

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E COLETIVA

ANA CAROLINA CAMARGO ROSSI

A DIMENSÃO SÓCIO-POLÍTICA NO CUIDADO EM SAÚDE
Uma prática emancipatória

CAMPINAS
2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E COLETIVA

ANA CAROLINA CAMARGO ROSSI

A DIMENSÃO SÓCIO-POLÍTICA NO CUIDADO EM SAÚDE
Uma prática emancipatória

Trabalho de conclusão da
Residência Multiprofissional em
Saúde Mental e Saúde Coletiva
da Unicamp, sob orientação do
Prof. Bruno Emerich e co-
orientação da Prof^a Luciana
Surjus.

CAMPINAS
2016

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO.....	4
II – CAPÍTULO 1.....	5
III – CAPÍTULO 2.....	8
1. Psicologia como prática emancipatória.....	10
2. Autonomia e protagonismo.....	14
IV – RELATOS DE EXPERIÊNCIA.....	15
1. HOSPITAL-DIA.....	15
2. CAPS AD.....	23
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
VI – REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO

Chega o final de um processo, após dois anos de grandes experiências em uma Residência em Saúde Mental e Saúde Coletiva. Foram dois anos de trabalho, em que passei por 3 serviços diferentes, um CAPS AD II, um Centro de Convivência e Cooperativa e um Hospital-Dia de infectologia. É momento de finalizar e esse trabalho é parte desse processo de fim. A temática escolhida não diz respeito a um único serviço desses, mas à experiência em geral. Buscarei, por meio desse trabalho, pensar o processo que vivenciei e refletir sobre o mesmo, na tentativa de discutir a dimensão sociopolítica do tratamento.

Ao longo da minha experiência como residente, como psicóloga, dentro de serviços do SUS, tive contato com uma população diversa, mas que em geral encontra-se em situação de vulnerabilidade. No CAPS, os usuários de álcool e outras drogas; no hospital-dia, uma grande população de pessoas soropositivas e no CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa), pessoas com certas limitações, por vezes físicas, por vezes para a efetiva participação social. São sujeitos com sofrimentos que vão além do diagnóstico a eles atribuídos. Assim, o tratamento deve estar para além da doença da qual o sujeito sofre, pois o sofrimento do sujeito está para além da doença de que padece.

A partir disso, o tratamento em saúde deve se dar de maneira ampliada, considerando o sujeito para além de seu diagnóstico. O cuidado deve se dar de maneira a considerar o contexto em que cada sujeito está inserido, contexto social e político, inclusive. Dessa forma, a ideia é discutir de que maneira os serviços de saúde implicam a dimensão sociopolítica no tratamento dos usuários. A partir disso, algumas questões se abrem. Tendo em vista, a condição social, muitas vezes excludente e discriminatória, como direcionar o trabalho em saúde para a superação do estigma e da exclusão, contribuindo para a constituição de novas subjetividades? Trazendo a contribuição da psicologia, como pensá-la como uma prática emancipatória, que visa fortalecer autonomia e protagonismo de uma população vulnerável?

CAPÍTULO I

O presente capítulo busca trazer à cena o contexto social em que estamos inseridos, sejamos nós profissionais de saúde, ou usuários dos

mesmos. Busca, ainda, contextualizar o leitor sobre a visão de homem adotada nesse trabalho.

Vivemos em uma sociedade que tem o capitalismo como seu sistema econômico e de produção. A sociedade capitalista é uma sociedade de classes, tendo então, a desigualdade como eixo estruturante do capitalismo, de forma que este necessita de relações desiguais para manutenção de seu sistema. Assim, tem-se em vista uma sociedade que é desigual, fazendo com que relações de poder estejam implícitas.

Entretanto, é necessário considerar que a desigualdade embora estructure as relações é também constituída e possibilitada por essas mesmas relações. Ou seja, tem-se uma relação dialética, que não naturaliza a desigualdade, mas a vê como produto e produtora de relações.

Tem-se como base uma sociedade desigual, que historicamente se constituiu dessa forma, através da ação dos indivíduos que a habitam. Assim, considerando a historicidade dos fenômenos humanos e sociais, passa a se olhar para a realidade como advinda da ação do homem, que a transforma constantemente, e como consequência de um momento histórico único que a possibilita (Gonçalves, 2003).

O homem é um sujeito ativo, social e histórico. É sujeito de ação, que age sobre o objeto, transformando-o e, ao mesmo tempo, sendo transformado. Portanto, o homem em um processo dialético, constrói e modifica o mundo material, sendo, ao mesmo tempo, transformado durante o processo. Assim, é um sujeito que constitui a realidade e é ao mesmo tempo constituído por ela, social e historicamente. Ele se constitui na medida em que se relaciona com o mundo e com os outros, de maneira ativa, construindo o mundo em que vive. Dessa forma, sujeito e objeto se constituem mutuamente. A partir disso, pode-se dizer que a subjetividade se dá a partir da relação que mantém com a objetividade, o que faz com que os fenômenos sejam sempre sociais e históricos.

A subjetividade do homem expressa as relações e as atividades vividas por ele durante sua história. O homem torna-se humano a partir de sua história, pois ele se apropria da produção cultural acumulada pela espécie humana, através de instrumentos também produzidos por sua espécie e pelas relações estabelecidas. Assim, é um processo interno que se desenvolve dialeticamente

com o mundo externo. A subjetividade é construída a partir de significados e sentidos, que possibilitam a criação do novo e do particular, que não deixam de ser também, social e histórico. (Rosa, 2003)

A abordagem dos fenômenos deve ser feita sem dicotomizar objetividade-subjetividade. A subjetividade é constituída na sua relação com a objetividade, fazendo com que os fenômenos nunca sejam apenas individuais, mas também sociais e históricos. Assim, considerando a historicidade dos fenômenos, os conteúdos dos mesmos são históricos e representam interesses concretos (Gonçalves, 2010).

A partir disso, deve se negar a naturalização dos fenômenos. A naturalização leva a uma noção de realidade que desconsidera a capacidade do homem como transformador da mesma. Prevê também que objetos e sujeitos são independentes uns dos outros, instaurando uma relação de exterioridade entre sujeito e objeto, passando-se a pensar sujeito e objeto como munidos de movimento próprio, não considerando um como constitutivo do outro. É necessário desconstruir essa visão, desnaturalizando esses fenômenos. Isso é possível na medida em que se considera o caráter histórico dos fenômenos estudados. Nesse sentido, desnaturalizar é necessário para que os fenômenos sejam vistos como fruto de uma relação que está em constante transformação.

A desnaturalização passa pela possibilidade de todos os homens terem acesso aos bens que a humanidade produziu, pois implica a denúncia e o rompimento com as relações sociais alienadas, mistificadas pela autonomia e “liberdade de escolha”. Ao historicizar as relações humanas e a subjetividade postas no real, analisam-se as condições objetivas (sociais, políticas e econômicas) que engendraram determinadas relações e concepções, mesmo que elas já não estejam mais postas. (Kahhale e Rosa, 2009, p.50)

Parte-se dessa teorização na tentativa de refletir a cerca das possibilidades de ação dentro dos serviços de saúde, pensando os sujeitos na relação com a realidade concreta. Ou seja, tendo em vista a subjetividade em uma relação dicotômica com a objetividade, como pensar em estratégias de ação que levem em conta a unidade subjetividade-objetividade?

