

Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental

About relocate and produce differences – The voice of users of public mental health

Cecília de Castro e Marques; Analice Palombini; Eduardo Passos; Rosana Tereza Onocko Campos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal Fluminense; Universidade Estadual de Campinas

RESUMO:

Este trabalho acompanhou a participação de usuários de serviços públicos de saúde mental numa investigação multicêntrica, parte de uma Aliança Internacional de Pesquisa, em que usuários, inicialmente sujeitos pesquisados, foram tornando-se pesquisadores. Investigou-se o que estas pessoas puderam dizer sobre a experiência de adoecer e receber tratamento e traçou-se uma cartografia da participação dos usuários na pesquisa, servindo-se do conceito de *ritornelo*, de Deleuze e Guattari. Os temas tomados em análise foram aqueles que, suscitados pela pesquisa, persistiram na voz dos usuários ao longo do projeto multicêntrico: relações com o outro; importância da participação nas atividades sociais, principalmente no trabalho; relação com os medicamentos. A ampliação das informações sobre o tratamento passou pelo reconhecimento da própria experiência pelo usuário e, articulada à sua participação ativa no processo da pesquisa – caracterizada como pesquisa *com* e não pesquisa *sobre* – produziu transformação de si e mudança de lugar.

Palavras-chave: Saúde mental; atenção psicossocial; participação

ABSTRACT:

This work aimed to follow the participation of users of public services of mental health in a multicentric research, which is part of an International Alliance of Research. It investigated what those people might say about the experience of falling ill and receiving treatment. This work also traced a cartography of user's participation in research, based on the concept of *ritornello* from Deleuze and Guattari. The themes taken under analysis were those who, raised by the research, persisted in the voice of users along the multicentric project, which are: relationships with others; importance of participation in social activities, especially at work; relationship with medications. The expansion of information about treatment lead the users of recognizing their own experience, producing the transformation of themselves and changing their position. The users who were initially the subjects of the research, became researchers, due the fact they had active involvement in the research process which was characterized as a research *with* and not a research *about*.

Key-words: Mental health; psychosocial care; participation

Uma psicóloga apresenta uma narrativa em uma roda em que estavam presentes estudantes de graduação e pós-graduação, professores universitários, trabalhadores e usuários de serviços públicos de saúde mental. No meio da apresentação, sua voz embarga, as palavras travam e as lágrimas começam a cair. Ela se emociona quando discorre sobre uma situação ocorrida dois anos antes, em um grupo de intervenção, proposto por este mesmo grupo de pesquisadores, no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS onde trabalhava. Ao se emocionar, ela para a leitura, e o professor que moderava a atividade se prontifica a seguir, ao mesmo tempo em que uma senhora, outrora sua paciente, entrega-lhe um lenço de papel para enxugar suas lágrimas.

Nesta cena, quem experimenta a fragilidade? Quem oferece cuidado?

O grupo de intervenção (GI) em que ocorreram as experiências que a profissional relatava foi campo de uma investigação multicêntrica envolvendo municípios e universidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, em uma parceria intensificada a partir da Aliança Internacional de Pesquisa Universidade Comunidade (Alliance de Recherche Université Communauté) – ARUCI.¹ Esta aliança, que se deu entre universidades brasileiras somadas à Universidade de Montreal e à Associação dos Usuários e seus Familiares de Campinas – AFLORE, apoia projetos que abordem o tema “Saúde Mental e Cidadania”.

O objetivo do encontro em que a psicóloga se emocionou era a divulgação dos diversos trabalhos resultantes de pesquisas sob a chancela dessa aliança, a qual permitiu que ampliássemos nossas atividades de pesquisa com os usuários, pois estes constituem sua própria governança na gestão da pesquisa, através do Comitê Cidadão, que contribui na avaliação de projetos candidatos ao financiamento e no estabelecimento das diretrizes do trabalho a se realizar com a comunidade. Os usuários e trabalhadores que compõem a aliança e suas pesquisas participam não apenas como sujeitos pesquisados, mas como sujeitos ativos na construção de saber.

A mudança de lugar dos usuários no processo de pesquisa pareceu-nos um acontecimento digno de atenção, pois, apesar de atualmente as instituições de saúde, tanto em escala dos Estados como em escala internacional (OMS, 2001), demonstrarem a preocupação crescente de associar mais diretamente as pessoas envolvidas à definição das orientações e dos serviços de saúde mental, é consenso que as maiores dificuldades e resistências surgem quando da implementação em campo, da organização efetiva dos serviços e da transformação das práticas (MSSS, 2001). No Brasil, onde a

implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990 instituiu instâncias de participação popular como os Conselhos e as Conferências de Saúde (SERAPIONI & ROMANI, 2006), o processo participativo e o controle social em saúde ainda se apresentam como uma construção inacabada e frágil (GOULART, 2010).

A política de saúde mental brasileira, além de seguir as diretrizes gerais do SUS, realizou a crítica à política vigente durante décadas (dominância dos hospitais psiquiátricos no atendimento), afirmou a cidadania do portador de doença mental e incorporou a perspectiva basagliana casada com o pensamento da saúde coletiva, centrado na determinação social do processo saúde e doença. (CAMPOS, 2008)

Se pensarmos a participação para além de uma estratégia de governança, mas como uma ética de redistribuição de poder na sociedade (MISOCZKY, 2003), com a implementação do SUS e a incorporação de diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de participação dos usuários na construção de seus tratamentos tem sido ampliada. Porém, há uma tensão constante entre o modelo que se quer construir e vestígios do manicômio, ainda vivo enquanto lógica a reger ações, mesmo a céu aberto.

Foucault (1997 [1961]) mostrou o quanto, ao longo da história, apesar de mudarem as práticas, mudarem os nomes – e mesmo quando essas mudanças pareçam também refletir-se nas relações que se estabelecem com o outro –, alguns significados e gestos permanecem tributários de antigos modos.

