

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva



O exercício da autonomia do usuário da Saúde Mental:
Caminhadas pela Residência

Flávia Leal Ferreira

UNICAMP

Campinas
Março de 2015

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva



**O exercício da autonomia do usuário da Saúde Mental:
Caminhadas pela Residência**

Flávia Leal Ferreira

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Saúde Coletiva como condição parcial para o título de especialista em saúde mental, sob orientação de Ellen Ricci e Rosana Onocko Campos.

UNICAMP

Campinas

Março de 2015

Resumo

Destaca-se neste trabalho de conclusão de curso a autonomia enquanto aspecto de relevância na constituição do sujeito, a partir de uma corrente da Saúde Coletiva que concebe o trabalho em saúde pela ampliação da autonomia dos sujeitos trabalhadores e usuários. O trajeto deste texto parte do conceito de autonomia e pensa seu exercício em duas instituições: uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral – espaço pioneiro de atenção à crise em ambiente hospitalar articulado com a Rede de Atenção Psicossocial - e em um Centro de Convivência e Cooperativa – componente da rede de equipamentos substitutivo ao manicômio, com olhar para a convivência, ambos da cidade de Campinas. Relato escrito do ponto de vista de uma psicóloga residente em Saúde Mental do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, que teve nesses lugares seu campo de práticas e aprendizado durante um ano da pós-graduação. Ao longo da reflexão, percebe-se a relevância da parceria e co-construção das ações entre usuário e trabalhador para o desenvolvimento de um processo mais autônomo de cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental; autonomia; usuário.

Sumário

Introdução	04
Autonomia	06
Autonomia na internacionalização	09
Autonomia no CECCO	16
Considerações finais	21
Referências bibliográficas	23

Introdução

Quando uma pessoa se apresenta como trabalhador da saúde mental pode estar falando de vários espaços de atuação, de ofertas, de serviços, de públicos, bem como de concepções de clínica diferentes. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) reconheceu ao instituir as Redes de Atenção Psicossocial a importância do desenvolvimento de ações de saúde mental que se dão de modos tão diversos que abarcam: Unidades Básicas de Saúde, equipes de Consultório na Rua, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, atenção de urgência e emergência, Unidades de Recolhimento, enfermarias especializadas em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso drogas, Serviços Residenciais Terapêuticos e os de apoio a geração de renda ou cooperativas sociais.

Essa variedade de componentes contempla o acolhimento das populações de diversas faixas etárias, com demandas muito variadas, abordadas também de maneira diversa, de tal modo que o usuário do SUS seja atendido na sua integralidade, desde as questões mais amplas e numerosas às minoritárias e específicas.

Esses serviços de saúde foram se desenvolvendo no país com suas singularidades, alguns vindo de instituições históricas da medicina e transformados segundo pensamentos reformistas, outros surgindo à partir de demandas locais e particularidades, as quais foram respondidas com inovações. A saúde mental e atenção psicossocial, que hoje são propostas aos serviços públicos brasileiros desde a implementação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), são a oficialização de iniciativas que acontecem em diversas cidades do país desde o movimento da Reforma Psiquiátrica. Objetivos defendidos pela Reforma transformaram-se em políticas do SUS (Sistema Único de Saúde), como a qualificação da assistência em saúde mental, transformação das relações sociais e das formas de segregação presentes na sociedade (FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2005).

Com suas construções históricas singulares, os serviços de saúde mental apresentam diferenças para além da população que atendem e do tipo de atenção que promovem, trazem também diferentes modos de conceber e praticar a clínica, baseados num modo de compreender seu “objeto” de trabalho - o sujeito - que se constituiu na história de sua formação enquanto instituição e na conformação das áreas do conhecimento que os compõem.

Destaca-se neste trabalho a autonomia enquanto aspecto de relevância na constituição do sujeito, a partir de uma corrente da Saúde Coletiva que concebe o trabalho em saúde pela ampliação da autonomia dos sujeitos trabalhadores e usuários. O trajeto deste texto parte do conceito de autonomia e pensa seu exercício em duas instituições: uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral e em um Centro de Convivência e Cooperativa, ambos da cidade de Campinas, do ponto de vista de uma psicóloga residente em Saúde Mental do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, que teve nesses lugares seu campo de práticas e aprendizado durante um ano da pós-graduação.

Autonomia

Autonomia vem do grego, *autos* (próprio, si mesmo) e *nomos* (norma, lei), referindo-se àquele que pode dar a si mesmo norma, regra (SOARES, 2000); traz uma noção de exercício ativo de si e, na tradição grega, estava relacionada ao conceito de felicidade (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Na Modernidade, a autonomia passa a ser diretamente relacionada às ideias de liberdade, indivíduo e razão – concepções que romperam com a massificação que a religião e a estrutura da sociedade fortaleceram no período da Idade Média (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2007; SOARES, 2000). Com a expansão das relações mercantis e da ideologia capitalista na Idade Moderna, a liberdade aparece como característica conquistada por essas novas formas sociais; o mercado seria, então, a expressão da liberdade individual (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008), sendo esta entendida estritamente enquanto livre-arbítrio.

