

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas - FCM
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

“Nada sobre nós sem nós” - passos de uma residente pela
Reforma Psiquiátrica Brasileira: reflexões e proposições a partir
da prática

Mariane Cristina Lourenço

Campinas, 2018

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas - FCM
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

“Nada sobre nós sem nós” - passos de uma residente pela
Reforma Psiquiátrica Brasileira: reflexões e proposições a partir
da prática

Trabalho de Conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde Mental
da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Éllen Cristina Ricci

Campinas, 2018

Agradecimentos

À Deus que mesmo em minhas ausências sempre se faz presente e paciente, bondoso e amoroso.

À minha família, aprendemos juntos que tudo bem não estarmos juntos sempre. A vida é assim e é assim que nós conseguimos crescer.

Ao Roberto, por acreditar em mim e me mostrar que eu era capaz, que sim eu iria conseguir. Obrigada por acolher minhas angústias, minhas lágrimas e por permanecer firme por mim.

Aos mestres Rosana Onocko , Bruno Emerich , Éllen Ricci e Gastão Campos por serem essenciais nesse processo sofrido de aprendizado, por ensinarem teorias e técnicas e também por ensinarem afetos, desejos e crenças.

Aos “tutti-mara-lindos”, os residentes mais “workaholics” com os quais tive o prazer de compartilhar dois anos de experiências e vivências. Obrigada por cada supervisão, cada dispositivo de quarta, por cada carona, cada cerveja no fim do dia, cada abraço no começo da semana. Aprendemos, crescemos, orgulhosos até brincamos ser “o futuro da Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Gratiluz. Já sinto saudades.

Ao CAPSij Espaço Criativo, à todos seus profissionais, usuários e familiares, por ser o primeiro lugar que me fez me sentir em casa nessa cidade. Por todas as brincadeiras, todas as ambiências com cheiro de pipoca, por todas as reuniões de equipe com suas discussões clínicas incríveis, pelos abraços, pelas trocas, pelo carinho que nos sustentava nos dias mais difíceis. Capsinho, não se deixem abater! Vocês podem muito!

Ao Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT), pela acolhida e por todos os ensinamentos, compartilhados. Em especial aos preceptores Katia e Lairto, obrigada pelas acolhidas e puxões de orelha necessários., e pela essencial retaguarda em Florianópolis.

Às queridas Juliana Hernandez, Adriele Baldessin, Carol Con e Kize Pantaleão com as quais pude aprender a ser TO, pude perceber que tem “psico.” com cara de TO, pude vivenciar afetos e amizades que levo comigo no coração e nos quilinhos a mais que ganhei em nossas muitas comilanças por aí!

Aos oficinairos e oficinairas da Oficina Gráfica, obrigada pela paciência e pelo carinho. Obrigada por me ensinarem muito mais do que eu poderia ensinar a vocês. Obrigada por aguentarem minhas desorganizações e mau humor matinal.

Aos oficinairos da Comissão de Visibilidade e da viagem para Florianópolis, vocês são incríveis andorinhas! Nunca se deixem abater, nunca deixem de lutar pelos seus sonhos e por seus direitos! Obrigada por me ensinarem muito, tanto e sempre na prática conceitos como empatia, cidadania, desejo, autonomia, perseverança. Sentirei muita saudade.

À AFLORE, obrigada por serem tão fortes e sempre seguirem aquele lema que diz “levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima”. O empoderamento que vocês conquistaram ninguém tira, sentirei muita falta das nossas reuniões até tarde da noite, do humor e da leveza de vocês.

À outras tantas pessoas que cruzaram este meu caminho ao longo destes dois anos e tornaram possível minha chegada até aqui. Não poderia esquecer: Ana Julia Zuchi, minha estagiária- residente, parceira de todos os perrengues favorita; Eduardo Peres, parceiro da residência, ouvido atento e acolhedor; Carolina Camilo Correa, obrigada por ser Evangelho vivo na minha vida; Jaime Leite Jr., que maravilhosas nossas trocas e nossa ressignificação um do outro; Letícia Maria Pereira e Aline Gonçalves, por se fazerem presente mesmo tão longe, pelas trocas de saberes e afetos e pela amizade que vai além da UFSCar.

À todos vocês, gratidão!

Sobe no palco o cantor engajado Tom Zé,
que vai defender a classe operária,
salvar a classe operária e cantar o que é bom para a classe operária.

Nenhum operário foi consultado
não há nenhum operário no palco talvez nem mesmo na platéia,
mas Tom Zé sabe o que é bom para os operários.

(“Classe Operária” Tom Zé)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de ações coletivas e intersetoriais que visa reformular o modelo de atenção em saúde mental, buscando um novo lugar social para as pessoas acometidas por transtornos psíquicos. Com marcante participação não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos usuários e seus familiares, a Reforma Psiquiátrica brasileira encontra seus primeiros marcos no final da década de 1970 e durante a década de 1980. Considerada a chave mestra que orienta a política nacional de saúde mental, a Reabilitação Psicossocial é entendida como um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Levando em consideração que a participação social é um dos eixos norteadores do Sistema Único de Saúde e que tal participação vem de encontro com as propostas de empoderamento, recovery, aumento do potencial de contratualidade, corresponsabilização e autonomia, defendidos pela Reforma Psiquiátrica na clínica da Reabilitação Psicossocial, o presente trabalho tem por objetivo descrever e refletir a experiência de uma terapeuta ocupacional, residente do programa de residência multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp, junto a organizações e associações de usuários no município de Campinas, entendendo tais espaços como potentes lugares de cogestão e empoderamento que dialogam com a Reabilitação Psicossocial. Para tanto, foram apresentados ao longo do trabalho dois movimentos de usuários da saúde mental na cidade de Campinas –SP, bem como uma ação conjunta entre estes dois movimentos para participarem ativamente de um Congresso sobre perspectivas de cuidado na Saúde Mental. Ficou evidente que o que nos cabe agora (e já desde sempre) é a prática que vá de encontro com o sujeito em seu território, em seu cotidiano, convocando-o para um novo lugar a ser ocupado: não mais o louco do hospital psiquiátrico, não mais o usuário do CAPS que pouco ou nada se envolve com a sociedade em que está, mas o sujeito de direitos, cidadão, incluso em uma sociedade que precisa aprender (ainda) a aceitar o que é diferente. Este trabalho é um convite a ocuparmos uma nova posição diante destes sujeitos, uma posição de horizontalidade construção conjunta de cidadania.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Reabilitação Psicossocial; Autonomia; Cidadania

ABSTRACT

The Psychiatric Reform is understood as a set of collective and intersectoral actions that aims to reformulate the mental health care model, seeking a new social place for people affected by psychic disorders. With remarkable participation not only of health professionals, but also of users and their families, the Brazilian Psychiatric Reform finds its first milestones in the late 1970s and during the 1980s. Considered the master key that guides the national health policy Psychosocial Rehabilitation is understood as a set of means (programs and services) that are developed to facilitate the lives of people with severe and persistent problems. Taking into account that social participation is one of the guiding axes of the Unified Health System and that such participation is in line with the proposals for empowerment, recovery, increase in the potential for contractuality, joint responsibility and autonomy, defended by the Psychiatric Reform in the rehabilitation clinic This study aims to describe and reflect the experience of an occupational therapist, resident of the multiprofessional residency program in Mental Health of Unicamp, with organizations and user associations in the city of Campinas, understanding these spaces as potent places of co - management and empowerment that dialogue with Psychosocial Rehabilitation. Therefore, two movements of mental health users in the city of Campinas-SP, as well as a joint action between these two movements to participate actively in a Congress on perspectives of care in Mental Health were presented during the work. It has become clear that what we now (and ever since) is the practice that goes to meet the subject in his territory, in his daily life, calling him to a new place to be occupied: no longer the madman of the psychiatric hospital , no longer the user of the CAPS that little or nothing is involved with the society in which it is, but the subject of rights, citizen, included in a society that must learn (yet) to accept what is different. This work is an invitation to occupy a new position before these subjects, a position of horizontality joint construction of citizenship.

Key words: Psychiatric Reform; Psychosocial Rehabilitation; Autonomy; Citizenship

SUMÁRIO

1. Introdução	9
1.1. Reforma Psiquiátrica Brasileira – mais que uma lembrança, uma convocação	10
1.2. Reabilitação Psicossocial	14
1.3. Contribuições da Terapia Ocupacional para a Reabilitação Psicossocial e a construção da cidadania	18
1.4. “Nada sobre nós sem nós” – movimentos e organizações de usuários de Saúde Mental no Brasil	20
2. Objetivo	24
3. Metodologia	24
4. Resultados e Discussão	25
4.1. AFLORE (Associação Florescendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Campinas)	25
4.2. Comissão de Visibilidade do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT)	28
4.3. “Uma Andorinha só não faz Verão, tem que ser em mutirão” – A (nada fácil) Reabilitação Psicossocial	34
5. Considerações Finais – para não concluir	40
6. Referências	42

1. Introdução

Em meio a um planeta com 7 bilhões de pessoas, distribuídas desigualmente por 193 países, encontra-se o Brasil, um país-continente que ocupa o lugar de 5º maior país (em área territorial) desse planeta que chamamos Terra. Dentro deste país, vivem, aproximadamente, 207 milhões de pessoas que, novamente, distribuem-se desigualmente por este vasto território. Seria bom se as desigualdades se limitassem à distribuição geográfica.

Entre os 26 estados, mais o Distrito Federal, que compõem esta pátria já não tão amada, temos, aproximadamente, 5570 cidades e entre estas todas, encontra-se Campinas, uma cidade de grande porte localizada na região Noroeste do estado de São Paulo. Dentro dessa cidade, encontra-se uma universidade, a qual ocupa o ranking de segunda melhor universidade do país.

A famosa Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - abriga muitas faculdades e cursos e, obviamente, ganha destaque por sua Faculdade de Ciências Médicas. Dentro desta faculdade tem-se o departamento de Saúde Coletiva, também nacionalmente conhecido devido aos seus pesquisadores e nomes que fizeram e fazem história nesse país.

No departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas encontra-se o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental que, assim como todas as outras instituições e locais mencionados anteriormente, também tem sua fama e prestígio dentro e fora dos limites municipais de Campinas.

Inseridos neste programa encontram-se psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e fonoaudiólogos que diariamente encontram-se com pessoas sem fama, sem prestígio, sem direitos, sem lugar. Dentro da chamada “locomotiva do país” encontramos todos os dias, em muitos lugares os filhos não olhados de uma nação que os renega diariamente.

E é desse lugar que eu falo.