O pensamento racional criou uma distância entre o que sabe (médico) e o que não sabe (louco); entre a razão, primado da ciência, e a desrazão, primado da loucura. Assim, “Entre o louco e o sujeito que pronuncia ‘esse aí é o louco’, estabelece-se um enorme fosso”. (FOUCAULT, 1997 [1961]: 183)

O resultado da distância construída entre quem sabe e quem não sabe foi uma participação restrita ou inexistente das pessoas que padecem de adoecimento mental no diálogo e na construção de saber sobre seu tratamento, por não serem reconhecidas como capazes de pensar, opinar e assim participar.

No campo de produção de conhecimento, a distância ainda é um ideal em algumas práticas investigativas, nas quais sujeito e objeto se distinguem e se separam, em uma política cognitiva assentada na perspectiva da terceira pessoa do conhecimento, num conhecer justificado pela distância que o pesquisador toma do objeto. (PASSOS & EIRADO, 2009:115)

Este artigo traz os resultados de uma pesquisa de mestrado, parte da ARUCI, na qual se investigou o que as pessoas que padecem de adoecimento mental e recebem ou receberam atendimento em serviços públicos de saúde mental puderam dizer sobre essa experiência durante sua participação nas diferentes etapas da “Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” (ONOCKO CAMPOS et al., 2011) e, em decorrência da pesquisa, também nos encontros da ARUCI. Pareceu-nos relevante trazer a voz dos que padecem acerca do tratamento que recebem, transpondo assim para o campo da pesquisa a participação almejada para os serviços de saúde. Apostamos que mudar de lugar muda o lugar, ao produzir desestabilização dos lugares de estudante, pesquisador, profissional, usuário.

Foram acompanhados os movimentos de alguns usuários em sua relação com o grupo de pesquisadores, buscando a sua voz nos diferentes momentos de encontro (GIs e reuniões acadêmicas) e uma reflexão sobre aquilo de que nos dão testemunho, relacionado ao modelo de cuidado que se almeja construir no campo da saúde mental no cenário brasileiro – tratou-se de observar o quanto do modelo manicomial sobrevive e o quanto de deslocalização de cuidado tem sido possível encontrar. Consideramos que o cuidado se deslocaliza quando está ampliado no território e desvinculado de figuras ou ambientes únicos, reposicionando os jogos de força e dando lugar à liberdade de escolha. Acompanhamos, assim, as diferenças produzidas quando os envolvidos na pesquisa experimentaram mudar de lugar para coconstruir saber. Traçou-se então uma cartografia da participação dos usuários na pesquisa, tendo seus movimentos como bússola e explicitando as condições metodológicas para a emersão de sua voz.

GAM: pesquisar com

O encontro entre pesquisadores, usuários, residentes e trabalhadores começou em GIs realizados em três CAPS de diferentes cidades brasileiras, onde o objetivo era a experimentação do Guia da Gestão Autônoma de Medicamentos – Guia GAM, que subsidiou sua posterior adaptação para a realidade brasileira (ONOCKO CAMPOS et al. 2012). O Guia GAM foi criado na província de Quebec/Canadá em 2002. Foi concebido para o uso das pessoas que tomam medicamentos psicotrópicos, mas pode favorecer o diálogo entre as pessoas envolvidas e os atendentes em saúde mental, permitindo que os últimos compreendam melhor o ponto de vista dos usuários e os

desafios associados ao uso de medicamentos psicotrópicos (RRASMQ-ÉRASME, 2006).

Nos GIs, os usuários estavam no lugar em que recebem tratamento, fazendo algo que já fazia parte de seus cotidianos – participar de grupos –, porém, com uma proposta diferente. Os pesquisadores, por sua vez, embora profissionais de saúde², não estavam ali como terapeutas. E os trabalhadores, que em seu cotidiano eram terapeutas, estavam ali como participantes. Assim, no grupo de intervenção, todos os participantes eram levados a descobrir como seria estar num grupo com um objetivo comum a todos, mas incomum ao que costumavam fazer. Por isso, funcionou como um espaço de experimentação de outras relações entre trabalhadores, pesquisadores e usuários.

Após o término dos GIs, alguns usuários e profissionais que deles participaram passaram a frequentar as reuniões acadêmicas. Além disso, em um dos CAPS houve continuidade dos encontros, com coordenação de uma das usuárias participantes e contando com outros usuários e trabalhadores do CAPS e pesquisadores. Esta usuária experimentou o espaço do CAPS desde um outro lugar, podendo passar adiante o que aprendeu nos GIs e na participação nas reuniões acadêmicas e videoconferências com a equipe do Canadá. Com o apoio das equipes do CAPS e da Universidade, ela sustentou o laço entre a pesquisa e o serviço, disseminando o conhecimento produzido entre um número maior de usuários e trabalhadores do CAPS e estendendo o desenvolvimento da pesquisa em uma nova intervenção.

A voz dos usuários

Para investigarmos e analisarmos o que nos diziam os usuários na etapa dos GIs, fizemos uma leitura de todas as memórias dos GIs (escritas pelos pesquisadores de cada grupo) e extraímos delas os trechos referentes ao objetivo deste trabalho (experiência de adoecer e receber tratamento na rede pública de saúde mental, diferenças produzidas entre nós). Após a seleção destes trechos, tendo nos deparado com um material ainda muito extenso, optamos por extrair deste material os temas que persistiram na voz dos usuários ao longo do processo da pesquisa, ou seja, aqueles que, disparados pelo Guia GAM, seguiram sendo destacados por eles nas reuniões acadêmicas, apresentações públicas e em um artigo escrito sobre o encontro entre pesquisadores e usuários para a construção de saber. Estes temas foram: as relações com o outro (familiares, amigos,

profissionais dos serviços, pesquisadores); a importância da participação nas atividades sociais, principalmente no trabalho; a relação com os medicamentos psiquiátricos.