CAPÍTULO II

Os homens estabelecem relações únicas em suas vidas, relações essas que historicamente foram sendo construídas. A família, a cidade onde vivem, a condição financeira que possuem, o trabalho que têm, a cor de suas pele, a religião que frequentam, entre diversos outros fatores, influenciam direta ou indiretamente nas relações que estabelecem. Mesmo entre si, esses fatores se relacionam e se traduzem nas possibilidades que o homem acaba por ter. Não de uma maneira determinista, mas de forma dialética, em que o homem constrói a realidade, ao mesmo tempo em que a realidade constitui o homem. Assim se dão os processos humanos e, não diferentemente, o mesmo se dá com os processos de saúde e doença.

Assim, devemos olhar para a saúde, ou a doença, como um processo multideterminado, que se produz historicamente e que por isso é expressão da totalidade de relações vividas pelo indivíduo, mas que ao mesmo tempo não é idêntico a essa totalidade. Isto porque concebemos o homem como um sujeito social e histórico, e isto implica também considerá-lo como ativo, individual, particular, na medida em que sua subjetividade não se constitui pela mera transposição do plano social para o individual. (Rosa, 2003, p.193)

A respeito do processo de saúde, Buss e Filho (2007) trazem o conceito Determinantes Sociais de Saúde, que resumidamente, é um conceito que aponta que o estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo populacional está associado às condições de vida e trabalho dos mesmos. Esses determinantes são diversos fatores sociais, psicológicos, econômicos, culturais, étnicos/raciais. Os autores trazem que diferenças na distribuição de renda influenciam o nível de saúde de uma população e que os países mais igualitários são os que têm melhores níveis de saúde. Trazem, a partir dessa perspectiva, a necessidade de intervenções sobre a estratificação social para o combate às iniquidades de saúde. Assim, fazem-se necessárias políticas intersetoriais, que diminuam as diferenças sociais e busquem uma maior coesão social, promovendo, ainda, a participação popular no desenvolvimento dessas políticas.

A saúde deve ser pensada a partir dos diversos fatores que a compõe. Dessa forma, as políticas de saúde devem considerar todo o contexto social, político e econômico para suas elaborações. Em uma sociedade desigual como a brasileira, é necessário pensar em políticas que considerem essa realidade e

busquem a sua transformação. É necessário ter em vista a necessidade de maior equidade para a melhoria efetiva do nível de saúde de uma população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem como um de seus princípios a equidade. A Equidade pressupõe prioridade na oferta de serviços aos grupos sociais mais vulneráveis, na tentativa de assegurar o acesso dessa população a esses serviços, devido às condições mais precárias de vida e às desigualdades advindas da organização social. (Vasconcelos e Pache, 2006)

Tendo em vista a sociedade brasileira com sua grande desigualdade no acesso a bens e serviços, a Equidade é um princípio importante e que deve nortear as políticas públicas. Dessa forma, é necessário que as políticas públicas reconheçam que a realidade social está estruturada sobre a desigualdade e auxiliem na sua superação. Em um país desigual, políticas que tratem o país de maneira igualitária, tendem a manter a desigualdade. (Gonçalves, 2010).

Gonçalves (2010) ainda afirma que as políticas públicas indicam a relação entre Estado, sociedade e a economia no capitalismo, devendo ser analisadas sobre o viés das relações de classe. As políticas públicas devem intervir sobre situações geradas por aspectos macroeconômicos, sociais e políticos e são elas que possibilitam a garantia dos direitos sociais e uma sociedade mais democrática. Na medida em que o Estado privatiza as políticas sociais, como educação, saúde, segurança e cultura, ele se desresponsabiliza e passa a ver os direitos sociais como mercadorias. É necessário fazer resistência a essa lógica que anula também os sujeitos de direito, buscando uma recuperação da cidadania. Logo, faz-se primordial, a criação de um espaço social que permita o desenvolvimento e o acesso de todos à riqueza material e cultural, que permitam a emancipação e a transformação social.

Psicologia como prática emancipatória

A psicologia surge no Brasil no século XIX, incorporada à medicina e à educação, não sendo considerada uma profissão específica. Em 1946, a psicologia torna-se um curso universitário. Na era Vargas, a psicologia do trabalho ganha espaço devido à expansão do número de empresas, servindo para a adequação dos empregados às suas funções. Somente em 1962 a psicologia regulamenta-se como profissão e em 1975 ganha seu primeiro Código de Ética (Pereira e Neto, 2003). Durante a ditadura, aumenta a demanda por psicoterapias e a psicologia se fortalece nessa área. Com o silêncio imposto pela nova ordem política e a falta de outros espaços de participação da população, o consultório particular entra em cena com força. O Estado fortalece essa demanda, na medida em que vê a psicoterapia como uma forma de manter as questões na ordem do privado, dando respostas individuais para os conflitos, diluindo reflexões coletivas, que poderiam levar a questionamentos de questões sociais e desejo de mudança política (Langenbach e Negreiros, 1988). Assim, a psicologia fortalece-se no setor privado, dos consultórios particulares.

As primeiras experiências da psicologia no campo da saúde se dão em hospitais públicos ou privados, com a entrada de psicólogos dentro de equipes multiprofissionais. Mas, a entrada da psicologia no setor público se dá, de forma mais efetiva, na saúde mental. Com a Reforma Sanitária, na década de 70 e, posteriormente, com a Reforma Psiquiátrica, ocorrem mudanças no campo da saúde pública, e na forma de se definir o que é saúde. Com esses movimentos, há uma crítica em relação ao projeto de saúde vigente até então, no qual era o interesse privado que estava em jogo, fazendo com que o cuidado em saúde se desse de forma curativa e individual. A partir dos movimentos de Reforma, passa a se pensar em prevenção e promoção de saúde, e é através dessas conjunturas que a psicologia vai ganhando espaço no âmbito público. A partir da década de 80, o número de psicólogos no setor público aumenta, na medida em que as políticas públicas de saúde começam a priorizar a formação de equipes multiprofissionais para melhorar a qualidade do cuidado em saúde. Além disso, com a recessão enfrentada pela classe média na década de 80 – parcela consumidora das psicoterapias – com consequente diminuição pela procura por esses serviços, os psicólogos tiveram de buscar

um novo lugar social para a Psicologia, o que também favoreceu a entrada da classe no setor público (Dimenstein e Macedo, 2012).