A loucura, a miséria, a violência passam escondidas frente à 1 milhão de pessoas que não querem ver; escancaram a impotência e a fragilidade de centenas de serviços e profissionais de saúde e da assistência; jogam na nossa cara uma realidade que engolimos a seco (ou com muita cerveja) no final do dia e quando nos unimos e dizemos “estamos cansados”, novamente silenciemos pessoas e situações que carregam um cansaço intergeracional - o cansaço do não-lugar, do não-desejar, do não-falar, do não-existir.

Apesar disso tudo, esse trabalho é, também e necessariamente, sobre esperança, entendendo que a mesma não nascerá trancafiada nos muros dos CAPS e CECOS e Oficinas de Geração de Renda. Estamos cansados dessa militância que só apanha? Vai piorar muito antes de melhorar. SÓ vai melhorar se chamarmos pra luta aqueles que nunca foram vistos ou ouvidos, aqueles dos quais nos unimos muitas vezes para falar sobre, lutar por ... nunca COM.

Esse trabalho é sobre fazer COM. É sobre luta. E é sobre esperança.

1.1. Reforma Psiquiátrica Brasileira - mais que uma lembrança, uma convocação

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de ações coletivas e intersetoriais que visa reformular o modelo de atenção em saúde mental, buscando um novo lugar social para as pessoas acometidas por transtornos psíquicos. Com marcante participação não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos usuários e seus familiares, a Reforma Psiquiátrica brasileira encontra seus primeiros marcos no final da década de 1970 e durante a década de 1980 (OLIVEIRA,2012).

Em 1978 no Rio de Janeiro surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM); no ano seguinte, 1979, é realizado o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, Santa Catarina. Em 1986 é inaugurado o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo: CAPS Luíz Cerqueira. Em 1987, na cidade de Bauru, é fundado o Movimento de Luta Antimanicomial (OLIVEIRA,2012).

Todo esse processo, movimentos e levantes populares culminaram, em 2001, com a promulgação da Lei 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica que, embora tenha sido promulgada em 2001, transita no Congresso desde 1989 quando era o Projeto de Lei 3657. O PL inicialmente determinava a extinção progressiva dos manicômios, sendo os mesmos substituídos por serviços comunitários; implantação de uma rede comunitária de serviços; e a regulamentação das internações psiquiátricas involuntárias, pontos cruciais que foram modificados ao longo dos 12 anos que antecederam a promulgação da Lei, em 2001 (DELGADO, 2011).

A Reforma Psiquiátrica brasileira aproxima-se, epistemologicamente e em termos de práticas, à Psiquiatria Democrática italiana, assumindo uma postura crítica sobre o modelo biomédico-organicista tradicional e hegemônico de tratamento das doenças mentais e de atenção e cuidado em saúde mental. Assim, a Reforma não prevê apenas a extinção dos leitos em hospitais

psiquiátricos, mas também uma mudança de paradigmas, buscando uma nova percepção e inclusão social da loucura (OLIVEIRA,2012).

Cabe salientar que a Reforma Psiquiátrica ganha espaço no cenário nacional no mesmo momento em que a Reforma Sanitária está se constituindo, um momento de resistência e luta pela redemocratização do país. Como pontua Oliveira (2012),

[...]o movimento pela RP (Reforma Psiquiátrica) surgiu como parte de um movimento mais amplo, internacionalizado e engajado nas lutas pelas liberdades políticas, em um ambiente absolutamente tomado pelas intensas discussões e não menos intensas lutas, que propiciavam um ambiente convidativo à conscientização e participação popular. Isto permitia que se visse claramente que a RP é um movimento social e político, embora seu objeto central seja tratado no território técnico-conceitual, e os atores que defendem a RP são eminente militantes, além de técnicos e pensadores (OLIVEIRA, 2012 p.63 grifo meu)

Delgado (2011) relembra o contexto do final dos anos 80 e início dos anos 90, salientando que, com a Constituição de 1988 e redemocratização do país, o campo dos direitos sociais e políticos ganha espaço no cenário das discussões políticas nacionais e

[...] os direitos sociais, como educação, moradia, cultura, lazer, foram incorporados ao ordenamento constitucional, em uma formulação que, mesmo imprecisa e incompleta, aspirava à construção de um, estado de bem-estar social brasileiro (DELGADO, 2011 p. 115)

Assim, cabe entender este momento histórico nacional como um momento de vitórias e conquistas. Momento onde a onda progressista toma conta do país com suas ideias e ideais. Como apontado acima, foram inúmeros avanços em diversos campos: político, social, cultural, de direitos humanos. Foi o estopim de algo que ainda levaria anos para se desenvolver e se aprimorar e isto cabe tanto para a Reforma Psiquiátrica quanto para a Reforma Sanitária. 30 anos após a criação no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e 17 anos após a promulgação da lei 10.216, nos deparamos com um cenário de muitos avanços mas que começa a perder espaço.

No dia 22 de dezembro de 2017 foi publicado no Diário Oficial da União a portaria 3588 que faz alterações na Rede de Atenção Psicossocial nacional, dando ênfase e destaque para o cuidado em saúde mental a partir de leitos em hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental. Sobre as mudanças, que foram decididas a partir de uma Comissão Intergestora Tripartite no dia 14/12/2017, Roberto Tykanori, ex-ministro da saúde e importante militante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfatiza:

[...] O modelo proposto – ambulatório + hospital psiquiátrico – é o retorno dos interesses financeiros do setor privado que se sobrepõem à busca de uma qualidade de vida melhor aos mais vulneráveis. Propagam o “sonho elusivo das curas mágicas” embaladas em caixinhas bem desenvolvidas por marqueteiros e bulas com palavras incompreensíveis aos leigos, em letras minúsculas, como se isso as tornassem científicas (TYKANORI, 2017)

Em entrevista ao Jornal Viomundo, ainda antes das mudanças terem sido sancionadas pelo (golpista) presidente Michel Temer, Tykanori explica quais mudanças negativas esse retrocesso pode infligir aos usuários da Saúde Mental:

Apesar de todas as limitações que uma doença pode acarretar, pacientes e familiares precisam ter os seus direitos e necessidades reconhecidos como parte do problema [...] pacientes e familiares perderão com o novo modelo proposto pelo Ministério da Saúde. Eles voltarão a ter suas vidas reduzidas a pacotes de sintomas que precisam ser controlados para o interesse de terceiros. As mudanças devem refletir também na restrição do espaço de participação social, no aumento da cronificação, no aumento da hipermedicalização, na criminalização de comportamentos, invalidação social e na perda do reconhecimento da cidadania (TYKANORI, 2017).

No 01/01/2018 a ABRASME, Associação Brasileira de Saúde Mental, publicou em sua página da internet um texto intitulado “A (re)volta dos que não foram (ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica)” no qual aborda as resoluções tomadas recentemente pelo Ministério da Saúde e que colocam em cheque todas as conquistas e avanços conquistados ao longo destes 30 anos do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Cabe trazer aqui alguns trechos desta matéria que deixam claro a que tipo de retrocesso estamos falando. Assim, peço licença para citar alguns trechos principais deste documento:

É a primeira vez que se aprova em uma Comissão Intergestora Tripartite (CIT), resolução com diretrizes opostas às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental e às recomendações do Conselho Nacional de Saúde, instâncias máximas de participação e controle social do SUS. Cabe ainda ressaltar que os Conselhos Nacionais de Direitos Humanos e de Política sobre Drogas não foram sequer consultados e que, na reunião onde uma resolução acerca das alterações na política vigente foi aprovada, o Conselho Nacional de Saúde foi impedido de tomar a palavra pelo ministro da saúde.

Uma das mudanças propostas consiste em abandonar a estratégia de redução de leitos em hospitais psiquiátricos a partir do fechamento dos que se destinavam a pessoas que, por baixa eficiência dessas instituições, se tornaram moradoras, ignorando que tais leitos já não se encontram disponíveis às situações de agravamento numa certa Rede de Atenção, estimulando a internação como resposta e, por conseguinte, novas institucionalizações. Da mesma forma, encerra-se o mecanismo de transferência das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) aos municípios que desinstitucionalizarem pessoas que se tornaram moradoras de hospitais psiquiátricos e forem inseridas em Serviços Residenciais Terapêuticos implantados para tal finalidade, desestimulando os processos de alta planejada, como garantido na Lei 10216/2001 .

Há ainda o anúncio sobre a expansão de 5 mil para 20 mil vagas em comunidades terapêuticas privadas, instituições que constantemente são flagradas, a partir de fiscalizações de órgãos como Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional de Direitos Humanos e Ministérios Públicos, desenvolvendo práticas violadoras, em desacordo radical com a Reforma Psiquiátrica, com as políticas de direitos humanos internacionais e com a laicidade do Estado (ABRASME, 2018).

Mesmo antes de tais retrocessos, era necessário considerar a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo inacabado que ainda tinha muito em que avançar, tanto no âmbito técnico-assistencial quanto jurídico, além de uma constante luta pela construção de uma nova forma da sociedade incluir e aceitar aqueles considerados loucos ou fora dos padrões ditos normais.

Agora, diante de todas essas mudanças, faz-se necessário encarar a Reforma como mais viva do que nunca, entendendo que o cenário atual não é nada progressista e muito diferente daquele cenário da década de 1990. Também nós somos diferentes, somos outros, uma geração que já nasceu cansada e que tão cedo já quer “jogar a toalha”.

1.2. Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial representa o eixo norteador, a “chave mestra” que orienta a política nacional de saúde mental em âmbito ministerial e as ações e intervenções nos serviços de saúde mental (PRESOTTO, 2013 p.31). É entendida como um “conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes” (PITTA, 2001 p. 19), entendendo-as como sujeitos de direitos. Pitta (2001) pontua que o termo Reabilitação Psicossocial está associado a inúmeras práticas e ações que buscam reduzir a cronificação advinda dos tradicionais tratamentos em Saúde Mental, enfatizando que a Reabilitação Psicossocial não pode ser algo pautado em meras intenções e voluntariado uma vez que está pautada em políticas públicas (PITTA, 2001).

O entendimento, compreensão e afirmação dos usuários enquanto sujeitos de direitos está na base de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS) que entende os usuários deste sistema como atores sociais que compõem ativamente um papel de fiscalização e legitimação das práticas profissionais nas equipes de saúde (PRESOTTO, 2013; BRASIL, 1990). O SUS e seu chamado Controle Social são pautados sob a égide da co-responsabilização, perante a qual é preciso entender todos os usuários deste sistema enquanto sujeitos de direitos e componentes da sociedade, cidadãos.

