

PRÁTICAS COTIDIANAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: OUTRAS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Daily practices of physical education and mental health: other therapeutic possibilities

Jeferson Santos Jerônimo¹

Artigo encaminhado: 31/08/2020
Artigo aceito para publicação: 01/06/2023

RESUMO

O objetivo deste artigo é relatar experiências do vivido por um profissional de Educação Física durante dois anos de residência multiprofissional em saúde mental coletiva, nos anos de 2014 e 2015, em dois Centros de Atenção Psicossocial/CAPS do sul do Brasil. A partir de uma proposta de clínica ampliada como uma potente ferramenta de recuperação e de produção de subjetividade dos sujeitos atendidos, e do conceito de “desviante” de Deleuze e Guattari. Apresento práticas terapêuticas que desviam do núcleo tradicional da Educação Física que se configuram em um processo de (des)construção de subjetividade profissional e pessoal. São abordados saberes e afetos nas práticas cotidianas e discutidas as relações pessoas em atendimento/profissionais da saúde, bem como seus dilemas: como processos terapêuticos, vínculo, estigmatização do sujeito com sofrimento psíquico e a potencialidade de projetos terapêuticos pautados no diálogo e na amorosidade. Para tanto são apresentados trechos de um caderninho de saberes com anotações de uma das pessoas atendidas, o qual foi dado como presente para o autor desse texto, além de falas de outros sujeitos. Os nomes dos participantes foram ocultados. Este texto demonstra que o contato amigável, afetivo e amoroso com as pessoas em atendimento em CAPS são processos do trabalho vivo em ato e efetivos no cuidado desses sujeitos.

Palavras chave: Narrativas; Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial; Educação Física.

ABSTRACT

The objective of this article is to report experiences of a Physical Education professional during two years of multiprofessional residency in collective mental health, in the years 2014 and 2015, in two Psychosocial Care Center in southern Brazil. From a proposal of expanded clinic as a powerful tool of recovery and production of subjectivity of the subjects served, and the concept of "deviant" of Deleuze and Guattari. I present therapeutic practices that deviate from the traditional core of physical education that are configured in a process of (de)construction of professional and personal subjectivity. Knowledge and affections in daily practices addresses and the relationships between people in care/health professionals discussed, as well as their dilemmas: as therapeutic processes, bonding, stigmatization of the subject with psychic suffering and the potentiality of therapeutic projects based on dialogue and loving-kindness. To

¹ Educador Físico. Mestre (2014) em Educação Física/Epidemiologia da Atividade Física pela Escola Superior de Educação Física/ESEF da Universidade Federal de Pelotas/UFPel. jefersonsj@yahoo.com.br

this end, excerpts from a knowledge notebook with notes from one of the people attended are presented, which was given as a gift to the author of this text, as well as statements from other subjects. The names of the participants were concealed. This text demonstrates that the friendly, affective and loving contact with the people in attendance in Psychosocial Care Centers, are living work processes in action and effective in the recovery of these subjects.

Keywords: Personal narratives. Mental health. Psychosocial care centers. Physical education.

INTRODUÇÃO

São inegáveis os avanços na saúde pública/mental brasileira nas últimas décadas, os quais relacionam-se a movimentos sociais pela conquista de direitos fundamentais, como o movimento da Luta Antimanicomial, o que possibilitou criação dos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS e aprovação da Lei 10.216/2001 garantido os direitos das pessoas com sofrimento psíquico em relação ao tratamento (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011; BRASIL, 2022; AMARANTE, 2010; YASUI, 2010). Porém, observamos retrocessos na saúde mental, como restrições orçamentárias e retorno de intervenções ineficazes e punitivas como a eletroconvulsoterapia (LUSSI et al., 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Paralelamente, há uma contradição entre a formação e a intervenção em saúde. As graduações na área da saúde ainda são dominadas por disciplinas biológicas, o que produz ressonâncias na intervenção, no cuidado que deveria ser pautado no corpo vivo e na singularidade desse sujeito, produzindo a noção de que os saberes são e devem se manter separados (CECCIM; CARVALHO, 2011).

Nesse sentido, as residências multiprofissionais em saúde, como a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva/RIS-SMC da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, são um importante espaço não só para a formação profissional, mas, sobretudo para implementação de outras técnicas, terapêuticas e cuidado. A RIS-SMC é composta por diferentes cenários de prática, incluindo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e desenvolve seu trabalho na lógica transdisciplinar instigando os residentes a apresentarem propostas de processos de trabalho que busquem desenvolver a autonomia, não só das pessoas em atendimento, mas dos próprios residentes que são estimulados a trabalhar na perspectiva da

transcendência do núcleo de formação profissional e da transversalidade (CECCIM, 2006).