A partir disso, é possível pensar que a Psicologia como profissão sempre esteve atrelada às condições sociais e políticas de cada época. Ela se consolida em um determinado contexto que a favorece, mas com as mudanças socio-políticas que vão ocorrendo, ela é chamada a ocupar um outro lugar e, com isso, tem que se reformular e encontrar novas formas de atuação. Além disso, é notável que ela sempre esteve direcionada por um sistema que permitia e favorecia suas práticas, como na Ditadura em que as psicoterapias em consultórios particulares eram favorecidas pelo governo que também se via favorecido por essas práticas, ou como no movimento de Reforma Psiquiátrica, com a criação de serviços multiprofissionais, a psicologia passa a ser vista como necessária dentro do âmbito público. Nota-se, portanto, que a prática é influenciada pelo contexto político de determinada época, de maneira que ou lhe favorece certo lugar ou, justamente por não lhe dar certo espaço, serve de potência para criação de novas possibilidades práticas. Assim, ela está sempre enviesada por um ética.

É necessário, então, ter em vista que nenhuma prática que se faça é neutra. Gonçalves (2010), traz que a intervenção é sempre posicionada sobre uma ética, ou seja, é sempre um posicionamento político. O conhecimento que se diz neutro e natural, justifica ações normatizadoras e adaptativas, e deixam de evidenciar os interesses a que atendem. Supor uma neutralidade é manter-se do lado opressor.

Sendo assim, é preciso ponderar sobre qual psicologia está sendo praticada e a serviço de quem estão essas práticas. Haja vista o contexto atual, decorrente da Reforma Sanitária e Psiquiátria, com a implementação do SUS e dos serviços substitutivos de saúde mental, com a psicologia no setor público, qual é a função da mesma dentro desses espaços? A psicologia se constituiu como prática privada e individualizante e suas práticas, de maneira geral, seguiram nessa direção. O cenário, entretanto, agora é outro, tem-se o SUS como plano de fundo, o trabalho com políticas públicas, na comunidade, dentro de instituições públicas de saúde. Apesar dessa mudança de cenário, as práticas se mantiveram as mesmas, com a visão individualizante, biologizante e prescritiva.

Nesse aspecto, chamamos a atenção para o fato de o psicólogo ser mais um dos atores partícipe no variado e contraditório bloco de forças que compõe o território da saúde pública, que atua orientado por concepções biologizantes e mecanizadas da vida, por um caráter prescritivo em termos dos modos de existência, por uma tendência ao trabalho individualizado, ancorado em relações verticalizadas e não focadas no usuário, por intervenções pouco variadas, circunscritas a queixas e voltadas para a remissão de sintomas, bem como por estratégias de subjetivação norteadas pelos princípios da disciplina, da normatização e da cristalização das referências identitárias. Essa lógica orienta as ações, define técnicas e procedimentos, organiza o cotidiano do trabalho e suas rotinas, seleciona a clientela, faz declinar a participação e o envolvimento nos assuntos coletivos, enfim, é o que tem conformado o modelo hegemônico de atuação do psicólogo no SUS do ponto de vista tecnoassistencial e ético-político. (Dimenstein e Macedo, 2012)

Enquanto se mantiverem concepções que separam o individual do coletivo, a realidade interna da externa, a clínica da política, as práticas serão sempre limitadas a algum dos extremos, perdendo-se tanto o indivíduo quanto o coletivo. Enquanto houver essa dicotomização, tratar-se-á de sujeitos divididos, sujeitos alienados dos seus contextos sociais, que tomam o desejo como algo da ordem do individual. É uma despolitização das práticas, mas que ainda diz respeito a uma política – política essa que separa o macro do micro, o SUS de um lado e a produção de subjetividades de outro. (Benevides, 2005)

É necessário, então, uma prática que não dicotomize objetividade de subjetividade, que tenha em vista tanto o individual quanto o coletivo, de forma a analisá-los um como constitutivo do outro. Ainda, é necessário uma prática norteadas pelos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade – política pública sobre a qual o psicólogo atua. Assim, é necessário um trabalho feito sobre a política e através dela. Um trabalho que considere o contexto social brasileiro, de desigualdades sociais imensas, lembrando que a psicologia por muito tempo atuou na adequação dos indivíduos à ordem social dada, a favor da manutenção dessas mesmas desigualdades.

Fundamental, então, pensar em uma psicologia que atue na transformação da sociedade, através da promoção e da garantia de direitos sociais. A psicologia como uma prática emancipatória. Para tal, deve-se

desnaturalizar os fenômenos sociais, entendendo-os em sua historicidade. Isto é, as situações sociais não são naturais e, portanto, podem ser alteradas.

É uma prática que tem como foco fortalecer a autonomia e empoderar a população a ser protagonista, principalmente a população mais vulnerável. Uma práxis que trabalhe para a superação da exclusão e do estigma. Uma psicologia que parta do social para compreender o sujeito, ao mesmo tempo que veja o sujeito como ativo e constituinte da realidade. É superar a visão que que atribui exclusivamente ao sujeito e sua família, questões estruturais de ordem coletiva e histórica (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Assim, é necessário uma clínica que seja também política. Rosa (2003), resgata os movimentos de questionamento do lugar da “loucura” dos países europeus. A autora retoma o movimento de Psiquiatria Democrática Italiana que traz o caráter social e político para o trabalho com a doença mental. Ao colocar essas dimensões no cuidado, o terapêutico ganha também outro significado, pois esse está também na possibilidade de liberdade e cidadania.

Autonomia e protagonismo

Na medida em que a clínica ganha essa dimensão política, o sujeito/ usuário, passa a ser visto como ativo, atuante na constituição de sua subjetividade. Dessa forma, é necessário pensar nos usuários como protagonistas do seu tratamento e, para isso, trabalhar a autonomia dos mesmos. O sujeito, então, transforma-se em um “sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político” (Torre e Amarante, 2001, p.84).

A maneira mais possível de interferência no campo político é através de movimentos sociais organizados. Os movimentos são espaços que produzem experiências sociais e criativas, no combate às adversidades sofridas. Eles têm o poder de interferir na esfera pública a partir de parcerias com a sociedade civil e política, fazendo um trabalho de controle social (Gohn, 2011).

Elas expressam energias de resistência ao velho que oprime ou de construção do novo que liberta. (...) Atuando em redes, constroem ações coletivas que agem como resistência à exclusão e lutam pela inclusão social. Constituem e desenvolvem o chamado *empowerment* de atores da sociedade civil organizada à medida que criam sujeitos sociais para essa atuação em rede. (Gohn, 2011, p.336)

Assim, através dos movimentos sociais, é possível a participação da população em questões públicas, podendo interferir na política, em busca dos ideais em que acreditam. No Brasil, muitas das conquistas sociais foram através de movimentos que deram voz à população, como o surgimento do SUS por exemplo.

É importante trabalhar com os usuários a importância desses movimentos, dando possibilidade aos mesmos de participar e interferir na política. Em relação à saúde, a participação social é, inclusive, garantida por lei (Lei nº8.142/90), que assegura 50% de representação aos usuários e 50% aos trabalhadores de saúde, dentro dos Conselhos de saúde - nas três esferas políticas – e na criação de Conferências de saúde. (Brasil, 1990) (Vasconcelos e Pache, 2016).

