

PERCURSOS NA SAÚDE MENTAL BAIANA: PELA “NAUS” DE UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL

■ EDUARDA MOTTA SANTOS

 <https://orcid.org/0009-0001-3703-9609>

Universidade Federal do Sul da Bahia

■ RAFAEL PATIÑO

 <https://orcid.org/0000-0001-6492-8252>

Universidade Federal do Sul da Bahia

RESUMO

Este artigo autoetnográfico retrata a trajetória de uma profissional de saúde mental, visando refletir sobre os caminhos do cuidado na reforma psiquiátrica na Bahia. O texto entrelaça a trajetória profissional, às políticas de atenção à saúde mental que tiveram um ritmo próprio na Bahia; assim como os avanços e entraves do modelo de atenção psicossocial. Apesar do progresso de organização da rede de atenção psicossocial, com a criação de diversos dispositivos de cuidado territorial, ainda se faz necessário muitos investimentos para destituir o modelo biomédico reducionista, centrado nos sintomas. Ações coletivas são poderosas estratégias para a mudança no modelo de atendimento, mas também são necessários incentivos financeiros e ações institucionais com foco na ampliação de experiências de participação social, educação permanente, avaliação sistemática da assistência e inserção laboral digna.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica baiana. Autoetnografia. Atenção psicossocial.

ABSTRACT

PATHS IN BAHIA MENTAL HEALTH: THROUGH THE EYES OF AN OCCUPATIONAL THERAPIST

This autoethnographic paper portrays the trajectory of a mental health professional, aiming to reflect on the paths of care in psychiatric reform in Bahia. Autoethnography intertwines the professional trajectory with mental health care policies that had their own rhythm in Bahia; as well as the advances and obstacles of the psychosocial care model. Despite the progress in organizing the psychosocial care network, with the creation of various territorial care devices, many investments are still needed to overturn the reductionist biomedical

model, centered on symptoms. Collective actions are powerful strategies for changing the care model, but financial incentives and actions focused on expanding experiences of social participation, continuing education, systematic evaluation of assistance, decent job insertion, among other actions, are of fundamental importance for changing the care model.

Keywords: Bahian psychiatric reform. Autoethnographic Research. Psychosocial care.

RESUMEN **CAMINOS DE LA SALUD MENTAL EN BAHÍA – LA MIRADA DE UNA TERAPEUTA OCUPACIONAL**

Este artículo autoetnográfico relata la trayectoria de una profesional de la salud mental, buscando reflexionar sobre los caminos del cuidado en la reforma psiquiátrica en Bahía, Brasil. La autoetnografía entrelaza el recorrido de la profesional, con el desarrollo de las políticas de atención a la salud mental en Bahía; describiendo progresos y obstáculos del modelo de atención psicosocial. A pesar de los avances en la organización de la red de atención psicosocial, con la creación de diversos dispositivos y tecnologías sociales de atención, aún es necesario destituir de su hegemonía al modelo biomédico reduccionista, centrado en los síntomas. Las acciones colectivas son estrategias poderosas para el cambio de modelo de atención en salud mental, pero también son necesarios incentivos financieros e iniciativas institucionales enfocadas a ampliar experiencias de participación social, de educación continua, evaluación sistemática de la atención e inserción laboral digna.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica baiana. Autoetnografia. Atención psicosocial.

Esse texto autoetnográfico faz parte de meu trabalho doutoral no Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia. A escolha dessa metodologia como ponto de partida da pesquisa doutoral objetiva partir da reflexão de minha trajetória profissional, como caminho para historicizar criticamente o processo de implementação da reforma psiquiátrica baiana e as práticas de cuidado em saúde mental, refletindo sobre os obstáculos que dificultam sua implantação plena, na busca pela inclusão social dos usuários de saúde mental na sociedade.

Segundo Gama et al, a autoetnografia é

[...] uma forma de pesquisa qualitativa que parte da análise crítica de experiências pessoais para refletir sobre práticas sociais mais amplas. Ela é um gênero de escrita autobiográfica, mas também uma metodologia que constrói narrativas interpretativas de mecanismos de silenciamentos ao explorar aspectos biográficos, políticos e sociais na escrita[...] (2021, p. 4).