Assim, tem-se como objetivo neste artigo relatar experiências por um profissional de Educação Física durante dois anos de residência, entre 2014 e 2015, em dois CAPS do sul do Brasil. Tem-se como perspectiva a proposta de uma clínica ampliada como uma potente ferramenta de recuperação e de produção de subjetividade dos sujeitos atendidos, por isso, narro saberes e afetos nas práticas cotidianas nesses espaços.

Trata-se da discussão das relações pessoas em atendimento/profissionais da saúde e seus atravessamentos/dilemas como processos terapêuticos, vínculo, estigmatização do sujeito com sofrimento psíquico e a potencialidade de projetos terapêuticos pautados no diálogo e na amorosidade.

DESENVOLVIMENTO

O fazer em saúde mental transborda os saberes acadêmicos e vai além das dicotomias corpo e mente e do debate entre os saberes das ciências biológicas e humanas, como um mosaico “que se faz enquanto é feito” e que “mesmo seguindo um plano original” sempre muda durante “sua lenta execução” (RAMIL, 2008, p. 76-77).

Não quis narrar sofrimentos ou fantasmas, mas processos de formação, profissional e subjetiva, encontros comigo mesmo, desvios e “devires” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 14-99). Para tanto, parto do conceito de “desviante” de Deleuze e Guattari (1999, p. 8-27), que pode ser compreendido como o sujeito que se coloca em um “não-lugar” (DELEUZE, 2013, p.93), em um processo de desterritorialização, buscando linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 68) para a construção de sua subjetividade sempre em relação ao outro, ou seja, sempre em relação aos participantes, pessoas em atendimento e profissionais, dos serviços de saúde que vivenciei.

Nesse percurso, passei por dois CAPS. Um do tipo II, que atendia pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em geral e outro que atendia adolescentes e adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas/CAPS AD (BRASIL, 2011).

Nestes serviços, conheci profissionais de diferentes áreas: artes, pedagogia, enfermagem, psicologia, medicina, terapia ocupacional, serviço social e educação física. Observei empiricamente que muitos aprendem trabalhar com sua própria prática, se colocando na relação com as pessoas em atendimento como um sujeito, um ser em (des)construção, além de sua profissão (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 8-27). Por outro lado, também conheci profissionais que utilizam somente saberes específicos de formação acadêmica.

As realidades que vivenciei me apresentaram dois modelos de intervenção em saúde mental, um pautado em saberes acadêmicos e outro “desviante” (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 8-27), o qual coloca o fazer, falar e agir no cotidiano de trabalho/práticas como um processo de constituição de discursos (FOUCAULT, 2014a), de formações subjetivas e profissionais colocadas no cuidado às pessoas em atendimento.

Embora o método de prática em saúde mental preconizado pela RIS-SMC fosse o da transdisciplinariedade, com indicação dos residentes apresentarem propostas de processos de trabalho visando o desenvolvimento da autonomia e subjetividade, não só das pessoas em atendimento, mas dos próprios residentes. Cada residente tinha a liberdade de agir dentro desta lógica e dos princípios psicossociais ou de simplesmente acatar o que a equipe de trabalho do espaço de prática indicasse. Além disso, os residentes deveriam apresentar relatórios de trabalho de campo e participar de reuniões semanais com o grande grupo RIS-SMS e com o grupo de formação profissional para a discussão de casos.

Durante minha participação na RIS-SMC, atuei em diferentes espaços de prática, incluindo dois CAPS. Durante o ano de 2014 no CAPS II, o qual tinha uma “equipe um pouco mais aberta”, flexível e disposta a incorporar outras práticas em saúde mental, principalmente com usuários “problema”, como dizia a própria equipe. Nessa perspectiva, foi sugerido participar como técnico de referência de uma usuária e coordenar um grupo terapêutico, o que possibilitou implementar práticas para além do núcleo profissional da Educação física.