O resgate das ideias de individualismo e independência quando se fala em autonomia é ainda muito comum nos dias de hoje e está presente no modo de compreender a regulação da vida no sistema hegemônico capitalista. Também as políticas modernas trouxeram a democracia como o poder coletivo fundado na autonomia individual; na ordem democrática, o conceito deste sistema de governo deve incorporar o direito à diversidade, liberdade de expressão e comportamento, impondo-se os limites dos danos a terceiros (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Apesar dessa valorização do indivíduo, Soares (2000) nos traz que o próprio desenvolvimento dessa corrente de pensamento moderno-burguesa tolhe a autonomia individual:

“Mas o próprio caminhar da Modernidade foi apontando a impossibilidade de uma autonomia individual pensada como independente da realidade social. Outros processos também característicos da Modernidade – como a coletivização, a profissionalização e a medicalização – foram restringindo essa autonomia individual em um processo crescente de regulação social.” (SOARES, 2000. p. 129).

No contexto da Saúde, pensando em sua prática hegemônica biológica e naturalista de produção de conhecimento e da clínica, pouco se reflete sobre autonomia, uma vez que as concepções de objetividade e neutralidade são centrais e afastam a subjetividade de profissionais e usuários (SOARES; CAMARGO JR, 2007). A centralidade da ciência médica

e sua tradição de pensar o corpo enquanto fragmentos de uma máquina a ser concertada deixam ao usuário um lugar de passividade para ocupar (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2007).

Soares (2000) aponta que a valorização das especialidades e a crescente fragmentação dos saberes que caracterizam a sociedade atual e a biomedicina levam a uma “fé cega” em tecnologias que não se domina, diminuindo a autonomia dos leigos em relação aos profissionais. Essa diminuição da autonomia, pensando na Saúde, leva a um afastamento e diferença de poder entre usuário e profissional, entre usuário e seu corpo, e ainda, entre usuário, profissional e as instituições.

Desta forma, ao objetificar o outro na clínica, ao ignorar as dimensões sócio-culturais que o constituem, ao afastá-lo enquanto oprimido pela diferença de poder referendada pelo saber, diminui-se drasticamente a possibilidade de ação do usuário enquanto sujeito no seu processo de saúde-doença.

Outra corrente explora a autonomia enquanto condição necessária para a saúde, a partir de um repensar o próprio conceito de saúde, divergente da proposta da OMS de um estado de bem-estar físico, mental e social completo (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2007). Soares e Camargo Jr (2007) retomam o autor Canguilhem ao trazer uma saúde que considera o organismo uma totalidade e a doença expressão de um novo comportamento global deste, não apenas uma parte afetada. Para este último autor, o estado patológico é uma norma que se relaciona com a normatividade daquele indivíduo, ou seja, uma alteração que refere a um estado anterior do mesmo. Neste sentido, a clínica é vista como a investigação da satisfação em se instaurar uma nova norma, um novo estado normal, sempre relativo à singularidade do indivíduo.

Nesse contexto a autonomia é reconceituada, proposta como o contrário de independência ou individualismo, como a aceitação de várias redes de dependência e a capacidade de o sujeito lidar com elas (SOARES; CAMARGO JR, 2007; ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2007), assim sempre se referirá à autonomia realizada na teia de interação social dele. Esta relação com a dependência implica que não haverá uma autonomia absoluta, sempre relativa, e ainda, que a maior potência de desenvolvimento da autonomia se dá quando focalizada nos grupos. Fleury-Teixeira et al. (2008) destaca:

“Assim, ao efetivar as suas potências, o indivíduo é um momento do desenvolvimento da humanidade, o qual não existe sem essa realização de si dos indivíduos. Na efetivação e desenvolvimento de si, os indivíduos realizam e desenvolvem grupos humanos e, de um modo ou de outro, a própria humanidade.” (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008, p. 2120)

Há de se frisar que algumas condições mínimas são necessárias para que se possa desenvolver um sujeito mais autônomo, alguém que tenha acesso a informações, possibilidade de refletir sobre elas e agir sobre si mesmo e sobre o mundo a partir disso. Essas condições precisam ser garantidas por leis que as sustentem, por políticas públicas e dispositivos institucionais que as alimentem (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2007).

Assim, no cuidado em saúde, fortalecer a autonomia não significa defender unicamente a autodeterminação do sujeito, mas o fortalecimento de suas relações, bem como a criação de espaços democráticos que possibilitem o seu exercício. Onocko-Campos e Campos (2007) dão um novo *status* para a autonomia ao colocá-la como uma das finalidades da política, da gestão e do trabalho em saúde, o que leva a uma reformulação dos valores políticos e conceitos teóricos que orientam tal trabalho. Em cima dessa concepção a autonomia será problematizada nas vivências da autora em dois serviços da RAPs de Campinas.

Autonomia na internação

Na Residência pude entrar em contato com uma modalidade valorizada por seu caráter reformista no cuidado em Saúde Mental, a atenção à crise numa enfermaria em Hospital Geral. Com a proposta de ser integrante da RAPS não apenas com sua oferta de leitos, mas com interlocução com os serviços longitudinais e integração e articulação do PTS (Projeto Terapêutico Singular) dos usuários, esse espaço tornou-se um dos pioneiros e poucos no país a experimentar novos jeitos de fazer saúde.

A enfermaria em Hospital Geral traz avanços importantes no sentido da desconstrução da estigmatização da loucura e do abuso de substâncias psicoativas ao não isolar esses quadros em instituições à parte de outros quadros de saúde, ou seja, não corroborar o imaginário social de que são especialmente perigosos e/ou preferencialmente invisíveis. Caminha também na proposta de que a internação não seja compreendida como o tratamento de saúde mental em si, mas como parte de um tratamento longitudinal, territorial e ampliado.

Como território a ser descoberto nos últimos anos, a enfermaria traz novidades também nos sempre presentes desafios em lidar com a produção do humano, se assim compreendermos a saúde. Com essa possibilidade de cuidado, enfim a luta pelos direitos humanos básicos é levada a níveis de complexidade mais profundos, atingindo questões sobre os limites e possibilidades em lidar com o outro-sujeito.

