fala de um dos apoiadores, o Apoio Matricial foi se estruturando desde 1999 com a figura do preceptor de especialidades em Sobral, a partir da proposta da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) através da Residência em Saúde da Família (RSF), primeiramente com as preceptorias de Pediatria, Clínica Médica e de Gineco-Obstetrícia (GO), tornando o termo “Preceptorias” mais característico da realidade sobralense.

Sobre estes termos preceptorias e Apoio Matricial, de onde surgiu em Sobral, surgiu de 99 pra 2000 que foi a primeira turma de residência multiprofissional, que na época incluía até médico e enfermeiros, depois desmembrada em medicina de família e residência multiprofissional. Aí foi criado os que seriam os preceptores dessa residência, foi criado a preceptorias de psiquiatria, GO, clínica, daí pegou. Por isso que este nome está tão arraigado. Tinha preceptores de território e de especialidade. (Apoiador Matricial)

A Preceptorias de especialidades e território surgiu em Sobral no intento de garantir formação para os profissionais de medicina e enfermagem da primeira turma da RSF acerca dos processos de trabalho do profissional, objetivando construir conhecimentos e práticas de um novo modelo de atenção à saúde e de formação, dentro do contexto

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

organizador alcunhado de Tenda Invertida, pelo o qual o território, local de atuação do residente, é visto como *locus* de aprendizagem, espaço onde efetivamente deve-se organizar o processo educativo (Andrade, Barreto, Martins Jr, Amaral, & Parreiras, 2004).

Quando eu comecei a trabalhar, o Apoio Matricial já estava consolidado, tive essa convivência ainda na minha época de estudante. O conhecimento que tenho é de literatura, é de observar que foi uma ideia inicial do gestor municipal da saúde anterior e que compreendia a história da educação permanente. Ele usava muito o termo tenda invertida, compreendia que ela só se faz sentido se voltada para o processo de trabalho, pras necessidades apresentadas no processo de trabalho, então não fazia sentido que os profissionais se deslocassem até os especialistas, enfim os preceptores, e que o mais interessante seria que eles fossem até a prática para observar não só de que forma teoricamente ia suprir essas necessidades, mas também fazer essa associação com a prática, vendo a realidade, vendo as dificuldades do dia-a-dia. Então eu me recordo bem, já era bem fortalecida a de pediatria e a de gineco-obstetrícia. Confesso que a de saúde mental eu já tive contato quando profissional. (Gestora)

Desse modo, o Apoio Matricial em Sobral é reconhecido como tendo seu nascedouro também atrelado a uma gestão municipal e, principalmente, à ideia de Educação Permanente, compreendendo uma nova abordagem dos processos educativos, na qual a formação estabelece conexão com a realidade vivida no cotidiano do trabalho. O Apoio Matricial não é só visto como organizador do fluxo entre atenção primária e secundária, mas também como um encontro de ordem pedagógico-assistencial entre os profissionais. Desse modo, não só o CAPS é reconhecido como impulsionador desse arranjo, mas também a EFSFVS, percebida na perspectiva da Educação Permanente.

Percepções acerca do Apoio Matricial

Aparece, na fala dos profissionais e ACS, uma falta de conhecimento ou clareza da proposta do Apoio Matricial. Os ACS, principalmente, revelaram que não sabiam do que se tratava, os profissionais e ACS mostraram-se confusos entre Apoio Matricial e Preceptoria, e alguns solicitaram esclarecimentos, ressaltando a pouca apropriação da temática.

Eu acho que é uma avaliação do psiquiatra, pelo menos o primeiro momento, não sei se o que eu tô dizendo é o certo, mas acho que é uma avaliação do paciente pelo psiquiatra. (ACS)

Eu acho muito parecido com a preceptoria, eu acho que matriciamento confunde um pouco com preceptoria, aí eu não sei diferenciar, é meio que parecido. Eu sempre achei que matriciamento é o acompanhamento do paciente de saúde mental no território. Não sei se só pelo psiquiatra ou pela equipe toda. (Enfermeira)

Esta confusão conceitual pode estar relacionada a uma apropriação recente em relação a esta tecnologia de cuidado em saúde mental, fazendo com que alguns discursos tragam a nomenclatura sem a devida clareza e muito menos sem embasamento teórico.

Em alguns discursos, o Apoio Matricial compreende somente os momentos de Preceptoria, o que se torna um reflexo do que acontece no dia-a-dia dos CSF em Sobral, onde o cuidado de saúde mental é balizado por estas experiências denominadas Preceptorias de Psiquiatria. Logo, as ações de saúde mental neste município estão marcadas pela história do modelo de formação da RSF, gestada em 1999 com a presença dos preceptores.

Nesse contexto, as definições expostas identificam o Apoio Matricial como um trabalho solitário de avaliação e atendimento de uma categoria profissional. Dessa forma, acontece uma simplificação das Preceptorias de Psiquiatria de modo a frequentemente se tornarem atendimentos ambulatoriais, compostos pela formulação de diagnósticos e a realização de encaminhamentos, descaracterizando o arranjo organizacional matricial. Quando isso acontece, os momentos de Preceptorias não são vistos como potenciais formadores de vínculos, mas como visitas pontuais dos psiquiatras para condução medicamentosa dos casos. Esta visão e a dificuldade de acompanhamento dos casos pela equipe local, devido às agendas atreladas aos programas, repercutem em atendimentos esporádicos aos usuários e no retorno desses.

A ideia de Apoio Matricial vai sendo usada vinculada a de Preceptoria e quando há uma necessidade de se “desvencilhar” da palavra Preceptoria - que indica supervisão, orientação e que para alguns passou, devido ao fazer diário permeado de desafios, a se constituir em momentos de atendimentos especializados - opta-se por fazer uso da palavra matriciamento.

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

Quando a gente pensa em matriciamento, a gente pensa em preceptorial, mas a preceptorial faz parte do matriciamento. Ter um especialista que a gente pode recorrer para o cuidado de alguns casos. Matriciamento é o processo, é o todo. É a questão do aprendizado e da responsabilização em relação aos casos é um apoio à equipe em todos os sentidos, na resolatividade, no aprendizado, até na montagem dos planos de cuidado. Eu penso que matriciamento seja todo este sistema. (Gestora)

O Apoio Matricial carrega o sentido de ser um lugar matriz de geração de saber, imbuído da ideia de diálogo, de aprendizado para construção de planos terapêuticos e responsabilização dos casos, que se aproxima da concepção trazida por Campos e Domitti (2007). O Apoio Matricial é compreendido pelos profissionais de saúde como a relação entre o especialista com as equipes da ESF no intuito de conceder suporte técnico, pedagógico para os casos que apresentam maiores complexidades, que trazem dúvidas, angústias e receios.

... o apoio que vem das especialidades, do que a gente conhece muito superficialmente, mas que a gente precisa ter um entendimento maior. E esse apoio vem para somar as nossas dúvidas, as nossas angústias, os nossos receios, a nossa falta de entendimento de um determinado assunto que não sabemos abordar. Então vem mais para somar conhecimentos com a gente e discutir os casos. (Enfermeira)

Organicidade do Apoio Matricial

Os sujeitos expuseram o funcionamento do Apoio Matricial apontando para uma diversidade nas formas de organização desse arranjo nos territórios, mostrando que elas se reproduzem numa composição não rígida, possibilitando diferentes combinações, específicas dos territórios.

O matriciamento que acontece em cada PSF tem um diferencial, vai depender das características daquele PSF, da equipe, da disponibilidade dos profissionais, da forma como o matriciador concebe este matriciamento. (Gestora)

Apesar de consentirem com a existência de formas heterogêneas de funcionamento do Apoio Matricial, apresentam na definição elos que conferem certas sínteses, ou seja, um traçado que pode ser perceptível na organicidade desse arranjo. Na maioria dos casos, nota-se que os usuários

chegam ao CSF por demanda espontânea ou encaminhados de outros serviços e são recebidos pela equipe de referência, residentes ou profissionais do NASF. Os casos mais complexos e que muitas vezes exigem atenção em outro nível são atendidos e discutidos nas denominadas Preceptorias de Psiquiatria.

Os profissionais e gestores compreendem que fazem parte das ações de saúde mental: visitas mensais ou quinzenais dos preceptores, a depender do número de equipes do CSF para atendimentos e intervenções conjuntas, assim como para a atenção individualizada; visitas domiciliares da equipe referenciada; elaboração de projetos terapêuticos; reuniões de troca de conhecimento; avaliação de casos e/ou reorientação de condutas.

Desafios

Considera-se a importância das especialidades em saúde mental no cuidado de muitos casos, porém um dos grandes desafios que o Apoio Matricial vem procurando enfrentar é o compromisso com uma abordagem integral do sujeito a partir do conhecimento, pelos profissionais da ESF, de algumas propostas para além da medicação e que busquem a utilização de outros dispositivos de atenção presentes no território.

A dificuldade mais destacada é a falta de médico e medicamentos, evidenciando um centramento nas questões priorizadas por uma racionalidade biomédica, na qual o escopo são as ações especialísticas e medicamentais. A essa necessidade, coloca-se outra, como um contraponto, que é o reconhecimento de outras categorias profissionais como artífices e colaboradores do processo de aprendizagem do Apoio Matricial.

O perfil dos profissionais matriciadores é problematizado e colocado como algo que merece atenção pela gestão, não para retirada deste sujeito - já que sua visão é importante para oferecer alternativas, outros pontos de vista nos processos de cuidado, assim como para facilitar a condução dos casos por estarem trabalhando na rede - mas no sentido de também cuidar do processo educativo de quem está estimulando os momentos de Apoio Matricial nos territórios.

Outro desafio muito presente nos discursos foi a ausência dos profissionais da equipe local nos momentos de Preceptorial, justificada pelo número insuficiente de trabalhadores, pela demanda excessiva nos serviços de saúde e pelo foco da ESF nas ações programáticas.

As falas dos gerentes e profissionais trazem como dificuldades no fluxo a indefinição e a falta

de estrutura comunicativa dos sistemas de referência e contrarreferência no âmbito do município, o desconhecimento e a burocratização das formas de encaminhamentos para o nível de atenção secundária. Consta-se, entretanto, que tal dificuldade para realização de encaminhamentos parece atrelada a um relativo desconhecimento dos casos, frequentemente expresso nas dificuldades de identificação e acompanhamento das pessoas com transtorno mental. Os profissionais colocam que essa dificuldade não se apresenta em todas as Preceptorias, mas, principalmente, na de saúde mental.

Na prática, percebe-se que os profissionais de saúde e ACS sentem-se inseguros em acompanhar os casos, assim como em fazer encaminhamentos orientados por critérios de riscos, dificuldade que, na maioria dos discursos, é atribuída à fragilidade nos processos formativos desses profissionais.

Os apoiadores matriciais e residentes colocam também que a equipe de referência se esquiva das atividades de saúde mental, atitude muitas vezes associada à sensação de impotência. Asseveram também que o despreparo desses profissionais, que é frequente, leva-os a fazer uso de discursos moralizantes e repressivos, o que cria uma dificuldade destes para discutir e trabalhar os casos de saúde mental. Tal dificuldade pode ocorrer pelo fato de a loucura ser um objeto obscuro e evasivo, atravessado por uma gama de significados e valores, como afirma Sampaio (1998), mas também pelo estigma que esta palavra carrega, trazendo ainda receios nas tentativas de aproximação.

É importante saber que múltiplos são os desafios, como diz um enfermeiro: “os problemas do matriciamento são multifatoriais, é o matriciador, os profissionais, a demanda, falta de tempo, é a estrutura em geral”, mas diversas também são as potencialidades.

Potencialidades do Apoio Matricial: aproximações com a ESF e o Modelo Psicossocial de Cuidado

Territorialização das ações

Para Santos (2004), o território é muito mais que uma extensão geográfica, é também o espaço onde a vida social, política, econômica, cultural e ambiental acontece submetida a certas inter-relações e normas. Desse modo, território é um lugar construído socialmente, um lugar filosófico onde se encarnam os devires que apontam para a ideia de movimento, de territorialização, um pressuposto básico da ESF.

Com a institucionalização da ESF, a rede básica de saúde foi incitada a produzir arranjos para

desenvolver a integralidade da atenção com grupos de saúde mental, considerando que os cuidados primários integrados possibilitam a redução da carga que as perturbações mentais impõem se não forem detectadas e tratadas (Organização Mundial de Saúde [OMS] & World Organization of National Clinical Associations [WONCA], 2009).

Os momentos de Apoio Matricial na ESF constituem-se estratégicos para a melhoria do acesso, devido à proximidade com as pessoas nos domicílios e comunidade, incluindo uma vivência contínua com a cultura local que favorece o sentimento de pertencimento do profissional ao território, sobretudo com a presença dos agentes comunitários que moram e vivenciam o mesmo território dos usuários (Vieira Filho, 2006).

Nas falas, há um reconhecimento da importância do ACS na questão de possibilitar um acesso mais rápido, destacando-se como elo de contato nos casos de pessoas com transtornos mentais, demonstrando conhecimento dessa problemática na sua realidade pela habilidade de identificar os mesmos, assim como tornando pedagógico o encontro, desmistificando a questão da loucura.

Desse modo, os saberes do ACS acerca do território e seu poder de ser ponte entre usuário e o serviço de saúde são imprescindíveis, podendo influenciar na implicação dele, família, equipe de referência e usuário no cuidado em saúde mental.

Aqui eu esperei menos que nos CAPS, a ACS é gente fina demais, ela acompanha a gente, não deixa a gente de lado. Ela sempre está do lado da gente para o que der e vier. (Usuário)

O Apoio Matricial e os princípios da integralidade, vinculação e corresponsabilização são apresentados como estratégias e conceitos inovadores, potentes nas mudanças das práticas de saúde que demandam, para sua concretização, um trabalho em equipe interdisciplinar, assim como são alternativas para mudança na tradição gerencial fortemente marcada pela especialidade e baseada na visão fragmentada dos processos de trabalho.

Interdisciplinaridade no cuidado e ampliação do conceito de saúde-doença

O Apoio Matricial é visto como possibilitador do olhar compartilhado entre diferentes profissionais e do aumento da capacidade de identificação dos recursos comunitários para apoiar os casos em questão, prevenindo atitudes

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

patológicas e favorecendo uma corresponsabilização pelo cuidado.

Os profissionais e a gestão percebem que o trabalho interdisciplinar facilita o respeito às especificidades e se contrapõem à lógica da fragmentação, diminuindo os encaminhamentos, de tal modo que a corresponsabilização é apresentada como uma possibilidade de se sobrepor à lógica dos encaminhamentos desenfreados, fazendo com que a demanda de sofrimento psíquico deixe de ser responsabilidade exclusiva da saúde mental ou das categorias “psis” (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas) e passe a ser percebida como algo que deve ser cuidada pela equipe saúde da família.