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Hospital-Dia do Hospital de Clínicas da UNICAMP

Contextualizando, o Hospital-Dia do HC da UNICAMP é um espaço que se propõe a tratar de pacientes com doenças infecciosas. Por ser um hospital-dia, fornece atendimento às pessoas que não necessitam de internação, promovendo desospitalização precoce e oferecendo cuidados que podem se dar ao longo do dia. Alguns pacientes fazem cuidados mais prolongados, indo ao hospital-dia diariamente para tomar medicações; mas, em geral, os pacientes vão apenas para consultas ambulatoriais, retornando após maiores intervalos (mensalmente, semestralmente, etc.).

O Hospital-Dia funciona através dos vários ambulatórios que lá acontecem. Cada ambulatório trata de um conjunto de doenças diferentes, por exemplo, tem um ambulatório que se dedica à neuroinfetologia, outro às moléstias infecciosas em geral, outro à HIV... Dessa forma, há um público heterogêneo que frequenta o espaço. No entanto, os pacientes que mais demandam e que fazem cuidados mais frequentes são os soropositivos. E esse foi o público com o qual mais tive contato ao longo do ano.

Os profissionais que compõe o hospital-dia são: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. É possível dizer que existem três equipes dentro do hospital: a equipe médica, composta por docentes da Faculdade de Medicina, por médicos contratados, pelos residentes médicos da Infectologia e os internos da graduação de medicina; a equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem; e a equipe do Serviço Social, composta pelas assistentes sociais, pelas aprimorandas do Programa de Aprimoramento e pelos estagiários de Serviço Social. Não há profissionais da área específica de Saúde Mental, o que faz com que não sejam ofertados cuidados nessa área.

Em relação à saúde mental, pelo segundo ano consecutivo, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva coloca seus residentes nesse espaço. No ano passado, por um semestre, uma residente psicóloga foi para lá e ficava apenas um período na semana. Nesse ano, eu e outro residente psicólogo fomos para lá, cada um cumprindo três períodos durante o ano todo. O trabalho específico em Saúde Mental é, então, recente naquele espaço e não há profissionais do próprio hospital que se dedicam exclusivamente a esse cuidado. Os profissionais acabam, em alguns

momentos fazendo alguns acolhimentos das demandas relacionadas à saúde mental, mas em geral, não se responsabilizam por isso, nem dedicam seu tempo à isso. Aquilo que não é da ordem do biológico não tem espaço para ser cuidado dentro do hospital. A equipe tem dificuldade em fazer escutas qualificadas na tentativa de entender outras demandas dos pacientes, respondendo a essas demandas com prescrições médicas, repreensões por não tomarem os medicamentos ou encaminhamentos para a psiquiatria da UNICAMP. As demandas sociais, como por exemplo, acesso aos benefícios sociais, por outro lado, são atendidas pela equipe de assistência social.

O nosso trabalho ao longo do ano foi tentar colaborar com uma escuta qualificada, que pudesse trazer à tona outras questões dos pacientes. Entretanto, por ser um trabalho muito recente naquele espaço, por não ter uma equipe do hospital responsável pelo serviço de psicologia, e por trabalharmos em uma lógica totalmente contrária à estabelecida no hospital, houve muita resistência ao nosso trabalho, podado pela coordenação do serviço em diversos momentos. Por exemplo, não haviam salas disponíveis para que fizessemos os atendimentos, pois todas já estavam sendo ocupadas pela equipe médica; tentamos elaborar grupos, que não foram bem aceitos pela equipe pois poderíamos abordar temas considerados polêmicos, como o próprio HIV; muitos profissionais da equipe não confiavam em nosso trabalho e demonstravam receio em nos encaminhar casos, encaminhando-os diretamente para a psiquiatria da UNICAMP.

Apesar de toda a dificuldade enfrentada ao longo do ano, conseguimos atender alguns pacientes e escutar questões que não apareciam em outros espaços. Essas questões que surgiram me levam a pensar o tema desse trabalho.

Descobrir-se soropositivo é uma descoberta dolorosa. A doença vem cheia de fantasias, mudanças corporais, mudanças de hábitos, entre outras coisas. Conheci muitos pacientes diagnosticados com HIV, alguns com diagnóstico recente, outros que já tem a doença há tempos. Sem desconsiderar as singularidades de cada caso, em geral a descoberta da doença é um processo difícil e delicado. Os pacientes relatam medo das mudanças que estão por vir, medo de morrer, medo de não terem mais relacionamentos, medo de outras pessoas descobrirem que eles portam o vírus, medo do preconceito.

Cada sujeito vive a doença de uma maneira distinta. Cada um a percebe de uma forma em seu corpo. São sentidos subjetivos que cada um dá ao novo modo de ser que surge. No entanto, apesar de cada singularidade, tem um fator que transpassa todos os sujeitos acometidos pelo HIV, que é o fator sociopolítico da doença.

O HIV traz consigo muito preconceito. A imagem social do HIV remete a famosas figuras dos anos 80 que morreram da doença, como Renato Russo, Cazusa, Fred Mercury, entre outros, que tiveram seus corpos deteriorados pela doença, e muito emagrecidos, morreram de AIDS. Sem contar a ligação quase que imediata a questões de orientação sexual, ou ao uso de drogas injetáveis, outra forma de transmissão muito comum à época. Na década de 80, então, muito foi falado sobre a doença, campanhas foram feitas e a mídia trazia muito sobre o tema.

A epidemia da aids, desde o seu início, colocou no cenário público a discussão acerca da sexualidade e da vida privada das pessoas, e muitos estigmas e preconceitos foram criados e outros reforçados. Atualmente, muitas pessoas ainda são discriminadas em função do diagnóstico de HIV/aids ou mesmo por suspeita de ter HIV positivo. (Conselho Federal de Psicologia, 2008, p.22)

A mídia teve papel crucial na criação e propagação da representação social do HIV. Na década de 80, a mídia trazia a AIDS como a doença que necessariamente levava à morte. No seu início foi propagada como a doença dos homossexuais, aumentando o preconceito em torno da homossexualidade. A mídia, então, teve um papel pedagógico em relação a AIDS (Valle, 2002).

A representação cultural do aidético foi crucial para definir e caracterizar a identidade social da pessoa soropositiva. De um lado, essencialmente genérica; por outro, a categoria implicava a objetividade e a violência simbólica dos significados culturais de doença e morte, compreendidos num modo bastante negativo e associado com devastação corporal e uma finitude não desejada. Finalmente, o aidético era aquele que tinha passado sobretudo por uma trajetória moralmente condenada (Valle, 2002).

Sendo assim, o diagnóstico de HIV sempre foi acarretado de muito estigma e discriminação e, assim é até os dias de hoje. Os pacientes relatam medo de revelar o diagnóstico aos amigos, familiares e parceiros sexuais. Eles desejam o sigilo para não serem alvos de preconceitos, mas ao mesmo tempo

mostram-se angustiados por terem que guardar segredo e não poderem ser sinceros sobre sua condição.

Na minha experiência no Hospital-Dia, atendi muitos pacientes nesse dilema. Muitos perguntavam por grupos de pessoas com HIV para poderem compartilhar suas vivências. No entanto, dentro do serviço, muito pouco é falado sobre a doença. Não há espaço para se fazerem grupos que abordem o tema, não há cartazes espalhados falando sobre o assunto. Parece que o sigilo compõe aquele espaço. Profissionais falam para pacientes não contarem sobre suas condições e manterem o sigilo para sempre, antes mesmo de tentar entender qual o desejo dos pacientes, ou do porquê estão preferindo se manterem calados.