Ao retomar a atenção hospitalar, é indispensável começar o resgate com Foucault para jogar luz às implicações que a constituição histórica do serviço tem na relação com seus usuários hoje. O autor conta que o hospital não nasce enquanto instituição médica, o que vem a ser a partir do século XVIII, mas surge enquanto instituição de caridade para o cuidado da morte, em que pessoas marginalizadas eram assistidas material e espiritualmente até o falecimento; o hospital era ainda mecanismo de exclusão, ao separar da sociedade o perigo do contágio e o indesejado. Quando a medicina passa a se ocupar do ambiente em que se desenvolve a doença e de possíveis interferências nele que possam mudar o curso da enfermidade, passa-se a ter intervenção médica nos hospitais (FOUCAULT, 2012).

O mesmo autor fala do importante papel da disciplina na organização do hospital em torno da cura, ela vem como uma técnica de exercício do poder para gerir os homens doentes ou feridos nos hospitais militares, de maneira a otimizar sua saúde e reduzir os custos do país em guerra. Desta tradição derivam instrumentos hospitalares muito atuais, como a distribuição espacial dos doentes, a vigilância constante sobre eles e o registro de todas as ações para fim

de transmissão exata de informações (FOUCAULT, 2012). Posteriormente, quando a medicina vai se desenvolvendo como uma ciência positivista, em que há uma incessante busca pela relação causal entre o corpo e a doença, a observação, a descrição e classificação vão se constituindo enquanto objetos fundamentais de compreensão do sintoma, já que a saúde é compreendida enquanto a ausência deste (YASSUI, 2006).

Yassui (2006) diz sobre o modo como a saúde mental era tratada nesse contexto:

“A Liberdade e a racionalidade constituíam o que é naturalmente próprio do homem. Mas e o louco? Para Foucault (1979) o louco é aquele que por sua irresponsabilidade inocente abole a liberdade, comprometendo a razão. Assim, seu confinamento constituía-se em uma medida, por um lado de caráter jurídico, retirando dele uma liberdade que por sua própria conduta ele já aboliu. De outro lado, internar era organizar a liberdade: a loucura erro, vontade perturbada, paixão pervertida, devia ser conduzida à verdade, à razão, por meio do encontro com o médico, personagem que devia incumbir-se de conduzir o louco de volta a sua liberdade.” (YASSUI, 2006. p. 77)

Na especialidade da psiquiatria e no lócus do manicômio, a medicina também observou e classificou as loucuras, buscando sempre justificativas patofisiológicas para os diferentes fenômenos, procurando por uma marca no corpo que explicasse os sintomas. Porém, com poucos sucessos nesse sentido, a tendência mais expressiva da psiquiatria a partir do anos 50, e vigente até hoje, passou a ser a compreensão das doenças enquanto agrupamentos de sintomas, classificados nos famosos manuais diagnósticos DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) e CID (Classificação Internacional de Doenças) (PEREIRA, comunicado em palestra, agosto, 2014).

Mais uma vez, Yassui (2006) bem coloca:

“A subjetividade se exterioriza, se transforma em uma verdade positiva, ou seja, uma realidade passível de observação científica. Este é o fundamento para toda uma ‘ciência’ baseada nas evidências dos sintomas e sinais: a psicopatologia. E como objeto de conhecimento, a loucura só poderá ser falada pelo médico, delegado da razão. A experiência humana da loucura desapareceu. Em seu lugar surge um discurso da racionalidade que define quem está privado dela. As correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas, sobretudo de palavras.” (YASSUI, 2006.p. 78)

Principalmente nos hospitais psiquiátricos, em enfermarias da saúde mental em hospitais e mesmo em unidades da Atenção Básica, ambulatórios, nos serviços de saúde de tradição médica em geral, muitas dessas concepções estão presentes atualmente. O foco na doença mental, o olhar que se desloca da queixa do usuário para a identificação do sintoma, a

descontextualização social, a necessidade de encaixá-los nas convenções diagnósticas conformam um jeito de fazer Saúde Mental que oculta a experiência pela qual passa o usuário, desconsiderando significações outras que aqueles fenômenos podem ter para o sujeito, que não estão abarcadas na interpretação do profissional, de modo a subordinar a pessoa que passa pela experiência, deslocá-la da posição de sujeito (STANGHELLINI & BROOME, 2014).

Ao se pensar essas questões em uma enfermaria de uma instituição essencialmente hospitalar percebe-se que esses modos de relação com o outro podem estar mais maciçamente presentes do que em instituições que nasceram à partir da Reforma Psiquiátrica, já com outras formatações institucionais e concepção de saúde.

Um ponto que se destacou na experiência da Residência foi como a rotina hospitalar prioriza a organização e o controle do risco, sendo o contato com o usuário quase sempre mediado por esses princípios. Poucas vezes os membros da equipe interagem com os usuários por iniciativa própria fora das anamneses diárias do estado físico e mental ou de intervenções sobre comportamentos considerados inapropriados para sua saúde ou para as regras da instituição.

Para otimizar os recursos temporais, materiais e humanos, essas ações sobre o corpo físico estipulam com rigor os ritmos de trabalho dos profissionais e das atividades dos usuários, o que deixa pouco espaço para a escuta, para um fazer compartilhado, já que é um fazer planejado unilateralmente. Essa maneira de entrar em contato com o outro denota pouca possibilidade de levar em conta o que quer que ele possa experienciar e pensar sobre a atividade a qual está sendo submetido ou dirigido a realizar. De forma que a rotina hospitalar se realiza sobre o corpo e a existência do usuário, a partir de uma necessidade que pode ser mais da instituição (QUARENTEI, 1999), poucas vezes construída com a própria pessoa que passa por ela.