Jackson & Mazzei (2009) questionam o que constitui a voz em pesquisas qualitativas, que vozes escolhemos ouvir, como as escutamos e por que aceitamos algumas como verdade e outras não. Vislumbramos um desafio em destacar a voz do usuário na mistura textual que exprime a voz de um coro (pesquisadores, profissionais, usuários, texto do Guia GAM). No contexto da produção de dados da pesquisa, o usuário não fala sozinho, ele fala entre, fala para, fala com. Mairesse & Fonseca (2002) nos alertam sobre o campo de forças e de luta entre o que se deseja escutar e o que se pede para falar, tomando a fala também como um efeito entre a oferta e a demanda produzida no pedido pela palavra.

Como estamos tratando de uma voz que se faz no encontro, nos perguntamos até que ponto o que os usuários dizem não é aquilo que queremos ouvir ou aquilo que escutam de nossa voz. O que os usuários enunciam é inseparável da trajetória de pesquisa em que seus relatos emergiram e o que contribui para a distinção dos conteúdos singulares dessa voz são seus aspectos disruptores, quando algo dela nos surpreende e leva a nos depararmos com elementos que fogem a um discurso da razão. No artigo escrito em comum entre acadêmicos e usuários (FLORES et al.), encontramos dizeres disruptores assim, como a frase “Medicamento por si só não desabafa, você tem que desabafar...”, que um dos usuários faz caber no texto.

No trabalho de análise dos dados, Jackson & Mazzei (ibidem) propõem uma interpretação reticente, que se dá quando o pesquisador escuta o que o outro diz, sem a presunção de mutualidade por empatia. Se reconhecermos a diferença, podemos nos surpreender com o saber que o outro nos oferece, ao contrário de buscar encontrar aquilo que se estava previamente procurando. Essa é a ideia de escutar no limite, deixando as vozes errantes invadirem sem permissão; rever o que vale como dados; forçar esse limite; romper alguns deles. Interessa como a voz é apresentada pelos participantes em campo. Convidamos os participantes a falar? Quando falam? Como falam?

Ritornelo como conceito metodológico

Para aprofundar a reflexão sobre os movimentos que se dão no campo relacional onde a voz acontece, utilizamos o conceito de “ritornelo” (DELEUZE & GUATTARI,

1997). O ritornelo é um agenciamento territorial com três aspectos simultâneos. No primeiro aspecto, temos uma criança no escuro, tomada de medo, que se abriga com uma cançãozinha – a canção é um salto do caos para um começo de ordem. No segundo aspecto, traçou-se um círculo em torno do centro frágil e se organizou um espaço, um território, o em casa – nesse caso, as forças do caos ficam mantidas no exterior tanto quanto possível. No terceiro aspecto, entreabrimos o círculo e deixamos alguém entrar, ou nós mesmos nos lançamos para fora – é a criação e a expressão de algo que possibilita a saída do caos.

Do caos, portanto, podem nascer ritmos. Há território a partir do momento em que há expressividade do ritmo. As funções e forças territorializadas podem ganhar uma autonomia que as faz cair em outros agenciamentos: “A profissão, o ofício, a especialidade implicam atividades territorializadas, mas podem também decolar do território para construir em torno de si, e entre profissões, um novo agenciamento.” (Ibidem. :135)

Então temos ritornelos – ritornelos territoriais que agenciam um território; ritornelos de funções territorializadas (cantiga que territorializa o sono e a criança; profissão que territorializa o ofício); os ritornelos de passagem desterritorializantes-reterritorializantes; entre outros.

Deleuze e Guattari (ibdem.) saltam da música e da vida dos pássaros – inspiração para a construção deste conceito – para o fenômeno da produção de territórios subjetivos entre as pessoas: “No animal como no homem, são as regras de distância crítica para o exercício da concorrência: meu cantinho de calçada” (p. 129)

O ritornelo colabora na compreensão do campo das relações e da produção de subjetividade e nos ajuda a pensar o aspecto de criação operando nelas. Produzir canção é expressar algo que, como o ritornelo, tira-nos do caos: em alguns momentos ela se constroi solitariamente; em outros, ganha visibilidade para um outro; ou, ainda, pode ser construída entre dois ou entre tantos. Assim podemos pensar também a relação de coconstrução de saber.

A tarefa do cartógrafo, ao acompanhar os movimentos, é justamente perceber, entre sons e imagens, a composição e decomposição dos territórios, como e por quais manobras e estratégias se criam novas paisagens (MAIRESSE & FONSECA, 2002). É da possibilidade de construção conjunta da canção (conhecimento) que estamos tratando.

Possibilidades e impossibilidades de cogestão no tratamento

Nos GIs era possível exercitar formas de perguntar, construir sentidos quanto aos temas compartilhados e algumas respostas às questões emergentes, antes de começar a experimentar-se em outros lugares. A ampliação da informação e as rodas de conversa inculcaram confiança para dialogar com os profissionais:

“G. V. (U) conta que na semana anterior deram-lhe dois comprimidos que a fizeram dormir profundamente, mesmo estando no CAPS. Ao acordar, estranhara muito a situação e pediu para falar com E. e M. (trabalhadoras do CAPS), para reclamar do erro na entrega dos remédios. E. (trabalhadora) explica que realmente foram dados dois comprimidos diferentes para G. Pergunto qual a relação desse episódio com o grupo. G. V. (U) explica que, se isso acontecesse antes “do GAM”, ela não reclamaria dos remédios, pois não saberia que foram os comprimidos a mais que a fizeram dormir num horário em que costuma estar trabalhando.”

Apesar das conquistas e avanços apontados quanto à ampliação da capacidade de expressão e de negociação com as equipes e profissionais de referência, tanto usuários quanto pesquisadores não deixaram de apontar os desafios ainda existentes.

“Aprendemos muito, mas esbarramos nos médicos” e não só nos médicos, mas na equipe de saúde como um todo. Os usuários trazem pequenos embates que tiveram com as equipes, devido ao aumento “de suas exigências em relação ao tratamento”; e enfatizam a necessidade dos trabalhadores estarem “preparados” para lidar com a negociação do plano de tratamento de cada um.”