A pesquisa autoetnográfica questiona o modelo tradicional validado historicamente pela ciência positivista, principalmente no que tange a neutralidade. Ela valoriza que o “sujei-

to pesquisador reconheça os processos mais subjetivos que o levam para o tema e advogue o valor da sua experiência como um dos principais fatores propulsores da investigação” (Santos, 2017, p. 239). O reconhecimento dessas questões, só ampliará a lente de investigação, possibilitando observar fenômenos de maneira mais ampla e, ao mesmo tempo, mais detalhada, evidenciando lhes novas formas e contornos (Santos, 2017). Outras estratégias metodológicas serão utilizadas durante o desenvolvimento da tese, buscando mapear e compreender a importância da participação social no campo da saúde mental, a partir do olhar dos usuários de saúde mental.

A minha trajetória profissional de 22 anos testemunhou a mudança, mesmo que tardia e fragmentada, do modelo de cuidado em saúde mental na Bahia. O modelo hospitalocêntrico foi substituído pela clínica psicossocial, também conhecida como clínica ampliada. Esta proposta da reforma psiquiátrica não busca ampliar o que conhecemos como clínica biomédica, constituída sob a lógica positivista, centrada nos sinais e sintomas das patologias. Também não pretende consolidar um somatório de áreas de conhecimento e olhares técnicos investidos de poder. Essa clínica propõe uma mudança de paradigma, onde o foco passa a ser o sujeito em sua complexidade. Não mais o saber sobre o outro, mas com o outro, não mais a autoridade na relação, mas a alteridade; não mais as relações assépticas e distantes, mas relações vinculares, não mais a cura prescrita, mas a produção de saúde (Campos 2002; Amarante, 1996; Silva, 2007). Essa mudança de posição no modo de atuar implica numa mudança de posição no mundo, que só se realiza nos encontros com colegas, usuários, familiares e o território.

Convido vocês a viajarem comigo na nau imaginária pelos mares das recordações da minha trajetória profissional. Quem me conhe-

ce sabe que tenho uma memória péssima, logo não são mares tranquilos, tenho dificuldade de gravar nomes, esqueço pertences pessoais por onde passo, datas, nomes de filmes, me perco nas ruas... Minha memória opera no afeto. Logo, esses registros não têm um caráter cronológico ou textual, mas dizem respeito aos que me afetaram (pessoas, vivências) e ajudaram a me construir profissionalmente, servindo de leme para minha embarcação em direção a uma clínica ampliada.

No início de 1998, formei em Serviço Social e, no final do mesmo ano, em Terapia Ocupacional (T.O). Fazer os dois cursos em paralelo foi um dos primeiros desafios profissionais. A Terapia Ocupacional me fogueou de maneira mais intensa, apesar de nunca ter pensado em trilhar a área de saúde. Fazer a formação em Serviço Social me possibilitou uma compreensão ampliada da sociedade, me aproximou das comunidades vulneráveis, permitindo a compreensão da saúde dentro de um contexto ampliado vinculado ao social. Desde o início de ambas formações tive um interesse pela área de saúde mental. Em Serviço Social fui aluna de Edna Amado, um dos pilares da reforma psiquiátrica baiana, mas foi no curso de T.O que passei a ter contato com os usuários de saúde mental e me aproximar da luta antimanicomial.

A Bahia demorou para iniciar a reforma psiquiátrica. Segundo Coutinho (2007) na segunda metade do século XX, Salvador passa por grandes mudanças com o crescimento desordenado, aumento da violência e da miséria; neste contexto surgem as primeiras instituições privadas de internação psiquiátrica na Bahia. O tratamento da loucura se manteve, até o início do século XXI, na roda giratória entre ambulatórios superlotados e emergências, como porta de entrada para internações longas, financiadas pelo SUS. Circulava nas cidades o discurso que a dita reforma, que ocorria no resto do Brasil, iria deixar os loucos baianos

nas ruas, desassistidos. Neste contexto, no final do curso de T.O busquei fazer o trabalho de conclusão sobre as possibilidades do cuidado em liberdade para as pessoas diagnosticadas com transtorno mental; procurando na literatura o que ainda não era possível se ver no meu estado.

Assim que me formei, em 1999, fui aprovada no Aprimoramento profissional do Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto. Foram dois anos mergulhada em serviços diferenciados, que buscavam novas formas de cuidar de pessoas com transtornos mentais. O programa era dividido em estágios dentro de serviços de diferentes complexidades, tendo a vivência de 3 a 4 meses em cada um: hospital dia, enfermaria psiquiátrica e interconsulta psiquiátrica dentro do Hospital das Clínicas (HC) e ambulatório infantil. Participava paralelamente de supervisões, discussões clínicas e aulas teóricas.