Já o CAPS AD, do qual participei durante o ano de 2015, tinha uma “equipe mais dura”, que pautava seus serviços na psiquiatria farmacológica e na prática assistencialista. Neste serviço, minha ação era limitada, participei de

um grupo terapêutico e fiz alguns atendimentos individuais. O grande atravessamento neste serviço foi com a equipe de trabalho e com alguns profissionais mais endurecidos. A partir dos relatórios de trabalho de campo passo a relatar minha experiência nestes dois serviços, bem como algumas discussões sobre o que vivenciei.

2.1 CAPS II

Acredito que os principais traços em nossa personalidade; em nossa mentalidade e em nossa profissionalidade/rostitude (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 30) são construídos nos encontros diários, não simples contatos, mas encontros de vidas, encontros com entusiasmo, amor e esperança. A cada dia de trabalho pertencia mais àquele lugar, pude realizar ações de saúde mental em ato, com diálogos fantásticos. Como na conversa com C. quando falávamos sobre andar de bicicleta e viajar, ele colocou: *“Viajar com um pedal com asas e conhecer todo o Brasil, Brasília, São Paulo, Manaus, Europa”*.

Durante o ano de 2014, participei da equipe do CAPS II, atuando em grupos psicoterapêuticos, realizando atendimentos individuais, fui técnico de referência, coordenei rodas de conversa, apliquei atividades físicas, vivenciei a realidade do serviço com liberdade de ação, de fala e de escuta em uma posição privilegiada de trabalhador/estudante/residente.

Esse “hibridismo” possibilitou um contato diferenciado com as pessoas em atendimento, pude utilizar o CAPS como espaço de construção de autonomia, um espaço alternativo de fala, capaz de potencializar a história de vida dessas pessoas e também a minha história de vida, como sujeito/profissional e como usuário do serviço. Questionando a racionalidade biomédica da psiquiatria e nossas posições na sociedade, demonstrando a complexidade do sofrimento humano através das relações interpessoais e dos processos sociohistóricos (YASUI, 2010).

Nas situações de confraternização ou na sala de espera/ambiência, durante os diálogos fui indagado diversas vezes pelas pessoas em atendimento: *“Porque que tu está se tratando aqui? “...quem é teu técnico de referência”*. Recordo da fala de uma senhora: *“Até agora não sei o que J. faz aqui, sei que ele parece mais louco que a gente”*.

Nesse processo de alteridade, tentei demonstrar outro jeito de trabalhar, um jeito do fora, um fora desarrazoado (PELBART, 2009), como na apresentação que organizamos com um grupo de depressivos severos que se articulou e criou uma peça teatral, o enredo, o figurino e as falas. Elas eram plantas e eu um jardineiro autoritário que ao conhecer outros dois jardineiros libertários aprende a cuidar das plantas do jardim.

Outras ações potentes foram: o grupo de literatura, assim chamado. Entretanto, em ato foi muito mais: falas, escritas e desenhos sobre vidas e histórias, um grupo itinerante que por algum tempo foi uma roda de música e o “Projeto Cri ANDO” atividade, espaço alternativo amplo e mutante, de fala, de escuta, onde através do andar pela cidade, praças, bibliotecas, museus, prefeitura e nas margens de um rio, conversávamos sobre loucura e como é ser louco na sociedade atual. Como as pessoas consideradas não loucas percebem os sujeitos considerados loucos e qual o lugar social desses sujeitos na atualidade, com relação ao trabalho, sexualidade e relações sociais. Como demonstra Foucault (2011), temas utilizados pelas sociedades industriais para classificar e excluir os sujeitos considerados loucos.

Nesses caminhares um fato interessante foi o caso dos senhores que conversavam na praça quando um rapaz de fora da cidade pede uma informação e prontamente a recebe, sem questionamentos, sem dúvidas, sem espanto ou qualquer estigma, apenas responderam como qualquer outra pessoa. O curioso foi que um *louco* deu essa informação. O que quero questionar é: *qual a percepção desse rapaz sobre esses senhores?* Para quem não sabe que o louco é louco, qual o estigma que a estética desses senhores apresenta? Nomeio-os assim porque foi como foram chamados: “*Senhores, com licença, sabem onde fica a rua...?*” Mas só para lembrar: *o que é ser louco?* Todos somos loucos ou não quando estamos submersos no espaço do ambiente, da cidade, quando somos parte esteticamente e afetivamente da realidade, o que pode gerar no observador percepções “duplicadas [...], sem que se possa falar em conflitos entre representações pré-estabelecidas” (GUATTARI, 1992, p. 155).