Estar em uma instituição com regras e hierarquização para boa parte das atividades, com modos de relação entre profissionais e usuários que partem do conhecimento dos primeiros sobre os últimos, e ainda composto por clientes muitas vezes avaliados como confusos, delirantes ou sem crítica do adoecimento é um conjunto de fatores que torna muito tênue a linha entre o cuidado e o controle, o exercício de poder sobre o outro.

As relações entre profissionais da saúde e usuários possibilitam um deslocamento das forças que favorece o trabalhador, como portador do conhecimento, do cargo e de recursos para prestar um serviço de valor inestimável a quem o recebe. É preciso muita reflexão ética e auto-observação em todo o trabalho, pois com todos esses fatores não é difícil estabelecer um

modo manicomial de se relacionar com o outro, mesmo quando se pretende um cuidar que não tenha como instrumentos a segregação, o controle e a opressão, mas a produção de vida através da invenção da novidade (QUARENTEI, 1999).

As práticas descritas acima explicitam um encarar o “paciente” enquanto alguém a ser observado e normalizado em fragmentos de seu corpo: a enfermagem cuida do corpo, a psiquiatria estabiliza os processos mentais e comportamentais, a psicologia e a terapia ocupacional se preocupam com as emoções e, por vezes, adequar os planos de vida aos padrões socialmente estabelecidos (crianças e adolescentes que não brincam e que não usam drogas, adultos que trabalham e idosos sem queixas). Um dos piores aspectos dessa fragmentação, além de ignorar várias nuances da vida do usuário e o fato de todas elas se entrelaçarem numa complexidade que singulariza sua existência, é que nenhuma dessas “partes” cabe ao próprio usuário, não considerado protagonista de sua própria vida, mas figurante submetido às cenas dirigidas pela instituição.

Quando o tratamento é pensado pelos fragmentos do corpo, as particularidades do sujeito acabam não sendo estimuladas e se propicia um olhar que generaliza os usuários, num cotidiano de interações em que aparecem menos demandas para as quais a equipe não tem respostas protocoladas e ou que sejam consideradas inadequadas. Se essa equivalência dos usuários e tratamento “neutro” a todos já é, por princípio, um modo de assujeitá-los e desconsiderar que cada um se apresenta de acordo com suas possibilidades e singularidades, num espaço de cuidado de quadros graves da saúde mental é uma prática que compromete a clínica e o cuidado a saúde, afinal ali prevalecem a desorganização e a vivência não compartilhada de sensações da psicose por um lado, e a urgência e a intensidade amplificada da dependência de substâncias, por outro lado.

Os modos de compreender o adoecimento e conceber a psicopatologia repercutem diretamente na lida com o usuário; muitas vezes segue-se uma linha de pensamento bio-sintomatológica, de maneira a valorizar a identificação e descrição dos sintomas, orientadores de um diagnóstico classificador. Além de não fornecer ferramentas para compreender a experiência do sujeito que sofre, seu relacionamento com seu sintoma (LEAL et al., 2006), ao não trazer o usuário para a cena de seu cuidado, também não se tem meios de responsabilizá-lo e comprometê-lo com o percurso. Do modo como tem sido praticado, o diagnóstico através da psicopatologia descritiva perdeu seu sentido primário que seria de:

“...iluminar primariamente a qualidade das experiências subjetivas, seus significados pessoais e padrão pelo qual elas estão situadas como partes de totalidades significativas (...) principalmente

concernidas à corporificação e a intersubjetividade.”
(STANGHELLINI apud LEAL et al, 2004, p. 09.)

O foco nos sintomas repercute ainda no modo como se abordam as questões sociais do sujeito, pois quando o interesse fica limitado às alterações psíquicas, o usuário acaba sendo abordado aparte de sua relação com o mundo (LEAL et al., 2006). Nas reinscrições ao território em que a rede do usuário é fragilizada, ou quase inexistente, nos casos em que o aspecto financeiro é problemático, nas tentativas de implicação do sujeito com sua saúde, o trabalho é, de fato, menos eficaz em situações em que a internação lidou principalmente com as manifestações sintomatológicas.

Ao ser lugar de cuidado da crise, a enfermagem de saúde mental precisaria ser também o lugar de investigação da ruptura, da desagregação, que constituíram a história dessa crise na vida de cada usuário, ou seja, partindo do contexto de vida ampliado de cada um, passando por sua experiência pessoal e chegando a construção de uma estabilidade (muito singular) com recursos e arranjos levantados em conjunto, a partir da vivência do usuário e da expertise do profissional. O papel da equipe seria, então, dar suporte ao excesso de angústia e criar um tempo-espaco para que a experiência da crise possa se atualizar e constituir como memória (MADLUM, 2014).

A internação na enfermagem hospitalar é por si só uma quebra do espaço e afeto na linha de cuidado do usuário, algumas vezes realizada à revelia do mesmo por uma avaliação de proteção à sua saúde. Esse aspecto aumenta ainda mais a relevância do apoio à vivência da crise num lugar que estabeleça uma relação de confiança e que possibilite a experimentação de si mesmo e da falta de lugar (LIMA apud QUARENTEI, 1999), portanto que exercite a autonomia do outro num momento de fragilidade, para que haja uma reavaliação pelo próprio usuário passado o momento de maior intensidade e se pense a articulação da internação com seu Projeto Terapêutico Singular e o do vínculo com o serviço longitudinal. Ou seja, a clínica é fator decisivo e prioritário ao se pensar o planejamento e a construção de um serviço de saúde mental (ONOCKO CAMPOS, 2001).