O limite encontrado nas negociações acerca do tratamento medicamentoso indica o quanto é incipiente a possibilidade de participação dos usuários na condução de seus tratamentos. Indica também, em contrapartida, o esforço nascente dos usuários em manifestar suas opiniões e vontades – muitos usuários afirmaram que, antes da experiência da pesquisa, sentiam constrangimento em perguntar e questionar os médicos sobre seu tratamento. Ao que a trabalhadora participante de um dos grupos acrescentou que há médicos que podem sentir-se questionados não apenas pelos usuários, mas também pelos colegas que pretendem ter mais informações sobre o tratamento medicamentoso de algum usuário. Ela afirmou que o desconhecimento sobre vários aspectos do uso de medicamentos não é apenas dos pacientes, mas dos profissionais não médicos também.

Com efeito, nas entrevistas com os profissionais de diferentes CAPS, realizadas por nossa pesquisa, os profissionais de saúde não médicos relataram a falta de conhecimento sobre a medicação e demonstraram possuir dúvidas até menos elaboradas do que as dos usuários e familiares. (ONOCKO CAMPOS et. al. 2011)

Nos GIs, a fala dos usuários reverberou na trabalhadora e levou-a a trazer suas observações, seus próprios desconhecimentos e limites, o que deflagra o quanto estão todos atravessados pelo mesmo campo de forças. Estamos falando da inseparabilidade entre a atenção e a gestão, entre a clínica e a política. (BARROS, 2003; BARROS, R. et al., 2001; PASSOS & BARROS, 2001; PALOMBINI, 2007; TESTA, 1994). Se o saber sobre os medicamentos não circula, menos ainda pode circular o poder decisório sobre seu uso, sendo este um dos entraves da gestão compartilhada do tratamento.

Narrações sobre o medo

Concluída a etapa de GIs da pesquisa, passamos a contar com a presença de alguns dos usuários participantes dos grupos em nossas reuniões acadêmicas e videoconferências Brasil-Canadá, encontros para os quais esses usuários preparavam textos e apresentações, algumas vezes por iniciativa própria e outras por encomenda do grupo. Abaixo, o trecho de um dos textos apresentados.

“Dentro das perspectivas da Reforma Psiquiátrica vale ressaltar a necessidade de fortalecer os serviços substitutivos CAPS. E ainda alicerçar as relações dinâmicas de saúde mental entre comunidade e universidade. Uma das relações profissionais que é preciso salientar é sobre o medo. Nós sabemos que a antítese do medo é a coragem. E muitas vezes em nossas vidas temos de desenvolver a coragem. Não podemos obedecer ao medo e sim vencê-lo através da iniciativa e persistência mental positiva. O medo é uma constante e vem da razão. Acredito que trabalhando bem o irracional podemos passar para um mundo um pouco ideal e melhor, uma melhor realidade. A loucura só pode ser tratada com muito cuidado, por isso os serviços substitutivos devem ter oficinas de geração de renda, passeios e outros. Os centros de convivência são uma excelente ferramenta. Daí pode ser pensada a estrutura do serviço, o financiamento e orçamento, controle social, etc. Enfim, a melhora das condições de trabalho na saúde.”

O texto nos fala em alicerçar relações dinâmicas, indicando a existência do medo como um aspecto a ser considerado e enfrentado com coragem. Esse medo, o autor diz que vem da razão e defende o trabalho com o irracional. Como seria isso de trabalhar

bem o irracional? Em seguida, cita como pode ser o cuidado – oficinas de geração de renda, passeios, centros de convivência³, existência de controle social permeando a estrutura do serviço.

Vamos sustentar as incompreensões que nos restam e ler um pouco do que trouxe outro usuário em sua apresentação, construída junto aos parceiros da AFLORE:

“Profissionais e usuários às vezes têm medo um do outro. Profissional não provoca reação do usuário. [...] O profissional fica mais mudo no momento que o usuário provoca ele, pra mim falta conhecimento para esse profissional, acho que a academia está com o velho conhecimento que não dá condições pra vida. Profissional vira burocrata. [...] Você é um monte de coisa que às vezes o profissional não está sabendo. Como lidar com o outro que é tão diferente?”

Agora a questão do medo aparece com mais elementos. Há uma afirmação clara de que tanto o usuário quanto o profissional às vezes sentem medo um do outro. Ao longo da história, o medo permeou as relações com a doença mental. Segundo Foucault (1997 [1961], 2006 [1973-1974]), no período que antecedeu a instauração do tratamento moral, havia o medo de enlouquecer e perder a capacidade de duvidar; e, quando da construção da ideia de periculosidade associada à loucura, havia o medo do louco. Mas, quando Pinel constitui a cura do louco direcionada para sua estabilização num tipo moralmente reconhecido, a loucura não mais poderia causar medo; ela terá medo, entregue à pedagogia do bom senso, da verdade e da moral. O medo, na diretriz moral de cuidado, deve nascer no doente em relação às pessoas que ‘cuidam’ dele; esse medo vai contribuir para que ele se submeta à vontade do médico. E, na atualidade, que forças atuam para a emergência deste afeto?

Os usuários de um dos GIs discorreram longamente sobre o medo de levar “xingão”⁴ do médico: “eu ficava nervoso quando o doutor me xingava e tinha que sair pra me acalmar”; “eu tomei xingão por tomar remédio por conta e eu me senti triste e com vontade de chorar.”

Os usuários trouxeram também o medo de ter que passar por uma internação psiquiátrica, medo que os leva a esconder o que estão sentindo quando reconhecem sinais de que uma crise está chegando. O espaço da internação também é um lugar em que se pode sentir medo: “eu fui internado no Hospital e tomei um monte de injeção e não quis perguntar por que nem o que era, pois fiquei com medo de acharem que eu estava louco e darem mais injeção”.