Participei de encontros com trabalhadores da atenção básica em uma iniciativa de constituição da rede de atenção à saúde mental. Durante algumas semanas nos reunimos e articulamos encontros e diálogos com trabalhadores,

sobre medicamentos, modelos alternativos de tratamento e possibilidades de grupos de atendimento. No último encontro duas usuárias do CAPS, moderadoras do grupo de Gestão Autônoma da Medicação/GAM (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013), apresentaram a metodologia do grupo demonstrando toda a potencialidade da GAM e principalmente destas duas mulheres, sobre uma delas passo a relatar.

2.1.1 A amorosidade

Quero falar de uma pessoa que possibilitou um processo significativo de aprendizagem, de subjetivação, uma relação de amizade, de amor por mim, pela profissão e pelo trabalho na saúde mental. Tentarei demonstrar a partir de fragmentos de um caderninho de anotações/saberes, com o qual fui apresentado ao final do meu percurso naquele CAPS. Como a amorosidade e o diálogo podem representar formas outras de terapêutica.

Esse caderninho foi escrito por L., uma senhora de 57 anos, com diagnóstico de bipolaridade, atendida pela rede de saúde mental há 15 anos, várias internações manicomiais. Fumante há pelo menos 30 anos, obesa, mas afirmava que a medicação a fez engordar. Foi assim que se apresentou a mim na ambiência do CAPS, depois de saber que eu era formado em Educação Física.

Nesse momento, pude perceber a noção que os sujeitos têm sobre as profissões, isto é, o que se espera do educador físico em um serviço de saúde mental (MACHADO, 2011). Porém, o mais importante já havia acontecido, o vínculo entre nós ou como ela mesmo afirmou, a confiança: *“J. eu vou te falar um pouco a melhor forma para tratar as pessoas que tem problema mental. O melhor remédio é tu fazer o paciente confiar em ti, já é um começo”* (Fragmento 1 do caderninho de anotações/saberes).

L. é uma pessoa questionadora, proativa e participativa das atividades do serviço, participava do grupo GAM, o que favoreceu a apropriação de seu Plano Terapêutico Singular/PTS e também a capacidade de poder questionar certas condutas da equipe do serviço, como a forma das consultas com a psiquiatra, conversas com sua técnica de referência e sua participação nos grupos. A participação nos grupos GAM pode ser uma excelente ferramenta para a “valorização da experiência do usuário em seu tratamento”

(ONOCKO-CAMPOS et al., 2013, p. 2897). Este dispositivo pode estimular a autonomia e o poder de agir dos usuários em relação ao medicamento, seu PTS, sobre a relação médico/profissional da saúde/equipe e paciente/usuário/pessoa em atendimento.

A partir da compreensão sobre seu problema e sobre a medicação, passou a questionar mais ainda, mas agora com maior propriedade, inclusive sobre a interação entre os medicamentos psiquiátricos e não psiquiátricos que consome (hipertensão, pedra na vesícula, problema cardíaco). Contudo, algo a deixava angustiada, com a sensação que o serviço não a comportava mais.

Sem uma resposta conjunta da equipe ela ia ao CAPS todos os dias, inclusive nos turnos de reunião de equipe e essa situação já incomodava seus membros. A meu ver, o que mais incomodava era a forma questionadora, espontânea e autônoma com que se colocava no serviço, o que questionava a própria equipe e seus processos de trabalho, L. demonstrava os limites dessa equipe. Ela representava a contradição, o senso de (des)ordem, o novo e de certa forma o “*mau*, aquilo que deseja [...] lançar por terra as antigas marcas de fronteiras” (NIETZSCHE, 2012, p. 55-56), fronteiras do fazer dessa equipe em relação a ela enquanto pessoa, cidadã do município, o que obrigatoriamente movimentava a equipe e na visão de seus membros criava um ambiente de disputa, contudo ambos, L. e equipe buscavam apenas preservar seus desejos ou conservar sua “espécie” (NIETZSCHE, 2012, p. 55-56).

Naquele momento, L. não via no CAPS um apoio para seu problema e necessitava de uma ação para fora do serviço, assim “O caso”, como afirmava a equipe, me foi passado. Construimos uma relação com altos e baixos, mas muito afetiva, conversávamos muito sobre sua ascendência indígena e de como eram os índios que habitavam a região antes da imigração Alemã, como ela mesma falava: “*Sou bugra*”. Questão que, segundo ela, nunca era tocada por nenhum técnico do serviço. Talvez Dunker (2015) tenha razão, uma intervenção em saúde mental que considera a cultura ameríndia dos sujeitos talvez seja uma potente estratégia.