Iniciei no Hospital Dia, que era uma casa no meio da cidade, onde usuários em crise realizavam atividades que iam desde grupos de psicoterapia, psicoeducação, assembleias, grupos de culinária para realização do lanche coletivo, até atendimentos individualizados. No final do dia, os usuários retornavam para suas casas. Lembro-me de um supervisor confessando que não sabia o que operava dentro do funcionamento da instituição para que os usuários melhorassem, mesmo participando de atividades coordenadas por recém formados. Vários interrogantes e hipóteses emergiram: de que modo as experiências de socialização e da mudança de papéis sociais interferem na melhora de quadros clínicos na saúde mental? Qual é a função da escuta, assim como a do acolhimento diferenciado?

Fico sempre tão impressionado com o muito muito que se faz do pouco pouco que é dado. Do residir assombrado que germina assim, tão frágil semente, ganhando vulto em solo adubado. De quem será? Do semeador, do semeado?

Vivo a pergunta do mérito, da relação entre os dois, cuidado. (Oliveira, 2007)

Neste mesmo local acontecia um grupo de pós alta, coordenado por uma psiquiatra e uma assistente social. Nele participavam psicóticos que tinham passado pelo hospital dia e mantinham um encontro grupal mensal regular, onde estabeleciam trocas, relatavam seu cotidiano, buscavam estratégias para soluções de conflitos e atualizavam as suas receitas medicamentosas. Alguns mantinham seus núcleos delirantes que em nada impediam seu convívio social: um senhor, visualizava e vivenciava em uma parte do solado do sapato descolado um personagem falante que conversava. Essa cena foi marcante; era tão real a imagem para esse sujeito que os aprimorandos podíamos imaginar o sapato falante.

Neste mesmo período, lembro do convite que me fez um jovem médico psiquiatra baiano (para quem eu trazia farinha da Bahia quando viajava), para colaborar na coordenação de um grupo. Atuando no ambulatório de adultos, acostumado com as tradicionais consultas psiquiátricas individualizadas e focadas nos sinais e sintomas, este colega estava provocado pelas mudanças na saúde mental e desejava experimentar com atendimentos grupais. A proposta era atender um grupo de psicóticos que eram assistidos por ele de modo individual. Aceitei o desafio, os encontros eram semanais, em média com oito a dez usuários, com duração de 50 minutos. Essa foi uma experiência de desconstrução; assisti o colega desconstruindo/construindo saberes sobre a clínica.

Uma das situações mais interessantes foi quando um usuário novato, que estava escutando vozes pela primeira vez, estava muito assustado com a experiência e dizia que preferia morrer do que ficar escutando aquelas vozes. Prontamente outro usuário, já com muitos anos de tratamento, explicou como ele lidava

com as vozes, o que fazia para não deixarem tomar conta de sua vida; após essa fala, a angústia do novato diminuiu: “essa palavra do outro que dá o testemunho de que isso já se passou com ele é como se tivesse um poder de comunicação naquele horizonte caótico” (Silva, 2017). Mas, por outro lado, o psiquiatra se indigna. Imagino que se sentindo traído pelo antigo paciente, o questiona: – mas há anos o atendo e você disse que não escutava mais essas vozes, você mentia? O usuário responde que não, apenas respondia o que o doutor queira ouvir.

Aprendemos com esse usuário que no atendimento individual ambulatorial se estabelecia uma relação de médico/paciente, onde o médico ocupava o lugar de autoridade que supõe um saber sobre o outro, entretanto esse “outro” mesmo na sua loucura entende que interessa ao doutor é a redução do sintoma e não o que suas vivências significam ou o lugar que elas ocupam, então rapidamente aprende a responder o que o outro deseja ouvir.

O período da interconsulta psiquiátrica foi um dos mais novidosos. Acontecia dentro do hospital geral (HC), formávamos parte de uma equipe de interconsulta de saúde mental, composta de residentes médicos, aprimorandos de psicologia e terapia ocupacional e supervisores. Atendíamos os pedidos recebidos por escrito dos setores, que podiam ser demandas para o usuário ou para a equipe. Pude conhecer uma vasta clientela com múltiplos diagnósticos, gravidades e situações de vida. Desde crianças com AIDS, pacientes oncológicos com transplante de medula, pacientes com obesidade mórbida, renais crônicos. Como Terapeuta Ocupacional meu foco era no funcionamento ocupacional desses sujeitos, que tinham sido atravessados pelo adoecimento e pela institucionalização, gerando um sofrimento psíquico e em alguns casos, como comorbidade, um adoecimento mental.