Os momentos de crise apontam para uma intensificação da fragilidade – aspecto I do ritornelo, em que se busca erigir forças para escapar do sentimento de caos. Vale o alerta dos usuários sobre a necessidade de se lidar com o aspecto medo, que comparece ao nos relacionarmos com suas fragilidades e tentarmos oferecer cuidado. O momento da crise algumas vezes justifica intervenções tutelares, quando se tornam ainda mais raras as decisões compartilhadas. Os usuários nos indicam que em alguns momentos a vontade dos profissionais incide soberanamente sobre eles, mantendo-se ainda hoje resquícios do tratamento moral.

Ao enlaçar o que os usuários trouxeram nos GIs e, mais tarde, em suas apresentações, evidencia-se que a qualidade das relações com os profissionais interfere no tratamento, pois, se há disponibilidade de encontro e escuta dos profissionais, os usuários têm mais chance de tirar suas dúvidas e mostrarem seus pontos de vista. Ou seja, quando o aspecto I do ritornelo é ultrapassado e é possível vencer o medo, podendo o usuário trazer seus pontos de vista e toda teia de sentidos que compõe seu território existencial, é possível entrar na relação, permitindo a alguém conhecer e/ou habitar seu território, ou permitindo a si próprio saltar para se aventurar em outros territórios.

O cuidado: multiplicar lugares e possibilidades

Encontramos, nas apresentações dos usuários, ideias sobre o que produz saúde mental e propostas sobre como poderia ser o cuidado:

“A saúde está na educação popular [que] também é uma grandeza dentro da sociedade. O conhecimento não pode ficar preso na mão dos profissionais. O estudante da matemática também tem que estar no serviço, cada profissional fazendo seu papel, nós, seres humanos, somos um todo. A saúde mental não tem condições de carregar isso que está aí sozinha. A saúde mental está na convivência, quando tem problema de saúde mental tem problema na relação de convivência.”

Na conversa que ocorreu após esta fala, os usuários seguiram compartilhando suas estratégias:

“São as atividades que me ajudam, [projeto da] Rádio há oito anos, o remédio clozapina há oito anos, AFLORE há quatro.”

“Com os efeitos do tratamento no Instituto ***, o pessoal da minha igreja começou a perceber que o tratamento funciona, pois antes me viam como

‘endemoniada’ e achavam que o tratamento não era bom. A doença existe e não é coisa do demônio. Sofri preconceito até na igreja, onde hoje estão me aceitando. “

Estas falas evidenciam que é possível encontrar apoio e realização em diversos espaços e que o fato de frequentar um local e encontrar apoio nele não exclui que se possa tecer esse laço terapêutico também em outros ambientes. Experiências como estas, em que se experimenta a circulação por mais de um espaço da comunidade, remetem-nos à possibilidade de deslocalização do cuidado, tanto no que tange a lugares como aos papéis que as pessoas desempenham neles. Não é apenas o terapeuta, o pastor ou o médico que oferecem ajuda isoladamente, mas todos podem, em determinados momentos, dar sua contribuição. O que parece ser decisivo é a possibilidade de o usuário escolher e coconstruir seu percurso terapêutico.

Na pesquisa, em todos GIs, o CAPS foi apontado como um espaço de acolhimento. Porém, os pesquisadores observaram, ao conversarem sobre as atividades de interesse dos usuários, que alguns deles mantinham-se fixados àquelas promovidas pelo CAPS. Assim, era uma preocupação comum, entre usuários e pesquisadores, que o CAPS não se tornasse o único espaço destinado aos usuários: “assim como a igreja pode acabar sendo o único contato das pessoas, o CAPS também pode acabar viciando!” (U)

Paiva (2003) alerta para a possibilidade dos CAPS realizarem uma nova forma de cronificação, quando não são articuladas pontes com o território. Os usuários, por sua vez, enfatizaram as diferenças entre fazer algo no CAPS ou fora dele, indicando a relevância de desenvolver atividades em diferentes espaços, ora almejando projetos que visem à autonomia e à circulação no território para além dos serviços de saúde, ora indicando a necessidade de tarefas “protegidas”, de acordo com as possibilidades de cada um.

Assim, em um dos GIs, queixaram-se que deveria haver mais atividades exclusivas da saúde mental. Comentaram que as paraolimpíadas são uma conquista dos deficientes físicos e que a saúde mental deveria lutar para ter uma “psico-olimpíadas”, com o intuito de garantir que fossem incluídos nestas atividades, argumentando que, no mercado de trabalho, não conseguem competir com as outras pessoas e por isso têm dificuldade de se inserir. Os usuários se sentem tão em desvantagem para competir que imaginam que seria possível desenvolver algumas atividades apenas em condições de igualdade; porém, reforçam assim o estigma e a segmentação dos espaços sociais, ao não almejarem adentrar nos espaços que já estão dados na sociedade geral.

Trabalho: sustentar a diferença

A partir da modernidade, emergiu, no campo do trabalho, junto com a geração de empregos, a competitividade, provocando até hoje uma crescente exclusão do mercado de trabalho (HIRDES, 2009). Na (re)inserção social através do trabalho, os desafios correspondem ao modelo de produção capitalista contemporânea, que exclui do mundo do trabalho as pessoas consideradas inaptas e/ou improdutivas junto ao mercado (RODRIGUES, MARINHO e AMORIN, 2010).

Nos GIs, o trabalho apareceu como algo bastante desejado, mas muito difícil de realizar, pois a doença, via de regra, era vista como prejudicial à capacidade de trabalhar. Um usuário relatou a sua situação:

“Eles dizem que não vão me chamar porque eu estou com problema, mas aí alguém chega e diz: ‘Mas ele vai te fazer de graça, não cobra nada’. Então eles acabam me chamando e eu termino não cobrando.”

Observamos que há um interesse em trabalhar que ultrapassa a questão da remuneração. Mas, por que pessoas em processo de adoecimento mental não seriam remuneradas da mesma forma que outras, ao realizarem um trabalho?

Essa questão remete às relações entre trabalho e doença mental ou loucura ao longo da história. São termos que já estiveram associados de diversas maneiras, intercalando momentos do trabalho concebido como tratamento ou como papel social valorizado. E, ao longo do século XX, as atividades das pessoas consideradas doentes mentais não foram consideradas trabalho. (RIBEIRO, 2009).