Nossa relação de afetos, ora nos afastava, ora nos aproximava, até que em determinado momento discutimos e reconhecendo meus limites como profissional, como sujeito e demonstrando não saber o que fazer, resolvi me afastar. Demonstrando que todos têm uma essência transformadora, dei vazão

ao afeto, ao amor, a raiva e assim pude sensibilizá-la para me ajudar a ser um trabalhador capaz de ajudá-la e mostrar-lhe outras possibilidades além do CAPS. Afastando-me percebi que L. tentava demonstrar seus saberes sobre si e sobre a loucura. Mais do que uma pessoa capaz de pedir ajuda L. construiu um “território existencial” carregado de subjetividade, com “aberturas para seu sistema de valor [...] com implicações sociais e culturais” (GUATTARI, 1992, p. 14), ou seja, conseguiu demonstrar sua integralidade como pessoa no mundo.

A partir disso, nossa relação se modificou em uma perspectiva de ajuda mútua. Ao final do ano, em um momento de despedida recebi um presente maravilhoso, o caderninho de anotações/saberes que veio carregado de afetos que se configuram em um não saber, repleto de conhecimento, que pode ser definido por Espinosa (2004, p. 17), como “*conatus*, esforço para perseverar na existência, poder para vencer os obstáculos exteriores a essa existência, poder para expandir-se e realizar-se plenamente”.

Essa força, essa essência se relaciona com nossos desejos e com todos os outros “*conatus*” existentes em cada sujeito, nos dá capacidade de nos movimentarmos ante o real, ou seja, é a efetivação do desejo, o desejo de ser livre, assim, “entre o ato de desejar e o objeto desejado, deixa de haver distância para haver união” (ESPINOSA, 2004, p. 17).

Esse conhecimento interno pode ser representado pela intuição que surge ao deparamos com alguma situação: envolver-se ou não implicar-se. Destaco esses pontos na perspectiva de demonstrar como me coloquei na relação com essa pessoa, o que representou um processo de significados e transformações, de um residente angustiada, passei a ser um trabalhador da saúde mental que vislumbra rotas terapêuticas, capaz de sentir afeto, alegria e amor por mim, pela profissão e pelo trabalho, compreendendo que devo manter-me em um constante devir criança, devir trabalhador, devir humano, devir amorosidade (DELEUZE; GUATTARI, 1997; NIETZSCHE, 2014).

Na perspectiva dos devires, tentei constituir vínculos reais, “alianças” e vivenciei cuidados que coemergiram dos encontros residente/pessoa em atendimento, além dos corpos, mas que podem ser expressos através dos corpos com abraços, sorrisos e “afecções” (ESPINOSA, 2004, p. 336), algo que nos envolve com maior força na realidade, possibilitando uma movimentação psíquica e física. Assim, coemergiram pessoa em atendimento e técnico de

referência. Uma grande surpresa que tive ao ler meu presente foi a demonstração de L. sobre nosso vínculo, quando ela se refere à barreira entre usuário-profissional e também sobre uma perspectiva apontada por ela, que para mim reverberou como uma espécie de rota, de caminho para um futuro profissional, um devir amor-amizado:

“O que eu gostei em ti, assim como eu também penso, e que não podem existir barreiras entre usuário do CAPS e profissionais da saúde mental, [...] porque nós usuários merecemos respeito, tem muita gente que trabalha por amor à profissão, outros só pensam no salário, aí a coisa não anda mesmo. J., eu te amo como um amigo”
(Fragmento 2 do caderninho de anotações/saberes).

Assim, me posicionei em uma lógica “entredisciplinar” (CECCIM, 2004, p. 259-278), me colocando em “travessia”, em movimento, em um lado de fora que não é simplesmente o lado externo das relações, mas sim um espaço vazio repleto de possibilidades, um “não-lugar” onde é possível criar, no caso da saúde, produzir vida ou potência de vida (DELEUZE, 2013, p.93). Assim iniciei um processo de conversas com os membros da equipe para tentar clarear qual o lugar de L. no CAPS.