Em seu livro *Libertando Identidades*, Saraceno (2001) traz a Reabilitação Psicossocial como construtora/promotora de Cidadania. O autor enfatiza que

A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos [...] processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente [...] (SARACENO, 2001 p. 111-112)

Saraceno (2001) chama a atenção para a necessidade de promover o aumento da capacidade contratual dos usuários (chamados, por ele, de pacientes), essa capacidade contratual dá-se em três eixos principais, de acordo com o autor. O primeiro eixo, chamado de “Habitar”, envolve os processos para além do estar em um espaço físico qualquer, indo ao encontro da construção subjetiva do habitar um local e ali exercitar processos de contratualidade e construção de cidadania. O segundo eixo, o eixo das “Redes Sociais” engloba as relações estabelecidas com a família e comunidade, entendendo estas instituições como locais possíveis das chamadas “trocas de identidades”. Saraceno enfatiza o quanto a desabilitação influencia no empobrecimento das redes sociais e na qualidade das trocas realizadas (SARACENO, 2001).

Por fim, o terceiro eixo é o eixo do “Trabalho”, local de produção e troca de bens e valores. O autor propõe uma reflexão sobre o real significado do trabalho na Reabilitação Psicossocial, lembrando que o trabalho sempre fora empregado nas instituições psiquiátricas com os mais diversos objetivos: passar o tempo, ganhar o direito a um cigarro extra, ter contato com disciplina e organização, produzir objetos artísticos, além da manutenção da própria instituição. Assim, é importante manter atenção quanto ao significado que o Trabalho assume nas práticas da Reabilitação Psicossocial pois o mesmo pode vir a ser “uma forma ulterior de controle e contenção” (SARACENO, 2001 p. 126).

O trabalho precisa ocupar o lugar onde são possíveis exercer os papéis de contratualidade e recuperação da subjetividade, convocando os usuários para ações mais críticas e maior reflexão enquanto cidadãos incluídos no processo de trocas e de participação social. Logo, enquanto construtor da Cidadania, o Trabalho ganha espaço novo no cenário da Reabilitação Psicossocial, deixando para trás o vergonhoso cenário do Tratamento Moral.

A partir destes três eixos é possível e necessário construir a liberdade de habitar, trabalhar, aprender, trocar, proporcionando aos sujeitos fundamentos concretos ao direito de cidadania, assim, a Reabilitação Psicossocial é considerada uma estratégia que visa muito mais do que apenas passar o sujeito de um estado de desabilidade para outro de habilidade. Com a Reabilitação Psicossocial pretende-se a aquisição de maior poder de contratualidade social nestes sujeitos (SARACENO, 2001).

Entretanto, mesmo o próprio Saraceno, avaliou que o termo “Reabilitação Psicossocial” era um conceito que deveria desaparecer à medida em que as ações de cuidado fossem saindo do espaço hospitalar para instalações na comunidade (PITTA, 2001).

Benetton (2001) faz uma crítica dura ao termo “reabilitar”, refletindo sobre como este termo convoca o sujeito a ser restituído a um estágio anterior, como se apenas o vivido e o experimentado fossem subsídios para um futuro a ser construído. A autora pontua:

[...] quando é que um esquizofrênico fica bom? Quando ele volta ao que era antes? Sabemos que ele não volta e com isso corremos dois grandes riscos: o primeiro é mantê-lo para sempre em testes; o segundo é consequência do primeiro, ou seja, é nunca poder considera-lo reabilitado (BENETTON, 2001 p. 148).

Assim, Benetton chama a atenção para o perigo deste “novo e arrojado projeto que alia saúde e comunidade” (p. 148) ficar atrelado a um conceito comprometido que é o de “reabilitação” (BENETTON, 2001).

Nesse caminho, Paulo Amarante, uma das figuras pioneiras no movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, propõe a adoção do termo “Atenção Psicossocial” cuja práxis está centralizada nas transformações que vêm ocorrendo em quatro campos essenciais da Saúde Mental. São eles: campo teórico-assistencial, campo técnico-assistencial, campo jurídico-político e campo sociocultural (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) buscam retomar o significado inicial do conceito “Atenção”, apontando para significados como dar ou prestar atenção, considerar, levar em conta, acolher, receber com atenção. Os autores defendem que:

[...] o termo ATENÇÃO apresenta-se, em seu sentido comum no léxico, de um modo que parece surpreendentemente muito próximo dos sentidos que pretende assumir como conceito, no contexto da Reforma Psiquiátrica. Dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção [...] chegam a designar uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003 p. 22)

Desta forma, considera-se que o conceito “Atenção Psicossocial” possibilita incluir além de seu próprio sentido, o sentido dos demais conceitos como Reabilitação Psicossocial e Apoio

Psicossocial, superando-os e ao mesmo tempo conservando-os (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Nos textos de Paulo Amarante é notória a adesão ao termo “Atenção Psicossocial”. No entanto, o termo “Reabilitação Psicossocial” ainda se faz muito presente nas práticas e no cotidiano dos serviços. Da mesma forma, outros termos começam a ganhar espaço no cenário nacional, entre eles, o termo “Recovery”, tradicionalmente usado na cultura anglo-saxã na área de saúde mental. Para Deegan (1995), o recovery refere-se à recuperação das condições de vida que muitas vezes são desfavorecidas pelo estigma da loucura, pela segregação social e por ações profissionais desumanizadas (DEEGAN, 1995).

A autora, uma psicóloga clínica com PhD que fora diagnosticada aos 18 anos com esquizofrenia crônica, traz em seus relatos e artigos científicos a construção da percepção sobre o processo de recovery (recuperação, em uma tradução dura), diferenciando-o do já conhecido termo “reabilitação”. Para Deegan, as pessoas que apresentam problemas de Saúde Mental não se “reabilitam”, mas sim recuperam um novo senso e propósito de si mesmas, tornando-se participantes ativas e responsáveis pelo seu próprio processo de reabilitação (DEEGAN, 1995).

Para Ricci (2017), os conceitos de Recovery e Reabilitação Psicossocial possuem uma grande consonância entre si, dialogando de diversas formas. A autora pontua:

[...] a interface entre Reabilitação e processos de *Recovery* implica a compreensão de que as pessoas a quem são direcionados os cuidados de saúde mental são pessoas/cidadãos desejantes. Assim, tanto o conceito de reabilitação psicossocial como o de *recovery* enfatizam as abordagens em “primeira pessoa” e a inserção nos processos de cidadania como ações fundamentais na retomada da vida, nos processos mentais basilares e na instauração do sentimento de esperança (RICCI, 2017 p. 275).

Tendo ciência de tais críticas, transformações e inovações, no presente trabalho optou-se por fazer uso do termo “Reabilitação Psicossocial”, entendendo que tal termo é, muitas vezes, um jargão nos cotidianos dos serviços de saúde mas, é também, um termo que carrega um valor sócio histórico de construções e lutas, valor este o qual precisa urgentemente ser lembrado e revivido em nossos serviços e ações. O termo Reabilitação Psicossocial vem ao encontro das ações promotoras desta cidadania que é direito de todos os indivíduos e dever de estar no centro

das ações das equipes de saúde e assistência. A construção da cidadania deixa de lado o “louco” e abre espaço para o sujeito de direitos, cidadão, brasileiro, sujeito participante da sua comunidade.

1.3. Contribuições da Terapia Ocupacional para a Reabilitação Psicossocial e construção da cidadania

A Terapia Ocupacional é uma profissão da saúde, embora venha crescendo e se desenvolvendo em outros setores como educação e assistência social. De acordo com a Federação Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT), a Terapia Ocupacional preocupa-se com a promoção da saúde e do bem-estar através da ocupação. O principal objetivo da terapia ocupacional é permitir que as pessoas participem das atividades da vida cotidiana. Os terapeutas ocupacionais alcançam esse resultado trabalhando com pessoas e comunidades para aumentar sua capacidade de se envolver nas ocupações que desejam, precisam ou devem fazer, ou modificando a ocupação ou o meio ambiente para apoiar melhor seu envolvimento ocupacional (WFOT, 2012).

O desenvolvimento da profissão sempre andou atrelado ao cuidado em Saúde Mental e às mudanças de paradigmas que este cuidado sofreu. Desta forma, Leão e Salles (2016) apontam que o processo histórico da saúde mental no Brasil influenciou diretamente o desenvolvimento de concepções e práticas utilizadas pelos terapeutas ocupacionais (LEÃO; SALLES, 2016).

A partir da década de 1970, a Terapia Ocupacional brasileira aproxima-se das reflexões do chamado “Campo Social”, entendendo que a inclusão social e a construção de cidadania se fazem em consonância e são interdependentes e que as práticas realizadas na terapia ocupacional possuem não apenas uma dimensão singular mas uma dimensão político-social. Desta forma, Barros, Ghirardi e Lopes (2002) apontam que os terapeutas ocupacionais sentiam-se postos em questão ao compreenderem que suas práticas se inscrevem em um processo histórico, possuindo uma dimensão técnica e uma dimensão política que são inseparáveis (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002).

É neste momento que os profissionais terapeutas ocupacionais começaram uma intensa crítica ao trabalho que vinham desenvolvendo no interior das instituições psiquiátricas, um trabalho caracterizado por eles mesmos como disciplinador e meramente recreativo. Tais

construções e críticas encontram fermento nos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Juns e Lancman (2011) relembram que os terapeutas ocupacionais participaram ativamente nas experiências pioneiras de desinstitucionalização e constituição de novos serviços e que tal envolvimento influenciou o ensino, a atuação profissional e a produção científicas dos terapeutas ocupacionais (JUNS; LANCMAN, 2011).

Leão e Salles (2016) trazem a perspectiva da atenção psicossocial enquanto proposta que dialoga junto às construções relativas à cidadania e direitos sociais feitas na Terapia Ocupacional. Para as autoras, o conceito de reabilitação psicossocial se apresenta com valores que vão ao encontro do resgate dos direitos das pessoas como estratégia de intervenção (LEÃO; SALLES, 2016).

Na perspectiva da atenção psicossocial, as propostas de cuidado são pautadas pela liberdade, pelo respeito às necessidades e singularidades, pela conquista dos direitos de cidadania, enfim, pelos processos de inclusão social, em contraposição ao confinamento e à desapropriação de direitos [...] o paradigma psicossocial privilegia o indivíduo em suas condições sociais, utiliza formas de intervenção pautadas pelas necessidades dos usuários e tem como um dos objetivos principais a inclusão social (LEÃO; SALLES, 2016 p.63).