Tem as especificidades, mas eu acho que, quando a gente teve a participação de diferentes profissionais, é impressionante como os encaminhamentos caíram entre a gente. Eu acho que, com o matriciamento, melhorou o diálogo, a gente começa a se apropriar da abordagem e fazer um acompanhamento mais qualificado, consegue triar o que realmente é um encaminhamento para psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional. A saúde mental pra mim é muito transversal. (Enfermeira)

É importante o entendimento de que fazer saúde de uma forma ampliada só se torna possível se considerarmos que o sujeito possui diferentes facetas e pela colaboração de múltiplos olhares que, mesmo apresentando fronteiras ainda bem marcadas, não negam a evidência de que o saber de um pode complementar o saber do outro numa interdisciplinaridade possível.

A gente está procurando trabalhar a participação de profissionais não médicos no matriciamento de saúde mental. Eu acho que isso é uma coisa boa, vai trazer um olhar diferenciado. Não só aquele olhar clínico, aquele olhar médico, que muitas vezes é o que a equipe demanda, mas a presença de um profissional não médico vai tensionar a equipe a trazer outras questões que não sejam exclusivamente clínicas, farmacológicas, de resolução de crises, outras questões. (Apoiador Matricial)

O retorno da presença de matriciadores de outras categorias profissionais e o trabalho do NASF na lógica do Apoio Matricial são vistos como uma tentativa de ampliar as ações de cuidado da saúde mental na atenção primária a partir do Apoio Matricial, assim como de qualificação e complementaridade do trabalho das equipes locais, de revisão das práticas de encaminhamentos.

Pelas observações das preceptorias e conversas que se anteciparam a esses momentos, percebeu-se que as práticas em saúde mental, mesmo envolvendo diferentes autores, constituem-se em processos de cuidado fragmentados e integralizados por um simples somatório de fazeres e saberes que não permite, ao profissional, desenvolver competências para construção de um projeto de cuidado integral. A proposta da inclusão de outras categorias profissionais da rede, além da Psiquiatria, ainda não efetuada de forma extensa, poderá ser um novo elemento interessante a ser incentivado neste cenário.

O trabalho interdisciplinar não é simplesmente um conjunto de encontros eventuais entre diferentes profissionais, mas a construção de um espaço de abertura para o diálogo com o diferente, de articulação de diferentes saberes e de compartilhamento de responsabilidades.

O Apoio Matricial é um dispositivo que se propõe a modificar o foco da orientação da assistência, repensando o processo de produção da saúde e os processos de trabalho não somente centrado no médico, mas em todos os profissionais atuando de forma interdisciplinar, implicados com a realidade dos sujeitos, das famílias e da comunidade no território. Como conceito ampliado de saúde, traz uma compreensão do processo saúde e doença mental como sendo multideterminado, surgindo, a partir dessa ideia, o entendimento de que promover saúde envolve outros setores para além da saúde, o que traz a noção de intersectorialidade, mas também a de articulação, pois não só se reconhece a importância da existência desses âmbitos, mas sua articulação para resolutividade dos problemas de saúde.

Então esta integralidade, ela demanda uma necessidade permanente de uma busca por integração dos diversos serviços que compõem a rede, eu não digo só a rede de saúde mental, mas a rede assistencial. É importante que o trabalhador de saúde tenha o entendimento de que o usuário não é do CAPS, CAPS AD, somente do hospital, ele está no sistema de saúde e precisa ser assistido de maneira ampla. Antes dele ter um transtorno mental, ele é uma pessoa, um ser humano, e precisa ser assistido de maneira integrada. (Gestora)

Participação

Para os profissionais e ACS, a participação e a satisfação dos usuários que procuram o atendimento de saúde mental se dão pela solicitação de remédios, mesmo que seu sofrimento psíquico tenha diversos nexos causais. Salientam ainda que o

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

serviço oferecido pelo CSF indica certa priorização dos cuidados medicamentosos.

Existem muitas demandas pra saúde mental que acabam concentrando um pouco na figura do médico, que é questão prescritiva, medicamentosa, que a gente tem uma dificuldade. A questão das terapias alternativas, as pessoas não conseguem visualizar isso como uma prática integrativa que é terapêutica e que tem uma boa repercussão. (Enfermeira)

Porém, há também uma consideração de que a terapêutica não se resume aos medicamentos e que é necessária uma ampliação do olhar do profissional para outras formas de cuidado.

A gente sabe que o paciente não sai dali com o remédio e acabou-se a história. Há muitos outros aspectos que estão envolvidos no tratamento, principalmente, psiquiátrico. Então eu acho que seria interessante a discussão entre enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, porque a gente sabe que cada profissional desses é importante na evolução do paciente (Gestora).

O termo medicalização é compreendido como o excesso de intervencionismo médico sobre os corpos e a vida das pessoas, assim como a expansão do consumo de bens e serviços de saúde, fruto de um processo social através do qual a medicina foi sendo legitimada como ciência responsável por um crescente número de aspectos da vida social (Costa, 2004; Delgado, 2011; Mattos, 2006).

Para Foucault (2002), com a biopolítica, a preocupação não é com o corpo individual que deve ser adestrado, mas como a gestão da vida que incide sobre a multiplicidade de homens, na medida em que forma uma população, uma espécie através da qual a técnica é o gerenciamento de saúde a partir das políticas de higiene pública, controle de natalidade, organização urbana de distribuição das famílias, ou seja, do treinamento ortopédico dos corpos pelo controle da espécie humana. Dessa forma, gerindo a vida normal, incidindo seu poder sobre inúmeras experiências diárias, a Psiquiatria controla o corpo molar trazendo o risco do encarceramento dos sintomas, colocando-os potencialmente em uma perspectiva química, o que reduz a autonomia dos sujeitos, transferindo o cuidado de sua saúde ao saber de especialistas, transformando o significado da dor em problema

técnico (Delgado, 2011; Illchi citado por Gaudenzi & Ortega, 2012).

Eu, se eu não tiver o remédio, eu nem sei do que sou capaz. Eu já comprei três vezes remédio para sair desta vida, mas Deus é tão bom pra mim que me tirou isso. Mas eu faço análise com o doutor lá no outro CAPS, e o doutor do posto me ajuda muito também. O doutor do posto disse que um dos meus maiores problemas é financeiro. Quando o aluguel chega, eu fico preocupada, se é pra eu tomar um remédio, eu tomo dois. (Usuária)

Existe um modelo amplamente defendido que é caracterizado pela busca de ausência da dor e do sofrimento e pelo uso do medicamento como recurso eficaz para essa intenção, mas também existem movimentos que apontam para importância do vínculo, da atenção e do olhar para outros aspectos da vida dos sujeitos que não seja só a doença.

O medicamento, para gente entender, é só uma auxílio, a pessoa tem que fazer a parte dela, tem que mudar o sentido, tem que passear. Os profissionais sempre dão muitos conselhos. Ajuda muito o acompanhamento. O acompanhamento está sendo ótimo. (Usuário)

Segundo Tesser e Luz (2008), o que interessa para o usuário é uma resolução favorável de seus sofrimentos que será tanto melhor se acompanhada por empatia emocional e por uma reorganização simbólica a partir de crenças ou práticas que se aproximem do universo cultural dos usuários.

Para romper com uma lógica dominante de trabalho em saúde com famílias, os documentos revelam a importância da produção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que favoreçam uma posição comprometida e sensível do usuário, assim como a necessária aproximação entre sujeito, família e profissionais de saúde (Campos, 1999; Figueiredo & Onocko Campos, 2009). No entanto, a construção dos PTS, mesmo sendo a partir da integração dos diferentes olhares dos profissionais de saúde, tem pouco avançado no sentido de ver o indivíduo e sua família como sujeitos participativos através do direito à voz, no intuito de favorecer sua capacidade de discernimento e de intervenção no seu processo de cuidado.

Outro potencial é que o Apoio Matricial também é reconhecido como espaço de aprendizagem e, por isso, político, pois tem a

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

possibilidade de fomentar a análise da realidade e de recriá-la por parte dos profissionais, ou seja, de analisar o ordenamento das realidades e de ativar vetores de potência contrários àqueles que existem e se quer modificar.

Integralidade da atenção

A integralidade constitui um tensionamento à racionalidade biomédica cujo saber fragmenta o sujeito doente e centra sua ação na busca excessiva pela cura e na utilização de cuidados especializados e medicamentosos. Este tensionamento, segundo Tesser e Luz (2008), passa pela periferia dos círculos especializados, ou seja, pela atenção primária e pelo trabalho em equipes multidisciplinares. O Apoio Matricial aparece nas falas como possibilidade de integralidade pelo intercâmbio de saberes, pelo desenvolvimento de competências técnicas e maior segurança quanto à avaliação de risco e distinção dos recursos terapêuticos específicos, pelo ganho de maior autonomia dos profissionais em relação ao acompanhamento e dos usuários com relação ao seu cuidado.

[O matriciamento] possibilita com que haja uma interação entre o profissional da área especializada e da atenção primária. Esse encontro por si só, ao meu ver, é importante para que se comece a desmistificar que saúde mental tem que se deixar a cargo do especialista. O matriciamento pode se configurar como organizador da demanda de saúde mental de um determinado território e é um eixo que pode contribuir bastante para integralidade do cuidado. Eu vejo o matriciamento como uma ferramenta, como um dispositivo fundamental para promover esta integração do serviço especializado com a atenção primária. (Gestora)

Agora a gente não pode esquecer o potencial enorme que a tecnologia tem, um coisa que propõe um link entre atenção primária e secundária, que propõe a disseminação do conhecimento acerca da saúde mental pros profissionais e um empoderamento do paciente. (Enfermeiro)

O Apoio Matricial aponta para um trabalho de atenção à Saúde Mental que deve extrapolar as barreiras das especialidades e os muros dos consultórios, sendo um campo transversal, tecido no diálogo.

Conclusão

O Apoio Matricial surge em Sobral atrelado a uma organização do fluxo entre a atenção primária e secundária compreendendo uma nova abordagem dos processos pedagógico-assistenciais, sendo reconhecido como um espaço privilegiado de integração dos serviços e ações de saúde que aproxima o cuidado da vida dos sujeitos.

Percebe-se que este arranjo nasce no município de Sobral sem diretrizes e estratégias bem definidas, permeado por contradições e lacunas, não havendo uma compreensão única sobre a sua implantação, sendo seu início vinculado ao surgimento das preceptorias (1999) e também à triagem para a atenção secundária realizada pelos CSF (2004), assim como se nota que o conhecimento sobre este arranjo não é tão claro e apresenta-se atrelado ao termo Preceptorial. Muitos dos profissionais da ESF desconhecem até o funcionamento do Apoio Matricial, não se sentem capacitados para cuidar da demanda de saúde mental, e o cotidiano dos CSF mostra que há ações em saúde mental na APS que acontecem de forma fragmentada e compartimentada. Porém sabe-se que as equipes que trabalham na ESF são percebidas como recursos estratégicos por sua proximidade com as famílias e as comunidades, bem como se compreende que a saúde mental está inserida na saúde geral. Logo, este trabalho aponta para a importância do Apoio Matricial como espaço de Educação Permanente, como integração das diferentes intervenções, com vistas a superar a atual concepção fragmentada de sujeito e cuidado.

O Apoio Matricial é um dispositivo que apresenta aproximações com a ESF e o Modelo Psicossocial de cuidado já que possibilita a integralidade da atenção, participação social, ampliação do conceito de saúde-doença, interdisciplinaridade no cuidado e territorialização das ações. A experiência do Apoio Matricial em Sobral apresenta-se como cenário de possibilidades ao cuidado integral em saúde mental, considerando sua composição por diferentes atores e diferentes modos de se promover saúde, mas sua incipiência o torna aberto a possibilidades de descobertas e inovações e de futuras linhas favorecendo sua potencialidade de agenciar mudanças nas práticas hegemônicas da saúde.

Referências

Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., Martins Jr, T., Amaral, M. I. V., & Parreiras, P. C. (2004). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

- SUS. *SANARE - Revista Sobralense de Políticas Públicas*, 1(1), 33-40.
- Barros, M. M. M. A. (2008). *Prática de Saúde Mental em Sobral-CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Ministério da Saúde. (2002). *Avaliação da implementação em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica.
- Campos, G. W. 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. Recuperado em 19 de março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. Recuperado em 19 de março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>
- Costa, A. M. (2004). Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 5-15. Recuperado em 25 de janeiro, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002&lng=en&nrm=iso
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. Recuperado em 10 de novembro, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso
- Delgado, P. G. G. (2011). Democracia e Reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 16(12), 4701-4706. Recuperado em 02 de janeiro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/4701-4706.pdf>
- Figueiredo, M. D., & Onocko Campos, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e saúde coletiva*, 14(1), 129-138. Recuperado em 20 de novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>. Acesso: 20 nov. de 2010
- Filho, S. B. S. (2009). *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Rio Grande do Sul: Ijuí.
- Foucault, M. (2002). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 21-34. Recuperado em 10 de novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (pp. 34-39). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO.
- Minayo, M. C. de S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10a ed.). São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Murray C. J. L., & Lopez A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard: Harvard School of Public Health.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), & World Organization of National Clinical Associations (WONCA). (2009). *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: Uma perspectiva Global*. Lisboa, Portugal: Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca).

Sousa, M. L. T. de; & Tófoli, L. F. Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família: Atenção e cuidados psicossociais em Saúde Mental

- Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Suíça: World Health Organization.
- Pinheiro, R., & Silva Jr., A. G. (2008) Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In R. Pinheiro, A. G. Silva Jr., & R. A. Mattos (Orgs.), *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde* (pp. 17-42). Rio de Janeiro: Cepesc.
- Reichenheim, M. E., Souza E. R., Moraes, C. L., Mello Jorge, M. H., Silva, C. M., & Souza Minayo, M. C. (2011). Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, 377(9781), 1962-1975.
- Sampaio, J. J. C. (1998). *A Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Santos, M. (2004). *Territórios e Sociedade: entrevista com Milton Santos* (2a ed., 2a reimpressão). São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Sousa, M. L. T. (2010). *Apoio Matricial em Saúde Mental: a perspectiva dos residentes da Equipe Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral (CE)*. Monografia de Especialização com Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Estadual do Vale do Acaraú, Sobral.
- Sousa, M. L. T. (2012). *Gestão, Atenção e Subjetividade em Saúde Mental: avaliando a Integralidade do Apoio Matricial na Atenção Primária à Saúde de Sobral*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral.
- Tesser, C. D., & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 195-206.
- Tófoli, L. F. (2007). Desinstitucionalização e integralidade no Sertão Cearense. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. G. Silva Jr., & R. A. Mattos (Orgs.), *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (1a ed.) (pp.225-238). Rio de Janeiro: CEPESC.
- Vieira Filho, N. G. (2006). *Análise da prática terapêutica em rede social: desconstrução e atenção básica de saúde / saúde mental*. Relatório de pesquisa de conclusão pós-doutoral, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008, dezembro). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 2737. Recuperado em 10 de novembro, 2012, de http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31767_4100.pdf

Recebido: 30/07/2012
Revisado: 05/11/2012
Aprovado: 29/11/2012

A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

The National Humanization Politics (PNH) and Psychoanalysis: Convergence in the Psychosocial Care Center – CAPS

Gilsiane Aparecida Ribeiro Braga¹

Resumo

Pretendemos discutir a questão da Política Nacional de Humanização (PNH) presente nos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Abordaremos também a presença da psicanálise nos serviços substitutivos em saúde mental, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Falaremos da relação entre a PNH e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET). Destacaremos a consonância de alguns conceitos psicanalíticos com as diretrizes da PNH. É necessário que pensemos nas instituições que estão em torno da loucura: Família, Estado, SUS, etc. Como tais instituições lidam com a loucura? Privilegiaremos neste trabalho o CAPS, serviço que se constitui como uma das principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica na atualidade, e enfatizaremos a presença da prática psicanalítica em tal serviço, assim como a presença dos elementos da PNH.