Com isso, coemergiram dois lugares: um novo lugar/novo contexto para L. e um novo lugar para mim, de estranhamento, lugar esquivo, nômade (PELBART, 2008), que para a equipe era muito semelhante ao da própria “usuária”. Desse lugar pude trazer outras demandas dessa pessoa, falar de sua linha de cuidado no território, espaços que gostava de frequentar na cidade, desejos para além do serviço, seu gosto por teatro, música, dança e também falar de sua família como sujeitos ativamente participantes em seu PTS.

Nessa perspectiva, coemergiu a possibilidade dessa usuária do serviço apoiar as equipes da rede de saúde no referido processo de apoio matricial, na perspectiva de facilitar a implementação de grupos de conversa sobre medicação, algo semelhante a GAM. Essa perspectiva de PTS ofereceu uma visão ampliada sobre ela, além de possibilitar uma discussão sobre qual o lugar desses sujeitos, os loucos, na sociedade industrial com relação ao trabalho e a contribuição que eles podem dar à sociedade. Nas sociedades industriais, estar inapto ao trabalho é o primeiro critério para identificar a loucura nos sujeitos (FOUCAULT, 2011). Mas agora, L. era uma trabalhadora da saúde.

Esses acontecimentos me fazem pensar como pode ou deve ser o trabalho/a clínica em saúde no modelo de atenção psicossocial e o que vem

sendo realizado? O quanto estamos contribuindo para a (re)inserção desses sujeitos na sociedade e em suas próprias vidas como protagonistas de seus desejos e o quanto estamos contribuindo para nós mesmos, como trabalhadores, sujeitos, humanos que se superam, se colocam à disposição, que se implicam e que amam. Assim me descobri no contato com L., um sujeito que ama o que faz. *“Já que tu escolheu essa profissão, uma coisa deu para perceber em ti, tu é daqueles que ama a profissão, não como aqueles profissionais que só pensam no salário, estes não ajudam ninguém, estes estão enganando a si próprio”* (Fragmento 3 do caderninho de anotações/saberes).

2.2 CAPS Álcool e outras Drogas

A passagem por esse CAPS AD, durante o ano de 2015, oportunizou uma leitura sobre os processos de reforma psiquiátrica em Porto Alegre, uma das muitas cidades do Brasil que vivem a sombra de manicômios.

Sabemos dos avanços do modelo psicossocial, com o fechamento de hospitais psiquiátricos, abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais e investimentos econômicos (BRASIL, 2001, 2011, 2022; AMARANTE, 2010; YASUI, 2010). Porém, Lussi et al. (2019) e Onocko-Campos (2019), trazem um alerta para possíveis retrocessos na saúde mental, o que pode manter os sujeitos em atendimento na condição estigmatizada de psiquiatrizado.

Nesse sentido, o legado manicomial apresenta fortes ressonâncias na implementação de novos modelos de atenção à saúde mental no país. As formas de ver as doenças apresentam uma repercussão direta no modo de fazer o ato terapêutico, o que está ligado aos modelos hospitalares de clínica e como esses modelos naturalizam temporalmente questões práticas: crise, surto, modelos de atenção e morte (FOUCAULT, 2014b), como se ao longo da história natural, novas teorias surgiram e resolveriam essas questões.

A literatura referente à saúde pública/saúde mental no Brasil apresenta e discute o contexto em que vivemos: aumento crescente no número de CAPS, 148 em 1998; 295 em 2001, ano da promulgação da lei 10.216 e 2.209 em 2014 (BRASIL, 2001; 2015). Porém, também se discute outras questões de extrema importância: a precarização dos serviços, das condições de trabalho, dos processos de formação dos trabalhadores e da remuneração (PAIM et al.,

2011), o que leva trabalhadores da saúde pública a sofrerem a lógica do mercado de trabalho privado, de pouco investimento com a exigência de alto rendimento ou produtividade (BERNARDO et al., 2011).

Nesse contexto, como demonstrar que nós trabalhadores, também passamos por esses atravessamentos? Como demonstrar a possibilidade de ser resiliente? Que em seu problema há processos econômicos e culturais envolvidos?

Porém, nem tudo é lamúria, passei por ótimos momentos, tive excelentes encontros com profissionais e usuários, realizei uma oficina de práticas orientais, com meditação, relaxamento e muita conversa, construída no contato direto, nas ruas, nas praças, no espaço vazio, mas repleto de conhecimento que está entre as disciplinas acadêmicas e as terapêuticas nucleadas em cada profissão, um “não-lugar” (DELEUZE, 2013, p. 83-93) que está fora das relações de “poder-saber”, que potencializa o saber dos usuários do serviço.