Dentre os casos de interconsulta o mais emblemático foi de um caminhoneiro com doença de crohn, que já havia realizado muitas cirurgias sem o resultado esperado, descrente e deprimido passou a recusar os cuidados da equipe de enfermagem, ficando cada dia mais hostil e com higiene precária. Iniciei um trabalho de vinculação, mediado por um artesano de palito de fósforo, ensinado por ele. A cada atendimento construíamos uma cruz com os palitos e estabelecíamos nossos laços, ao tempo que contava e colava suas histórias, de perdas e aventuras. Estabelecido o vínculo, foi o momento de inserir a equipe e os cuidados aos poucos. Infelizmente a ferida física não se curou, mas conseguiu fechar algumas feridas internas e se abrir para o outro, partindo dessa vida rodeado de cuidado e afeto.

A enfermaria psiquiátrica dentro do mesmo prédio do Hospital das Clínicas mostrou-me o atravessamento do poder institucional. Mesmo com poucos leitos, com estrutura moderna, inclusive de ensino, com sala de observação com espelho onde podíamos assistir as intervenções grupais, a lógica do cuidado era predominantemente biomédica, centrada no sintoma e na adaptação social. Neste espaço acompanhei intervenções de eletrochoque, realizadas por um grupo de pesquisa do hospital. O paciente era sedado e acompanhado durante o procedimento por anestesista, cardiologista e psiquiatra. O caso que acompanhei como observadora, era um idoso com quadro grave de depressão e ansiedade, que não respondia a nenhuma medicação usada até o momento, já tinha passado pelo hospital dia sem melhora do quadro e estava internado na enfermaria psiquiátrica. Na sétima aplicação do eletrochoque o médico cancelou o procedimento por falta de avanço. Antes do procedimento o idoso aumentava muito o quadro de ansiedade e sofrimento psíquico, sem resposta satisfatória após os procedimentos. Me perguntei

como um procedimento que causou uma ferida simbólica na história da loucura, quando o eletrochoque foi usado muitas vezes como punição, deixando marcas profundas no corpo e na história de vida desses sujeitos, ainda persiste, justificado e travestido como tecnologia no campo da ciência positivista. Outra questão que a vivência na enfermaria me trouxe e que ressoa até o momento é a dita necessidade do leito nas situações de crise. A loucura cabe no leito? O que o leito convoca?

Embora não todas, várias das experiências vividas durante este período em São Paulo lembravam as práticas desenvolvidas pelo psiquiatra e psicanalista, Enrique Pichón Rivière, na Argentina. Pichón é especialmente reconhecido como fundador dos grupos operativos, método que constrói no Hospício Las Mercedes, como resultado de uma estratégia implementada para resolver o problema da falta repentina de enfermeiros. Diante da carência de agentes de cuidado no hospital, Pichon conforma, com alguns dos próprios internos, um grupo de aprendizagem e de apoio ao apoio, que se revela ao mesmo tempo terapêutico. Nas suas palavras: “...se completó en muy poco tiempo la formación de los mejores enfermeros que he visto en mi vida profesional” (Pichon, em Zito-Lema, 2001, p. 72). Essa experiência constatou a melhoria do quadro clínico dos sujeitos que passaram de pacientes a cuidadores; assim, o grupo operativo evidenciava a potência terapêutica presente na mudança de papéis sociais. Ressalto que esses papéis sociais devem ser exercidos nas relações cotidianas, fora dos hospícios, favorecendo a construção de laços sociais, onde de fato se legitima a produção de saúde.

Dentre os fundamentos dos grupos operativos, podemos resgatar especialmente um, extraído das relações entre a psicanálise e a psicologia social, e caro para as práticas de cuidado em saúde mental que inspiram a reforma psiquiátrica:

la palabra alivia y el silencio enferma. Y cuando decimos la palabra nos referimos a la representación o elaboración simbólica, porque no es solo la palabra, también el dibujo, la puesta en escena, la escultura y, en general, las producciones estéticas, que tienen una potencia terapéutica muy importante, porque permiten la elaboración simbólica de los conflictos y el sufrimiento subjetivo (Carmona Parra, 2019 p. 236).