Essa prática de saúde depende de uma concepção desta que compreenda que o usuário é sujeito, tem direito de dizer sobre seu próprio processo de saúde-doença – além de conhecê-lo como ninguém, que a construção em conjunto com ele é mais eficaz porque lhe faz mais sentido do que prescrições vindas de uma visão que ele não compreende, e ainda, de uma visão da psicopatologia em que a crise não se resume à manifestação de sintomas, mas em que eles dizem de uma vivência de quebra, específica em cada sujeito, a ser ressignificada para cada um deles. Nessa direção, Rottelli (apud QUARENTEI, 1999) fala do tratar como um

mover-se com o usuário ao longo de um percurso que reconstitua ou crie um sentido seu; também Castoriades (apud ONOCKO-CAMPOS, 2001) ilumina esse modo de pensar a saúde ao dizer:

“Chamamos de práxis este fazer no qual os outros são visados como seres autônomos(...) A práxis é por certo uma atividade consciente, só podendo existir na lucidez; mas ela é diferente da aplicação de um saber preliminar (não podendo justificar-se pela invocação de um tal saber– o que não significa que ela não possa justificar-se)”. (CASTORIADES apud ONOCKO-CAMPOS, 2001p. 100)

As oportunidades em que mais se percebia a produção de subjetividade e exercício da autonomia com os usuários internados na enfermaria eram nas parcerias feitas com eles mesmos, sejam elas mediadas pela atividade (em suas diversas formas: expressiva, grupal, propositiva, criativa...) ou pela reflexão sobre o adoecimento e os projetos para além do período de internação. No início da experiência enquanto residente na enfermaria foi possível vivenciar diversos espaços com os usuários e aprender a construir a clínica da internação a partir das trocas que fazíamos em conversas na ambiência, atividades manuais, conversas conjuntas com a família, oficina de culinária.

Foi convivendo com os usuários que apareciam e se tornavam material de reflexão suas compreensões do adoecimento e da internação, assim como passávamos a conhecer os detalhes que tornam cada qual diferente do outro, as brigas familiares, a música mais querida, as confissões delirantes, as saudades, os segredos para o bolo crescer; detalhes que permitiam pensar em modos também singulares de conduzir o cuidado e que o tempo todo nos lembra do outro-sujeito que está ao nosso lado, impedindo uma serialização do tratamento.

Entretanto, criar espaços para criação de vínculo e compartilhamento necessita da criação de espaços concretos no ambiente físico e na agenda, de maneira que aqueles primeiros sejam entendidos como caminhos primordiais da construção clínica, e por isso, sejam priorizados. Ao longo do ano de Residência mudanças institucionais diminuíram a equipe de psicólogas e terapeutas ocupacionais à metade da que existia no início da experiência na enfermaria e esses espaços de criação com o usuário foram ficando cada vez menos possíveis. A escassez de recursos materiais e humanos leva a um tratamento que propõe como função não mais a compreensão da experiência do sujeito em crise, mas principalmente as resoluções práticas dos problemas sociais que a crise envolva, com a família, com as finanças, com o serviço de acompanhamento longitudinal, afinal, olhar para o outro e constituí-lo enquanto sujeito junto com ele demanda tempo para que aconteça um encontro.

A diminuição das possibilidades concretas de fazer acontecer (ou simplesmente deixar acontecerem e então investir em) tais encontros foi a experiência comprovadora de sua importância. Nos últimos momentos na enfermaria convivíamos com usuários cada vez mais distantes, menos propositivos, com potências submergidas pela necessidade da equipe resolver as urgências práticas do cotidiano. Pode-se considerar que daí venha o crescimento das urgências com os usuários também, assim como das interações mais intermediadas por uma rotina de procedimentos.

Autonomia no CECCO

Passando a reconstituir a história dos Centros de Convivência e Cooperativa, resgata-se aqueles que surgiram no final dos anos 80 como iniciativa de algumas cidades brasileiras (São Paulo, Belo Horizonte e Campinas), com objetivo de serem serviços públicos, constituintes da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Os CECCOS buscam construir espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, oferecem espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, de maneira a fortalecer os laços sociais com as pessoas com transtornos mentais e as várias minorias do território (FERIGATO, 2013).

Galletti (2013) destaca sua “(...) vocação de funcionar numa potência de desterritorialização de cada território ao qual está ligado” (p. 161), numa costura intersetorial que privilegia a circulação transversal da cultura na saúde, da saúde em territórios da ecologia, dos esportes, do cooperativismo. A inclusão, a convivência e a criação são meios e objetivos de “Um projeto que desde o início conectava as pessoas, não pelas patologias, mas pela experimentação da arte, do trabalho e do lazer.” (GALLETTI, 2013, p. 161)

Não sendo voltado para a assistência em saúde como ela é pensada tradicionalmente, esse equipamento realiza a promoção de saúde criando diversas maneiras de explorar o encontro, os afetos e efeitos que são produzidos ao estar em contato com o outro, com o novo, com linguagens pouco exploradas, com espaços físicos pouco ocupados.

No bojo da Reforma Psiquiátrica, o Centro de Convivência e Cooperativa evidenciou que o sujeito que precisa ser olhado em sua complexidade, que compreende a desordem, o contraditório e o incerto (YASSUI, 2006); aspectos que só são possíveis de enxergar ao ampliar-se o olhar para o que aquela pessoa tem a dizer de si e para as questões sociais e políticas também implicadas em sua vida. Essa ampliação se dá em boa parte no trabalho com o conceito de território, compreendido como a circulação de significado por uma região, uma comunidade e seu cotidiano.