Como mencionado anteriormente, alguns dos objetivos de intervenção na Terapia Ocupacional são a inclusão social, conquista da autonomia e afirmação da singularidade de cada sujeito. Todos estes objetivos são facilitados a partir da compreensão do cotidiano do indivíduo. Neste sentido, a Terapia Ocupacional pode proporcionar aos sujeitos essa reflexão e elaboração crítica de seu cotidiano. Cotidiano esse que se dá no território, lugar das relações sociais, lugar onde a vida acontece (LEÃO; SALLES, 2016).

Cabe destacar neste trabalho um importante componente do cotidiano de muitos dos sujeitos cujas histórias aparecerão adiante: o trabalho. Para Lancman (2007), o trabalho exerce um papel fundamental na vida das pessoas, estando ligado com a formação de redes sociais dos indivíduos, trocas afetivas e econômicas, alicerçando o sentimento de pertencimento (LANCMAN, 2007).

Lussi e Morato (2012) realizaram uma pesquisa com 10 usuários da Saúde Mental inseridos em projetos de inclusão no trabalho e geração de renda. Como principais resultados as

autoras pontuam a percepção, por parte dos sujeitos da pesquisa, do trabalho enquanto meio de satisfação pessoal e promotor de possibilidades; como ferramenta no processo de recuperação; como componente do cotidiano; potencializador do poder aquisitivo e da independência; e o trabalho viabilizando e ampliando as relações sociais (LUSSI; MORATO, 2012).

Ainda em relação ao trabalho enquanto potente ferramenta cotidiana no processo da Reabilitação Psicossocial, Lussi (2009) identificou que usuários de saúde mental inseridos em projetos de inclusão pelo trabalho e geração de renda que experimentavam em seus ambientes de trabalho práticas de autogestão e processos de decisão democrática apresentavam uma maior autonomia em relação à aspectos da própria vida, quando comparado à usuários que não experimentavam este tipo de prática (LUSSI, 2009).

Assim, em outro estudo feito por Lussi e Morato, desta vez com terapeutas ocupacionais que trabalhavam em projetos de inclusão pelo trabalho e geração de renda, verificou-se que para os profissionais participantes do estudo, os princípios da economia solidária aproximam-se de forma clara com os princípios preconizados na proposição do trabalho no contexto da saúde mental (LUSSI; MORATO, 2015).

De acordo com Pacheco (2008), a experiência de participação na rede de economia solidária possibilita aos sujeitos trocas de apoio, carinho e solidariedade, sem discriminação, proporcionando, além de tudo, o exercício da autogestão.

Assim, entendendo o trabalho enquanto um eixo norteador que traz sentido e significado para estes sujeitos e entendendo a Terapia Ocupacional enquanto profissão que se debruça a entender e compreender as relações humanas inseridas em seus cotidianos de vida, fica claro a relação entre esta profissão e os desdobramentos clínicos e práticos da Reabilitação Psicossocial.

A Terapia Ocupacional pode e deve ser considerada enquanto profissão que pensa, articula, discorre e discute tanto na prática quanto em suas bases científicas e filosóficas os conceitos de território, cotidiano, inclusão social, empoderamento, cidadania. Assim, cabe aqui salientar a importância e necessidade de considerar as construções feitas por esta área de saber no sentido de pensar novas e diferentes formas de trabalhar junto à população usuária da rede de Saúde Mental.

1.4. “Nada sobre nós sem nós” - movimentos e organizações de usuários de Saúde Mental no Brasil

A lei 8080/1990, lei que concebe e lança as bases para o Sistema Único de Saúde no Brasil apresenta, entre suas diretrizes, a necessária participação da população através do Controle Social, desta forma,

É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (Brasil, 1990, p.5).

A população usuária deve ser vista e entendida enquanto um dos atores sociais que exerce extrema importância no SUS, cabendo às instituições fornecerem informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde (BRASIL, 1990).

Presotto (2013) afirma que tal modelo de saúde vem se pautando no princípio da co-responsabilização, onde existem diversos níveis de responsabilidade e participação compartilhados, algo parecido com o que Saraceno propunha, ao falar de uma capacidade contratual, ou seja, uma capacidade do sujeito compreender o lugar em que está, o cuidado que recebe, seus direitos e como pleiteá-los, assumindo postura ativa de co-responsabilização por este processo.

Vindo ao encontro desta proposta/ideal, as organizações e associações de usuários e familiares carregam consigo esta proposta, de serem espaços de reflexão, construções críticas e avaliação não apenas dos serviços mas de todo processo de inclusão dos usuários na sociedade. Presotto (2013) pontua que era nítida a mudança observada nos usuários que participavam das associações, uma vez que ocupando este novo lugar eles passavam a se perceberem de outra forma e questionavam seu papel na sociedade (PRESOTTO,2013).

Na nossa concepção a atuação dos usuários como atores sociais e políticos provocava uma alteração no lugar do sujeito passivo, “paciente”, elevando à condição de sujeito de direito, “cidadão”. Isto também era bastante perceptível em momentos em que os usuários tomavam a palavra para fazer relatos de suas histórias de vida ou percepções sobre seu estado de saúde ou transtorno mental. Havia diferenças na forma como se colocavam, pois os locais de reunião não eram mais os mesmos locais do tratamento e por isso as respostas também não eram as mesmas (PRESOTTO, 2013 p.34).

Vasconcelos (2009) realizou um levantamento através de busca ativa de todas as associações de usuários no Brasil. O autor aponta uma grande dificuldade em conseguir contato com os membros das associações existentes apontando que esta pode ser uma característica de extrema relevância: assim como foi difícil contactar as associações e suas lideranças, do mesmo modo, para a comunidade local, para os usuários e familiares não envolvidos, este contato também deve estar fragilizado/difícil.

O levantamento, realizado entre 2004 e 2007, encontrou 107 dispositivos em todo o país sendo que o próprio autor aponta uma dificuldade em acessar movimentos em determinadas regiões do país, desta forma, este número pode ser maior e também ter crescido nos últimos 10 anos. Entre as características apontadas no estudo, cabe salientar aqui o dado de que a maioria das associações locais e municipais constituem-se como dispositivos fundados a partir de um CAPS e dependentes da dinâmica e apoio deste serviço (VASCONCELOS, 2009).

As associações caracterizam-se como mistas, ou seja, compostas por usuários da Saúde Mental, familiares e também trabalhadores da saúde e militantes da Reforma Psiquiátrica. Entre a missão a ser realizada pela associação, foram pontuados a defesa dos direitos dos usuários, cidadania e inclusão social, consolidação da Reforma Psiquiátrica, geração de trabalho e renda e autonomia dos usuários (VASCONCELOS, 2009).

A partir dos dados obtidos com o levantamento, Vasconcelos problematiza duas questões especificamente: a sustentação econômica e política das instituições e a necessidade de maiores incentivos para o fortalecimento e autonomização dos usuários, familiares e suas organizações. O autor salienta o lugar onde a Reforma Psiquiátrica nos trouxe, pontuando que, embora com grandes avanços, temos dificuldades em fortalecer os coletivos de usuários e seu protagonismo. O que aparecem com maior força são lideranças individuais que apresentam inúmeras fragilidades. O autor pontua:

[...]o padrão típico de militância de lideranças individuais de usuários e familiares apresenta uma enorme fragilidade, por diversas razões específicas [...] a maioria absoluta das lideranças de usuários e familiares não tem recursos econômicos que permitem uma dedicação maior à militância, sem prejuízo de seus trabalhos para gerar renda ou de sua busca por eles, ou de seu cuidado dentro da família. E ainda mais, poucos têm acesso aos meios informacionais modernos, não só pela dificuldade de ter um computador com acesso à Internet, como também de obter os conhecimentos básicos necessários para a sua utilização. Assim, a meu ver, estamos na verdade trabalhando como uma noção muito restrita e politicista de participação, sustentada em porta-vozes individualizados, com foco exclusivo nos conselhos de controle social e/ou na militância direta, sem uma ligação orgânica com o conjunto dos demais usuários e familiares e de suas organizações de base (VASCONCELOS, 2009 p. 6).

Yassui (2006) argumenta que cabe à Reforma Psiquiátrica não apenas negar o manicômio, mas também produzir espaços de encontro para “problematização do cotidiano, para a formulação de novas questões; espaços para produção de rupturas, para radicalização das contradições; espaços para afirmação da vida” (YASSUI, 2006 p.64).

Salientamos aqui a percepção das associações e organizações enquanto tais espaços, espaços que promovem ao usuário um outro lugar, os convoca a assumirem novos papéis e se engajarem enquanto sujeitos ativos e autônomos, que buscam refletir e problematizar não apenas o cotidiano em que estão inseridos mas as organizações e formas da sociedade lidar com o diferente. Desta forma, entendemos que os movimentos e associações de usuários são o grande passo para a continuidade da Reforma Psiquiátrica.

Vasconcelos nos chama a atenção para o fato de que:

Após 15 anos de implantação dos primeiros serviços de atenção psicossocial, passamos a uma fase de acentuada institucionalização de seu cotidiano, com tendência à perda de sua vitalidade, do potencial de inovação e do espaço político dos profissionais. Outro elemento importante deste quadro tem sido o movimento de remobilização da psiquiatria convencional e de suas organizações corporativas, nos exigindo também que a nossa luta pela legitimidade do projeto de reforma psiquiátrica na sociedade e no Estado não seja sustentada apenas nos profissionais, mas também por outros atores sociais, o que implica portanto na ativação de novos atores sociais com potencial instituinte até agora não devidamente estimulado: os usuários e familiares. Como constatamos, o padrão hegemônico de organização das associações de usuários e familiares é muito dependente dos serviços e dos profissionais. Por sua vez, a maioria das correntes e núcleos estaduais do movimento antimanicomial no Brasil não tem dado a devida prioridade ao empoderamento e à organização mais autônoma dos usuários e familiares, se sustentando apenas nas lideranças individuais mais politizadas e descoladas de suas bases locais (VASCONCELOS, 2009 p.6)

Diante das pontuações realizadas, e entendendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo inacabado, o presente trabalho se pauta na clínica da Reabilitação Psicossocial que tem por objetivo a garantia de direitos e cidadania aos usuários da saúde mental, no anseio de que possamos rever nossas práticas e a forma como estamos dialogando com a Reabilitação Psicossocial em nossos cotidianos de trabalho.

2. Objetivo

Descrever e refletir a experiência de uma terapeuta ocupacional, residente do programa de residência multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp, junto a organizações e associações de usuários no município de Campinas, entendendo tais espaços como potentes lugares de cogestão e empoderamento que dialogam com a Reabilitação Psicossocial.

3. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e exploratório (BRAGA, 2010) que trará as experiências vivenciadas por uma terapeuta ocupacional ao longo dos dois anos de sua residência em Saúde Mental no município de Campinas.

4. Resultados e Discussão

A seguir serão apresentados dois grupos/organizações de usuários da Saúde Mental de Campinas, retomando o processo histórico de formação e constituição destes grupos e apresentando o panorama atual dos mesmos. Vale ressaltar que a residente/autora deste trabalho participou ativamente de todos os grupos aqui apresentados, de forma longitudinal.

4.1. AFLORE (Associação Florecendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Campinas)

Fundada em 02 de dezembro de 2005, a AFLORE, como seu próprio nome diz, é uma Associação formada por usuários da saúde mental, familiares e militantes da reforma psiquiátrica. De acordo com o blog da Associação, ela

[...] busca através da realização de ações e atividades educativas, culturais, de reinserção social e capacitações, dar suporte aos usuários da saúde mental, familiares e demais pessoas ou entidades que desenvolvam atividades semelhantes às preconizadas pela associação ou que necessitem de apoio (AFLORE, 2015).

A AFLORE surge a partir da iniciativa de familiares, usuários e profissionais, na cidade de Campinas – SP, sensibilizados pela causa e que buscavam novas alternativas e atividades que contemplassem as necessidades dos usuários de saúde mental e de suas famílias (AFLORE, 2011).

Ao longo destes 12 anos de história, a Associação ganhou espaço não apenas no cenário Municipal, sendo reconhecida nacionalmente por demais organizações de usuários, órgãos e conselhos de classe (CRP, entre outros) e instituições de ensino superior (IES). Dentre as ações realizadas, buscou sempre o diálogo e empoderamento de questões sócio-políticas junto aos seus membros sendo, de grande destaque, o envolvimento desta Associação nos grupos de pesquisa nacionais e internacionais, junto aos quais os usuários puderam fazer formações metodológicas.

Merece destaque, como os próprios membros gostam de lembrar, a “viagem ao Canadá”, uma parceria entre a AFLORE, o grupo de pesquisa em Saúde Coletiva e Sapuda Mental Interfaces da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), representantes de outras universidades brasileiras, usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental de várias regiões do país, pesquisadores da Université de Montreal , representantes da sociedade civil canadense e a APUR (Associação das Pessoas Usuárias dos Serviços de Saúde Mental de Quebec no Canadá) (AFLORE, 2011).

A viagem e os desdobramentos das etapas de pesquisa e do projeto possibilitaram aos usuários envolvidos a aproximação da metodologia GAM (Gestão Autônoma da Medicação). A formação nesta metodologia possibilita, até hoje, participações dos usuários da AFLORE em congressos e serviços de saúde nos quais eles podem capacitar novos usuários e equipes para a adoção da metodologia GAM.

É possível achar em trechos do blog da Associação relatos sobre os momentos que a mesma vivenciou. Em 2011 eles relatavam que haviam conseguido uma sede para a associação, em conjunto com o movimento social Identidade; em 2013 realizaram uma “vaquinha” para conseguir dinheiro para que os membros da Associação pudessem viajar até o Canadá para conhecerem o grupo com o qual estavam trabalhando já há algum tempo (pesquisa já mencionada aqui); em 2015 notas e fotos sobre a participação dos membros em diversos eventos de Saúde Mental à nível nacional.

Atualmente, a Associação conta com a participação ativa de 4 usuários da Saúde Mental de Campinas, 1 profissional de saúde que trabalha na rede municipal de Campinas e 3 residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP. As reuniões são quinzenais com aproximadamente 2 horas de duração e acontecem em um espaço público localizado no centro da cidade, com fácil acesso de ônibus. A Associação não possui mais uma sede própria.

Minha inserção na AFLORE ocorreu de forma ativa a partir de março de 2017 e venho, desde então, participado das reuniões e atividades da Associação. Como temáticas principais discutidas ao longo do ano podemos destacar: assédio moral, desmontes e retrocessos na rede de Saúde Mental de Campinas, 30 anos de Reforma Psiquiátrica no Brasil, divulgação e ampliação da Associação (convite a mais membros), legitimidade dos Conselhos Locais de Saúde, capacitações para a GAM, entre outros.

Dentre as principais ações realizadas pela Associação merecem destaques a participação no III Congresso Nacional de Saúde Mental e Direitos Humanos da ABRASME, com apresentação de trabalhos; realização de assembleias municipais de usuários e familiares para discutir e problematizar o desmonte da Saúde Mental no município; participação ativa com representação no Conselho Municipal de Saúde; participação em assembleias e reuniões nos serviços a fim, de divulgar o trabalho e objetivos da Associação e convidar mais membros para a mesma.

A grandiosidade das ações nos faz esquecer a fragilidade da Associação que conta com a perseverança e desejo de seus poucos, porém assíduos membros. O desgaste vem aparecendo ao longo do ano em pequenas e pontuais falas, pequenos pedidos de ajuda que se perdem em meio à construção do nome AFLORE, nome forte que carrega consigo uma história potente de lutas e conquistas e que acaba escondendo uma realidade que precisa ser olhada e problematizada. A seguir, apontarei alguns trechos de falas retirados de meu diário de campo:

“Mas então, vocês são em tantos, será que não podia 1 ou 2 ou 3 ir lá pra ajudar a gente, pensar em coisas com a gente? Quem de vocês pode ir lá nos ajudar?” (L. em reunião com os residentes multiprofissionais da UNICAMP)

“A gente tá numa panela de pressão, parece que a gente vai explodir... A gente tem que parar um pouco, fica tudo pra gente dar conta” (A. em reunião da AFLORE, após ser convidado a participar de uma assembleia para divulgar o trabalho da associação)

“Eu acho que não vai dar pra eu ir amanhã na assembleia lá não. Porque olha, eu fui na assembleia do CAPS Sul, a gente se encontrou e eu fui lá com a C. E falei e contei e convidei e ninguém veio aqui hoje, ai eu tô cansado. Desanima” (L. em reunião da AFLORE quando combinávamos sobre a participação em assembleia de um Ceco para convidar usuários para a AFLORE)

É perceptível, e também sentido por mim, um desgaste e desânimo nas reuniões esvaziadas, na espera pelas pessoas que convidamos, no acúmulo de tarefas que se soma ao cenário caótico em que estamos inseridos e que nos convoca diariamente a uma luta para a qual

muitas vezes nos vemos sem forças. Apesar disso tudo, os atuais membros da AFLORE ainda insistem neste espaço, entendendo o mesmo como potente e necessário.

“A AFLORE somos nós, quando eu cheguei já éramos em poucas pessoas e aprendi que temos que contar com o que a gente tem” (R.)

É custoso pensar que em um município pioneiro da Reforma Psiquiátrica, modelo nacional em cuidado em Saúde Mental como Campinas, sua Associação de Usuários e Familiares da Saúde Mental passa já há algum tempo por este esvaziamento. É claro pensar que a militância e o envolvimento nestes espaços não é para todos, não é do desejo de todos. No entanto, pergunto-me se não é do desejo de ninguém ou se apenas nos acomodamos atrás de um nome forte que ainda consegue aguentar uns trancos e barrancos por aí.

Há sim a necessidade de maior divulgação dos objetivos da Associação, horários e local da reunião mas também há necessidade de mais envolvimento dos profissionais de saúde, para que possam convidar e esclarecer os usuários quanto à Associação; dos militantes e simpatizantes da Reforma Psiquiátrica, para somarem juntos na luta; dos estudantes e residentes para que possam vivenciar a verdadeira autonomia e co-gestão dos usuários.

4.2. Comissão de Visibilidade do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT)

O Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) faz parte da rede de atenção psicossocial do município de Campinas, fundado em 1991 com o objetivo de realizar a inclusão social dos usuários de saúde mental através do trabalho e geração de renda. De acordo com o Estatuto da Associação Cornélia M.E.V.H. Vlieg, Associação que possibilita a comercialização dos produtos e pagamento das chamadas “bolsa oficina”, a finalidade da Associação (e do NOT) é

I - Promover a inserção e a integração profissional, social, econômica, política e cultural dos usuários dos serviços de Saúde Mental.

II- Estimular ações práticas alternativas de trabalho, criando condições para que os usuários reconquistem sua cidadania, passando de tutelados a sujeitos de sua história.

III- Estimular a criação de espaço de formação profissional instruindo e preparando os usuários para a reinserção social.

IV - Contribuir para a formação de trabalhadores em Saúde Mental, através de cursos, debates, simpósios e conferências.

V - Contribuir para a transformação da cultura manicomial que tende a estigmatizar, excluir e marginalizar o “Doente Mental”.

VI - Contribuir ativamente para que sejam garantidos os direitos civis do chamado “Doente Mental”.

Parágrafo único: A entidade realizará atividades permanentes de prestação de serviços gratuitos, sem discriminação de qualquer natureza. (Associação Cornélia M.E.V.H. Vlieg, 2003).

No site do Armazém das Oficinas, logomarca dos produtos produzidos no NOT, encontramos que :

O NOT funciona como uma “cooperativa”, havendo a preocupação da equipe que o gerencia em favorecer a participação democrática dos usuários em todas as etapas do processo de trabalho, isto é, na produção, venda e processo de remuneração. O usuário (sujeito) se identifica e se reconstrói com resultado de sua produção/trabalho. A produção é de um sujeito (portanto produtivo) e que ao mesmo tempo, é estruturado por sua produção. O encontro com o resultado dessa produção gera efeitos de reconhecimento deste sujeito com sua história e com sua identidade (Armazém das Oficinas, 2018).

Formado por 13 oficinas e cerca de 300 oficineiros, usuários da Saúde Mental, cada oficina é coordenada por um profissional com formação em saúde e recebe auxílio técnico dos monitores, pessoas especializadas em ensinar as técnicas de serviço de cada oficina.

Toda oficina busca fazer semanalmente um espaço conhecido como Roda, no qual é esperado que se discutam as questões da oficina, processos de trabalho, produtos, vendas, feiras, trazendo os usuários para espaços de contratualidade e empoderamento sobre seu cotidiano de serviço. Mensalmente, todas as oficinas e oficinairos, bem como os profissionais que coordenam as oficinas, reúnem-se na Assembleia, espaço deliberativo para serem discutidos temas abrangentes que dizem respeito à todo o serviço. No último ano, pude perceber um esvaziamento no espaço de Assembleia e a transformação do mesmo, muitas vezes, em um espaço meramente informativo.