Palavras-chave: saúde pública; saúde mental; Política Nacional de Humanização; psicanálise.

Abstract

We intend to discuss the National Humanization Politics (PNH) in the context of mental health services of the Unified Health System (SUS). We will also approach the existence of psychoanalysis in the substitute services in mental health, among which the Psychosocial Care Centers – CAPS. We will discuss the relationship between PNH and Education by Work Program (PET). We will highlight the consonance of some psychoanalytical concepts with the guidelines of PNH. It is necessary for us to give more attention to the institutions which surround madness: Family, SUS, etc. How do such institutions deal with madness? In this work we will focus on CAPS, a service which is one of the main strategies of the process of psychiatric reform at present, and on the existence of the psychoanalytical practice in such service, as well as on the existence of the PNH elements.

Keywords: public health; mental health; National Humanization Politics; psychoanalysis.

¹ Psicóloga; especialista em Teoria Psicanalítica; mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Endereço para correspondência: Av. Santa Maria, 836, Bairro Pedra Azul, Contagem, MG, CEP: 32.183-180. Endereço eletrônico: gilsianearb@hotmail.com

Introdução

A Política Nacional de Humanização - PNH é uma implementação do Sistema Único de Saúde - SUS que busca enfrentar os desafios para consolidar o reconhecimento dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que diz respeito à efetivação da mudança dos modelos de atenção e das práticas em saúde. Tal proposta visa legitimar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - os gestores, os trabalhadores e os usuários - a partir dos valores que norteiam esta política: autonomia, protagonismo dos participantes, corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos, a participação coletiva no processo de gestão e a junção entre atenção e gestão em saúde; ou seja, busca-se promover uma transformação da lógica assistencial, que implica num radical ordenamento de dispositivos.

Pretendemos apontar a amplitude do modelo do SUS, mas principalmente da PNH, e destacar alguns tópicos essenciais, coincidentes com a proposta psicanalítica. No campo da saúde mental e, principalmente na legislação da reforma psiquiátrica, encontramos vários itens que fundamentam tal legislação aportados na teoria psicanalítica. Nesta proposta da PNH, estão incluídos o modelo da clínica ampliada e a perspectiva da abordagem psicossocial, presentes no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Esta lógica de cuidar do paciente da saúde mental procura romper com o modelo manicomial, aquele fundamentado na contenção disciplinar do sujeito assim como na medicalização do sofrimento. A marca desta nova proposta é a escuta do paciente em sua singularidade, marca esta eminentemente psicanalítica em seus fundamentos. As particularidades do campo da saúde mental e a contribuição psicanalítica cooperaram e cooperam com as políticas nacionais no sentido de serem um exemplo de cuidado à pessoa. Assim, neste trabalho, pretendemos destacar a importância da PNH e da teoria psicanalítica presentes no CAPS.

O CAPS: serviço substitutivo em saúde mental

Na origem do movimento de reforma psiquiátrica – meados da década de 1970, buscava-se denunciar os abusos na área da saúde mental e convocar a sociedade civil a participar das decisões nas políticas públicas. Tal objetivo já era algo desejado pela sociedade daquela época que

almejava a redemocratização. Além disso, buscava-se inverter a lógica de tratamento aos portadores de sofrimento mental no sentido de estatizar os modelos privatizantes e implantar alternativas extra asilares, estabelecendo o tratamento ambulatorial preventivo e de promoção, ao invés do hospitalar curativo (Amarante, 1997).

Até a criação do primeiro CAPS no Brasil, a assistência psiquiátrica brasileira era fundamentalmente asilar, desumana, ineficaz e iatrogênica, além de ser uma prática assistencial essencialmente silenciadora dos sintomas e repressiva, no que diz respeito, principalmente, à expressão da subjetividade, das diferenças e da cidadania.

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, em São Paulo. A criação desse CAPS e de tantos outros foi fruto de um forte movimento social, “inicialmente dos trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2004d, p. 12). A reforma psiquiátrica brasileira nasceu da luta antimanicomial, de um movimento político e social em prol da cidadania do louco.

O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, encontro realizado na cidade de Bauru/SP, em dezembro de 1987, foi um marco histórico importante nesse processo de criação de novas práticas na área da saúde mental. O grupo de trabalhadores desse campo buscava liberdade para lutar contra o poder e as diversas formas de dominação - inclusive aquelas descritas por Foucault em *História da Loucura*, mesmo as mais sutis, sofridas por eles e, principalmente, pelas pessoas que tinham algum tipo de sofrimento mental. Os profissionais da saúde mental, através da ideologia que os movia, mostravam a presença maciça da dimensão política em sua “luta por uma sociedade sem manicômios”². Os trabalhadores não se sentiam bem com a lógica do hospício e se mobilizaram politicamente para reivindicar e lutar por melhores condições de trabalho para eles e melhores condições de tratamento para os usuários de saúde mental; além disso, colocava-se em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento dos transtornos mentais. A partir de então, se inicia um movimento que busca atuar num campo transdisciplinar, plural e heterogêneo, onde uma diversidade de saberes e práticas se

² Expressão usada pelos trabalhadores em saúde mental daquela época para reivindicar uma nova política de saúde mental.

interpenetram. Além disso, “a reforma brasileira valorizou o dispositivo da atenção psicossocial..., que tem por objetivo a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico, com o objetivo de reinseri-los na vida social” (Rinaldi, 2006, p. 142).

Observa-se que a reforma psiquiátrica recebeu influências de várias ideologias em seu movimento. Destacaremos aqui aquela que pode ter sido uma das mais importantes contribuições de Michel Foucault à ideologia do movimento: a sua concepção de loucura, visando tirar o louco do espaço asilar e de resgatá-lo enquanto sujeito, criticando a forma como a psiquiatria tratava o louco na Idade Clássica. De acordo com Sônia Fleury (1997), o pensamento foucaultiano e de outros intelectuais europeus ligados ao movimento de contracultura influenciaram bastante a origem do movimento sanitário, mas com o tempo tal influência foi perdendo força, passando a preponderar com mais vigor no movimento antimanicomial e na reforma psiquiátrica. Em *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault buscava fazer uma análise ampla e crítica da loucura. Para esse autor, a segregação do louco no período clássico tinha “significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais” (Foucault, 1978, p. 53). Será que aquelas significações da época clássica ainda hoje não se fazem presentes na discriminação sofrida pelos pacientes portadores de sofrimento mental, até mesmo em alguns serviços substitutivos?

Outro marco histórico importante foi o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, de 1989, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Doze anos depois, em 2001, tal Projeto foi sancionado como Lei Federal 10.216, conhecida também como “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Além de tal Projeto, houve a publicação de várias portarias ministeriais objetivando uma reorientação do modelo assistencial e a inclusão de serviços substitutivos em saúde mental no SUS.

Oficialmente os NAPS/CAPS foram criados a partir da Portaria GM 224/92, visando diminuir o número de internações psiquiátricas e mudar o modelo assistencial vigente. NAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial, hoje é um termo pouco usado. Atualmente os CAPS's (Minas Geras é um dos poucos estados brasileiros que usa o termo Cersam – Centro de Referência em Saúde Mental – como sinônimo de CAPS) são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19/02/2002 e integram a rede do SUS.

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (Ministério da Saúde, 2004d, p. 12)

O CAPS é um dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Ele é um dispositivo de referência e tratamento para portadores de transtornos mentais graves, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num lugar que visa o cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Como regra geral, os Cersam's devem atender aquela população que ocuparia os hospitais psiquiátricos. Mas eles têm suas particularidades: devem ser serviços abertos, humanizados, condizentes com a PNH, que dispensem cuidados constantes e respeitosos a sua clientela, além de serem a possibilidade da prática da saúde coletiva.

Nessa perspectiva, o campo da saúde mental configura-se como um novo conjunto de conhecimentos científicos em torno do estudo da loucura, não ficando restrito à questão biológica, visto que implica numa multiplicidade de atores e ações, e está relacionado a dimensões legislativas, socioeconômicas, éticas, políticas, culturais e clínica. Assim, o complexo campo da saúde mental recebe contribuições das Ciências da Saúde, da Antropologia, da Filosofia, da Psicologia, da Psicanálise, da Sociologia, dentre outras disciplinas. Não obstante, o campo da saúde mental deve superar a lógica das especialidades e dirigir-se à transdisciplinaridade. Este é o abrangente campo em que o CAPS está inserido. Desta forma, ao tratarmos da loucura no CAPS, os seguintes aspectos devem estar presentes: subjetividade, ética, política, ideologia e ciência.

A PNH e o PET

Um dos princípios norteadores da PNH nos alerta sobre o “compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente” nos serviços do SUS (Ministério da Saúde, 2004c, p. 15). Foi também a partir deste princípio que a proposta do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET

Saúde se concretizou, articulando a formação de graduandos em saúde, educação permanente de profissionais já inseridos nos serviços de saúde mental e atenção aos usuários a partir de suas necessidades.

A autora deste trabalho atua como psicóloga em Betim, sendo lotada no Cersam Teresópolis; além disso, foi uma das três profissionais da rede SUS Betim selecionadas para exercer a função de preceptora no PET Saúde/Saúde Mental/Crack e outras drogas (PET SM). Este foi instituído pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, e pelo Ministério da Educação, através do Edital Conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010. O PET em Betim, desenvolvido entre abril de 2011 e março de 2012, apresentou propostas direcionadas aos discentes dos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e psicologia da PUC Minas/Campus Betim e aos profissionais inseridos na rede de saúde do SUS Betim para atuação no campo da saúde mental junto aos portadores de sofrimento mental associado ao uso de crack, álcool e outras drogas. Neste Programa há um tutor, três preceptoras e doze alunos. Cada preceptora acompanhou quatro alunos, sendo um da enfermagem, um da fisioterapia e dois da psicologia.

A Lei 8080/1990, que regula as ações e serviços de saúde do SUS, aborda em seu artigo 14 a obrigatoriedade de se criar comissões para fazer valer a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, objetivando o estabelecimento de “métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições” (Lei n. 8.080, 1990). O artigo 27 dessa lei, em seu parágrafo único, constitui os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, ou seja, como locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a formação em saúde.

A rede de saúde de Betim - mais especificamente os Cersam's - tem sido o espaço privilegiado para a formação dos alunos do PET SM. A educação pelo trabalho no setor saúde também deve ser um dispositivo de humanização na medida em que os usuários do SUS serão acompanhados por alunos em formação. Assim, a humanização deve se operacionalizar com alguns dispositivos fundamentais para a educação em serviços de saúde e para o atendimento humanizado, como é direito dos usuários do SUS, estando dentre eles: “a troca e a construção de

saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde” (Ministério da Saúde, 2004c, p. 19).

Os alunos participantes do PET Saúde/Saúde Mental/Crack e outras drogas foram capacitados para trabalhar a partir da perspectiva da saúde pública, saúde coletiva e da psicanálise. Eles foram orientados a construir o caso clínico de portadores de sofrimento mental associado ao uso de álcool, crack e outras drogas a partir da teoria psicanalítica. Nesta proposta, o aluno não passaria a ser técnico de referência (TR) do paciente, mas a construção do caso clínico feita por ele auxiliaria ao TR e à equipe no esclarecimento do diagnóstico e na condução do tratamento. A questão da formação em serviços vem sendo estimulada pelo SUS desde a sua criação. Nos cursos de graduação da área da saúde ainda há pouca discussão voltada para a saúde pública, para a saúde coletiva, e principalmente, para a saúde mental. Diante disso, perguntamos: O PET Saúde/saúde mental/crack e outras drogas da região metropolitana de Belo Horizonte conseguiu aproximar o aluno da realidade do SUS e da Saúde Mental? Pretende-se reportar ao Programa para verificar de que maneira a formação em serviços de saúde aconteceu para os graduandos da área da saúde da PUC Belo Horizonte, da PUC Betim e alunos da UFMG participantes do Programa em 2011. Essa temática é objeto de estudo da nossa pesquisa de mestrado, onde buscaremos verificar os aspectos formativos do PET Saúde/Saúde Mental/Crack e outras drogas para além dos muros da universidade, nos serviços de saúde do SUS. Destacamos que não temos a pretensão de analisar o PET SM na sua integralidade, mas analisá-lo a partir do ponto de vista dos alunos que participaram do Programa em Belo Horizonte e em Betim, buscando compreender a experiência deles.

Considerando a realidade da saúde mental de Betim é que a proposta do PET Saúde/Saúde Mental/Crack e outras drogas se estruturou a partir de um projeto de pesquisa de caráter intervencionista, buscando criar frentes de trabalho que contemplassem ações de saúde mental, tanto no âmbito da atenção básica quanto da clínica nos CAPS em articulação com o território. Para tanto, seu desenho metodológico buscou articular o trabalho em rede no território, visando o cuidado integralizado ao usuário com sofrimento mental e uso de crack e outras drogas, por meio da potencialização do Projeto Terapêutico. Assim, cada aluno do PET SM em Betim acompanhou um caso clínico a partir das orientações de Viganò

(1999), que nos apresenta o conceito de construção do caso clínico. Segundo este autor, a construção do caso é uma estratégia que possibilita orientar o trabalho coletivo em direção a um ponto em comum que é o movimento do próprio sujeito na vida. Essa estratégia poderá contar com elementos discursivos de várias pessoas além da equipe, como a família, a comunidade, mas sem perder de vista a singularidade do sujeito. Essa proposta é consonante com os princípios do SUS, da PNH e da reforma psiquiátrica, que nos apontam a necessidade de atender o usuário a partir da noção de território, da organização em rede, apostando na intersetorialidade, na reabilitação psicossocial, na multiprofissionalidade/ interdisciplinaridade, na desinstitucionalização, a fim de promover a cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível para estes e seus familiares (Ministério da Saúde, 2003). Salientamos a realização de capacitação inicial para os alunos envolvidos no PET SM de Betim onde discutimos vários textos com conceitos importantes do SUS, da saúde mental coletiva e da psicanálise, principalmente o conceito de construção do caso clínico, ao qual nos atermos posteriormente.

Não podemos nos esquecer que a formação em serviço acontece junto ao usuário do SUS, o qual tem o direito de ser atendido conforme os princípios e diretrizes do SUS, onde a lógica da clínica ampliada, do acolhimento, do território, da saúde coletiva, enfim a perspectiva antimanicomial deve estar presente a fim de fazer valer valores e princípios fundamentais como o conceito ampliado de saúde, as ações intersetoriais e a integralidade da atenção. O serviço prestado pelos alunos que estão em formação nos serviços de saúde deve centrar-se nos interesses dos usuários do SUS, possibilitando contribuir para sua autonomia.