Em conversa em um dos GIs, os usuários consentiram que tanto o reconhecimento quanto o dinheiro estavam implicados na necessidade de retorno ao trabalho. Porém, relatavam não se sentirem capazes de dar conta das propostas de trabalho que encontravam; inclusive, em alguns casos, o adoecimento havia sido relacionado ao modo como trabalhavam, de forma que retornar ao trabalho arriscava produzir uma piora no seu padecimento. Os usuários gostariam de retornar ao trabalho de um modo diferente:

“A pessoa, porque tem um problema de saúde, não é inútil; se não pode trabalhar oito horas, trabalha seis.” (apresentação em reunião acadêmica)

Segundo Hirdes (2009), a superação dos obstáculos para o acesso ao trabalho não se dará através de técnicas mais refinadas de adestramento, mas de problematização

das relações de trabalho vigentes em nossa sociedade. Ribeiro (2009) indica que a permanência no mercado de trabalho das pessoas que sofrem padecimento psíquico depende de mudanças nos processos organizativos do trabalho, como arranjos flexíveis, tolerância ao diferente e auxílio mais atento das chefias e dos colegas.

Hirdes (2009) defende que o grande desafio imposto para a desmistificação e aceitação dos portadores de distúrbios psiquiátricos no mercado de trabalho deverá ser travado com a sociedade. O problema, assim colocado, parece grande demais, mas como os atores envolvidos no campo da saúde mental podem enfrentar essa questão?

Segundo Rodrigues et al. (2010), no processo da atenção psicossocial, faz-se necessário um aprofundamento sobre o papel dos CAPS na articulação entre a clínica e o trabalho como direito e como proposta concreta de reinserção social para além do espaço físico dos CAPS. Hirdes (2009) coloca que o grande desafio dos reabilitadores é construir redes de suporte em relação ao trabalho e à inserção relacional.

Do material colhido nesta pesquisa, emergiram propostas na voz dos usuários para enfrentamento dessas questões. Eles propõem o CAPS como um serviço articulador com o território, que perde sua potência quando se torna um recurso único. Gostariam de trabalhar em moldes flexibilizados de acordo com suas necessidades, trazendo a ideia de que é necessário dialogar com os empregadores e repensar a lógica do trabalho. Gostariam de obter ajuda dos profissionais para conseguirem trabalhar de alguma forma, mesmo em oficinas de geração de renda. E citam, ainda, os Centros de Convivência como um serviço potente para colaborar nesta questão.

Reflexões sobre o uso de medicamentos psiquiátricos

O tema dos medicamentos é disparado em dois trechos do Guia GAM. O primeiro contempla a discussão sobre o início e tempo do uso, os motivos que levaram a usá-lo e a relação atual com o medicamento (como se sente ao tomá-lo, quais os efeitos positivos e negativos percebidos). O segundo trecho aborda aspectos mais informativos, como a receita médica, a bula, quais são as famílias de medicamentos, o que é efeito terapêutico e efeito indesejado, etc. Desse modo, primeiro o usuário é convidado a pesquisar a sua experiência de uso de medicamentos e, depois, a pesquisar o que são esses medicamentos e como está pactuado socialmente o acesso aos mesmos.

Ao longo deste percurso, os usuários trouxeram desconhecimentos e dúvidas: “até que ponto vai ajudar, o que eu devo esperar do medicamento, o que eu tenho que

fazer?” Disseram que gostariam de saber por que os remédios “às vezes fazem efeito e às vezes não fazem”, ou “para que tomar remédio, se a gente não é violenta, não agride ninguém?”

Os pesquisadores observaram a existência de dúvidas quanto à melhora, que pode ser atribuída à medicação ou a outras terapias. Observou-se também uma confusão entre sensações e vivências relativas à história de vida, ao jeito de ser, à doença ou ao medicamento. Tal confusão ganhava mais um elemento quando se conversava sobre os efeitos colaterais. Em relação a estes, apareceram queixas comuns em todos os GIs, como dormência nas extremidades dos membros, corpo “anestesiado”, alterações no sistema fecal e urinário, dificuldade de concentração, perda de memória, boca seca, obesidade, sonolência e dificuldades sexuais (impotência e redução da libido).

Apesar das dificuldades relatadas, muitos usuários afirmaram preferir viver com os efeitos colaterais dos remédios do que sem eles: “Se não tomar o remédio, a gente fica pior.” Predomina, nos relatos dos usuários, uma relação ambígua com os medicamentos e também com os médicos, que podem escutar o sofrimento e prescrever o medicamento correto, ou não oferecer o cuidado almejado. O medicamento é aquilo que traz algum alívio, mas também desconfortos e muitas dúvidas e inseguranças.

“Às vezes me pego pensando: por que tantos casos em nossas vidas em que nossas mentes não podem ser controladas sem o uso da medicação? No início de meu tratamento, tomava tantos remédios que já não tinha mais controle de minha mente. Sentia-me como se fosse um robô sem bateria, isso foi uma sensação horrível. Senti-me impotente.” (trecho apresentação de uma usuária em videoconferencia com o Canadá)

Neste recorte, quando a usuária conta sobre sua vivência, o adoecimento e o uso de remédios vêm juntos, e vemos o enlaçamento destas experiências. O modo como emergem estes relatos trazem nuances às vezes inacessíveis à nossa compreensão racional. Assim, a metáfora de sentir-se como um robô foi também trazida por outros usuários. Um deles contou que, sem o remédio, não consegue entender algumas ideias, mas o fato de a medicação ajudar no entendimento o faz questionar se ela não estaria ao mesmo tempo também fazendo dele um robô. Por essas razões, compara o ato de medicar a um tapa, que impede a reação de quem o recebe. Uma outra usuária, em encontro nos GIs, perguntou se “remédio faz a gente se tornar outra pessoa”. Em seguida, contou que o remédio a fazia “estar” em muitos lugares e que sentia que, quando tomava o remédio, se transformava, ficando parecida com um robô.