Conheci sujeitos com vidas repletas de alegrias, de sofrimento, de tentativas insistentes de viver além do que o sistema nos coloca, viver na rua, “Na selvageria”, como afirmava um deles, o qual só em estar no CAPS com seu jeito extravagante de falar alto mostrava os limites do serviço, da assistência e limites relacionais, mas que trazia muita vida ao local.

A loucura mostra nossos limites como sujeitos educados e moralistas (PELBART, 2009). Um usuário com jeito vivo e espontâneo que parou de frequentar o serviço porque foi retirado da atenção diária, dizem que ia lá só para comer e tomar banho. Mas para uma pessoa que vive ou viveu na rua, isso não é saúde? Um bom banho e um prato de comida saborosa e quente é saúde mental para qualquer um.

Outro espaço que me tocou foi a oficina de velas, onde também pude fazer a minha e participar nesta outra posição, como um tipo de usuário, afinal todos somos usuários do CAPS. Nesta perspectiva, é mais fácil borrar fronteiras e desviar para outras posições, como no momento em que cortávamos a parafina branca em pedaços pequenos, que de repente ficavam parecidos com pedras de crack e um dos participantes que estava no CAPS exatamente pelo uso de crack me olha, dá uma gargalhada e diz: “*Isso não te pertence mais*”, sorrimos juntos e nesse momento eu também era um usuário

em tratamento que conhecia pedras de crack, mesmo que em pedaços de parafina...

Assim, os atravessamentos do capital são capazes de modificam nossa subjetividade, nossos corpos, nosso agir, nosso trabalho (PELBART, 2008), o que especificamente no caso do Brasil, gera mal estar e sofrimento coletivos.

Ainda passamos por um processo formação cultural e ainda não sabemos viver em coletividade, separamos as experiências individuais e singulares dos sistemas sociais de valores, despolitizamos nosso sofrimento, o que gera dificuldade em identificar singularidades em um contexto maior de relações sociais e de histórias de vida (DUNKER, 2015). Separamos o sofrimento individual de movimentos sociais, diagnosticando e classificando os sujeitos, não ouvindo suas vozes, embutimos um vocabulário, um discurso que os atribui um status de doente, confundimos as suas singularidades com sintomas (FOUCAULT, 2014a).

Questiono-me se estamos preparados para o modelo psicossocial de atenção à saúde mental? Que envolva o indivíduo; sua família; profissionais no cotidiano de trabalho; organização dos diferentes serviços com o trabalho em equipe e entre equipes, relação dos serviços com as universidades e as relações das equipes com funções ou cargos específicos como coordenação e gerência (AMARANTE, 2010; YASUI, 2010; CECILIO, 2011). Estamos preparados para experienciar e superar as dualidades que a saúde brasileira vive? Manicômio/CAPS, medicamentos/fala, doença/saúde e loucura/normalidade, além de disputas orçamentárias, entre a gestão e as equipes e disputas com usuários dos serviços.

Esse processo dificulta a identificação do que é saudável, do que é ser normal, ser doente, o que é da saúde e o que é da assistência social? Talvez um banho, um prato de comida represente saúde, na ótica dos determinantes sociais da saúde/doença, determinantes que influenciam diretamente na criação de obstáculos internos nos sujeitos, colocando-os em certos status sociais: louco, criminoso, drogado, perigoso, psicótico, esquizofrênico, trabalhador e usuário de serviço de saúde (PELBART, 2009). Essas questões dificultam a efetivação de processos de clínica ampliada e de integralidade.

Segundo Dunker (2015, p. 273-274), o diagnóstico que sempre é atribuído às situações e aos sujeitos decorre de um “metadiagnóstico” inerente ao nosso

modo de vida e que se relaciona com a noção de “*perda de experiência*”, deixamos de viver as experiências quando deixamos de conhecer as pessoas.

De certa forma todos somos usuários dos serviços de saúde, porém em posições diferentes: trabalhadores, pessoas em atendimento, gestores, vizinhos. Mas qual a relação entre o “metadiagnóstico” que determina formas de vida e o particular/singular que chega ao trabalhador através da pessoa que está em sofrimento?

Me parece mais adequado que devamos trabalhar no horizonte de superação da simples nosologia de forma que o diagnóstico não represente somente a possibilidade de os sujeitos serem incluídos em políticas públicas assistenciais, mas sim a possibilidade de construção de uma “*forma de vida*” (DUNKER, 2015, p. 273-274), trabalhando a relação contingente entre o universal e o particular/singular.