O funcionamento do CAPS e a PNH

Abordaremos neste tópico o funcionamento do Cersam Teresópolis (CAPS III), localizado no município de Betim-MG, na região metropolitana de Belo Horizonte. Segundo o IBGE, a população estimada do município, em 2011, é de aproximadamente 383.571 habitantes. O Cersam Teresópolis, existente há aproximadamente 17 anos, localiza-se numa região pobre que abrange uma população com cerca de 190.000 habitantes. O funcionamento do Cersam Teresópolis, desde 12/08/2011, é contínuo: funciona 24 horas por dia nos sete dias da semana e está em vias de ser credenciado como CAPS III. Além deste, Betim tem outros serviços de urgência em saúde mental:

Cersam Citrolândia (CAPS I), Cersam Betim Central (CAPS III), Cersami (CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infanto- juvenil – 0 a 18 anos); CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas), este inaugurado em fevereiro de 2012.

Quando uma pessoa está passando por um momento de crise, intensa desorganização psíquica, agitação psicomotora, insônia severa ou outras urgências, e chega ao CAPS, um profissional deverá recebê-lo e fazer o seu *acolhimento*. Esse termo diz respeito a uma nova estratégia no processo de trabalho em saúde pública, na qual deve haver uma relação humanizadora entre profissional e usuário e o acesso deve ser universal, conforme os princípios do SUS. De acordo com a PNH, o acolhimento é a

recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (Ministério da Saúde, 2004b, p. 43)

No Cersam, o acolhimento é feito comumente por um profissional de saúde mental de nível superior de qualquer categoria, que tem como função mais importante atender a demanda de escuta daquele que o procura. O profissional que acolhe aquele que busca o serviço deve chegar a uma conclusão importante: a pessoa será admitida no Cersam ou será encaminhada a outro serviço mais adequado a sua queixa? O caso é realmente grave e deve ser atendido no momento em que ele chega ou há a possibilidade de agendar outro horário, numa consulta eletiva? É fundamental que o profissional escute o usuário de forma atenta, fazendo uma avaliação cuidadosa e respeitosa em relação ao problema apresentado por ele. Nesse acolhimento verifica-se a situação do paciente e começa-se a estabelecer o seu projeto terapêutico individual (PTI), caso haja indicação de tratamento no CAPS. Normalmente o profissional que acolhe tal paciente torna-se o seu técnico de referência (TR). A ele cabe, juntamente com a equipe do serviço, dar as diretrizes para o tratamento e pensar em estratégias para aquele paciente em especial, construindo assim o PTI do paciente a partir dos elementos recolhidos na escuta deste. O TR deve estabelecer e sustentar o vínculo do paciente com o

Cersam, definir com o paciente a frequência dos atendimentos e/ou da permanência no Serviço – quando ele tem crítica suficiente para tanto; deve fazer contato com os familiares; acionar outros dispositivos da rede, caso seja necessário; decidir sobre a alta do usuário, dentre outras funções relacionadas ao tratamento daquele paciente. É fundamental que o TR assegure a dimensão clínica na prática institucional - que no caso dos CAPS's, é feita por equipe de profissionais – fazendo uma escuta particularizada, propiciando um espaço para que as questões daquela pessoa possam vir à tona e sejam trabalhadas também num viés clínico.

Não podemos nos furtar e deixar de falar especialmente das condições do Cersam Teresópolis, serviço em que atuamos há mais de 5 anos: estrutura física extremamente precária; número restrito de profissionais; imensa demanda da população, carente também de equipamentos de saúde, de lazer e de assistência social. Entendemos que estas precariedades aumentam ainda mais as dificuldades nos acolhimentos e devidos encaminhamentos, o que, conseqüentemente, pode comprometer as diretrizes da PNH que deveriam ser seguidas em sua integralidade.

O CAPS deve atender a população do seu território de abrangência – lembremos que a Portaria nº 336/GM define o porte/complexidade e abrangência populacional de cada CAPS, quais sejam: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Este último funciona 24h/dia, inclusive finais de semana e feriados, ou seja, deve dar retaguarda para que o paciente possa pernoitar e/ou ficar em permanência dia no final de semana e feriado, caso seja necessário adotar tal estratégia para o seu tratamento. O CAPS I e o CAPS II funcionam de 8 às 18h nos cinco dias úteis da semana. O CAPS deve realizar acompanhamento clínico dos seus pacientes, na tentativa de possibilitar maior autonomia e responsabilização pelo seu tratamento e reinserção social através do acesso ao trabalho, lazer, esporte, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e sociais. As questões da singularidade e da cidadania do paciente devem ser privilegiadas nos atendimentos da equipe, sendo fundamentais e presentes na PNH.

Os CAPS's devem também ser responsáveis por organizar a rede de serviços de saúde mental do território em que estão inseridos, dando suporte e supervisionando a atenção à saúde mental na rede básica através dos PSF's (Programa de Saúde da Família), hoje já sendo conhecido sob uma nova nomenclatura, a ESF (Estratégia de Saúde da Família). Neste trabalho tomaremos PSF e ESF como sinônimas.

Neste ponto abriremos um parêntese para falarmos da saúde mental na atenção básica: o matriciamento. Esta forma de trabalhar é uma estratégia do Ministério da Saúde (2004a), contemplada na PNH, que visa levar a atenção em saúde mental para a atenção básica. O matriciamento pode acontecer com diversas especialidades como, por exemplo, com a ginecologia, a pediatria, a saúde mental, dentre outras. O CAPS deve ser responsável pela ordenação do matriciamento em saúde mental, o qual privilegiaremos. Como isso pode ser feito? A capacitação da equipe da atenção básica (AB) se faz importante na medida em que esta se localiza no território onde o usuário se encontra e este deve direcionar-se à porta de entrada do SUS, que são os PSF's e no caso de Betim, as UBS's (Unidades Básicas de Saúde)³. O objetivo maior do *matriciamento*, ou do *apoio matricial*, é disponibilizar atendimento ao paciente na atenção básica, visto que tal paciente estaria estabilizado e não precisaria ocupar um profissional especialista do CAPS. Desta forma, evitar-se-ia encaminhamentos desnecessários aos especialistas, já que a AB estaria capacitada para resolver o problema daquele paciente estabilizado. No matriciamento no território, ou seja, no lugar mais próximo à casa do usuário, o trabalho do matriciador visa, dentre outras coisas, ampliar as possibilidades de acesso do usuário à rede.

Este 'apoio matricial' é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos. Quando o território for constituído por uma grande população de abrangência, é importante que o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar atividades de apoio à rede básica. Essas atividades não devem assumir características de uma 'especialização', devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS. (Ministério da Saúde, 2004d, p. 25)

³ Betim ainda está no processo de implantação dos PSF's. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) ainda são preponderantes no município, elas são consideradas um modelo mais retrógrado da atenção básica; já os PSF's são programas mais modernos, considerados a tendência mundial em atenção básica. Esta concepção atual, a dos PSF's, supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, visando desenvolver-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Essa inversão do modelo de atenção à saúde, é hoje considerada um desafio aos profissionais da saúde.

O matriciamento ainda é considerado uma estratégia nova (tem cerca de 10 anos de criação) do Ministério da Saúde e, talvez por isso, ainda caminha com dificuldades em alguns municípios brasileiros, dentre eles o município de Betim. Sabemos que as cidades têm autonomia para definirem sua política de saúde/saúde mental e priorizar o que julgam mais importante e Betim priorizou os atendimentos às crises. Atualmente há escassez de médicos clínicos na atenção básica, são poucos os psiquiatras para atendimentos nos CAPS assim como para fazer o matriciamento. Optou-se por formar equipes mínimas de saúde mental lotadas em algumas unidades básicas (são cerca de 3 para todo o município!), ao invés de o CAPS organizar o apoio matricial, conforme orientação do Ministério da Saúde (2004d) em documento citado anteriormente.

A questão da especialização no CAPS deve ser ampliada/superada em benefício do tratamento dos pacientes, sendo necessário aumentar as formas de atendimento aos usuários, não ficando restrito ao tratamento medicamentoso e psicoterápico. Por exemplo, no Cersam, o psicólogo não só faz atendimentos psicológicos individuais, como também atende grupos, faz oficinas junto ao terapeuta ocupacional ou ao farmacêutico; o psiquiatra não apenas medica, ele também escuta, faz oficinas, faz intervenções outras, que não seja apenas a medicamentosa; o assistente social faz atendimento compartilhado com o psiquiatra, se for necessário em determinados casos. Além disso, o CAPS deve lançar mão de outros dispositivos municipais ou mesmo dispositivos do terceiro setor como, por exemplo, os centros culturais, os espaços dedicados ao esporte e ao lazer, escolas, dentre outros, para auxiliá-lo na tão importante inserção social do paciente. Esta dinâmica deveria acontecer continuamente, mas às vezes, devido à escassez de profissionais, a equipe tenta se organizar para realizar o mínimo necessário, que muitas vezes, infelizmente, é restrito ao atendimento à urgência.

O atendimento psicanalítico/psicológico - que não deve ficar restrito ao atendimento ortodoxo/clássico, mas estender-se - as oficinas terapêuticas, a avaliação psiquiátrica, o acompanhamento social, o da enfermagem, o dos auxiliares e de toda a equipe, inclusive a administrativa e a de serviços gerais, deve acontecer de forma integrada, num trabalho de equipe, interdisciplinar. No CAPS, um atendimento, seja ele qual for, pode acontecer em qualquer espaço da unidade, seja na cozinha, no corredor, na sala de observação, no consultório. Assim, os profissionais devem ser capacitados a cuidar

daquele usuário que deixa de ser uma pessoa com problemas mentais ou uma “doença mental”, retomando um termo criticado por Foucault em *História da Loucura*, para ser um sujeito singular, de direitos e de deveres, de desejos e de particularidades, que, num momento da sua história, foi invadido por uma experiência que o desestabilizou e, em tal situação, teve que buscar o atendimento de urgência. Tal atendimento pode ser solicitado na porta de entrada da rede – no PSF, que encaminharia o paciente, em caso de necessidade, ao Cersam. O paciente também poderia ir diretamente ao CAPS, sozinho ou com familiar, ou como em alguns casos, ele necessitaria ser levado pelo SAMU à unidade de urgência.

Pensando no público alvo do CAPS, qual seja, principalmente, neuroses graves e psicoses, a consulta médica tradicional e o atendimento psicanalítico individual convencional são insuficientes para o tratamento de tais pacientes. A psicose exige mais do que isso e a proposta da clínica ampliada, que descreveremos a seguir, é um caminho que tem sido privilegiado, agregado à perspectiva da atenção psicossocial.

Esta nova clínica da saúde mental, ainda em construção, nos faz pensar na singularidade do tratamento daqueles que buscam o CAPS: “dada a precariedade, na psicose, da mediação simbólica representada pela palavra, a instituição como um todo é o dispositivo capaz de acolher e sustentar possibilidades expressivas inapreensíveis no âmbito dos dispositivos tradicionais” (Tenório, 2001, p. 136). Não é possível colocarmos a forma de intervir no CAPS numa formatação rígida. Num serviço substitutivo em saúde mental, as possibilidades de intervenção são variadas e, às vezes, um silêncio do analista ou uma abertura a outro usuário, por exemplo, numa oficina, pode ser uma intervenção apaziguadora.

As oficinas e os espaços sociais, espaços de troca, são possibilidades de trabalho subjetivo no CAPS. Tal trabalho permite que o paciente elabore, construa. De acordo com Fernando Tenório (2001), as oficinas, além de serem possibilidades de geração de renda e/ou pelo fato de estarem no “circuito social de trocas”, são dispositivos de “produção de sujeito”. Para os psicóticos, as oficinas podem ser espaço para a atividade criativa, o que, especialmente para o esquizofrênico, pode ter o “valor de uma vida” (p. 136). A universalidade da arte também se encontra presente em tais oficinas, seja com o viés musical, do artesanato, da representação teatral e de tantas outras formas. Tais oficinas de produção artística no CAPS têm sido consideradas como uma saída para a loucura. É

importante restituir ao portador de sofrimento mental o seu espaço na cultura e, principalmente, na arte. O louco, portador da marca de uma ruptura psíquica, pode encontrar, na produção artística, novas possibilidades de produzir-se, ao mesmo tempo em que se inicia a sua inserção/reinserção cultural e social. O mais importante é perceber o louco como alguém que é/foi tradicionalmente apartado da circulação social e, portanto, faz-se necessário restituir-lhe as possibilidades de presença e participação na cultura e na vida social, função muitas vezes árdua para equipes incompletas em relação ao número de trabalhadores e restrita quanto à diversidade de categorias profissionais, principalmente porque a urgência pulula aos olhos.

A psicanálise e o CAPS

O trabalho no CAPS é essencialmente um trabalho no coletivo, que leva em consideração a atenção psicossocial. Esta é continuamente presente e, muitas vezes, privilegiada em detrimento da perspectiva particular, da clínica do sujeito; o CAPS é um lugar onde se deve buscar o bem-estar psicossocial do paciente. Surge-nos então uma pergunta: como a teoria psicanalítica pode ajudar no tratamento daqueles que buscam o Cersam para se tratar, trabalhando em articulação com a perspectiva psicossocial?

O campo da atenção psicossocial, que compreende também a cidadania como objetivo a ser buscado, é uma estratégia nesse novo paradigma da clínica do CAPS. Como a psicanálise compreende essa perspectiva e como atua no CAPS? De acordo com Tenório (2001),

a psicanálise não visa nem o cidadania nem o cidadão. E está em desacordo com ambas, quando assumem as seguintes acepções: a cidadania tomada como universal a ser atingido por todos os sujeitos, como no paradigma da reabilitação; o cidadão como apenas aquele dos 'direitos'.... Para a psicanálise, o lugar social do sujeito é um trabalho do sujeito, não um bem que ele reclama. (p. 153)

O mais importante é possibilitar ao sujeito, através dos vários recursos presentes no CAPS, e, principalmente, através da psicanálise, a construção do laço social como mais uma possibilidade – incluindo aí a cidadania - caso seja desejo do sujeito. Se a questão da cidadania apresentar-se como algo imposto ao paciente, ela não será um recurso terapêutico e, portanto, é melhor que não

seja atingida. Para a psicanálise, o sofrimento advém também do relacionamento do homem com outros homens, e ele precisa lidar com isso (Freud, 1929/1978).

Em *História da Loucura*, observa-se que, na Idade Clássica, a possibilidade de o sujeito advir naquele contexto era praticamente inexistente. Ao louco foram negados os direitos de cidadão, assim como o direito à palavra e à subjetivação desta que o espaço asilar nega de fato. Aquele que está em análise deve estar além de uma posição reivindicatória de direitos, deve estar além do lugar de cidadão. O trabalho terapêutico o coloca numa posição que lhe proporciona trabalhar psiquicamente, falando de seu sofrimento e, para tanto, é necessário que lhe seja oferecida uma escuta analítica. Nesse sentido, o CAPS pode possibilitar um espaço de troca onde a questão singular de cada usuário pode vir à tona.