Apesar da singularidade das experiências e dos diferentes usos da metáfora do robô, esta se repete. Um robô não é humano, não tem sentimentos nem poder decisório, pois é programado para funcionar de uma determinada maneira. A metáfora do robô também remete a uma experiência de despersonalização, de desconexão de si, que se assemelha ao que as pessoas do Canadá descreveram como ‘entrave no trabalho sobre si’ produzido pela experiência de uso de medicamentos (RRASMQ-ÉRASME, 2006).

O que apresentamos aqui com relação ao que escutamos dos usuários propõe-se como um ensaio interpretativo, pois vale manter o estranhamento e vestígios de incompreensão perante o relato dessas experiências. O enlaçamento entre história de vida, sofrimento, doença e uso de medicamentos se faz de uma forma singular a cada vez que uma pessoa fala sobre isso; daí a delicadeza da escuta, que pode indexar estes ditos a concepções prontas sobre uma das dimensões – sobre aquela pessoa, aquela doença, aquele remédio em uso – ou acolher o que há de absurdo e único na vivência de cada um.

É interessante notar que, apesar da distância entre Brasil e Canadá e suas diferenças culturais, os impasses no uso de medicamentos psiquiátricos apontados pelos usuários em nossa pesquisa assemelham-se em muitos pontos ao que trazem os usuários da região do Québec: a prescrição de remédios que apresentam efeitos colaterais pesados; a dificuldade ou mesmo a impossibilidade de exprimir seu ponto de vista sobre a medicação ou de questioná-la; o fato de que questionar a medicação seja compreendido como resistência ao tratamento; prescrições muito pesadas e em prazos muito longos; informações insuficientes (RRASMQ-ÉRASME, 2006).

Ao mesmo tempo, essas semelhanças não são inexplicáveis, pois os medicamentos psiquiátricos utilizados no ocidente são os mesmos e passam a compor o repertório terapêutico dos médicos, através da indústria farmacêutica e da formação que recebem. A formação médica ocidental segue o modelo biomédico, com estreita vinculação a disciplinas oriundas das ciências biológicas e foco em identificar a doença e a sua causa, sendo insuficiente para atender ao adoecimento em sua totalidade, especialmente quando se refere ao sofrimento da vida cotidiana dos indivíduos (BALLESTER, ZUCCOLOTTO, GANNAM, ESCOBAR, 2010; GUEDES, NOGUEIRA, CAMARGO, 2006).

Não custa lembrar o quão recente é a utilização de psicofármacos. Os primeiros fármacos com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos foram

introduzidos no final da década de 40. (GORENSTEIN & SCAVONE, 1999). A psicofarmacologia emergiu empiricamente e, desde a introdução dos psicofármacos, busca-se elucidar o mecanismo de ação dessas drogas, além de utilizá-las como instrumento na geração de hipóteses biológicas sobre a fisiopatologia dos transtornos mentais. (GORENSTEIN & SCAVONE, 1999).

Assim, a prescrição segue evidências, mas não está alicerçada em certezas. Os usuários nos indicaram que a utilização desta ‘tecnologia’ de cuidado, longe de constituir uma solução fácil e confortável ou, ainda, longe de estar delegada, como responsabilidade, apenas aos médicos, demanda, na realidade, muita atenção, conversa e busca de informações por parte do conjunto dos profissionais de saúde e dos usuários.

Conclusão

A estratégia GAM propõe o acesso à informação e o diálogo entre os saberes (RRASMQ-ÉRASME, 2006). A ampliação do conhecimento sobre os medicamentos que se utiliza mostrou-se relevante para a apropriação do tratamento por parte dos usuários, como podemos observar no trecho da apresentação de uma usuária durante vídeoconferência com o Canadá, em 2010.

“Nesses meses que passaram pude perceber o quanto aprendemos e continuamos aprendendo com a GAM. Aprendemos sobre: medicação, direitos, deveres, cidadania, autonomia. Saber compartilhar em grupos, debater, esclarecer dúvidas, ganhar autonomia, isso é algo grandioso e maravilhoso que transformou minha vida e também a de meus colegas. Nós obtivemos mais informações que desconhecíamos, até então, sobre nossa medicação. Ganhamos mais confiança. Formamos um grupo muito unido, que, durante esses meses em que convivemos juntos, conseguimos tirar nossas dúvidas e, na medida em que o tempo passava, mais esclarecimentos fomos adquirindo sobre nossa medicação e sobre nós mesmos.”

A usuária nos diz que pesquisar sobre os medicamentos tornou-se também uma pesquisa sobre si mesma, indicando que a ampliação de informações formais passou pelo conhecimento da própria experiência e resultou em um avanço em sua vida no sentido de uma melhora. Fala, assim, da potência de ‘pesquisar com’.

Ao longo do ano de 2010, os usuários foram deixando de ser os sujeitos pesquisados dos GIs e tornando-se nossos colegas de pesquisa, ao colaborarem na construção do guia em nossas reuniões, ao construírem projetos de pesquisa, ao

formular e apresentarem seus próprios textos e, ainda, ao organizarem o modo como se daria o trabalho do Comitê Cidadão.

Percebeu-se que a experiência de discussão sobre a medicação nos grupos possibilitou que os usuários experimentassem outra relação com o próprio tratamento, na direção de uma ampliação da clínica (CAMPOS, 2001), de um compartilhamento entre usuários e equipes de referência quanto a diagnósticos e condutas em saúde, no sentido da participação e autonomia em seus projetos terapêuticos.