Durante o ano, fizemos diversas tentativas de elaborar grupos para trabalhar essa temática. Foi pensado em grupos de sala de espera, em que trabalharíamos com um público diversificado, podendo atuar tanto em quem sofre o preconceito, quanto em quem está do lado que oprime. Surgiu a ideia de passarmos vídeos que trabalhassem o tema, ou de expor cartazes pelo serviço. No entanto, todas as tentativas foram boicotadas pela coordenação do serviço, sob a desculpa da possibilidade de causar desconforto no serviço, tanto para os usuários quanto para os profissionais que teriam que lidar com o que pudesse vir a surgir nesses grupos. Quanto aos cartazes, nos foi dito que não se podia colar nada nas paredes, pois isso deterioraria o espaço. Pensamos nessas possibilidades na tentativa de quebrar com a lógica do preconceito, trabalhando a temática com todos os envolvidos direta ou indiretamente. Se o preconceito oprime e causa sofrimento aos sujeitos, é necessário que isto seja colocado em questão, na tentativa de mudar essa lógica. Nos atendimentos individuais acabávamos trabalhando essas questões. No entanto, é necessário ter em vista que são questões que ultrapassam o individual e fazem parte de uma dinâmica construída socialmente. Isso faz com que esse tema tenha que ser discutido para além de espaços individuais, na tentativa de desconstruir preceitos, podendo-se pensar em outras possibilidades de se ver a doença. Além disso, pensava-se em grupos pois possibilitariam a troca entre os usuários do serviço, compartilhando experiências entre si, entendendo que isso seria de grande importância para a superação da condição de doente, podendo-se pensar em novas possibilidades de vida.

Percebe-se que através dessa dinâmica do silêncio, de não permitir espaços de troca e de fala sobre a condição de ser HIV positivo, o serviço pactua com o sigilo e não faz movimentos que combatam a discriminação e o estigma. Entretanto, é esse o papel do serviço de saúde, considerando a realidade discriminatória, que obriga o sujeito ao sigilo?

Assim, é necessário considerar que o trabalho de todos os profissionais de saúde deve ser pautado pelos direitos humanos e pela busca da superação de toda e qualquer forma de discriminação, o que significa dizer que os(as) psicólogos(as) precisam incluir no seu dia a dia trabalhos que visem à eliminação ou à diminuição do estigma, preconceito e discriminação, como, por exemplo, a defesa do direito à reprodução, à igualdade de gênero e ao trabalho, assim como o direito de as pessoas serem tratadas de forma igualitária e de terem acesso a cuidados de prevenção e a tratamento de saúde. (Conselho Federal de Psicologia, 2008, p.23)

A integridade do paciente tem que ser garantida, inclusive o sigilo. Quando falo em pactuar com o sigilo, é de não trabalhar no sentido de superar o preconceito, fazendo com que o sigilo seja o único meio possível de sobrevivência social. É responsabilidade ética do profissional manter em sigilo a identidade do sujeito, a orientação sexual do mesmo e a forma de infecção. No entanto, também é responsabilidade ética do profissional trabalhar em defesa dos direitos dos sujeitos e fornecer formas de superação da condição em que está.

Sawaia (2001) fala do “*sofrimento ético-político*” como advindo da “dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade” (p.114). Segundo a autora, é um sofrimento ligado às questões sociais dominantes de cada momento histórico, revela a vivência da desigualdade social e a impossibilidade da maioria em acessar a produção cultural, material e social. Penso ser possível trazer esse termo a respeito do HIV e da população que sofre discriminação devido a essa condição em que se encontram, condição de doente, de “infectado”. Embora a autora traga o termo relacionado à desigualdade social, é possível pensar a condição de doente pelo HIV, uma situação em que o sujeito se encontra colocado como inferior aos outros e culpado por sua condição.

A grande preocupação dos profissionais do Hospital-Dia é referente a não adesão ao tratamento. É considerado não adesão quando os pacientes não tomam suas medicações corretamente. Quando isso acontece, os

profissionais comumente se irritam com os pacientes e os repreendem, dizendo que se não tomarem as medicações, eles morrerão logo. Considerando a gravidade da doença e as poucas medicações existentes (os chamados coquetéis), é realmente importante que o paciente tome corretamente os remédios. No entanto, os profissionais, na dinâmica de seus trabalhos, não se ocupam do porque certos pacientes não tomam suas medicações, não é feita uma escuta desses sujeitos na tentativa de entender o que leva eles a não conseguirem tomar suas medicações. Apenas brigam com esses sujeitos e os culpabilizam por não fazerem seu tratamento adequadamente.

No entanto, ao longo do ano, no contato com os pacientes, foi ficando muito claro que a não adesão ao tratamento é muito mais complexa do que apenas não tomar as medicações prescritas. Cada caso tem sua particularidade, e cada sujeito um motivo diferente para não conseguir dar conta de tomar suas medicações. Alguns referiam dificuldade em tomar os comprimidos, pois estes eram muito grandes; outros traziam a dificuldade em lidar com os efeitos colaterais; outros vários relatavam a dificuldade em aceitar a condição de HIV positivo e não tomar a medicação era uma forma de negar a doença. A partir da escuta dos pacientes, notou-se que a questão do hospital em relação à adesão era importante, mas estava sendo tratada de uma maneira improdutiva, pois não se falava do que realmente estava em jogo, não escutavam os pacientes e seus reais motivos para não estarem dando conta do tratamento. Durante nosso trabalho, tentamos sensibilizar a equipe na tentativa de mostrar que existem outros sentidos para esses pacientes não “aderirem” ao tratamento. No entanto, pela falta de reunião de equipe e pelo pouco acesso que tínhamos com a equipe, conseguimos fazer apenas pequenas conversas com parte reduzida da equipe.

Aceitar o diagnóstico de HIV não é uma questão simples. É aceitar uma mudança de vida, uma reestruturação de seu lugar no mundo. E é nesse ponto que friso a importância da dimensão sociopolítica da doença. Por ser uma doença acarretada de preconceitos, a sua aceitação fica ainda mais difícil. Nessa medida, é importante, para além do tratamento biológico, um trabalho de conscientização da população acerca do tema, não apenas preventivo, com distribuição de camisinhas e panfletos a cerca de como não pegar a doença. Mas um trabalho com o viés de superação do preconceito. Para tal, é importante que haja pessoas que militem acerca disso.

É papel do serviço de saúde se responsabilizar por isso também, pois essa é uma dimensão do tratamento. Para isso, é necessário que o serviço disponibilize espaços para isso, como grupos que discutam o tema entre os próprios pacientes; grupos que debatam o tema na sala de espera, com pessoas que não necessariamente tem HIV; espaços dentro da própria consulta médica em que se possa falar sobre isso. É imprescindível que o serviço se implique com a dimensão política, tendo como direção a superação da condição de opressão dos pacientes.