Também encontramos na clínica psicossocial o paradigma da reabilitação. Segundo Saraceno (2001), a reabilitação é um processo que diz respeito à abertura de espaços de negociação para o paciente, assim como a necessidade de engendrar, no paciente, o poder de contratualidade. A reabilitação encoraja o paciente a um exercício pleno da cidadania. Notamos que em tal modelo de reabilitação a dimensão pedagógica e moral encontram-se implicitamente presentes, na medida em que se busca ensinar ao paciente maneiras de se adaptar de forma mais normalizada possível. Viganò (1999) faz uma crítica ao conceito de reabilitação: para ele, muitos autores que lidam com tal conceito o entendem como “um tratamento que não trabalhe com o sintoma”. Segundo Viganò, a reabilitação que renuncia à comunicação, à palavra, enfim à transmissão, do paciente ao analista e/ou à equipe, de seus sintomas, é uma “reabilitação impotente no nível da doença” (1999, p. 25). Assim, a reabilitação eficaz, na clínica da saúde mental, é aquela em que o psicótico pode falar de sua individualidade e, assim, apontar o caminho do seu tratamento.

Goidanich (2001) aponta uma possibilidade de trabalhar com a teoria psicanalítica fora do consultório convencional, apesar de muitos psicanalistas julgarem impossível caracterizar os atendimentos na saúde pública como sendo psicanalíticos. Ela afirma que o analista deve ficar atento a não-cristalização de rígidos padrões para o uso da psicanálise, enfatizando que não seria o uso de certas regras que garantiria o processo psicanalítico no serviço público. O que então garantiria a inserção da psicanálise no serviço público de saúde? Ela responde, sucintamente,

afirmando que o mais importante é a escuta das produções do inconsciente através de uma relação transferencial nos atendimentos ao usuário.

O trabalho do analista no CAPS é muito diferente daquele do consultório. Na instituição há uma equipe que trabalha em prol daquele usuário. Esta equipe, que representa o Serviço, é uma instituição, alvo da transferência do paciente. Tenório (2001) fala da necessidade de entendermos a transferência no CAPS em duas direções: uma endereçada ao psicanalista e outra direcionada ao dispositivo que acolhe o paciente que, neste caso, é o Cersam; ou seja, a transferência é endereçada à instituição, onde toma características mais “pulverizadas” para citar um termo de Figueiredo (2000). No Cersam, vários profissionais com funções diversas estão em contato contínuo com o usuário que está em permanência dia. Em algumas situações, o seu técnico de referência não está presente, e, muitas demandas que seriam direcionadas a ele serão direcionadas a algum profissional da equipe que esteja presente naquele momento. Desta forma, entendemos que o endereçamento da transferência é um momento “privilegiado do processo” (Figueiredo, 2000, p. 128), que pode abarcar diversos profissionais que não apenas o analista. Assim, faz-se necessário não desconsiderar a questão da instituição e das possíveis interferências no tratamento do doente, principalmente no que diz respeito à transferência. Em relação à transferência direcionada ao psicanalista, esta deve ser manejada nos atendimentos, devendo este manejo ser condizente com a estrutura do paciente: neurose, psicose ou perversão.

Em “Linhas de Progresso da Terapia Psicanalítica” (1919/1976), Freud propôs que a psicanálise fosse estendida às camadas menos abastadas da população, através do trabalho de psicanalistas em instituições públicas. Naquela época, Freud já *previa* a necessidade de criação de instituições que tratassem das camadas desprivilegiadas da população e, em tais instituições, deveria haver profissionais “analiticamente preparados” para atender tal público.

O CAPS é um lugar *sui generis*, onde há diversos tipos de pessoas, com as mais variadas doenças e as mais singulares formas de expressão, além de uma enorme carência social e de recursos simbólicos e/ou financeiros por parte da maioria dos usuários. De acordo com Freud, os profissionais que atuam em instituições públicas correm o risco de sentirem uma forte necessidade de ajudar determinado paciente devido a sua

precária situação. Freud (1919/1976) nos alerta quanto aos cuidados para não cair nesta posição:

Qualquer analista que, talvez pela grandeza do seu coração e por sua vontade de ajudar, estende ao paciente tudo o que um ser humano pode esperar receber de outro, comete o mesmo erro econômico de que são culpadas as nossas instituições não-analíticas para pacientes nervosos. O único propósito destas é tornar tudo tão agradável quanto possível para o paciente, de modo a este poder sentir-se bem ali e alegrar-se de novamente ali refugiar-se das provações da vida. Ao fazê-lo, não tentam dar-lhe mais força para enfrentar a vida e mais capacidade para levar a cabo as suas verdadeiras incumbências nela. No tratamento analítico, tudo isso deve ser evitado. No que diz respeito às suas relações com o médico, o paciente deve ser deixado com desejos insatisfeitos em abundância. É conveniente negar-lhe precisamente aquelas satisfações que mais intensamente deseja e que mais importunamente expressa. (p. 178)

Sabemos que, às vezes, a abordagem psicossocial trabalha nesse sentido criticado por Freud. Como o psicanalista pode atuar no CAPS para que a teoria psicanalítica venha a contribuir no trabalho em equipe?

Contemporaneamente, o uso da psicanálise em serviços substitutivos em saúde mental está ligado ao conceito “construção do caso clínico”, usado por inúmeros psicanalistas – conceito este fundamental para a formação em serviço junto aos alunos do PET SM, citado anteriormente. Para Viganò, o paradigma da construção do caso clínico visa “colocar o paciente em trabalho, registrar os seus momentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier” (Viganò, 1999, p. 56). A construção do caso clínico não é atribuição exclusiva do analista, pois tal trabalho se dá também em equipe. No Cersam, discutem-se os casos de pacientes mais graves na “passagem de plantão” diariamente, assim como nas reuniões clínicas semanais. “É na construção do caso clínico – a partir do saber sobre a subjetividade particular de cada paciente que a psicanálise permite elaborar – que um diagnóstico torna-se possível como conclusão do processo de investigação” (Quinet, 2001, p. 73). O psicanalista não pode abandonar a clínica feita de sinais e sintomas que está ligada à estrutura clínica, ou seja, à estrutura do próprio sujeito. A equipe deve tomar decisões ou estabelecer intervenções a partir das indicações do sujeito e das exibições do seu sintoma/delírio. É

necessário que a equipe se coloque “numa posição de aprendizagem em relação à clínica” (Zenoni, 2000, p. 19), ficando atenta às diretrizes do tratamento colocadas pelo próprio sujeito que sofre. Figueiredo (2004) fala que o principal objetivo da construção do caso clínico deve ser partilhar determinados elementos de cada caso num trabalho coletivo, o que faz da construção um método clínico de maior alcance. Tal construção visa também o esclarecimento do diagnóstico e a condução do tratamento.

A metodologia da construção do caso clínico compreende alguns conceitos psicanalíticos importantes, como sujeito do inconsciente, relação transferencial, atenção flutuante. Viganò (1999), a partir da etimologia de palavras presentes na designação da metodologia nos ajuda a entender o que vem a ser a construção do caso clínico. *Caso* deve ser entendido como o que não é possível de ser dito nem de ser suportado; *clínico* “é um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito” (p. 51). Ainda com Viganò, o caso clínico é “resolvido pelo próprio sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condições de sê-lo” (1999, p. 53), ou seja, o técnico de referência e a equipe devem discutir o caso a fim de entender o que o sujeito aponta e não o que eles acham que são as diretrizes para o tratamento.

Como dito anteriormente, uma característica fundamental do CAPS é o trabalho em equipe. Esta forma de trabalhar também é uma proposta antimanicomial na medida em que busca articular e agregar saberes, assim como é uma proposta da PNH. No CAPS, várias equipes ou grupos se formam, seja uma equipe de profissionais, seja grupos de pacientes, assessorados ou não por um ou por diversos profissionais, grupos de familiares, dentre outros. A clínica do CAPS acontece, predominantemente, no coletivo, no social. No Cersam, privilegiam-se os espaços de convivência, as oficinas, as assembleias, enfim, as atividades em grupo. É claro que, nesse coletivo, há várias particularidades que precisam ser escutadas na condição de pessoa singular. Esse predomínio do coletivo está arraigado ao conceito de clínica ampliada. Este termo, já tão falado nos serviços substitutivos, é um dos pilares que aponta a forma de se atuar no campo da saúde pública, da saúde coletiva e, mais especificamente, no campo da saúde mental. A clínica ampliada é um

trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir

saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. (Ministério da Saúde, 2004c, p. 45)

Desta forma, o conceito de clínica ampliada, a partir da perspectiva psicossocial, associado aos fundamentos psicanalíticos visa orientar o trabalho da equipe do Cersam na medida em que o trabalho se dá a partir e no coletivo.

Voltando ao artigo de Freud citado, observamos outra questão que diz respeito à capacidade do analista em flexibilizar o uso da psicanálise tendo como referência a pessoa que nos propomos a atender. No CAPS, particularmente no Cersam Teresópolis, a maioria dos usuários são pessoas com baixa escolaridade, situação social dificultada principalmente pela precária condição econômica, enfim, pessoas em estado de quase miséria. Também nestes casos, faz-se necessário “combinar a influência analítica com a educativa”. Além disso, como diz Freud (1919/1976), às vezes o analista deve “assumir a posição de mestre e mentor. Mas isso deve sempre ser feito com muito cuidado, e o paciente deve ser educado para liberar e satisfazer a sua própria natureza, e não para assemelhar-se conosco” (p. 178).

Ao final do artigo, Freud conclui com uma frase emblemática: “é muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta” (Freud, 1919/1976, p. 181). Tal proposta freudiana ainda está em construção, mas, nessa “fusão”, é importante que os conceitos fundamentais da psicanálise - inconsciente, pulsão, transferência e repetição - “ingredientes mais efetivos”, estejam presentes na clínica psicanalítica no campo da saúde mental. Com Freud, entendemos que a psicanálise propriamente dita é aquela teoria em que os conceitos fundamentais mantêm-se resguardados no uso da técnica psicanalítica.

Considerações Finais

O movimento antimanicomial é contemporâneo ao movimento sanitário e ambos surgem a partir de meados da década de 1970. O primeiro parece surgir no interior do segundo, onde grupos de trabalhadores da área da saúde mental começam a criticar a forma como era a atenção à saúde aos portadores de sofrimento mental, assim como

reivindicavam melhores condições de trabalho pra eles e mais humanização no processo de trabalho. O aspecto da humanização é o que mais chama a atenção nas reivindicações dos militantes. A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, como regra geral, tem sido respeitada na atualidade e deve continuar assim nos serviços substitutivos em saúde mental, apesar de ainda encontrarmos algumas formas de precarização no processo de trabalho. Na época em que os manicômios eram a opção de tratamento para os portadores de sofrimento mental, não se pensava em o louco fazer o tratamento e ao mesmo tempo viver junto a sua família, no seu bairro, na sua cidade; a possibilidade de formação em serviços para diferentes graduações da saúde era inexistente, já que o manicômio era um espaço médico centrado; além disso, o atendimento singularizado no serviço público, em que a questão da transferência é valorizada, jamais seria investido na época dos manicômios.

Outro ponto fundamental do trabalho no CAPS e da formação continuada é a supervisão. Esta possibilidade é essencial para a “construção do caso clínico”. Trabalho de questionamentos e de reflexões de toda a equipe a partir das dificuldades de cada caso. E a maioria dos casos do CAPS são difíceis e graves, exigem muito dos técnicos de referência, da equipe e da rede de assistência do município. Como sabemos, às vezes, nos serviços públicos, o trâmite burocrático até a chegada de um supervisor é um atravessamento da prática clínica, e isso, infelizmente tem acontecido no Cersam Teresópolis, causando por vezes insatisfação dos trabalhadores. Assim, os profissionais buscam, nas reuniões de equipe, estabelecer uma roda de conversa ou roda de discussão de caso para que a estratégia da formação permanente aconteça cotidianamente na prática do Cersam. Apesar de nossa pesquisa de mestrado ainda não ter sido concluída, já foi possível observar que a inserção do PET SM nos serviços de saúde mental de Betim suscitou importantes discussões sobre a formação em saúde e colaborou no aspecto da formação permanente de trabalhadores da saúde mental coletiva.

Enfim, o trabalho no CAPS não está pronto e protocolado na íntegra. Deve continuar a sua construção. Nesta empreitada, a PNH é um guia fundamental. Para tanto, os profissionais devem estar sempre abertos ao *novo* da clínica da invenção que surge a cada usuário que busca o serviço de saúde mental do SUS. Além disso, os trabalhadores desse campo devem buscar na academia e na educação permanente, garantidas pela política do

SUS, novas discussões que fundamentem a sua prática.

Referências

- Amarante, P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: S. M. T. Fleury, (Org.). *Saúde e Democracia: A luta do CEBES* (pp. 163-185). São Paulo: Lemos Editorial.
- Figueiredo A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Figueiredo A. C. (2000). Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos IPUB*, 6(17), 124-130.
- Foucault, Michel (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Freud, S. (1978). O mal-estar na civilização. In *Cinco lições de psicanálise: A história do movimento psicanalítico; O futuro de uma ilusão; O mal-estar na civilização; Esboço de psicanálise* (J. Salomão & D. Marcondes, trads., 2a. ed., pp. 131-194, Coleção Os pensadores). São Paulo: Abril cultural. (Originalmente publicado em 1929).
- Freud, S. (1976). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. História de uma neurose infantil e outros trabalhos* (J. Salomão, trad., Vol.17, pp. 171-181). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919 [1918]).
- Goidanich, M. (2001). Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(4), 26-33. Retirado em 19 de setembro, 2008, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400004&lng=es&nrm=iso
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 de setembro). Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e

Braga, G. A. R. A Política Nacional de Humanização (PNH) e a psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

- dá outras providências. *Diário Oficial da União*, p. 18055.
- Ministério da Saúde. (2002, 19 de fevereiro). *Portaria Ministerial 336/GM*. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Gabinete do Ministro.
- Ministério da Saúde. (2003). *Circular Conjunta 01/2003*. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão da das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 setembro, 2008, de <http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>
- Ministério da Saúde. (2004b). *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004c). *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004d). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde e da Educação. (2010, 03 de março). *Portaria Interministerial n.º 421/MS/MEC*. Orientações técnico-administrativas sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde/VS. Recuperado em 19 de setembro, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_n_421.pdf
- Paim, J. S. (1997). Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In S. M. T. Fleury, (Org.), *Saúde e Democracia: A luta do CEBES* (pp. 11-24). São Paulo: Lemos Editorial.
- Quinet, A. (Org.). (2001). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In S. Alberti & A. C. Figueiredo, (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 141-147). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Souza, M. E. (2006). *Linha guia atenção em saúde mental para o Estado de Minas Gerais*. Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde.
- Viganò, C. (1999). A Construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga: Psicanálise e Saúde Mental*, 13, 50-59.
- Zenoni, A. (2000) Qual a instituição para o sujeito psicótico? *Abrecampos: Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, sn, 12-31.