Podemos acrescentar que as práticas de sociabilidade, de cooperação, de cuidado ou que buscam a transformação de um aspecto da realidade social, seja no âmbito econômico, político ou cultural, possuem também efeitos terapêuticos, porque facilitam mudanças nos papéis sociais de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. Do lugar social de paciente, se abre a possibilidade para muitos outros possíveis, processo que facilita a ressignificação da autoimagem, contribuindo para transformações subjetivas e muitas vezes duradouras. (Carmona Parra, 2019).

Durante o aprimoramento surgiu a oportunidade de realizar um estágio em Madrid/ES, no hospital Gregório Marañón. Passei dois meses, juntamente com uma querida colega de T.O. -Ana Paula Mastropietro, com quem dividi o quarto, as angústias e as alegrias da experiência, me situando em outra cultura, outra língua... A reforma espanhola investiu em serviços territoriais como práticas de redução de danos para dependentes de substâncias psicoativas, centros de convivência para pacientes com transtorno mental e residências de curta duração para usuários em situação vulnerável; mas manteve hospitais de pequeno porte anexos ao hospital geral para situações de crise, onde se deu nosso período de estágio.

Apesar da ambiência requintada, da boa qualidade da alimentação e dos quartos individualizados, a lógica do cuidado era a mesma: centrada na redução dos sintomas através da medicação e exclusão social. Lembro-me da inauguração de um quarto de isolamento, com

câmeras filmadoras e paredes acolchoadas para situações de agitação psicomotora. Entretanto, a experiência mais marcante se deu durante uma reunião em que fomos convidadas a participar. Tratava-se da “discussão” de um caso de uma paciente que alegava que inventou que estava louca para sair de “cena”. A reunião parecia mais um julgamento, uma mesa longa, vários médicos, nós como observadoras e a paciente. A paciente relatou que por causa de um problema que tinha se envolvido, resolveu inventar que estava louca e passar um tempo internada, mas que a situação (que ela não disse qual) já havia passado e ela queria ir embora, precisava da alta médica. Quando pediram para contar como fez para se internar, a mulher falou tranquilamente que era muito fácil enganar os médicos, mas os psicólogos deram um pouco mais de trabalho. Contou que leu num livro de psiquiatria os sintomas da esquizofrenia e a partir dessa informação, criou uma história sobre visões de extraterrestres. “Depois do primeiro carimbo no prontuário de diagnóstico de esquizofrenia, aí ficou ainda mais fácil”, relatou a paciente. Com relação às medicações prescritas confessou que fingia tomar, mas que jogava todas fora. Indignados, os médicos recusaram a alta alegando que se tratava de um transtorno de personalidade e que precisava ser melhor elucidado.

Esse episódio nos mostra o quanto a lógica manicomial vai além da estrutura física e se ancora nas estruturas de poder. O poder de decidir sobre o normal e o patológico, sobre o ir e vir, de subjugar o outro sob as vestes do tratamento e do cuidado. “Se o personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, mas porque a domina” (Foucault, 2005, p.498).

Em outro setor do mesmo hospital ficavam os usuários de substâncias psicoativas, que por ordem judicial eram internados e deveriam participar do tratamento até a alta médi-

ca. Lembro que em roda de conversa, um dos usuários comentou sobre a inveja de ver pessoas sentadas batendo papo e se divertindo, rindo de verdade, - “essa alegria só tenho com a droga”, disse.

O lugar da droga na vida desses sujeitos não era explorado neste espaço de tratamento. A abstinência era uma imposição naquele momento, que dificilmente se sustentaria após a saída do hospital. Nestes casos a sujeição ao tratamento vai além da saúde, vem atrelada a uma ordem judicial. Me faz pensar qual é o entendimento do tratamento em saúde? Em que medida ele difere do tratamento moral do início da psiquiatria, ou do período colonial em que a internação era determinada pelo rei ou pela justiça? Neste caso a saúde é uma ferramenta a serviço das orientações morais dominantes. Com os usuários de substância psicoativas as questões morais e de incômodo social são ainda mais evidentes e intensas; tratamento e adequação social/moral se confundem de tal forma que no Brasil a religião através das comunidades terapêuticas ganham cada vez mais espaço e força no cuidado a pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim como o Brasil, parece que a Espanha, mesmo apostando no modelo da Desinstitucionalização, tem dificuldade de romper definitivamente com o modelo manicomial quando se trata da crise, como se os dois modelos pudessem conviver harmonicamente na mesma rede.