Em relação à psicologia, como já foi dito anteriormente, penso que toda prática deve ser posicionada sobre uma ética-política. Assim, a prática em psicologia deve ser clínica e política ao mesmo tempo. A partir desse relato, penso a importância de não de dicotomizar o que é da ordem do objetivo e do subjetivo, na medida que um fator objetivo, como o HIV, implica na constituição de novas subjetividades para o sujeito, que tem que se adaptar à nova condição. Dessa forma, o serviço de saúde, quando vai trabalhar com esse sujeito deve considerar esses fatores. A doença implica em mudanças que não são apenas da ordem do físico, mas são mudanças na condição de sujeito, na forma de estar no mundo, de estar com o outro.

No caso do hospital-dia, enquanto o serviço se propor a cuidar apenas da doença, do diagnóstico de HIV (B20, de acordo com o CID 10), nem mesmo o objetivo maior do hospital será alcançado – a aderência ao tratamento, esperado por todos os profissionais do hospital. No dia-a-dia do hospital, são corriqueiras as falas sobre a adesão dos pacientes ao tratamento e de como é difícil eles aderirem à medicação dada a eles. No entanto, pouco se discute sobre quais motivos levam cada paciente à não-adesão.

O serviço, além de se propor a cuidar do físico, tem que se propor a cuidar do que é da ordem do subjetivo. E, cuidar da ordem do subjetivo, requer um posicionamento político frente a questões que não são apenas de cada sujeito, mas que são da ordem do social, do coletivo. É um emaranhado de questões que se misturam e é muito fácil cair em posicionamentos que restrinjam o sujeito à questões de ordem únicas (psi, biológicas ou sociais), depositando tudo ou no sujeito, ou na doença ou mesmo no social. O HIV traz uma mudança no corpo físico de cada sujeito, que implicam em representações sociais sobre essa doença, que serão fatores que constituíram na formação

21

das subjetividades de cada sujeito. Dessa forma, a prática tem que ter todos esses fatores em vista.

No primeiro ano de residência, passei por uma CAPS AD II. Ele abrange uma área de cerca de 420 mil habitantes, referencia 25 Centros de Saúde e está localizado na periferia de Campinas. Por ser uma CAPS AD tipo II, não funciona 24 horas e tem um horário de funcionamento das 8h às 18h, conforme normativa. Tem também uma equipe pequena e cobre uma área maior do que a prevista pela portaria do Ministério da Saúde nº336/02 (Brasil, 2002), que indica que CAPS tipo II devem atender uma área de no máximo 200 mil habitantes.

O CAPS AD é um serviço especializado no tratamento de usuários de álcool e/ou outras drogas. Ou seja, oferece tratamento a pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, pensando, juntamente com o sujeito, a relação que este estabelece com a droga, na tentativa de buscar uma relação mais saudável e menos dependente com a substância. Dessa forma, o CAPS AD se propõe a tratar de sujeitos, que em algum momento de suas vidas começaram a ter uma relação de dependência com substâncias psicoativas. No entanto, são sujeitos que não se resumem ao uso de drogas. São sujeitos que trazem uma história, que estão inseridos em um contexto social específico, com experiências de vida únicas.

O CAPS AD parte da perspectiva da Redução de Danos (RD) - diretriz da política nacional de cuidado às pessoas que usam drogas - para fazer sua clínica. A Redução de Danos, como o nome já diz, tem como ideia central reduzir os danos causados pelos efeitos advindos do consumo de drogas. A RD é uma política divergente da política dominante que tem como foco a criminalização das drogas e o combate a elas. É também uma prática de saúde pública que visa a defesa da vida (Lancetti, 2008). Nessa lógica, a RD não impõe a abstinência como única estratégia. Na RD o foco deixa de ser a droga em si, mas sim o sujeito e a relação que este estabelece com a droga. Para isso, é importante entender essa relação estabelecida e a partir disso, buscar a construção de uma relação mais saudável e menos dependente com a substância. Nesse caminho, Souza e Carvalho (2012) esclarecem:

A RD não contesta a abstinência como meta possível e desejável, mas a abstinência como regra absoluta, evidenciando que entre o “SIM” e o “NÃO” existe uma terceira via: o “COMO”? Arguir como podemos em

sociedade viver com as drogas não é uma posição a favor ou contra as drogas, mas uma posição que busca apontar para os cuidados que devemos ter em relação às experiências com as drogas. Esse tipo de postura tenta desconstruir a noção de que as drogas são um problema em si, recusando a substancialização de um problema complexo que transforma uma substância em uma entidade quase com vida própria: as drogas! (p. 42)

A visão hegemônica caminha pela via moral e criminaliza tanto a droga como o usuário. As políticas proibicionistas e policialescas marginalizam o usuário de drogas, colocando-o como um perigo iminente à ordem social. As políticas de atenção aos usuários de drogas foram, por muito tempo, focadas apenas na abstinência por meio de internações nos hospitais psiquiátricos ou outras instituições asilares, além das com cunho religioso com um enfoque biomédico que consideravam o uso de drogas uma doença incurável. Somente a partir da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de DST/Aids começam a surgir novas formas de política, que por muito tempo coexistiram com as políticas asilares. Surgem, na década de 80, centros de tratamento e pesquisa que tratavam da temática do uso de álcool e outras drogas que se tornam referência para o cuidado. Na década de 90, foram testadas algumas ações de cuidado que se davam na cena do uso, como o Consultório na Rua de Salvador, e que, devido ao seu sucesso tornaram-se políticas públicas. No entanto, ainda hoje, com as comunidades terapêuticas e os grupos como “Álcoolicos Anônimos” e “Narcóticos Anônimos”, tem-se uma maneira de atenção e cuidado marcados pela racionalidade proibicionista, que tem a abstinência como único fim. É nesse contexto que surge em 2003 a Redução de Danos como política. (Conselho Federal de Psicologia, 2013)

Usar a RD é enxergar o usuário de drogas como alguém que tem algo a dizer sobre si mesmo. É deixar de dizer ao sujeito o que ele deve ou não fazer e, a partir disso, dar autonomia e responsabiliza-lo. É possibilitar a ampliação da vida desses sujeitos, considerando suas histórias e desejos de forma a incluí-los no seus processos de tratamento. É perceber em cada um a existência de uma singularidade, oferecendo, portanto, formas variadas de tratamento que façam sentido para esses sujeitos.

É necessário atentar para o fato de que o discurso criminalizante do uso de substâncias psicoativas (SPA's) é dominante e falar em RD é sempre remar contra a maré. A mídia reforça esse discurso e os familiares clamam por

abstinência, internação e medicação, tendo essas como as únicas possibilidades. Além disso, o profissional nem sempre é formado para trabalhar em saúde mental, já que as universidades e os cursos técnicos nem sempre têm esse enfoque, muito menos para trabalhar a partir da RD... Tudo isso faz com que trabalhar com a RD seja um trabalho árduo e de constante embate político. É necessário estar sempre advertido, tendo em vista cada sujeito ali presente, com suas singularidades e desejos.