Recebido: 08/07/2012
Revisado: 14/12/2012
Aprovado: 08/01/2013

As Práticas do Psicólogo no CAPS e a Aprendizagem Grupal

The Practices of the Psychologist in within CAPS and Group Learning

Maria Sara de Lima Dias¹

Thaís Cardoso²

Resumo

Este relato trata da experiência de estágio em um CAPS II, exclusivo de adultos, na região metropolitana de Curitiba. Participaram usuários de 18 a 60 anos, sendo a maioria mulheres. Foram realizadas dinâmicas de grupo tendo em vista a aprendizagem do viver coletivo, a diminuição do sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, o fortalecimento da autonomia. O material coletado para análise foram os diários de campo, separados em temas que mais aparecem nos grupos tais como: dificuldade em cuidar dos filhos; perda da identidade; irritação; desânimo; culpa; solidão; medo de trabalhar; contradição saúde e doença. Os resultados apontam que ainda há uma longa caminhada para que a Reforma Psiquiátrica e as práticas dos psicólogos em saúde pública sejam concretizadas de fato, fazendo-se necessários mais estudos sobre as práticas grupais existentes para a descoberta de novas abordagens que venham a contribuir para o avanço e consolidação da saúde pública brasileira.

Palavras-chaves: saúde mental; reforma psiquiátrica; psicologia sócio-histórica; sentido; significado.

Abstract

This report deals with the internship experience in a CAPS II, exclusively for adults, in the metropolitan region of Curitiba. The participants were users of 18 to 60 years of age, mostly women. Group dynamics were used having in view the learning from collective experiences, the decrease in the psychic suffering, and, at the same time, the strengthening of autonomy. The material collected for analysis consisted of field journals, classified into the most common themes in the groups, such as: difficulty in taking care of the children; loss of identity; anger; dismay; guilt; loneliness; fear of working; health and disease contradiction. The results suggest that there still is a long way until the Psychiatric Reform and the practices of the public health psychologists are actually accomplished, in which case further studies on the existing group practices are necessary for the discovery of new approaches which may contribute to the advance and consolidation of Brazilian public health.

Keywords: mental health; psychiatric reform; sociohistorical psychology; sense and meaning.

¹ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professora do Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná. Endereço para correspondência: Abílio Sebastião da Silva, 49ª, Abranches, Curitiba, Paraná, CEP: 82.130-260. Endereço eletrônico: msaraddias@gmail.com

² Psicóloga pela Universidade Tuiuti do Paraná. Endereço eletrônico: thais_cardoso@hotmail.com

Introdução

A Reforma Psiquiátrica pode ser definida como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são articuladas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto do conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade. (Amarante, 2003, p.49)

Sendo um processo social complexo que tem os princípios éticos de inclusão, solidariedade e cidadania, a reforma psiquiátrica preconiza um novo modelo de atenção à saúde mental e um novo espaço para a loucura. A história da loucura é também a história de práticas e de saberes concebidos e construídos coletivamente, de acordo com as épocas, culturas e sociedades dos homens (Miranda, 1994).

Se os saberes sobre a loucura e normalidade são representações construídas coletivamente,

o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com as condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. (Canguilhem, 2012, p.126)

Com as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica, a fronteira entre o normal e o patológico se alarga e a relatividade da saúde e da doença para um mesmo sujeito, quando considerado singular ou coletivamente, se alteram. Neste sentido, "o indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe" (Canguilhem, 2012, p.126). O autor estabelece as bases para um novo conceito de saúde que pode advir, a saúde como potência de construção de normas de valor propulsivo diante dos desafios postos ao vivo na experiência de sua própria vida (Canguilhem, 2012).

A Reforma Psiquiátrica caminhou para a construção de uma rede de atendimento à população, regionalizada e hierarquizada segundo níveis de complexidade e direcionou uma oferta de cuidados diferenciados que representam profundas

mudanças no modelo técnico-assistencial psiquiátrico. Neste novo modelo, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital, os serviços de saúde passam a ser territorializados, sendo os articuladores os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Os CAPS são os equipamentos para este modelo de atenção psicossocial, onde se preconiza o cuidado no território, no seu próprio meio social, mantendo-o integrado à comunidade, repercutindo essas transformações também nos saberes e nas práticas. Estes equipamentos sociais realizam a articulação das instâncias de cuidado em saúde mental, seja na atenção primária, em ambulatórios e hospitais, e também nas redes de suporte social. Assim, os CAPS têm por objetivo o tratamento e a promoção da autonomia e da cidadania, além de serem orientados para a noção de cuidado e promoção da autonomia dos direitos dos usuários. Diferenciam-se de acordo com características como: densidade populacional do território, horários de funcionamento, população atendida e profissionais que constituem a equipe. Podem ser os seguintes: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS – AD e CAPS – i. O presente artigo relata a experiência do trabalho em grupos realizado pelo profissional psicólogo em um CAPS II.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS têm caráter territorial e comunitário, onde se realizam ações intersetoriais e oferecem vários tipos de atividades terapêuticas como oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares dos usuários, psicoterapia individual ou em grupo.

A literatura aponta para uma nova concepção dos serviços de saúde mental em que os atendimentos grupais são o principal recurso terapêutico nestes locais (Lancetti & Amarante, 2006). E ainda que "o doente deve sempre ser julgado em relação com a situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o meio próprio lhe oferece..." (Canguilhem, 2012, p.131). Portanto, somente nos atendimentos grupais é que podemos apreciar os sujeitos em relação com os demais na manifestação de seu estado de saúde ou doença.

Este relato de experiência surge para suprir necessidades teórico-práticas da área em saúde pública e transtorno mental, identificando lacunas na formação do futuro psicólogo. Esses são treinados para práticas psicológicas que foram construídas historicamente voltadas para o atendimento da elite e centradas em uma perspectiva do atendimento individualizado e clínico.

Atualmente, a atuação do psicólogo necessita ampliar o contexto de atuação, diferente da prática clínica, aliando a psicologia ao compromisso social a serviço dos interesses da maioria, tornando essa demanda ainda mais relevante no campo da saúde pública (Bock, 2003).

Vários estudos têm apontado as dificuldades da inserção do psicólogo e das práticas psicológicas no contexto de saúde pública (Benevides, 2005; Dimenstrein, 2000; Silva, 1992; Spink, Bernardes & Menegon, 2006). Mostram, nesse contexto, as dificuldades da inserção do psicólogo, haja vista o despreparo profissional e a escassez de estágios e discussões acerca da saúde pública na graduação, além do predomínio de uma prática clínica em que não se reconhecem as singularidades de outras populações e locais de atuação.

Um novo modo de atuação em saúde pública voltado para as necessidades e especificidades da população atendida foi a aposta nas práticas grupais. As práticas grupais mostram-se sensíveis à cultura, ao vocabulário e à linguagem de seus membros, valorizando o social. O grupo compartilha e reconhece o sofrimento, ampliando seus sentidos e significados no processo de saúde e doença. Para Lane (1984), o processo grupal é uma experiência histórica que se constrói em um determinado espaço e tempo, fruto das relações cotidianas, ao mesmo tempo em que traz vários aspectos gerais da sociedade, expressos nas contradições que surgem no grupo, unindo aspectos pessoais, grupais, vivência subjetiva e realidade objetiva. Em sua singularidade, o grupo expressa as determinações e contradições presentes na sociedade contemporânea. Segundo Lane (1984):

todo e qualquer grupo exerce uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais desenvolvidas em decorrência das relações de produção e, sob este aspecto, o grupo, tanto na sua forma de organização como na suas ações, reproduz ideologia que, sem um enfoque histórico, não é captada. (pp. 81-82)

Para o processo grupal, na concepção histórico dialética, deve-se compreender o grupo enquanto relações e vínculos entre as pessoas com interesses individuais e coletivos. O grupo é uma estrutura social, ou seja, um conjunto que não pode ser reduzido à soma de seus membros, mas visto com vínculos entre os indivíduos numa relação de interdependência. Na atividade grupal, há uma dimensão externa que está relacionada com a sociedade e outros grupos, devendo ser capaz de produzir um efeito sobre seus membros e afirmar

sua identidade; e a dimensão interna, com os membros do próprio grupo, em direção aos objetivos que levem em consideração aspectos individuais e comuns.

O campo de estágio

O campo de estágio foi realizado no CAPS II, localizado na região metropolitana de Curitiba. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h e realiza o atendimento exclusivo de adultos com transtornos psiquiátricos graves e persistentes. A equipe multiprofissional é composta por um médico psiquiatra, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, duas psicólogas - sendo uma delas a coordenadora -, quatroicineiros, um técnico administrativo, uma estagiária de psicologia, dois estagiários do ensino médio que atuam na área administrativa e três funcionárias responsáveis pela limpeza e alimentação.

Quanto à faixa etária dos usuários, caracterizam-se por serem: 20% de 18 a 30 anos; 30% de 32 a 40 anos; 30% de 41 a 50 anos; 15% de 51 a 60 anos; 5% 61 anos em diante. Quanto ao sexo, são 80% mulheres e 20% homens. Quanto ao estudo, estes usuários se caracterizam por possuir curso superior completo (1%), ensino médio (59%) e ensino fundamental (40%), oscilando variações entre o período de tempo estudado.

Há uma relação com outras instituições como CREAS, CRAS, Hospitais Psiquiátricos, Unidades de Saúde de Pinhais, em uma espécie de rede de onde pacientes são encaminhados, além daqueles que comparecem espontaneamente para acolhimento e avaliação da equipe técnica para inserção ou não no CAPS.

Os usuários são atendidos nos seguintes regimes: Intensivo, Semi-Intensivo e Não Intensivo. O regime Intensivo é oferecido para pessoas com grave sofrimento psíquico em situação de crise ou dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. No regime Semi Intensivo, o usuário pode ser atendido até 12 dias ao mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. O regime Não Intensivo é oferecido para pessoas que não necessitam de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e ou trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. As atividades diárias no CAPS constituem-se de assembleias gerais, oficinas terapêuticas,

atendimento psiquiátrico, atendimento individual e de grupo em psicologia.

Os grupos de psicologia no CAPS

Os grupos no CAPS II foram formados, antes do início do estágio acadêmico, pela psicóloga que atua neste equipamento. Importante ressaltar que anteriormente não havia práticas grupais de psicologia, ou seja, tais grupos de psicologia foram formados em maio de 2011. De acordo com os objetivos do CAPS, todas as atividades, incluindo os grupos, são orientadas pelos projetos terapêuticos singulares a cada usuário, sendo-lhe proposta como tratamento a participação em grupos de psicologia. Portanto, a formação dos grupos respeita a escolha e desejo do usuário em participar.

No início do campo de estágio, a participação da estagiária se dava exclusivamente com a observação dos usuários por duas semanas, sendo apresentada aos usuários durante os grupos além de participar das oficinas terapêuticas. Após este primeiro contato com os usuários, a acadêmica assumiu os cinco grupos de psicologia. Inicialmente, foi necessário estabelecer um vínculo com estes usuários, além de realizar leituras dos prontuários, de modo a compreender a história e a identidade singular e coletiva de cada usuário participante, nem sempre adequadamente expressa nos registros. Após algumas semanas, os usuários já vinculados a acadêmica passaram a relatar suas histórias de vida, seus conflitos e suas emoções.

Método

Foram realizados cinco grupos de psicologia, conforme nomeado pelo CAPS, para distinguir de outros grupos existentes, no período de agosto de 2011 a junho de 2012, totalizando 206 encontros de uma hora com cada grupo. Os grupos de psicologia ocorreram diariamente e foram realizados pela psicóloga e por uma estagiária de psicologia. O objetivo dos grupos era desenvolver a aprendizagem do viver coletivo e o compartilhar os sentidos e significados da saúde e da doença (Dias, 2012).

Todos os dados obtidos relativos aos cinco grupos de psicologia, durante o estudo, foram organizados e armazenados em local seguro, garantindo o sigilo das informações e proteção dos sujeitos. Após a transcrição das atividades grupais durante o período realizado em forma de diários de campo, procedeu-se a uma análise qualitativa horizontal que consistiu em se compreender as características contextuais expostas pelos grupos a

partir de temas mais abordados, ao invés de produzir medidas quantitativas.

Resultados e Análise

Os grupos de psicologia serão apresentados separadamente para melhor compreensão do processo grupal de cada um.

GRUPO 1 - Composto por dez mulheres, na faixa etária dos 25 aos 50 anos que se encontravam no regime Semi-Intensivo, frequentavam três vezes na semana o local, além de realizarem tratamento em média há cinco anos no CAPS. Vale ressaltar que todas se encontravam afastadas do trabalho. Geralmente eram mais chorosas, vivenciavam lutos patológicos, tinham vários conflitos familiares, principalmente no cuidado com os filhos. Sentiam dificuldades em se reintegrar à família e no trabalho, além de se desvincularem do CAPS.

GRUPO 2 – Composto por dez mulheres na faixa etária dos 30 aos 50 anos, encontravam-se nos regimes Intensivo e Semi-Intensivo, realizavam o tratamento em média há cinco anos no CAPS. Vale ressaltar que todas se encontravam afastadas do trabalho e não acreditavam que iriam voltar para suas atividades laborais. Geralmente eram mais irritadiças, relatavam conflitos na convivência com os filhos e cônjuges e dificuldades para se desvincularem do CAPS.

GRUPO 3 - Composto sete por mulheres, na faixa etária dos 25 aos 45 anos, todas no regime não intensivo, ou seja, frequentavam o CAPS uma vez na semana. Para compreensão da dinâmica deste grupo, vale ressaltar que todas se encontravam afastadas do trabalho. Grupo com características mais entusiastas, alegres e com facilidade em expor suas emoções, além de conseguirem opinar e aceitar as pontuações dos colegas. Apresentavam pouca autoestima, relatavam conflitos conjugais e estavam afastadas do mercado de trabalho, demonstrando grande resistência em aceitar alta do CAPS.

GRUPO 4 - Composto por sete mulheres e homens nos regimes Intensivo e Semi-Intensivo, na faixa etária dos 30 aos 55 anos. Para compreensão da dinâmica deste grupo, vale ressaltar que este apresentava dificuldades em falar sobre suas emoções e dificuldade em ouvir os outros. Estavam afastados do mercado de trabalho e não acreditavam na melhora ou na volta ao trabalho. Apresentavam resistência em sair do CAPS.

GRUPO 5 - Composto por cinco homens e uma mulher, na faixa etária dos 35 aos 55 anos, todos no regime Intensivo. O grupo era entrosado e tinha facilidade em expor suas emoções. Conseguiram ouvir uns aos outros, além de fazer /aceitar as pontuações aos/dos colegas. Todos estavam afastados de suas funções laborais.

Em todos os grupos, observou-se a necessidade da ordem, "um gosto positivo pela monotonia, seu apego a uma situação em que sabem poder dominar" (Canguilhem, 2012, p. 129). Por isso, pertencer ao CAPS carrega consigo o sentido de frequentar um grupo e se sentir seguro. Os significados veiculados no grupo sobre a doença e os transtornos mentais representam outra forma de admitir a norma de não poder mais trabalhar. É aqui justamente que se situa o problema entre a saúde e a doença, pois "o doente é doente por só poder admitir uma norma" (Canguilhem, 2012, p. 129).

Pertencer ao CAPS tornou-se uma experiência da doença e, ao mesmo tempo, um apego ao sentido social e conteúdo desta doença cuja observação primeira indicava uma incapacidade do sujeito para retomar as suas atividades cotidianas.