Ao se colocar o objetivo de produzir encontros, incluir socialmente e não se fechar enquanto estrutura, mas se abrir ao território, o Centro de Convivência procura realizar um trabalho de transformação do imaginário social da loucura, além de possibilitar novos modos de sociabilidade, alternativos aos possibilitados hegemonicamente pelo modelo neoliberal através do consumo comercial (FERIGATO, 2006).

Ao retomar a história dos CECCOS percebe-se a construção de um serviço que já tem como um dos pilares a centralidade do usuário-sujeito e explorar a potência deste. Ter como objetivo desde sua idealização uma aposta nessa “vocação”, entretanto, não garante que seu exercício seja simples de realizar no cotidiano do trabalho; outras instituições entram em cena: desde as financiadoras (governos ou OSSs), passando pelas profissionais (os diversos núcleos de trabalho em saúde), até as peculiares do território (culturais ou com forte risco social, por exemplo). Além disso, o contexto do surgimento dos CECCOS fala de uma construção institucional realizada a partir de uma demanda de aproximação da saúde com o cotidiano das pessoas, portanto, não necessariamente com os momentos mais críticos de seu processo saúde-doença. Entretanto, mesmo que em seus momentos de maior potência, as pessoas para os quais esses equipamentos voltam mais sua atenção são socialmente excluídas de dimensões intrínsecas ao exercício da autonomia, como o convívio social, o lazer, o trabalho, a aprendizagem.

Aqui, mais uma vez, reforça-se o ponto de vista pelo qual se pensa que o experimentar autonomia se produz principalmente pelas parcerias – relações ou encontros – apesar de ser intensamente favorecida no Centro de Convivência por fatores macro. Entrar em contato com esse equipamento através da Residência permitiu a autora vivenciar a produção de vida e saúde em suas formas mais poéticas, assim como a impossibilidade de alcançar e alimentar potências lá presentes em outros momentos.

Submergir tais potências é algo que pode acontecer desde o momento em que se propõe a estar no território, se essa proposta se dá mais à maneira de uma implantação do que de uma co-construção; nesse sentido, no âmbito dos CECCOS pode-se pensar a oferta de atividades e oficinas, por exemplo. Ao modo da saúde centrada na biomedicina, os serviços são pensados em função de dados epidemiológicos da sua região adscrita, são planejadas ofertas que definem qual a necessidade do outro a partir de parâmetros estrangeiros. De um modo menos claro, esse raciocínio se dá no Centro de Convivência quando as ofertas feitas à população partem principalmente das possibilidades e compreensões do serviço do que da demanda dos usuários ou de movimentos espontâneos na comunidade.

Pensar o CECCO não apenas como uma sede física de oferta de atividades, mas como um facilitador das ações de cultura, convivência e geração de renda do território pode evitar que o equipamento se torne um foco isolado de oficinas. Se o Centro de Convivência se constitui para estar no território, é fundamental que conheça seu ritmo, suas movimentações, características, personagens, problemas, de modo a se integrar com os desejos e necessidades das pessoas que ali vivem.

Levar às iniciativas espontâneas que já acontecem na comunidade o reconhecimento do que é conviver e sua relevância na vida das pessoas é estimular seu crescimento e visibilidade, fortalecer grupos e suas identidades, que vão se perdendo ao longo do tempo pela desvalorização desse tipo de atividade em nossa sociedade em geral. Esse é um papel central dos CECCOS, porém que fica em segundo plano em relação às demandas das grades de atividades e de realização de eventos, por exemplo.

As atividades que o Centro de Convivência propõe e a lida com os usuários que frequentam muito o serviço e acabam por identificá-lo como seu grande lugar de referência são situações em que podem se desenvolver modos de relação com o outro que favoreçam o fortalecimento do sujeito ou que o coloquem num lugar de receptor de orientações, sem problematizar seus modos próprios de fazer e suas implicações. Não é difícil em uma oficina colocar-se um modo tido como mais belo ou correto de realizar uma atividade, bem como, ao se aproximar do cotidiano dos usuários, não é incomum que valores e concepções da vida do profissional acabem se misturando ao que se espera e se produz com o usuário. Também aqui as ofertas e PTSs acabam sendo planejados de maneira unilateral em alguns momentos, de modo a desestimular a participação do usuário em seu próprio processo de cuidado.

Essa é uma discussão que tangencia outras discussões importantes, como as concepções de caso clínico e as do trabalho mediado pela atividade; são questões que se aprofundam sobre os modos de lidar com o outro em situações que o equipamento CECCO traz como novidades, com suas singularidades tão estranhas à Saúde tradicional.

As experiências que o CECCO proporcionou ao longo do ano deixaram viva a importância da construção de um serviço de saúde em torno do usuário mais do que das expectativas e formulações de uma política de saúde muito estruturada. Se por um lado foi possível presenciar como a falta da portaria ministerial que regulamente o equipamento deixa lacunas na construção do serviço em termos de financiamento e diretrizes de gestão, por outro deixa espaço para que com mais naturalidade o serviço se crie ancorado nos acontecimentos peculiares ao território.