A partir da lógica da RD, vemos que ter o foco na droga é perder de vista o sujeito. Olhar para o sujeito, usuário de drogas, segundo essa perspectiva, é olhar para ele como um sujeito que está além do seu uso; é olhar para sua subjetividade. Dessa forma, é impossível reduzir o sujeito ao uso que faz de substâncias e deve-se ter um olhar ampliado para a vida como um todo, como sujeito que se constrói diante da realidade, ao mesmo tempo em que a constitui. É necessário um olhar para as dinâmicas desse sujeito e tentar compreender de que maneira essas dinâmicas se estabelecem.

Para isso, é necessário ter em vista o contexto em que cada um desses sujeitos está inserido. Em uma sociedade desigual, como a brasileira, é necessário atentar para o fato de que os indivíduos vivem em situações desiguais e que a pobreza é condição de vida de muitos homens. Coloco isso pois a condição de vida de cada sujeito é fator constituinte da subjetividade dos mesmos. Através da minha experiência, pude notar que a grande maioria dos usuários do CAPS AD são pessoas com condições sociais precárias e redes de apoio fragilizadas. Muitos são moradores de rua, alguns foram abandonados por suas famílias, em sua maioria desempregados. São sujeitos que vivem na pele a desigualdade social brasileira.

A sociedade brasileira é uma sociedade capitalista. Para Martins (1997), o capitalismo exclui todos para depois incluir segundo suas próprias regras, fazendo com que essa inclusão seja marginal e degradante. Surge assim, uma sub-humanidade que tem se constituído através de trabalhos precários. Com isso, dois mundos se formam, mundos estes que são semelhantes e excludentes ao mesmo tempo: têm as mesmas mercadorias, o mesmo individualismo e a mesma competição, mas com oportunidades desiguais. O autor diz: “rigorosamente falando, não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes” (p.14).

A partir disso, é possível dizer que os usuários do CAPS são, de certa forma, vítimas desse processo social desigual. No entanto, ao se usar o termo “vítimas” é perigoso que se caia na vitimização desses usuários e em uma consequente impossibilidade de alteração dessa condição. Ao contrário disso, acredito que seja necessário pensar em “vítimas” como consequência de um processo desigual, ou seja, uma condição social que foi construída historicamente e da qual os sujeitos fazem parte, na medida em que constroem e são construídos pela realidade. Assim, coloca-se o sujeito como fundamental nesse processo, dando responsabilidade a ele, colocando-o como parte imprescindível do processo de mudança da realidade e de sua condição no mundo.

Ao se dar responsabilidade ao sujeito, ele deixa de ser receptáculo de ações de outros. Ele passa a ser ativo, constituindo a realidade ao seu redor. Dessa forma, quando se dá autonomia e responsabilidade ao usuário do serviço, ele passa a ter papel tão importante quanto o de um profissional em seu tratamento. O profissional tem a técnica e deve facilitar o tratamento, sem, com isso, tirar a voz do usuário.

Dar voz ao sujeito é implicá-lo em seu tratamento. Para isso, é necessário que esse mesmo sujeito passe a ter dimensão e consciência de sua existência. Dimensão daquilo que o faz homem - dos processos de subjetivação que o fazem sujeito.

Nessa medida, no trabalho no CAPS é necessário ter em vista essa dimensão no tratamento dos usuários. O foco tem que ser retirado do uso de drogas e é importante incluir as outras dimensões de vida, tendo-se um olhar para o território, a família, o trabalho, a condição financeira, entre muitos outros aspectos.

Deve-se considerar o contexto socio-político no tratamento. É necessário, ainda, politizar esses sujeitos, indicando a importância da implicação deles para uma possibilidade de transformação social e, consequente, transformação de suas condições.

Assim, é necessário implicá-los nos dispositivos de controle social, nos quais poderão exercer seus direitos políticos e de cidadãos. É necessário, ainda, devolver a esses sujeitos sua condição cidadã – que inclui saúde, educação, lazer, mobilidade.

A partir disso, como o CAPS pode trabalhar para que o tratamento tenha em vista todas essas dimensões e funcione realmente a partir da Redução de Danos? É necessário que os profissionais estejam também implicados socio-politicamente. Os usuários que frequentam o CAPS trazem suas questões da ordem do objetivo, como por exemplo, a condição social em que vivem, dentro de uma sociedade capitalista, que tem a desigualdade como intrínseca a esse sistema. Os usuários chegam, em sua maioria, afastados do mercado de trabalho, com relações familiares frágeis, tendo o uso de drogas como uma condição de fuga e de possibilidade de se estar no mundo.

É importante, então, ter em vista que na clínica AD, os sujeitos são pessoas para além de seu uso e tratar só do uso abusivo é resumir o sujeito a uma mísera parte de sua existência. Deve-se considerar o sujeito em suas diversas dimensões, e tê-las em vista para fazer o cuidado em saúde.

Para tal, o serviço deve dispor de dispositivos que possibilitem esse cuidado integral. Isso pode ser através de grupos terapêuticos, atendimentos individuais ou outros dispositivos que visem o protagonismo e a politização desses sujeitos, como assembleias, participação em conselhos e outros dispositivos de controle social. É necessário o incentivo do serviço na participação dos usuários nesses espaços, entendendo que são lugares onde os usuários podem exercer suas cidadanias e isso é, também, produção de saúde.

A seguir, relatarei sobre um grupo que participei no CAPS, que pretendia desfocar o uso de substâncias e inserir outras dimensões de vida ao tratamento.

- **Grupo GAM**

Pensando na importância do empoderamento dos usuários, trago o relato da experiência de um grupo realizado ao longo de meu período no CAPS AD Antonio Orlando. Durante o primeiro ano que passei no CAPS a equipe do serviço fez a tentativa de implementar o guia GAM (Gestão Autônoma da Medicação). A GAM - criada no Canadá e traduzida e adaptada para a realidade brasileira, sob coordenação do grupo Interfaces da UNICAMP - é uma ferramenta para fazer com que as pessoas que fazem uso de psicofármacos conhecessem melhor os medicamentos e tivessem maior crítica sobre o uso. Além disso, propõe que as pessoas tenham conhecimento sobre

quais são seus direitos e possam, a partir disso, tomar decisões a respeito de seus tratamentos (CAMPOS, PASSOS e PALOMBINI et AL, 2014).

Durante quase um semestre, criamos um grupo teste, em que convidamos cerca de 6 usuários do serviço a participarem. Utilizamos os guias impressos e estabelecemos que seria um grupo fechado, com participantes fixos (ao longo do grupo fomos convidando outras pessoas, pois o grupo não estava acontecendo devido a pouca aderência dos usuários). No entanto, os usuários não estavam aderindo ao grupo, faltando em vários encontros, o que fazia com que tivéssemos em média de um a dois participantes por encontro. Ainda, os usuários esqueciam muitas vezes de levar seus guias aos encontros.