Somando-se a estes espaços de co-gestão e poder de contratualidade, merece destaque a Comissão de Visibilidade (CV). A CV surge a partir de uma assembleia na qual muitos oficinairos começam a questionar os processos de precificação e comercialização dos produtos, fator determinante para a composição da bolsa oficina - renda que os oficinairos recebem mensalmente a partir da venda dos produtos confeccionados por eles.

A CV se estruturou a fim de garantir visibilidade para o NOT e os produtos ali confeccionados e, além disso, visibilidade para os oficinairos artesãos que ali trabalham.

No documento inicial da CV, encontramos o seguinte apontamento:

A comissão de visibilidade começou no intuito de melhorar as vendas das oficinas do NOT. Essa ideia surgiu de uma discussão que foi tirada na assembleia do dia 29/03/16, na qual várias pessoas perceberam que as oficinas precisavam aumentar as vendas e que também era necessário maior envolvimento dos oficinairos nesse trabalho (Comissão de Visibilidade, 2016).

Ainda, no mesmo documento, encontramos pensamentos e reflexões que apontam para o desejo, por parte dos oficinairos, de ocuparem um novo lugar tanto na estrutura do serviço quanto na sociedade, sendo reconhecidos como sujeitos detentores de valor social. Na figura 1 podemos observar um recorte deste documento que mostra pontos essenciais que tangenciam aspectos como autonomia, co-gestão, co-responsabilização e dialogam ativamente com o proposto pela Reabilitação Psicossocial.

Figura 1 - Documento Inicial sobre a Comissão de Visibilidade

Nós, da Comissão, somos pessoas empenhadas a melhorar as vendas das oficinas e para isso é preciso que as pessoas não vejam o trabalho enquanto caridade mas sim o que o trabalho proporciona enquanto reconhecimento social. Dessa forma entendemos que o reconhecimento social só pode ser conseguido através de maior participação na própria cidade.

As vendas são tão importantes como provocar um outro olhar sobre o trabalho do NOT. A gente precisa aprender mais sobre a cidade e também sermos mais vistos lá fora, que as pessoas saibam do valor do nosso trabalho assim como a qualidade dos nossos produtos.

Se as pessoas passam a conhecer o trabalho das oficinas do NOT, isso pode facilitar nossas vendas e assim conseguiríamos ficar mais conhecidos, promovendo a divulgação do NOT enquanto um projeto de reinserção social e visibilidade para os oficinairos que não seja pautado no preconceito. Ampliar para a cidade e não só no meio da saúde para fortalecer a divulgação.

O QUE QUEREMOS (ATRIBUIÇÕES):

- 1) Divulgação das oficinas e com o intuito de provocar o aumento das vendas**
- 2) Capacitação de vendas para os oficinairos (estratégia de venda, comunicação)**
- 3) Capacitação para qualificação técnica das oficinas**
- 4) Participação mensal no Fórum Gera Renda**

Minha inserção na Comissão de Visibilidade teve início em fevereiro de 2017 quando iniciei minha prática do segundo ano de residência no NOT. Pude acompanhar o processo de saída das ex-residentes e de adaptação do grupo aos novos residentes, até então, Ricardo, parceiro de residência, e eu. Em março de 2017 Ricardo deixa o programa de residência e permanece sozinha no NOT e, também, na Comissão de Visibilidade.

O grupo, que no momento da minha chegada era formado por cerca de 10 oficinairos sofreu processos de chegadas e saídas ao longo do ano. Alguns oficinairos, presentes desde a criação da comissão, insistem em lembrar o objetivo principal do grupo e retomam a história da Comissão sempre que necessário. Outros oficinairos foram chegando nesse período e trazendo consigo ideias e desejos de estarem mais ativos e atuantes no processo de trabalho e de construção da visibilidade do Armazém das Oficinas e dos próprios oficinairos.

Apesar da grande potência e desejo dos oficinairos, sentia naquele espaço uma grande dependência dos mesmos para comigo. Uma dependência que ia para além da organização da reunião, chegando a momentos em que eles me perguntavam coisas como o que iríamos discutir no dia, ou se poderiam sair para o banheiro. Foi um difícil processo de construção de que aquele

era um espaço de todos e que não havia chefe ou coordenador, que iríamos discutir o que eles achavam necessário - e isso implicou ajudá-los a organizar as pautas e informes do dia, bem como entender quais assuntos seriam possíveis de discutirmos naquele local.

Diante disso, o grupo se constituiu em grande potência para a discussão de questões sócio-políticas envolvendo direitos dosicineiros, enquanto usuários da saúde mental, enquanto trabalhadores, enquanto sujeitos de direitos. Assim, alguns temas discutidos ao longo deste ano foram: a questão do transporte público em Campinas, o passe livre para usuários da saúde mental e a dificuldade de acesso ao local onde o NOT está funcionando; o estigma e os preconceitos sofridos por eles enquanto usuários da saúde mental - “os louquinhos do Candido”; a não-visibility dosicineiros como artesão, produtores dos belos produtos que são vendidos na loja do Armazém das Oficinas; a não-participação em processos de construção de feiras e estratégias de vendas, ações pensadas exclusivamente pela equipe técnica; a dificuldade dos processos de cogestão e autogestão, quase que inexistentes dentro das oficinas.

Como ações desenvolvidas ao longo destes quase dois anos de existência da Comissão de Visibilidade, podemos destacar: o mapeamento das oficinas do NOT, no qual foram entrevistadosicineiros, coordenadores e monitores a respeito do processo produtivo de cada oficina e dos pontos a serem melhorados; participação ativa de 4icineiros, com apresentação de dois trabalhos, no III Congresso Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos da ABRASME.

Buscando trechos de falas em meu diário de campo, deparo-me com:

“No CAPS eu sou usuário, aqui eu sou trabalhadora e trabalho muito bem” (A.)

“Todo mundo vem aqui, vê as coisas na loja, compra o salgado que eu faço , come e acha gostoso mas não sabe que foi eu quem fez o salgado. Não sabe quem sou eu.” (A’.)

“Aqui não é mais hospital e até a placa de hospital foi tirada, a gente falou e eles tiraram, foi nossa primeira vitória. O povo ainda me chama de louco no ônibus, a gente precisa mostrar que aqui não é lugar de louco.” (W.)

“A gente tem é que fazer mais feira, vender mais produto. Ir nas escolas, vem tanta escola aqui visitar o Candido.” (D.)

“A gente precisava era fazer um fórum, uma reunião só com oficinairos. Pra gente ver como estão as coisas, pra eles (equipe) verem que quem toca o NOT é a gente, quem trabalha é a gente e eles precisam reconhecer a gente” (C.)

“Na hora de fazer a peça, caprichar e deixar bonita eu sou trabalhador. Na hora de discutir as coisas, de participar das reuniões e de estar nas decisões, eu não posso porque sou paciente” (B.)

Todas as ações, e todo conteúdo presente na fala dos oficinairos mostra a construção de algo maior do que a mera inserção em uma oficina de trabalho. Pode-se afirmar que a CV tem exercido papel fundamental - e muitas vezes único neste contexto - de trazer estes sujeitos para as discussões à respeito do que ocorre no cotidiano do trabalho, dando-lhes voz e vez, permitindo que sejam de fato sujeitos ativos e atuantes em seus cotidianos.

Ghirardi (2016) salienta que nos espaços de geração de renda e inclusão social pelo trabalho, o lugar do técnico é o lugar da observação atenta, análise delicada e construção conjunta da chamada geração de valores, ou seja, autonomia, participação ativa e crítica, salientando que a dedicação das ações voltada exclusivamente para a geração de renda não é papel dos técnicos e tampouco conversa com os princípios e objetivos da reabilitação psicossocial, pelo contrário, desloca os sujeitos para o antigo lugar de doentes assistidos.

Neste sentido, entende-se que espaços como as Rodas e a Assembleia são espaços de necessária convocação dos oficinairos para estarem mais ativos e atentos aos processos de trabalho no qual estão inseridos, promovendo uma maior reflexão crítica e construção de cidadania, dialogando com os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial.

Fica evidente que a CV assumiu este papel ao longo deste último ano e pode somar com construções feitas nas Rodas bem como problematizar a ausência das mesmas. Assim, pode-se considerar a CV como espaço necessário de resistência à alienação cotidiana e de convocação direta a um processo de formação crítico reflexivo que vem de encontro ao proposto por Ghirardi (2016).

4.3. “Uma andorinha só não faz verão, tem que ser em mutirão” - A (nada fácil) Reabilitação Psicossocial

No final de março de 2017, em uma reunião de equipe, a gestora questionou sobre o interesse em participarmos do III Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e que aconteceria em junho, na cidade de Florianópolis. Já engajada na Comissão de Visibilidade (CV), propus-me a levar a proposta aos oficinas que compunham o grupo para ver se havia interesse por parte deles em irmos para o Fórum. Cabe salientar que em anos anteriores outros profissionais da equipe participaram de eventos da ABRASME levando consigo vários oficinas para tais eventos.

No dia 22/03/2017 apresentei à CV a proposta de irmos para o Fórum, inclusive com possibilidade de apresentarmos trabalhos no mesmo. Com prazos apertados para a inscrição, decidimos na mesma reunião que sim, desejávamos ir e iríamos. Ainda nesta reunião, foram colhidos os nomes de todos os oficinas interessados e começamos a pensar nos trabalhos que poderíamos escrever para serem apresentados no Fórum.

Nos dias finais de março fizemos diversas reuniões, com a ajuda também das ex-residentes (Thais, Natalia e Camila) que passaram pelo NOT. Costurando ideias e amarrando falas, escrevamos dois resumos: um sobre o surgimento da Comissão de Visibilidade e outro sobre o Mapeamento das Oficinas, realizado pela CV no ano de 2016. O curto prazo e a dificuldade em objetivar as reuniões sempre me trazia à mente o pensamento de que seria muito mais fácil e rápido escrever aqueles resumos por eles, a partir sim do que eles estavam trazendo, mas tomando a frente para que fosse algo mais ágil e fácil. Olhando para trás, hoje percebo que Thais, Natalia e Camila sustentaram esse lugar dos oficinas escreverem os resumos, com suas palavras e da forma que achassem melhor, com nossa ajuda apenas para questões técnicas de formatação e envio do texto. Posso afirmar, hoje, que estes oficinas darão conta de escrever outros tantos trabalhos para novos e diferentes eventos pois tiveram a oportunidade de passar por essa experiência de forma zelosa, não-tutelada.