Destacam-se, ainda, os efeitos de formação do usuário através da vivência de todo o processo de pesquisa relatado. Iniciando pela aplicação mesma do guia, dando-se através da linguagem escrita, que propiciou uma leitura em grupo através da qual cada um, e mesmo aqueles não letrados, puderam experimentar-se leitores. A participação subsequente de alguns usuários nas reuniões acadêmicas de suas cidades e nos encontros multicêntricos para construção do guia brasileiro e produção de artigos sobre essa experiência propiciou o contato desses usuários com discussões e conteúdos acadêmicos, o que permitiu radicalizar o deslocamento dos usuários da posição de paciente no tratamento, e, mais ainda, de objeto de investigação da pesquisa, a pesquisadores da própria experiência de adoecimento e tratamento. Os usuários indicaram também limites destas conquistas: “Tem muito lero-lero aqui. Vocês ficam falando de autonomia, mas tem usuário que não tem condições prá isso, vai sempre precisar de uma bengala...” Trata-se da crítica que um dos usuários-pesquisadores traz ao grupo, quando da leitura do esboço de um dos artigos em construção. No mesmo encontro, ele recusa elegantemente o convite a participar do projeto que sua colega usuária do Caps formulara, dizendo que se encontrava atrapalhado, não conseguindo sequer dirigir-se até o Caps – expressando, em ato, aquilo para o qual sua crítica buscava apontar.

Acolhendo consensos e dissensos, nossas reuniões acadêmicas não foram mais as mesmas. A presença dos usuários contribuiu para a melhor redação da versão brasileira do Guia GAM, em sintonia com o modo de compreender dos usuários. Além disso, trabalhávamos em conjunto quatro equipes de pesquisadores, de diferentes áreas de saber (medicina social, psiquiatria e psicologia), cada qual com um modo de operar. Algumas vezes detínhamo-nos em longas discussões acerca de alguns temas e restávamos enredados em nossas teias de saber; geralmente, nesses momentos, eram os usuários que nos ajudavam a puxar outros fios e tecer novos nós.

Contar com a troca de saberes e o diálogo presencial efetivava o pesquisar *com*, em lugar de pesquisar *sobre*. A diferença produzida neste âmbito foi poder produzir de um modo diferente, o que nos permitiu reduzir as distâncias entre a universidade e a comunidade, aproximando-nos dos serviços e de seus usuários, bem como das redes de saúde de alguns dos municípios envolvidos.

Referências

- BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: Um desafio na formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 34 (4):598-606, 2010.
- BARROS, R. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas e Tempos Neoliberais. In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo: 196-206, 2003.
- BARROS, R. et al. A desinstitucionalização da loucura, os estabelecimentos de cuidado e as práticas grupais. In: Jacó-Vilela et al. (Org). *Clio-Psyché Hoje: Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 65-70, 2001.
- CAMPOS, G.W.S. *Gestion en salud, en defensa de la vida*. Tradução de Asia Testa. Buenos Aires: Lugar Ed., 2001.
- CAMPOS, G. W. de S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: ONOCKO CAMPOS et al. (Org) *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Acerca do ritornelo. In: *Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia*, vol.4. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- FISCHER, L. A. *Dicionário de porto-alegrês*. 8ª. Edição. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.
- FLORES, et al. *A experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro*. (no prelo)
- FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006(1973-1974).
_____. *História da loucura na idade clássica*. 5ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva. 1997 (1961).
- GORENSTEIN, C. & SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 1999.
- GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 84, : 18-32, 2010.
- GUEDES, et al. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1093-1103, 2006.

- HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1): 165-171, 2009.
- JACKSON, A. Y. & MAZZEI, L. A. (Orgs.). *Voice in qualitative inquiry – Challenging conventional, interpretive, and critical conceptions in qualitative research*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 2009.
- MAIRESSE, D. & FONSECA, T. M. G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. *Psicologia em estudo*, vol. 7, nº 2, Maringá, 2002.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Transformation des services en santé mentale. État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, 2001.
- MISOCZKY, M.C. Gestão participativa em saúde: potencialidade e desafios para o aprofundamento da democracia. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, : 324-335, 2003.
- ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*, v. 16, n. 43, 2012.
- ONOCKO CAMPOS, R. et al. *Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos. Relatório Final*. (mimeo)., 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental : Nova concepção, nova esperança*, 2001.
- PAIVA, I. *Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.
- PALOMBINI, A. de L. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.
- PASSOS E. & BARROS R. Clínica e Política na Experiência do Contemporâneo. *Psicologia Clínica*. 13(1): 89-100, 2001.
- PASSOS, E. & EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E. et al. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia – Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- RIBEIRO, M. A. Trabalho e loucura: possibilidades de carreira para pessoas em situação psicótica. *Mental (Barbacena)*, ano VII, nº 12 v. 8, : 97-117, 2009.
- RODRIGUES, R. C. et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1615-1625, 2010.
- RRASMQ-ÉRASME. *Repères pour une Gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement*, Montréal, 2006.
- SERAPIONI, M. & ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 22(11):2411-2421, 2006.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica da programação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

Cecília de Castro e Marques – consultora da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS/Ministério da Saúde, mestre em Psicologia Social UFRGS.

E-mail: cecic@terra.com.br

Analice Palombini – doutora em Saúde Coletiva UERJ, docente do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia e do Pós-Graduação em Psicologia Social UFRGS.

Eduardo Passos – doutor em Psicologia pela UFRJ, professor associado 4 do departamento de Psicologia e do Programada de pós-graduação em Psicologia da UFF.

Rosana Tereza Onocko Campos – doutora em Saúde Coletiva Unicamp, docente do Departamento de Saúde Coletiva e coordena o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

¹ Informações sobre esta aliança no site: <http://www.aruci-smc.org/>

² Os pesquisadores que conduziram os GIs eram psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais com experiência no manejo clínico próprio ao trabalho grupal com pessoas que padecem de transtornos mentais.

³ Os Centros de Convivência são dispositivos comunitários que compõem a rede de atenção substitutiva de saúde mental, voltados para a atenção a populações com vulnerabilidades diversas. O princípio da intersetorialidade orienta suas ações internas e externas na busca do desenvolvimento do convívio entre discursos e práticas plurais.

⁴ Termo utilizado no Rio Grande do Sul, equivalente a xingação. No *Dicionário de porto-alegrês* (Fischer, 1999), encontra-se: “Xingão: A unidade mínima da xingação, isto é, a mijada. Toma-se um “xingão” da mãe, por exemplo.”