As práticas desenvolvidas foram dinâmicas de grupo centradas em temas de interesse dos usuários, conforme Dias (2012). As análises dos relatórios dos grupos de psicologia no período estudado revelaram os seguintes temas mais discutidos pelos mesmos, além de demonstrar a evolução do processo grupal constituinte de cada grupo (Tabela 1):

Tabela 1: Temas mais discutidos nos grupos e evolução do processo grupal

Grupos	Processo Grupal	Temas
Grupo 1	<u>Início:</u> pouco participativo, resistente a falar sobre as emoções; dificuldade em ouvir o outro; dificuldade em controlar a irritação. Foco na patologia e medicação; dependentes do CAPS. <u>Final:</u> mais participativo, conseguem expressar suas emoções; Conseguem ouvir e opinar umas com as outras; Controlam a irritabilidade; Foco nos sentimentos e nas relações familiares, pessoais e sociais do grupo.	Dificuldade em cuidar dos filhos pequenos; Perda da identidade materna; Perda da identidade feminina; Irritação; Desânimo; Culpa; Descrédito dos familiares; Solidão; Dependentes da medicação; Medo de trabalhar; Contradição: saúde e doença.
Grupo 2	<u>Início:</u> pouco participativo; Resistente a falar sobre as emoções; dificuldade em ouvir o outro e muita necessidade em falar; foco na patologia e medicação; dependentes do CAPS. <u>Final:</u> mais participativo, conseguiram expressar suas emoções; conseguiram ouvir umas às outras, além de emitir opinião; foco nos sentimentos e na relações familiares, pessoais e sociais do grupo.	Conflitos com os filhos adolescentes; Perda da identidade maternal; Sentimento de inutilidade; Conflitos amorosos; Descrédito dos familiares; Crença: trabalho = doença; CAPS como fuga; Preconceito da loucura; Contradição: saúde e doença; Críticas às práticas no CAPS.
Grupo 3	<u>Início:</u> pouco participativo; resistente em falar sobre as emoções; dificuldade em ouvir o outro e muita necessidade em falar; dependentes do CAPS; foco na patologia e na medicação. <u>Final:</u> mais participativo, conseguiram expressar suas emoções; conseguiram ouvir umas às outras e opinar no grupo; foco nos sentimentos, nas relações familiares, pessoais e sociais do grupo; conseguiram refletir sobre seu papel no grupo, na família, no CAPS.	Autoestima baixa; Conflitos conjugais; Perda da identidade feminina; Descrédito dos familiares; Preconceito da loucura; Raiva; Desânimo; Solidão; Medicação como fuga; Perda da identidade feminina; Visão apenas dos defeitos; Medo de recaídas; Medo de sair do CAPS; Críticas das práticas no CAPS.
Grupo 4	<u>Início:</u> pouco participativo; resistente em falar sobre as emoções; grupo mais silencioso; foco na patologia e na medicação; irritabilidade em ouvir o outro. <u>Final:</u> mais participativo; conseguiram expressar mais suas emoções; conseguiram refletir sobre seu papel no grupo, na família, no CAPS	Doenças clínicas; Descrédito social; Tristeza pela história de vida; Sentimento de inutilidade; Ambiguidade em voltar ao trabalho; Medo de sair do CAPS; Descrédito na melhora;
Grupo 5	<u>Início:</u> pouco participativo, porém grupo mais coeso entre os integrantes; dificuldade em expressar as emoções; foco na patologia e nas questões de trabalho, perícia e aposentadoria. <u>Final:</u> mais participativo, grupo bem coeso, facilidade em expressar as emoções, foco nas emoções e nas relações familiares, sociais e de grupo.	Conflitos familiares; Conflitos conjugais; Perda da identidade masculina; Raiva; Crença: trabalho = doença; Aposentadoria / perícia; Irritabilidade; Dificuldades financeiras; Medo de voltar ao trabalho. Críticas às práticas no CAPS.

Observou-se que a vida destes usuários participantes dos grupos não se constitui muitas vezes com sentidos positivos, afetos e lembranças prazerosas, de pertencimento e continência. Inicialmente demonstraram dificuldades em se expressar, além de resistência em participar dos grupos, focando seus discursos na doença que inicialmente é percebida como um processo do sujeito. Ao discutirem em grupo que a doença não é um defeito no corpo, no órgão ou no funcionamento bioquímico, passam a perceber a mesma como um processo referente à conduta e às condições sociais, alterando a forma de olharem a si mesmos. Para (Sacks, 1995), a doença deve ser repensada como fato cultural e como caminho, é preciso aprender com a doença.

Faz-se imperativo que os usuários passem a compreender a doença ou os sintomas como um problema, como uma experiência que exige crítica e reflexão e que é vivenciado como resultante de uma série de determinações que podem ser acessíveis ao seu conhecimento (Bezerra Júnior, 2001). Após algumas sessões, os usuários puderam compartilhar suas angústias, identificando-se com os problemas dos outros, além de conseguirem opinar sobre a vida de forma positiva, gerando um sentimento de sentir-se acolhido. Portanto, é fundamental, no processo de desenvolvimento da saúde mental, práticas que elevem o sentimento de confiabilidade e autonomia pessoal destes usuários, permitindo aos mesmos atuar efetivamente no espaço público e favorecendo o cuidado consigo, com o outro e com seu entorno, estimulando a autonomia individual e do grupo, assim como a busca da transformação de si mesmo e da sua realidade.

Considerações Finais

No CAPS em questão, que existia apenas há três meses, não havia uma cultura de grupo, embora as práticas grupais, já há bastante tempo, façam parte da psicologia enquanto ciência e profissão. Nota-se a que as dinâmicas de grupo, neste caso, trouxeram para os usuários uma maior vivência a respeito do contexto social e do transtorno mental, pois conseguiram compartilhar suas angústias, seus medos, seus conflitos pessoais e sociais, além de conseguirem se perceber e se identificar uns com os outros.

As práticas grupais e não individuais em saúde pública são preconizadas pelo SUS em seus princípios de universalidade, do acesso e da integralidade da atenção, pois contribuem para a democratização da saúde do grupo, constituindo-se

os grupos de psicologia como um espaço de expressão coletiva e também como uma proposta mediadora e alternativa para as demandas dos usuários.

No discurso dos usuários, percebe-se ainda a vigência de uma concepção mecanicista da doença mental, enraizada no paradigma cartesiano que busca uma localização para a doença no corpo. Para Rotelli (2001), o modelo médico hegemônico moderniza-se na fala, sendo que tal modernização termina por impedir o rompimento com o paradigma biológico e novamente reautoriza o saber da psiquiatria clássica.

A reforma psiquiátrica contribuiu para a transformação nas práticas em saúde mental, porém ainda hoje se buscam maneiras de desconstrução do modelo hospitalocêntrico que, apesar disso, insiste em aparecer dentro dos serviços substitutivos. Há uma longa caminhada para que as práticas dos psicólogos em saúde pública sejam concretizadas de fato e, por isso, faz-se necessário que estas venham a contribuir para o avanço e consolidação da Reforma Psiquiátrica e da saúde pública.

Observamos, através das aprendizagens grupais, que as pessoas, ao se reunirem, percebem que os seus problemas são muitas vezes semelhantes, decorrentes das próprias condições sociais e de vida e que as organizações coletivas, como o CAPS principalmente, podem propiciar espaço para a discussão e resolução de problemas comuns.

No discurso destes usuários do sistema de saúde, observou-se que ainda há um estranhamento e alguma resistência em relação às práticas grupais, pois, no início, consideram que o tratamento de saúde mental deve ser individual ou de exclusividade médica e depois percebem o processo grupal como uma experiência satisfatória. Através das dinâmicas no CAPS, os usuários conseguiram ouvir muito mais, serem solidários uns com os outros, apresentando sentimentos de compreensão, de se colocar no lugar do outro e de perceber sua dor, demonstrando um sentimento de real empatia que pode se expressar em atitudes, gestos e palavras. A continuidade de um trabalho desta natureza se faz importante porque as dinâmicas de grupo vão ao encontro das práticas coletivas que favorecem a superação do individualismo. Neste sentido, é necessário o desenvolvimento ampliado da formação do psicólogo, onde a sua sensibilidade para a realização de trabalhos grupais e comunitários possa ser ampliada, contribuindo com suas ações no CAPS para a transformação da consciência social e para constituição da autonomia destes usuários do sistema de saúde.

Referências

- Amarante, P. (Org.). (2003). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Bezerra Júnior, B. (2001). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (3ª Ed.) (pp. 133-169). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Bock, A. M. B. (2003). *Psicologia e o Compromisso Social*. São Paulo: Cortez Editora.
- Canguilhem, G. (2012). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Dias, M. S. de L., & Silva Neto, P. M. (2012). *Dinâmica de Grupo: Aspectos teóricos e práticos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Dimenstein, M. D. B. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de psicologia (Natal)*, 5(1), 95-121.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na Saúde Pública. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e Saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J., & Menegon, V. S. M. (2007). *A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kantorski, L. P., Souza, J., Willrich, J. Q., & Mielke, F. B. (2006). O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14(3), 366- 371.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2006). Saúde Mental e saúde coletiva. In G. W. Sa Campos, et al. (Org.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-633). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de setembro, 2012, de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf
- Miranda, C. L. (1994). *O parentesco imaginário: história social da loucura nas relações do espaço asilar*. São Paulo: Editora Cortez.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D.; (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp.89-99). São Paulo: Hucitec.
- Sacks, P. (1995). *Um antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras.

Recebido: 08/08/2012

Revisado: 13/11/2012

Aprovado: 26/11/2012

Guimarães, A. C.; Pascoal, R. C. A.; Carvalho, I. Z. de; & Adão, K. do S. A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG

A Inserção Social através de Práticas de Educação Física como Medidas Interventivas para Pacientes Psicóticos e Neuróticos Graves do CAPS de São João del-Rei/ MG

Social Insertion through Physical Education Practices as Interventional Measures for Severe Psychotic and Neurotic Patients from the CAPS of São João Del-Rei/MG

Andrea Carmen Guimarães¹

Renata Cristiane Alves Pascoal²

Iara Zilda de Carvalho³

Kleber do Sacramento Adão⁴

Resumo

O projeto consiste na aproximação da Educação Física com a saúde mental, a partir da intervenção junto a indivíduos com transtornos psíquicos. O objetivo é colaborar para a melhoria da saúde física e mental e inserção social dos mesmos. As intervenções ocorreram no CAPS de São João del-Rei/MG, duas vezes por semana, com uma hora de duração. As atividades foram baseadas nos elementos da cultura corporal: lutas, dança e esportes adaptados para uma melhor autonomia e qualidade de vida. O público alvo foram 45 pacientes psicóticos e neuróticos graves atendidos pelo CAPS, com idade média entre 30 e 50 anos. A metodologia utilizada foi a observação e relatos de experiência. Os resultados apontam para uma melhor interação entre pacientes atendidos, uma diminuição da distância entre sociedade e o paciente psiquiátrico, bem como um alerta ao poder público sobre a importância da atividade física para essa população.

Palavras-chave: Educação Física; saúde mental; inserção social; CAPS.

Abstract

The project consists in the approximation of Physical Education with mental health, based on the intervention in individuals with psychic disorders. The goal is to collaborate to the improvement of their physical and mental health and social insertion. Interventions occurred in the CAPS of São João del Rei/MG, twice a week, with a length of one hour. The activities were based on the elements of body culture: fights, dance, and sports adapted for a better autonomy and quality of life. The target audience consisted of 45 severe psychotic and neurotic patients under the care of CAPS, with an average of 30 to 50 years of age. The methodology was based on observation and experience reports. The results suggest a better interaction between patients under treatment, a decrease in the distance between society and the psychiatric patient, and a warning to the government as to the importance of physical activity to this population.

Keywords: Physical Education; mental health; social insertion; CAPS.

¹ Doutora em Educação Física pela Universidade Católica de Brasília (UnB). Professora do curso de Educação Física da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Coordenadora do Grupo de Estudos de Atividade Física e Saúde (GEAFS - UFSJ). Endereço para correspondência: GEAFS – Grupo de Estudos de Atividade Física e Saúde. Avenida Visconde do Rio Preto, s/nº, Colônia do Bengo, São João del-Rei, MG, CEP: 36.301-360. Endereço eletrônico: andreaguimaraes@ufsj.edu.br

² Acadêmica do curso de Educação Física da Universidade Federal de São João del-Rei.

³ Acadêmica do curso de Educação Física da Universidade Federal de São João del-Rei.

⁴ Doutor em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Curso de Educação Física da Universidade Federal de São João del-Rei.

Guimarães, A. C.; Pascoal, R. C. A.; Carvalho, I. Z. de; & Adão, K. do S. A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG

Histórico da saúde mental e surgimento dos CAPS

Segundo Amarante (2007), a saúde mental passou por várias mudanças: desde a Revolução Francesa, pela transformação de hospital em instituição médica; posteriormente, no início da Idade Média, o hospital tinha como foco dar abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres e miseráveis; no século XVII, os hospitais passaram a cumprir uma função de ordem social e política, vários deles reproduzindo os princípios e estratégias estimuladas por Pinel, em “as psiquiatrias reformadas às rupturas com a psiquiatria”.

Observando o exposto acima, a trajetória da saúde mental pode ser dividida em três períodos, definidos por Thornicroft e Tansella (2008) como: (1) a ascensão do manicômio, primordialmente em países economicamente desenvolvidos, oferecendo principalmente contenção custodial e as mais básicas necessidades de sobrevivência a pacientes com uma ampla variação de transtornos clínicos e problemas sociais; (2) declínio do manicômio, na maioria dos países desenvolvidos, sendo provavelmente uma de suas falhas mais graves os efeitos produzidos nos pacientes, inclusive a progressiva perda de habilidades para a vida e o acúmulo de “sintomas de déficit”; e (3) a atenção equilibrada, que incorpora uma gama de serviços comunitários dentro de contextos locais, fazendo-se importante continuar com a oferta de todos os benefícios da atenção hospitalar, ao mesmo tempo em que se evitam seus aspectos negativos.

A saúde mental no Brasil foi marcada por credences e mitos que, ao longo do tempo, geraram preconceitos, vergonha por parte dos familiares e exclusão social, mantendo à margem da sociedade as pessoas consideradas loucas. Tais visões sobre os doentes mentais foram equivocadas, na medida em que estabeleciam um antagonismo entre razão e loucura, criando o estigma e reforçando medidas institucionais de confinamento desses indivíduos. Estas medidas resultavam nas internações em manicômios por muitos anos, podendo se estender para o resto da vida do paciente. Infelizmente, o processo de inclusão, quando se trata de saúde mental, ainda é algo que necessita de atenção e intervenção, pois a legalidade não garante totalmente a legitimidade dos direitos reservados às pessoas com doenças mentais. A solução deste problema ainda parece ser a quebra de paradigmas presentes na sociedade. E essa é uma das

possibilidades para que a Educação Física se efetive junto ao processo de inclusão desses indivíduos.