O Centro de Convivência em que estive através da Residência era um serviço que está reconstruindo sua equipe e sua proposta após uma mudança de gestão de uma entidade filantrópica para a Prefeitura Municipal. Nesse contexto foi possível participar da reeleitura e elaboração de um conjunto de profissionais sobre os modos de ser e fazer CECCO, através do replanejamento das ações e atividades ofertadas aos usuários. Com o serviço acontecendo, os usuários circulando e questões antigas a serem revisitadas, as propostas e ideias foram sendo postas em prática à medida que surgiam e se faziam possíveis. Muito se pode pensar e fazer a

partir do território que se fez presente dentro da sede do serviço, ao conhecer os usuários, suas histórias e demandas que traziam, pode-se criar modos de trabalho que conversassem com esses sujeitos.

Entretanto, ainda é difícil criar espaços para que de modo mais formal e regular o equipamento se faça acontecer estimulando ativamente a construção em parceria com os usuários; as assembleias e os espaços de representação social, como o Conselho Local, tem sido fortalecidos e pensados aos poucos, no compasso em que as conformações do trabalho com o outro (trabalhador e usuário) vão se tornando mais familiares. Também as oficinas e propostas de atividade tem tido cada vez mais contribuições e vindas de fora para dentro do prédio, em movimentos tímidos e potentes dos usuários, ao demandarem mais atividades de artesanato ou se movimentarem para estabelecer uma cantina no espaço do CECCO, por exemplo.

Um aspecto a se destacar sobre o exercício da autonomia nos Centros de Convivência é a proposta de serem um espaço de favorecimento da inserção dos usuários da saúde mental, (mas já contemplando outras demandas como jovens e idosos) e outras minorias no mercado de trabalho através de cooperativas. Fortalecendo esse importante braço da reabilitação psicossocial, algumas experiências da construção dos CECCOS privilegiaram o trabalho das oficinas de geração de renda, lugares de aprendizado ou desenvolvimento de uma habilidade de trabalho respaldado por profissionais da saúde e da área profissional, responsáveis por ajudar a desenvolver a cooperativa, bem como acompanhar os usuários da saúde em sua empreitada como trabalhadores, trabalho que Nicácio et al. (2005) fundamenta da seguinte maneira:

“essa perspectiva se compromete com a construção de espaços reais que possibilitem às pessoas em situação de desvantagem o direito ao trabalho, a partir da validação de suas capacidades e de seus saberes, inscritos em processos complexos de conexão e potencialização de recursos e de transformação das relações entre as pessoas e os contextos, tecendo a invenção de possibilidades efetivas de trabalhar, trocar, e produzir valor, e compartilhando os riscos de entrar na trama social.” (NICÁCIO et al., 2005, p. 63)

Pode-se pensar as oficinas de geração de renda como uma proposta teórica de exercício da autonomia em ato, afinal pretende-se estimular o usuário a desenvolver suas habilidades, a desempenhar outros papéis para além do “paciente” da saúde, circular socialmente e participar da construção de um negócio, podendo ele trabalhar em outro lugar sem tal retaguarda posteriormente, de modo que se produza emancipação e multiplicação de

suas trocas sociais (NICÁCIO, 2005). Essas oficinas também são atravessadas pelos pressupostos que se estabelecem nas relações entre os participantes do grupo e deles com as oficinas. Há a possibilidade de os usuários sentirem-se construtores e responsáveis pelos modos de fazer, pelo produto, pelos rumos da cooperativa, assim como podem encará-la como um lugar onde estão empregados e cumprem tarefas, para as quais não vêem sentido, não se sentem responsáveis ou movidos a pensá-las.

Nesse sentido, Carvalho e Trajano (2004) falam da dificuldade que viveram em sua prática para o estabelecimento de processos autônomos dos trabalhadores das cooperativas de pessoas em desvantagem social, ainda que se trabalhe com base em princípios cooperativistas e de autogestão, e trazem como elemento para reflexão a fragilidade do desejo de autonomia frente a certa facilidade em obedecer. Essa era uma questão frequente nas discussões da equipe do CECCO sobre a oficina de geração de renda do ramo alimentício que o equipamento gesta; apesar de não ter acompanhado de pessoalmente o desenvolvimento da oficina, uma grande questão que permeia a equipe sobre a cooperativa passa pelo tópico acima abordado: quanto e de que maneira a oficina se relaciona com o Centro de Convivência? Quanto e de que maneira os usuários se visualizam autônomos e autogerentes de seu trabalho?

A proposta das cooperativas nos CECCOS radicaliza a idéia da desconstrução da exclusão social do usuário da saúde mental e da produção de saúde através de sua compreensão ampliada do fator social e financeiro. Entretanto é, assim como já foi dito do Centro de Convivência como um todo, passível de produzir relações de poder e esmorecimento da potência do outro, principalmente por ter como meio a lida com a produção e o dinheiro e por ser feita por grupos de pessoas. Fugir da lógica capitalista e sua dinâmica de mercado para produzir construções e responsabilizações coletivas é um desafio constante, ainda maior considerando que mesmo os trabalhadores da equipe do CECCO mantendo estimulações da autonomia e autogestão, o processo de assumir um lugar diferente do da submissão para os trabalhadores da oficina não se dá rapidamente e sem muito exercício.

Considerações finais

As diferenças de objetivo e tipo de atenção providas pelos equipamentos de Saúde aqui trazidos são inúmeras e evidentes; enquanto a enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral é um serviço do nível terciário de complexidade e presta atendimento apenas a um número restrito de usuários em situação de crise aguda e de extrema ruptura com os códigos sociais colocando-se em risco, o Centro de Convivência e Cooperativa é um serviço da atenção primária, de portas abertas, que atende qualquer usuário que circule por seu território por tempo indeterminado. Portanto, não se pretende, nem poderia pretender, neste trabalho comparar a atuação dos dois serviços. Ao caminhar, observar o terreno, os atalhos e obstáculos dessas duas estradas, pode-se formar um ponto de vista sobre como a concepção de saúde, sujeito e autonomia acontecem nesses dois lugares, para então levantar reflexões sobre esse tema comum que os dois caminhos proporcionaram.