Superados trâmites burocráticos de inscrição e envio de resumos, entramos em contato com a parte logística da viagem: transporte, alimentação, abrigo, dinheiro... Muitas dúvidas e incertezas somavam-se a um desejo imenso de que desse certo, a inexperiência tanto por parte deles quanto por minha parte nos colocou em um processo de grandes desorganizações e

angústias. Neste momento, nos aproximamos da AFLORE a fim de somarmos força com esta associação e que, juntos, pudéssemos organizar esta viagem.

Durante cerca de 1 mês e meio ambos os grupos - AFLORE e CV - permaneceram rodeados de expectativas e dúvidas: Vamos mesmo? Como vamos? Avião? Onde vamos dormir? Alojamento? Todos do grupo vão? Quem mais vai com a gente, Mari? A última pergunta demorou mas em determinado momento chegou à tona para mim: quem vai conosco? Dou conta de acompanhar 10 ou mais usuários sozinha em uma viagem longa?

Neste momento não sei se desencontros, atropelos ou outros pormenores entraram no caminho. O fato é que, embora pessoas de Campinas fossem para o tal evento, eu permanecia como única “técnica” indo de referência para todos os usuários. Ouvi de muitas pessoas: “calma, é um evento da saúde mental, chegando lá todo mundo ajuda e estará próximo de você”. Demorou mas consegui elaborar o fato de que já era final de maio e eu estava indo sozinha acompanhar várias pessoas, muitas que nem vínculo tínhamos, para uma viagem de 12 horas de ônibus e mais 72h de estadia em Florianópolis.

Entendendo que isso era difícil mesmo para profissionais com mais tempo de prática do que eu, levei esta questão para os espaços de supervisão da Residência onde tive o apoio necessário. Com ajuda dos residentes, conseguimos organizar transporte e acomodação para todos. Outras três residentes se dispuseram a irem à viagem junto comigo e com os usuários. Faltava um pequeno detalhe: dinheiro.

O NOT possuía um fundo reserva que poderia ser utilizado nesta viagem. Para além disso, osicineiros deram a ideia de fazermos uma rifa com produtos doados pelas oficinas do NOT. A AFLORE se comprometeu a vender ímãs e camisetas para arrecadar dinheiro. Escrevemos ofícios e osicineiros foram entregar para vereadores e demais pessoas que eles conheciam e que poderiam ajudar. Escrever todo esse processo em um parágrafo jamais transmitirá a essência do que foi este movimento para a arrecadação do dinheiro necessário.

Foram semanas fazendo e refazendo cálculos de quanto cada pessoa poderia gastar e quanto seria necessário arrecadar. Distribuir bloquinhos, ver que poucas pessoas estavam vendendo, divulgar o projeto nas redes sociais e vender de forma “online” para várias pessoas do Brasil. Vender em eventos na Unicamp, mesas de bar, festas de família, profissionais dos serviços. Fiquei conhecida como a “menina das rifas”.

O mais importante nessa história é que em nenhum momento fizemos por eles mas sim com eles: os usuários estiveram presente em todas as decisões, todos os cortes de orçamento e novos cálculos. Ajudaram a pesquisar hotéis e preços de ônibus. Venderam muitos blocos de rifa e cuidavam com todo zelo do dinheiro arrecadado, independentemente de seus compromentimentos e dificuldades.

Aproximando-se do dia da viagem, quase nos esquecemos do mais importante para eles: ajudá-los a se organizarem para a ida ao evento: treinar as falas de apresentação, pensar em logísticas de roupas para levar, medicação, pegar contato das referências e dos familiares. Definitivamente pensar no que eles iriam apresentar nas rodas de discussão do Fórum foi o que mais gerou angústia e mobilização por parte deles: foram horas e horas de reuniões e conversas individuais, textos e mais textos que eles escreviam para treinar o que iriam dizer, apontamentos necessários e o mais importante: passar a eles a tranquilidade de que eles estavam aptos e sabiam muito bem sobre o que iriam falar.

Duas semanas antes da viagem, fizemos uma reunião com os membros da AFLORE, CV e da Rádio Maluco Beleza (coletivo composto por usuários de saúde mental que também iriam ao evento), a fim de decidir os representantes que cada grupo mandaria ao Fórum. Foi uma reunião complexa visto que muitos usuários queria ir e não havia dinheiro para todos. Ficou decidido : 4 representantes para a CV, 3 representantes para a AFLORE e 2 representantes da Rádio Maluco Beleza - decisão que levou em conta o processo de participação na arrecadação de dinheiro para os gastos na viagem. O processo de decisão foi realizado exclusivamente pelos usuários, a nós, residentes que estávamos na reunião, coube ajudá-los em termos de organização, ordem de fala, acolhida de angústias.

Já nos últimos dias, mais um oficinairo interessados no evento contribuiu de próprio bolso para poder compor o coletivo dos que iriam ao Fórum e, assim, fechamos a conta em 10 usuários da saúde mental e 4 residentes do programa de saúde mental da Unicamp embarcando no dia 27/06/2017 rumo à Florianópolis tendo pela frente a certeza de 12 horas de viagem dentro de um ônibus e nada mais.

Já na viagem de ida muitas situações mostraram que aquela não seria uma viagem tranquila: começamos com alguns atrasos na rodoviária, somados à imensa ansiedade de alguns usuários demandou de nós , que também estávamos ansiosas, manejos e muita paciência. E quando a gente consegue parar, o corpo fala. Das 12 horas de viagem, 4 delas passei no banheiro

do ônibus, com muita náusea e inquietação. Ao sair do banheiro, deparei-me com um dos usuários que havia vindo ver se eu estava bem (não era pra eu cuidar deles ?) e também uma das amigas residentes que pôde me ajudar de forma mais tranquila.

Chegamos em Florianópolis às 07:30 da manhã do dia 28/06/2017 e, de acordo com meu Diário de Campo deste dia :

28/06/2017 Chegamos em Floripa após 12 horas e tanto de viagem, animados e cansados! Após algum tempo conseguimos nos organizar e pedir UBERs para irmos até o Hostel deixar nossas coisas. Como o número de celulares não era suficiente, foi necessário instalar o UBER no celular de Luciano, bem como ensiná-lo a usar o aplicativo (atividade constante durante todos os dias e que , muitas vezes, deixou-o bem ansioso).

Dentre os inúmeros percalços e situações esperadas e inesperadas ocorridas nesta viagem, destacarei a seguir alguns pontos que considero de maior relevância.

Decisões em conjunto : ao longo dos três dias de viagem, na companhia de outras 13 pessoas, muitas coisas precisaram ser decididas e foram de forma democrática. O combinado geral é de que iríamos todos para o local do evento e lá cada usuário poderia participar do que tivesse interesse. Muitos se engajaram em palestras e rodas de conversas, outros preferiram ficar na praça, aproveitando o ambiente da faculdade. Questões como janta e passeios que faríamos eram decididas coletivamente em breves momentos onde todos nos reunimos e emitimos nossas opiniões. Para o passeio do último dia, no qual iríamos para a praia, realizamos uma grande roda na noite anterior , no hostel. Pesquisamos qual praia iríamos visitar e pactuamos combinados de horário e de envolvimento com o grupo.

O quanto de expectativas eu depus nos usuários, em suas questões e afetações para com a participação neste evento para além da viagem? O que eu esperava? (Trecho do Diário de Campo do dia 29/06/2017)

Lembro-me que desejava que todos eles se envolvessem com as palestras e com o evento em si e me frustrava muito ver que alguns não queriam participar, estavam mais interessados em

conhecer a faculdade e a cidade, queria fazer passeios sozinhos, fator que me encheu de angústia e de uma autoridade que deixou de lado toda a co-gestão e negociações possíveis.

Manejos : Costumamos brincar entre nós residentes que foram 84 horas de manejos constantes, uns ótimos e outros dos quais nos enchamos de vergonha. A grande vontade de muitos dos usuários irem passear e conhecer a cidade foi um dos grande pontos necessários de manejo. Tivemos que acordar que sim, iríamos passear, mas eles não poderiam ir sozinhos (não poderiam?) visto que nós éramos responsáveis por eles (e estávamos morrendo de medo e resolvemos tutelar a situação).

Ao longo da viagem, 3 usuários especificamente precisaram de um manejo mais contínuo e geraram preocupação em todo o grupo. Um dos usuários já estava sinalizando há alguns dias que não estava bem, havia retomado o uso da medicação fazia pouco tempo e ao longo de toda viagem demonstrou comportamentos mais alucinantes e desconectados, embora sempre estivesse com o grupo , nos gerou angustia de que algo pior pudesse acontecer.

Outro caso foi de uma usuária que faz uso de SPAs e que pontuou isso antes de irmos viajar. Pactuamos que ela poderia levar na viagem dois cigarros de maconha, substância que segundo ela a acalma. No segundo dia da viagem, a usuária procurou por nós demandante dizendo que precisava consumir álcool, que era algo mais forte que ela e que ela daria um jeito de fazer isso. Conseguimos pactuar que ela iria a um bar e beberia 1 lata de cerveja e assim ela fez. Retornou mais tranquila e de mais fácil manejo. Entretanto, no último dia da viagem, quando já estávamos na praia, a usuária novamente ingeriu álcool em quantidades maiores e isso demandou, não só de nós residentes, mas de todo o grupo paciência e coesão, algo que estava difícil após tantos dias juntos.

Para mim, no entanto, o caso mais difícil de manejar foi de uma usuária que já apresentava sinais de que não estava bem quando iniciamos a viagem. Com falas ríspidas e agitação maior do que o esperado, destoava muito da usuaria autônoma que conhecemos. Ao longo da viagem ela se isolou do grupo diversas vezes, tornou conversas e pactuações bem difíceis devido à uma agressividade verbal e uma confusão que era vista no corpo, em seus pertences, seu modo de não conseguir se organizar para o banho, para dormir, para tomar a medicação. A crise desta usuária interferiu de modo geral em todo o grupo, deixando alguns

usuários preocupados, outros com raiva. Era desesperador acordar e perceber que ela não havia dormido a noite toda e que, mesmo assim, ainda não havia conseguido se organizar para irmos para a faculdade. Esperávamos muito dela, depositamos muita confiança nela esquecendo-nos, talvez, de que ela também é uma usuária da saúde mental e também precisa de cuidados.

... dificuldades na separação terapeuta e coletivo. Somos todos iguais no coletivo? A reconfortante ação de lançar mão do papel de terapeuta, do papel de dona de um saber (e do dinheiro) para tutelar e impor coisas que eu julgo importante (trecho do Diário de Campo do dia 29/06/2017).