Porém, como ter disposição no trabalho para demonstrar aos sujeitos outras possibilidades, uma saída, um ritornelo (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Como demonstrar que seu desejo por medicamentos/remédios, por consultas com médicos ou psicólogos, por terapêuticas mais duras também decorre da perda de experiência de si que lhe foi imposta, através de certa ordem que foi tomada para si como válida e legítima (FOUCAULT, 2014a), contribuindo para a constituição de uma sensação de resignação e ressentimento, sensação de patológico (DUNKER, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato/narrativa tentou demonstrar que o contato amigável, afetivo e amoroso com as pessoas em atendimento em CAPS podem ser parte do processo de trabalho vivo em ato e efetivos no processo de recuperação desses sujeitos. Tais processos devem ser configurados no real e no espaço existencial de cada sujeito, representando possibilidades de transformação de vidas e de constituição de outros caminhos terapêuticos. Os relatos apresentados indicam que o contato afetivo e sincero, carregado de amorosidade e de vontade de construção de autonomia e de expressão das percepções e valores das pessoas em atendimento, podem abrir portas para a construção conjunta de caminhos terapêuticos de sucesso para essas pessoas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 5ª reimpressão - 2ª ed. ver. e amp.: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BERNARDO, Marcia Hespanhol et al. Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 8-11, 2011.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 29 de agosto de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental. **Ministério da Saúde comemora 20 anos de reforma do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil**, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/abril/ministerio-da-saude-comemora-20-anos-de-reforma-psiquiatrica-no-brasil>>. Acesso em: 10 de abril de 2023.

_____. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 09 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 31 de agosto de 2020.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 259-278.

_____. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: formação em área profissional da saúde na modalidade educação pós-graduada em serviço. In: **V Congresso Internacional de Saúde Mental e Direitos Humanos e I Fórum Social de Saúde Coletiva**, Universidad Popular

de las Madres de La Plaza de Mayo, Buenos Aires, Argentina, **Anais eletrônicos**, Bueno Aires, v.1, n.1, p.1-7, 2006. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/noticia/residencia-integrada-multiprofissional-e-m-saude-mental-coletiva-formacao-em-area-profissional-da-saude-na-modalidade-de-educacao-pos-graduada-em-servico>>. Acesso em: 28 de agosto de 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria. Ensino da saúde como projeto da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A.(Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011. p. 69-92.

DELEUZE, Gilles. As estratégias ou o não-estratificado: o pensamento do lado de for (poder). In: DELEUZE, G. **Foucault**. Tradução: Claudia Sant' Anna Martins; revisão da tradução: Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2013. p. 78-100.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, vol.4**. Tradução Suely Rolnik. São Paulo: Ed. 34, 1997.

_____. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, vol.3**. Tradução Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. São Paulo: Ed. 34, 1ª Reimpressão, 1999.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

ESPINOSA, Baruch. **Vida e obra**. Consultoria Marilena de Souza Chauí. São Paulo: Editora Nova Cultura, 2004.

FOUCAULT, Michel. A loucura e a sociedade. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Michel Foucault: Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. 3ª edição brasileira. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 259-267.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução: Luiz Felipe B. Neves. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014a.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014b.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Tradução Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. 1ª ed. 4ª reimpressão. São Paulo: Ed. 34, 1992.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira et al. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2019.

MACHADO, Dagoberto de Oliveira. **Movimentos na Educação Física: por uma ética dos corpos.** Porto Alegre: UFRGS, 2011. 113 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/33671/000789397.pdf?sequence=1>> Acesso em: 31 de agosto de 2020.

NIETZSCHE, Friedrich. **Assim falava Zaratustra: um livro para todos e para ninguém.** Tradução e notas explicativas da simbólica nietzscheana de Mário Ferreira dos Santos. 7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

_____. **A gaia ciência.** Tradução: Paulo César de Souza. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019.

PAIM, Jairnilson. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, may, 2011.

PELBART, Peter. Pál. Poder sobre a vida, potência da vida. **Lugar comum**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 33-43, 2008.

_____. **Da clausura do fora ao fora da clausura:** loucura e desrazão. 2ª ed. São Paulo: Iluminuras, 2009.

RAMIL, Vitor. **Satolep.** São Paulo: Cosac Naify, 2008.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.