Nota-se que os motivos do surgimento da instituição e suas conformações históricas se atualizam nos modos de atuar do presente repercutem na identidade e missão que o serviço tem de si, e no caso da saúde, no modo como concebem e lidam com seu cliente-usuário. Levar o cuidado à crise para dentro de uma instituição que historicamente cuida do físiopatológico e é médico-centrada, traz desafios no estabelecimento de um tratamento baseado na construção conjunta e na ampliação de autonomia do usuário. No CECCO, a instituição se estabelece para tentar potencializar a saúde enquanto ampliação da autonomia e as dificuldades parecem se dar pelo modo como os profissionais se apropriam dessa concepção. Um fazer saúde partindo da normalidade e da singularidade do sujeito traz desafios dos mais variados, vinculados a cada instituição, com suas características e peculiaridades também.

Aparece como fator que influencia a possibilidade de trabalhar com essa concepção de saúde a autonomia do próprio trabalhador. É notável como as condições de trabalho nos dois serviços de saúde dificultam ou facilitam o envolvimento do usuário na construção do seu percurso com o serviço; na enfermaria as condições de trabalho muitas vezes amarraram as possibilidades de estar junto, de dar relevância e de trazer para a ação o usuário, já no CECCO, com alguma liberdade de construção do serviço, a necessidade da equipe se constituir enquanto tal e reconhecer o trabalho naquele equipamento em muitas circunstâncias voltaram o olhar para as possibilidades de oferta dos trabalhadores mais do que para o que emerge através dos sujeitos (usuários individualmente e comunitariamente).

Ao ter mais ou menos possibilidades de criar e estar com o usuário, mais ou menos ele pode estabelecer a relação com o outro como base para a construção do cuidado. É nessa relação que definitivamente pode-se trabalhar a autonomia do outro, pois seja em instituições que dêem mais abertura ou que imponham mais condições, ainda é preciso que o trabalhador se coloque nessa função e a possibilite através de como propõe o estar com o usuário. A pessoa que chega para ser cuidada não tem socialmente construída essa vontade; muitas vezes o próprio usuário não compreende a relação com o profissional de saúde como horizontal, menos ainda pensa sua participação na construção de seu cuidado – o que também pode-se entender em si como um componente do adoecimento, afinal implicar-se numa busca de reconhecimento já é um sinal de saúde importante.

Por esse motivo o fortalecimento de espaços coletivos, democráticos, tanto dos profissionais, quanto com os usuários, é essencial. Compartilhar o trabalho que o serviço realiza, criar condições para que seja possível que trabalhadores e usuários lutem por sua autonomia e proporcionar ao usuário reflexões sobre sua participação no serviço e na Saúde são funções que esses espaços podem cumprir, cultivando o terreno para que a autonomia seja pensada e exercitada.

Com suas diferentes formas de trabalhar e se relacionar, esses serviços de saúde impactam o usuário e repercutem em sua vida de maneiras bastante distintas, que podem produzir a potencialização ou a diminuição da autonomia dessa pessoa. A construção do SUS com a participação ativa de seu usuário, com “práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão” (BRASIL, 2006, p.2), é prioridade no nosso sistema de saúde, ao lado da própria produção de saúde. Para isso, os serviços precisam criar condições para que o sujeito tenha conhecimento e possibilidade de refletir sobre si mesmo e sobre o mundo, e ainda, que ele possa interferir nas circunstâncias.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10216, de 06 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde, (2006). Carta dos direitos dos usuários da saúde [Cartilha]. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 3088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-687.

CARVALHO, R.A.A.; TRAJANO, A.R.C. Economia solidária e processos psicossociais: autogestão, autonomia e solidariedade em construção. *Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*. VIII, 2004, Coimbra. Ces: Coimbra, 56.

FERIGATO, S. H. *Cartografia dos Centros de Convivência de: Produzindo redes de encontros*. 2013. 320 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al .Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 2115-2122, 2008 .

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Edições Graal Ltda. 2012

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R.(2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 109-122, 2005.

GALLETTI, M. C. Os Centros de Convivência e Cooperativas em São Paulo:uma política inclusiva de construção de redes territoriais. In: Mateus, M. D. (Org.). *Políticas de saúde mental*. São Paulo, SP: Instituto de Saúde. 2013.

LEAL, E.M., SERPA JR., O.D., MUÑOZ, N. M., GOLDENSTEIN, N., DELGADO, P.G. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.9, n.3, 2006. p.433-46.

MADLUM, L. V. Novo Tempo: mudanças e constâncias a partir da(s) crise(s). 12 f. Trabalho de Conclusão de Ano (Residência em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

NICÁCIO, F. N.; MANGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, v. 16, n. 2, 2005, p. 62-66.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada- sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2001, p. 98-111.

QUARENTEI, M. S. Criando lugar(es) para acolher a falta de lugar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 3, n. 5, 1999, p. 195 a 202.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu , v. 11, n. 21, 2007. p. 65-78

SOARES, J.C.R.S. *A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma techedura complexa*. 2000. 180p. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STANGHELLINI, G.; BROOME, M. R. (2014). Psychopathology as the basic science of psychiatry [Editorial]. *The British Journal of Psychiatry*, 1(205), 169-170.

YASSUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, RJ.