A partir disso, os responsáveis pelo grupo foram identificando pouco interesse dos usuários pelo grupo - pela temática e pela forma em que essa temática era trazida, que nem sempre se adaptava ao perfil dos usuários participantes. Dessa forma, considerando a importância da temática do GAM, foi concluído que havia uma necessidade de reestruturação deste grupo pensando no público frequentador do CAPS AD. Assim, a partir do GAM, foi criado o Grupo Além da Medicação, também apelidado de "GAM". O grupo foi montado com uma estrutura diferente do tradicional GAM, pensando na pouca constância dos usuários e na necessidade de algo dinâmico e interativo, devido a aceleração habitual de muitos usuários.

O grupo foi estruturado para cinco encontros, que formariam um ciclo. Os usuários eram convidados a participar do ciclo completo, mas a sequência não era obrigatória, pois um encontro não prescindia do anterior. Além disso, os usuários poderiam participar de outros ciclos, mesmo que repetissem algum dos encontros, pois acreditava-se que mesmo que a atividade seja a mesma, a presença de usuários diferentes faria com que temas diversos pudessem ser abordados. Assim, o livro guia não foi mais mantido e utilizou-se da estratégia de entregar folhas com as atividades do dia para os usuários, para que também pudessem ter um resultado concreto gerado em cada um dos encontros. O livro-guia do GAM foi utilizado para basear a criação das novas atividades - algumas questões foram copiadas do livro e outras foram adaptadas, pensando também no uso de substâncias psicoativas (questão que permeia o público do CAPS AD).

O objetivo do grupo era de empoderar os usuários do grupo. Empoderamento é uma tradução da palavra de língua inglesa "*empowerment*",

que Vasconcelos (2003) a conceitua como “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (p.1). O grupo, então, foi pensado para trabalhar a autonomia dos usuários, a partir de um coletivo, tratando de suas dinâmicas de vida, trazendo também a temática da droga e do uso abusivo, considerando essas questões centrais na vida desses usuários.

Além disso, abriu-se um espaço para se falar de temas tabus, que tinham pouco espaço para serem discutidos dentro do CAPS, como efeitos das drogas no organismo, tipos de drogas, definições sobre o que é droga, entre outros temas. Ainda, o grupo pretendia abranger a noção que os usuários tinham sobre seus tratamentos, desconstruindo a centralidade da medicação e até mesmo a centralidade do próprio CAPS, trazendo a importância de outras esferas da vida para a melhora nas condições de vida desses usuários.

Buscava-se, então, trazer os usuários para o protagonismo de seus tratamentos, conscientizando-os sobre o uso de drogas, mas para além disso, fazendo-os refletir sobre outras dimensões de suas vidas, como família, trabalho, amigos, condição financeira, questões essas que também estão ligadas ao tratamento. Dessa forma, fazia-os refletir sobre a necessidade de empoderar-se de seus tratamentos, assumindo o protagonismo de suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho falo de uma clínica que é também política, pois é posicionada sobre uma ética que deve visar a transformação da sociedade, em prol de uma sociedade mais justa e equânime. Para isso, é necessário um trabalho que caminhe nessa direção, de vencer preconceitos, de avançar na discussão desses temas frente à sociedade e de politizar sujeitos para que esses também caminhem na superação de suas próprias condições de oprimidos.

Sendo assim, o cuidado em saúde deve tratar de questões como o preconceito, a desigualdade social, o sofrimento de ser visto como inferior, entre outras coisas. Mas, para além disso, trabalhar na politização desses usuários dos serviços, colocando-os como ativos no mundo, como seres de transformação. É necessário que eles se percebam como peças fundamentais para a mudança de suas condições e de seus lugares no mundo. É fazê-los críticos.

Paulo Freire, em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, diz que a ação libertadora deve transformar a dependência dos oprimidos, fruto da situação concreta de dominação, em independência, através da reflexão e da ação. Ele traz a importância da conscientização do oprimido e que só a partir disso poderá haver libertação. Essa conscientização não vem da “doação” de um conteúdo a ser depositado no outro, mas de uma caráter pedagógico humanizador de reflexão para que estes se insiram criticamente na luta. Só assim, a revolução pode ser feita com eles e não para eles, de forma que os oprimidos se responsabilizem pela causa e sejam ativos nela.

É como homens que os oprimidos têm de lutar e não como “coisas”. É precisamente porque reduzidos a quase “coisas”, na relação de opressão em que estão, que se encontram destruídos. Para reconstruir-se é importante que ultrapassem o estado de quase “coisas”. Não podem comparecer à luta como quase “coisas” para depois serem homens. É radical esta exigência. A ultrapassagem deste estado, em que se destroem, para o de homens, em que se reconstróem, não é *a posteriori*. A luta por esta reconstrução começa no autorreconhecimento de homens destruídos. (Freire, 2013, p.76)

Faz-se necessário pensar o papel imprescindível do oprimido na luta pela mudança de sua condição. A partir disso, considerando a temática desse trabalho, penso ser importante que os usuários com quem trabalhamos

engajem-se na causa pela qual lutamos. É necessário que os usuários reconheçam seu lugar social e assumam sua parte de responsabilidade pela mudança de sua condição. Para isso, é papel do profissional de saúde trabalhar juntamente com os usuários no objetivo de torná-los críticos e ativos na luta da superação da condição social em que se encontram.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, v.17, n.2, p.21-25, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>

Acesso em: 02/02/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

Acesso em: 29/11/2015

_____. Lei Nº 8.142, de dezembro de 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> Acesso em: 01/02/2016.

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, R.T.O.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. et AL. Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em:

<<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>>

Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para a Prática do(a) Psicólogo(a) nos Programas de DST e AIDS. Brasília, 2008.

_____. Documento de referências técnicas para a atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília, 2013.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J.P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v.32, n. spe, 2012.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GONÇALVES, M.G.M. Psicologia, subjetividade e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2010.

GONÇALVES, M.G.M. *Psicologia Sócio-histórica e políticas públicas: a dimensão subjetiva de fenômenos sociais*. São Paulo, 2003. 197p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

GOHN, M.G. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*, v. 16, n.47, maio-ago, 2011.

KAHHALE, E. M. S. P. e ROSA, E. Z. A construção de um saber crítico em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M (Orgs.). *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 19-53.

LANCETTI, A. Redução de Danos como aplicação da vida. In: “*Clínica Peripatética*”. São Paulo. Editora HUCITEC. 2008. p. 77-86

LANGENBACH, M.; NEGREIROS, T.C.G.M. A formação complementar: um labirinto profissional. Em: Conselho Federal de Psicologia. Quem é o psicólogo brasileiro? São Paulo: Edicon, p.86-99, 1988.

MARTINS, J. S. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

PEREIRA, F.M.; NETO, A.P. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.

ROSA, E.Z. Psicologia na saúde mental: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In. BOCK, A.M.B. (org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. p. 192-210.

SAWAIA, B.B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In. SAWAIA, B.B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 97-118.

SOUZA, T. P.; CARVALHO, S. R. “Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória”. In: *Polis e Psique*, v. 2, n. temático, 2012. p.37-58

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, 2001. p. 73-85.

VALLE, C.G. Identidades, doença e organização social: um estudo das “Pessoas Vivendo com HIV e AIDS”. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v.8, n.17, 2002.

VASCONCELOS, E. M. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. **In:** **CAMPOS, G. W. S. et al.** (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-62