O gerenciamento do dinheiro: com a ajuda de algumas pessoas da equipe do NOT, fizemos um cálculo de quanto cada usuário receberia de dinheiro por dia. No início da viagem, eu estava com todo o dinheiro e aos poucos ia dividindo entre eles. Eles acharam melhor receberem cada dia um pouco, assim não perderiam o controle dos gastos. Para além disso, havia a necessidade de gerenciar o dinheiro para pagar todos os UBERs que pedíamos. Ter ficado como a “detentora do dinheiro” foi um papel desconfortável para mim, me sentia como se estivesse ditando e regulando o que eles poderiam ou não fazer e consumir. Ao mesmo tempo, devido á nossa inexperiência, era necessário ter alguém que conseguisse ir gerenciando esse dinheiro a fim de garantir que ele fosse suficiente durante toda a viagem.

“Nada sobre nós sem nós” : o lema que adotamos para divulgar essa viagem saiu das meras palavras, tomou forma, corpo e voz. Em meio a rodas de conversas, palestras e fala de “gente importante” os usuários assumiram o lugar de quem sabe do que está falando, pois sentem aquilo na pele. Apresentaram seus trabalhos, foram aplaudidos, emocionaram e questionaram. Foram quatro apresentações: duas sobre a CV, uma sobre a AFLORE e uma sobre a Rádio Maluco Beleza. Em suas falas, trouxeram muito de seus cotidianos e de como querem ser vistos, deixando o lugar romântico do louco para trás, sendo encarados e respeitados como sujeitos de direitos, autônomos, cidadãos.

É de uma beleza inenarrável saber que passei por uma situação assim em minha (ainda curta) vida profissional. Se fui até Florianópolis achando que estava indo para cuidar desses

usuários, voltei com a certeza de que nos cuidamos juntos, de que essa viagem só aconteceu de fato porque eles quiseram muito e de que quem mais aprendeu nessa história toda fui eu: aprendi, aprendo e terei sempre a aprender, aprender que os usuários precisam e podem e devem falar por eles mesmos; aprender que meu saber não é maior e que não sou eu que ditto as regras mas que, quando elas são criadas pelo coletivo, são muito mais eficientes e resolutivas; aprender que a militância não se faz só de palavras, que a reabilitação psicossocial está para além dos muros dos CAPS, dos espaços das oficinas de trabalho.

Retomo aqui um trecho, não escrito em meu Diário de Campo, mas escrito em uma rede social (que nos dias atuais, convenhamos, é quase a mesma coisa)

Há alguns meses resolvemos bancar um grande desafio: acompanhar 10 incríveis sujeitos ao 3º Fórum Brasileiro de Direito Humanos e Saúde Mental! Nós, 4 residentes recém formadas, com pouca experiência e muito desejo, investimos nossa potência nessa tal Reabilitação Psicossocial! Não foi tudo fácil, não foram só flores... mas sim foi possível e é possível! Porque o manicômio ideológico ainda está de pé e precisa de cada um de nós para deixar de existir!

Queremos, enfim, agradecer :

- a esses 10 grandes sujeitos que também souberam acolher nossas incertezas e inseguranças;
- a todos que compraram a rifa e ajudaram financeiramente essa viagem ;
- aos profissionais que nos respaldaram e nos acolheram - mesmo à distância - nesse processo (em especial, Katia e Lairto)
- à Sandra e Silvio , donos do Voilà Hostel, que com uma incrível acolhida tornaram-se co-terapeutas desse processo;
- aos residentes que nos apoiaram durante todo o tempo!!!

POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!!!!

5. Considerações Finais - para não concluir

O presente trabalho buscou debruçar-se teoricamente através de retratos cotidianos da prática de uma terapeuta ocupacional residente, a partir da concepção da reabilitação psicossocial enquanto um eixo norteador de ações que caminham para a promoção da contratualidade, engajamento, reflexão crítica e construção de cidadania dos usuários da Saúde Mental.

A partir de uma breve retomada do movimento da Reforma Psiquiátrica e da própria ideia de Reabilitação Psicossocial, ficou evidente que o que nos cabe agora (e já desde sempre) é a prática que vá de encontro com o sujeito em seu território, em seu cotidiano, convocando-o para um novo lugar a ser ocupado: não mais o louco do hospital psiquiátrico, não mais o usuário do

CAPS que pouco ou nada se envolve com a sociedade em que está, mas o sujeito de direitos, cidadão, incluso em uma sociedade que precisa aprender (ainda) a aceitar o que é diferente.

Neste sentido, encontrar na Terapia Ocupacional fundamentos que pudessem contribuir para entender esse novo passo a ser dado foi prazeroso e satisfatório, mostrando que é preciso pensar na clínica cotidiana essa subjetividade de ser pessoa, sujeito ativo não só no tratamento, mas na vida.

Relembrar todas as construções feitas ao longo de 2017 seja na AFLORE, na Comissão de Visibilidade ou ainda na viagem para Florianópolis mostraram-me que ainda há muito que se caminhar. Deegan (1988) exemplifica lindamente o que venho tentando escrever ao longo destas 43 páginas, ela nos faz pensar em quantas vezes tratamos os usuários de saúde mental como pessoas que estão em um mundo diferente do nosso, dividindo a sociedade entre normais e anormais, colocando-nos ao lado dos ditos normais e, assim, gerando um ambiente opressivo e sem esperanças (DEEGAN, 1988).

O que pretendo com este trabalho, o que quero dizer sem concluir, deixando aberto para pensamentos e novas construções é que o “Nada sobre nós sem nós” é uma bandeira já antiga mas que precisa sair das palavras, precisa sair das lideranças únicas e realmente saber dar voz e ouvir e querer ouvir quem, muitas vezes, nem sabe como falar. É e propor a estar lado a lado com este sujeitos, sem polarizações e, assim, caminhar rumo a um maior senso de cidadania e inclusão.

6. Referências

ABRASME. A (re)volta dos que não foram (ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica). 01/2018. Disponível em <http://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO&ID_INFORMATIVO=372> Acesso em 04/01/2018.

AFLORE – Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos e usuários dos serviços de Saúde Mental de Campinas. 2015. Disponível em < <http://aflore.blogspot.com.br/2015/10/>> Acesso em 15/12/2017.

_____. A AFLORE e a ARUCI-SMC, uma parceria que deu certo. 2011. Disponível em < <http://aflore.blogspot.com.br/2011/>> Acesso em 15/12/2017.

ARMAZÉM DAS OFICINAS. Quem Somos? Disponível em < <http://armazemoficinas.com.br/novo/armazem/>> Acesso em 18/12/2017.

ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA M.E.V.H.VLIEG. Estatuto. Acesso interno. Campinas, 2003. 10p.

BARROS,D.D.; GHIRARDI,M.I.G.; LOPES,R.E. Terapia Ocupacional Social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 95-103, set./dez. 2002.

BRAGA, L.P.V. População, censo e amostras In: BRAGA,L.P.V. *Compreendendo probabilidade e estatística*. Rio de Janeiro: E-papers, 2010. p. 31-54.

BRASIL, Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrina e Princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

BENETTON, M.J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível ? In: Pitta, AMF.(org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, p. 143:149, 2001.

COMISSÃO DE VISIBILIDADE, documento inicial. Acesso restrito. 2016.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva in: AMARANTE, P. (coord.) et al. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003. P.13-44.

DEEGAN, P.E. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Boston, v. 11, n. 4, p. 10-19, 1988. Disponível em: [http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1998-Recovery-The-Lived- Experience1.pdf](http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1998-Recovery-The-Lived-Experience1.pdf). Acesso em 04/02/2018.

_____. Recuperação Como Uma Viagem Do Coração. Aliança para a Saúde Mental de Massachusetts/ Departamento de Saúde Mental de Massachusets. 1995. Disponível em : https://www.patdeegan.com/sites/default/files/files/portugese_recjourheart.pdf. Acesso em 30/01/2018.

DELGADO, P.G.G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro. V.63 n.2 p.114-121. 2011.

GHIRARDI, M.I.G. Terapia Ocupacional e processos econômico-sociais in: LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S. *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFScar, 2016. p.69-81.

JUNS, A.G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. *Rev.Ter.Ocup. Univ. São Paulo*, v22, n1, p.27-35, 2011.

LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 271-277.

LEÃO, A.; SALLES, M.M. Cotidiano, Reabilitação Psicossocial e Território: reflexões no campo da terapia ocupacional in: MATSUKURA, T.S.; SALLES, M.M. (org) *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: Edufscar, 2016. P. 61-76.

LUSSI, I. A. O. *Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral*. 2009. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-29102009-135550/>>. Acesso em: 08/02/2018.

LUSSI, I.A.O.; MORATO, G.G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012.

_____. Inclusão Social pelo Trabalho no Campo da Saúde Mental: a Economia Solidária como Referencial das Ações de Terapeutas Ocupacional in: I Congresso de Pesquisadores de Economia Solidária, São Carlos. 2015. *Anais* Disponível em <http://www.conpes.ufscar.br/wp-content/uploads/trabalhos/gt7/sessao-1/pster_morato_giovana_lussi_isabela.pdf> Acesso em 04/02/2018.

OLIVEIRA, W.F. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: Contextualização Sócio Histórica, Desafios e Perspectivas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.4 , n.9, p.52-71 ,2012.

PACHECO, J. L. Inclusão social através do trabalho. In: CORTEGOSO, A. L.; LUCAS, M. G. (Org.). *Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 219-224.

PITTA, A.M.F. O que é a reabilitação social no Brasil, hoje?. In: Pitta, AMF.(org) *.Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, p. 19:26, 2001.

PRESOTTO,R.F. *Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de Empowerment e Recovery*. 2013. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas 2013.

RICCI,E.C. Entre Serviços e Experiências de Adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.9, n.21, p.212-228, 2017.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, p. 13-18, 2001.

_____. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Instituto Franco Basaglia Te Corá Editora. 2ºed. 2001. 161p.

TYKANORI, R. Pacientes voltarão a ter suas vidas reduzidas a pacotes de sintomas que precisam ser controlados para o interesse de terceiros. *Jornal Viomundo*, 13/12/2017 Disponível em < <http://www.viomundo.com.br/denuncias/roberto-tykanori-pacientes-voltarao-a-ter-suas-vidas-reduzidas-a-pacotes-de-sintomas-que-precisam-ser-controlados-para-o-interesse-de-terceiros.html>> Acesso em 04/01/2018.

VASCONCELOS,E. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

WFOT. World Federation of Occupational Therapists. 2012 Disponível em < <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx> > Acesso em 10/02/2018.

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