Dentre os processos de mudança ocorridos, influenciados por manifestações e debates nos diferentes setores da sociedade em prol dos direitos civis e políticos do paciente psiquiátrico e por um tratamento mais humanizado e antimanicomial, resultou a Reforma Psiquiátrica. Esta é definida por Amarante (2007) como uma consequência natural de uma transformação da própria ciência, destacando-se que os serviços passaram a lidar com as pessoas e não mais com as doenças. Sendo um dos resultados dos procedimentos relativos à doença mental no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um papel de grande importância, considerados a principal estratégia da já citada Reforma Psiquiátrica. De maneira geral, eles se caracterizam pela utilização intensiva de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas para manter o portador de transtorno mental na comunidade (Pimenta & Romagnoli, 2008). Em suma, a empreitada da reforma psiquiátrica é substituir uma psiquiatria centralizada no hospital por uma psiquiatria amparada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial (Tenório, 2002).

Para se ter uma visão global do movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira, uma marcação de fatos históricos que caracterizam esse período foi baseada em Tenório (2002). O movimento tem como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970. Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que combinava reivindicações trabalhistas com um discurso humanitário. Na década de 1980, o movimento sanitário se confunde com o próprio Estado, através da vitória oposicionista nas eleições para governador, em 1982, em vários estados, da chamada ‘cogestão dos hospitais psiquiátricos do país’ e da eleição, alguns anos depois, de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República. Reunidos a esses acontecimentos, a década de 1980 presenciou ainda três processos também importantes para a estabilização das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na construção de um novo tipo de cuidados em saúde mental. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei 3.657/89,

Guimarães, A. C.; Pascoal, R. C. A.; Carvalho, I. Z. de; & Adão, K. do S. A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG

conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que foi finalmente aprovado, em 2001, como 'Lei 10.216, de 6 de abril de 2001'. A partir da década de 1990, houve uma reestruturação sistemática da estrutura normativa que regulamenta a assistência psiquiátrica no país, pelo Ministério da Saúde. A ação na cultura, no hoje denominado Movimento da Luta Antimanicomial, que visa chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura, além da participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares no processo, somou-se à Lei da Reforma Psiquiátrica e teve como consequência uma intensificação da discussão sobre o tema, que não ficou restrita aos meios especializados e fez avançar o movimento da reforma que, até os dias de hoje, busca desenvolver-se no país.

De acordo com Fernando Tenório (2001), os CAPS conjugam as três principais correntes da reforma psiquiátrica brasileira: a desinstitucionalização, que foca muito mais o sujeito do que a doença; a clínica institucional, que trabalha o sujeito em sua singularidade, fazendo da instituição um lugar de laço social para quem, por definição, tem dificuldade de fazer este laço; a reabilitação psicossocial, que desloca o tratamento da doença para a existência, mas mantém um caráter de educação para a vida social.

Educação Física e o CAPS

As novas terapias introduzidas como forma de tratamento do doente mental defendem a inserção social em detrimento do isolamento, sendo uma delas a presença do Professor de Educação Física como integrante da equipe multiprofissional do CAPS. O enfoque dado à participação da Educação Física neste processo se apresenta no sentido de discutir e refletir a partir das práticas de intervenção, além das dimensões levadas a efeito junto a estes pacientes através de seus conteúdos. A discussão e reflexão acontecem antes, durante e depois das intervenções, através de observações e da prática em si, considerando erros e acertos. Antes, pelo planejamento das aulas; durante, quando adaptações são necessárias de serem realizadas na hora, ou no tocante às atividades que extrapolam a aceitação esperada; e depois, no momento em que todos estes pontos são analisados.

É interessante observarmos também que a prática de atividade física pode ser um coadjuvante na melhoria da qualidade de vida de doentes mentais. Se aplicada de forma a valorizar as diferenças, visando às potencialidades e não às

limitações desses indivíduos, ela colabora para a maximização do potencial individual, encoraja a auto-superação e proporciona o ganho de autonomia funcional.

Sendo a Educação Física considerada uma das maneiras de auxiliar na construção da cidadania e na promoção da inclusão social (Santana, 2008), faz-se, portanto, de extrema importância averiguar qual o impacto da atividade física na melhora da qualidade de vida desse grupo, seja no âmbito social, cognitivo ou motor, para posteriormente poder implementá-la de forma significativa nas aulas e no tratamento com os usuários do CAPS.

A implementação da prática depende diretamente do professor de Educação Física através de uma nova medida interventiva, não se resumindo somente a uma simples implantação de programas de atividade física no interior do serviço, o que permite vislumbrar a constituição de uma "Educação Física que emerge do CAPS", em contraposição a uma "Educação Física imposta no CAPS". Ao mesmo tempo, a presença de professores e de suas práticas mobiliza os modos de dialogar e de interagir na busca por outras formas de organizar o cuidado em saúde mental, identificadas com a reinserção social, a desinstitucionalização e a humanização.

Essa situação de adaptação a um universo diferente é parecido com o que Guimarães et al (2011) propõem com a presença de um profissional e a busca de informações, através da equipe de trabalho, sobre as histórias de vida e, principalmente, sobre as potencialidades dos usuários. Com isso, pretende-se realizar um trabalho mais consistente e consciente dentro do CAPS, com base nas experiências diárias dos profissionais desta instituição. Afinal, o convívio diário com os usuários do CAPS proporciona uma rica base para as aulas de Educação Física e para a relação dos profissionais com os doentes mentais.

Logo, o propósito deste estudo é promover um relato de experiência do Projeto de Educação Física junto ao CAPS de São João del-Rei/MG, mostrando as implicações da atividade física em pacientes psicóticos e neuróticos graves.

A proposta de trabalho no CAPS de São João Del-Rei/MG

Localizado na região do Campo das Vertentes, o CAPS de São João del-Rei/MG é formado por um corpo técnico multidisciplinar: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e equipe administrativa. Recebe diariamente adultos que sofrem de diferentes tipos de psicose ou de

Guimarães, A. C.; Pascoal, R. C. A.; Carvalho, I. Z. de; & Adão, K. do S. A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG

neuroses graves. Estes, em sua maioria, já chegam à instituição com algum diagnóstico.

A orientação do CAPS de São João Del-Rei segue a Portaria 336 de 2002 (Ministério da Saúde, 2002), que define e estabelece diretrizes para o funcionamento de todos os CAPS, sendo função do serviço: responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; supervisionar e capacitar equipes de atenção básica; realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes; oferecer atendimento individual, em grupos e em oficinas terapêuticas; promover atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. Compete ao serviço buscar estreitar os laços entre o campo da saúde mental e a comunidade.

Portanto, o CAPS visa à não internação, à medicação criteriosa e à discussão permanente dos casos, tanto com as instituições encaminhadoras, quanto com os responsáveis pelos atendimentos. Os casos são abordados em reuniões semanais que almejam evitar possíveis conduções equivocadas, transformando-se ocasionalmente em reuniões de capacitação.

O Trilhar Metodológico

A experiência relatada a partir das intervenções ocorreram no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São João del-Rei/MG, nas segundas e quartas-feiras de 10 às 11 horas, e delas participaram acadêmicos do curso de licenciatura em Educação Física da UFSJ e uma professora formada pela mesma instituição. Esta professora acompanha o projeto e, posteriormente a seus acompanhamentos, faz grupos focais para saber o que os alunos estão sentindo em relação às atividades desenvolvidas. Quando a mesma não está presente, as alunas bolsistas responsáveis pelo projeto conversam com estes alunos e fazem uma avaliação das aulas, além de conversarem com os pacientes.

As atividades desenvolvidas basearam-se nos elementos da Cultura Corporal proposta pelo Coletivo de Autores (1992), ou seja, lutas, ginástica, dança e esportes. Nas atividades, foram ressaltados os valores culturais de tais práticas orientadas, levando em conta o universo do aluno e suas limitações, sem, no entanto, excluir suas potencialidades. Para isso, utilizamos materiais convencionais e alternativos como bolas, cordas, redes, arcos, bexigas, bastões, garrafas pet, tacos, cones, cartolinas, pincéis, gravuras, dentre outros. As aulas geralmente foram realizadas ao som de

músicas que promoviam um ambiente mais facilitador e motivante para os alunos. O público alvo consistiu nos pacientes psicóticos e neuróticos graves atendidos pelo CAPS cuja faixa etária predominante varia entre 30 e 50 anos de idade.

Foram feitos relatórios a cada aula, visando avaliar a eficácia e aceitação por parte dos alunos e uma avaliação mensal acerca das possíveis melhoras alcançadas. Além disso, acreditamos ser indispensável o diálogo com as demais equipes do CAPS a fim de viabilizar um trabalho interdisciplinar cujos conhecimentos convergem para um mesmo objetivo. Observações e relatos de experiência dos discentes de Educação Física participantes do projeto, dos pacientes e do corpo técnico do CAPS foram considerados para que os pontos positivos das práticas fossem potencializados e as críticas negativas que surgissem fossem corrigidas.

Considerando as análises realizadas nos anos de 2010 e 2011, somados aos resultados parciais, percebemos a melhora na interação entre os pacientes atendidos (convivência, socialização, tolerância); ganho positivo no que se refere à autonomia funcional e bem estar; maior frequência ao CAPS e conseqüente melhor adesão ao tratamento; maior consciência corporal, auto-estima e higiene pessoal. Além dos benefícios proporcionados aos acadêmicos do curso de Educação Física da UFSJ no que tange a uma formação mais humanizadora e também à vivência da práxis.

Com relação aos sentimentos dos pacientes frente às aulas, os mesmos se mostraram felizes com a prática de uma atividade física e demonstram mais motivação e disposição após as aulas. Tais emoções geram mais autoconfiança e autoestima nos doentes mentais, o que reflete uma melhor inserção social entre os próprios pacientes e na relação deles com a sociedade.

Dessa forma, o trabalho em equipe interdisciplinar no CAPS, juntamente com a Educação Física, pode contribuir para a melhoria da saúde física e mental de indivíduos com doenças mentais. Esses benefícios já são relatados pelos profissionais do CAPS, mediante as observações e relatos nos prontuários dos pacientes referentes à diminuição de medicamentos e assiduidade às práticas das aulas de Educação Física.

Considerações Finais

O projeto vem contribuindo com a diminuição da distância entre a sociedade e o paciente

Guimarães, A. C.; Pascoal, R. C. A.; Carvalho, I. Z. de; & Adão, K. do S. A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG

psiquiátrico, bem como servindo de alerta ao poder público que muitas vezes não disponibiliza o suporte necessário para tais indivíduos. O mesmo também tem buscado incentivar ações em saúde mental relacionadas com o ideário da luta antimanicomial, mapeando concepções e práticas desenvolvidas pela área da Educação Física frente à experiência da loucura.

Além dos resultados atingidos no decorrer de 2010 e 2011, esperamos alcançar novas informações acerca dos benefícios da atividade física sobre a área da saúde mental. Também temos como objetivo colocar em pauta, a partir de um olhar crítico, os tantos fatores que geram a estigmatização de pessoas com doenças mentais e, ainda, incentivar a criação de políticas públicas que se voltem para essa população. E como bem citam Dimenstein, Cabral, Severo, Brito e Alverga (2007), faz-se importante interferir nas práticas já instituídas e incentivar atividades que incluem desde o atendimento individual (psicoterápico, medicamentoso e de orientação), atendimento em grupo, às famílias, visitas domiciliares, até às atividades comunitárias, para gerar uma mudança na lógica que sustenta o trabalho em saúde como um todo e nas estruturas de poder estabelecidas.

A oportunidade de vivenciar teoria e prática por meio da participação ativa dos discentes torna o trabalho gratificante e faz com que os mesmos assumam uma postura mais positiva frente aos doentes mentais, a partir do trabalho com suas potencialidades. Isso se transfere aos pacientes, que se sentem mais confiantes diante das aulas e, inclusive, fora delas.

Este trabalho é também uma possível contribuição para os estudos na área da Educação Física e saúde mental que, pelo observado, ainda são incipientes. Segundo Abib e Alves (2009), “o campo da saúde mental é pouco estudado pelos estudantes e professores de Educação Física” (p. 5), fato esse que se tornou, ao final do trabalho realizado por eles, um dos maiores desafios da investigação. Logo, esta pesquisa almeja oferecer subsídios para a evolução da área da Educação Física, mais especificamente da Educação Física Adaptada, pois mostra o que está sendo realizado no CAPS de São João del-Rei/MG, alavancando diversas temáticas para estudos futuros na área. Por conseguinte, através das investigações, poder-se-á entender que esta pesquisa virá a contribuir de forma significativa com pesquisadores que buscam adquirir informações sobre as práticas pedagógicas realizadas nas aulas de Educação Física do CAPS. Com trabalhos como este, pretendemos dar nossa contribuição para aqueles que lidam, convivem,

tratam e ajudam pessoas que estão em “sofrimento” psíquico.

Referências

- Abib, L. T., & Alves, C. T. de. P. (2009). Educação Física e saúde mental: refletindo sobre o papel das práticas corporais. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 1-6. In *Anais do Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte*, 16. Salvador. Recuperado em 27 de agosto, 2011, de <http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/CONBRACE/XVI/paper/viewfile/1030/644>
- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n.º 336/GM*. Recuperado em 03 de julho, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Coletivo de Autores. (1992). *Metodologia do ensino da Educação Física*. São Paulo: Cortez.
- Dimenstein, M., Cabral, C. de M. T., Severo, A. K. S., Brito, M de A., & Alverga, A. R. de. (2007). Saberes e fazeres de agentes comunitários de saúde frente à experiência da loucura. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 1-9. Recuperado em 03 de julho, 2012, de <http://www.ufsj.edu.br/revistalapip/revista>
- Guimarães, A. C., Rocha, G. B. D., Maciel, M. G., & Adão, K. do S. (2011). Pensando as Práticas de Intervenção dos Discentes do Curso de Licenciatura em Educação Física na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do Município de São João del-Rei/MG. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 6(1) 149-154. Recuperado em 03 de julho, 2012, de http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume6_n1/Guimaraes_et_al.pdf
- Pimenta, E. de S., & Romagnoli, R. C. (2008). A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), p. 1-10. Recuperado em 03 de julho, 2012, de <http://www.ufsj.edu.br/revistalapip/revista>

Guimarães, A. C.; Pascoal, R. C. A.; Carvalho, I. Z. de; & Adão, K. do S. A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG

Santana, J. O. (2008). A Educação Física inserida no cotidiano dos Portadores de Sofrimento Mental (PPSM): a busca pelo 'Contentamento Mental'. *Revista Digital*, Buenos Aires. Recuperado em 27 agosto, 2011, de <http://www.efdeportes.com/efd117/a-educacao-fisica-inserida-no-cotidiano-dos-portadores-de-sofrimento-mental.htm>

Tenório, F. (2001). Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In A. Quinet, (Org.), *Picanálise e psiquiatria: Controvérsias e convergências* (pp. ??). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Tenório, F. A (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 9(1), 25-59.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2008). Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 1-17. Recuperado em 03 de julho, 2012, de <http://www.ufsj.edu.br/revistalpip/revista>

Recebido: 30/07/2012
Revisado: 13/11/2012
Aprovado: 09/01/2013