O processo de desinstitucionalização instituído por Franco Basaglia em Trieste, difere da proposta de desospitalização seguido por alguns países, como Estados Unidos. De acordo com Amarante (2010) a desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades, desconstrução de saberes e poderes psiquiátricos que definem a natureza do estatuto de alienação mental e retira do dito louco a possibilidade de inscrição no

mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos. Já a desospitalização opera a nível organizacional e administrativo, reduzindo o tamanho dos hospitais, tempo de internação, criando instituições intermediárias, sem contudo questionar a natureza do saber psiquiátrico. Compreendendo a diferença desses modelos e seguindo a direção da luta antimanicomial, vemos que as situações de crise, principalmente crise psicótica, ainda é uma questão a ser trabalhada, inventada e reinventada, abrangendo toda a complexidade do sujeito que a experimenta e do seu território. Sinto atualmente, como se caldeirão de novas ideias, estratégias de cuidados diferenciadas, estivesse morno, perdendo a efervescência do início da reforma psiquiátrica.

Após concluir o aprimoramento, em 2001, mesmo com oferta de trabalho garantido, retorno para casa. Questionada por professores do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO) (onde realizava, paralelamente, estudos da terapia ocupacional psicodinâmica, sobre porque queria voltar para Bahia, já que em São Paulo teria mais condições de crescimento profissional), respondi brincando que o cheiro do acarajé e a brisa do mar me chamavam. Na capital baiana, o tratamento psiquiátrico continuava o mesmo, longe da reforma psiquiátrica experimentada em vários estados brasileiros, permanecia a porta giratória (ambulatório/internação). Internações que privam o sujeito de ir e vir, de decidir sobre si, colocando o portador de transtorno mental no papel restrito de paciente, submetido aos profissionais de saúde, ou seja ao modelo manicomial.

A minha primeira oportunidade de trabalho foi no Hospital Colônia Lopes Rodrigues, conhecido como Colônia de Feira de Santana/Ba, hospital psiquiátrico, de 1962, de grande porte, histórico na Bahia, para onde foram transferidos muitos pacientes crônicos do Hospital Juliano Moreira para um tratamento com foco

no trabalho agrícola. Me apresentei para a vaga de terapeuta ocupacional com meu currículo em mãos. Ao estendê-lo ouvi que não precisava apresentá-lo e sim uma carta de um vereador da cidade me indicando para a vaga. Apesar das expectativas frustradas de não poder trabalhar num dispositivo da reforma pelo coronelismo ainda presente na Bahia, me empreguei em outro macro hospital psiquiátrico em Salvador. Com a clareza dos ensinamentos de Basaglia sabia que a única saída possível para aquela instituição era o fechamento. As características de instituição total descritas por Foucault (2008), Goffman (2001) e Castel (1978) eram observadas diariamente naquela instituição - a ausência de liberdade de ir e vir, de escolhas, de individualidade, as demandas institucionais de ordem e de controle dos corpos e o lucro acima de qualquer prática clínica.

Uma cena me atravessou em outro nível que não só o profissional: meu pai me ligou dizendo que uma tia, que foi criada por outra família, estava em crise de mania, doando tudo que tinha e se colocando numa situação de risco. O pouco que sabia dessa parente é que era professora, servidora pública, solteira, independente e que adulta iniciou um quadro de transtorno bipolar. Sem muitas opções na cidade, orientei que levasse para a internação no hospital em que trabalhava, pois ao menos poderia acompanhá-la. Depois de internada fui visitá-la, aquela imagem nunca me saiu da cabeça, a encontrei trajando um vestido rosa de cetim, com mangas bufantes. Nesse hospital as pessoas não podiam levar suas próprias roupas, usavam roupas de doações. Vê-la desprovida de suas vestes, em um traje patético no contexto hospitalar, me afetou para além do campo profissional, me fez vivenciar na alteridade o que é ser menosprezada como pessoa; como a internação psiquiátrica, mesmo que temporária, marca os sujeitos no seu lugar de reconhecimento, sem voz, sem roupas, sem

dignidade. Destituída de sua condição de sujeito desejante, era tratada como objeto.

A reforma psiquiátrica na Bahia, ainda era alvo de disputa acirrada em 2001. A III Conferência de Saúde Mental mobilizadas por profissionais e usuários exigia a criação de uma rede de cuidados substitutiva; neste mesmo ano foi sancionada a lei federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental e define os direitos dos portadores de transtorno mental. “Essa nova Lei é um divisor de águas, uma vez que textualmente determinou a reorientação do modelo assistencial, favorecendo, pela primeira vez em termos de políticas públicas nacionais, a prioridade de serviços e ações não hospitalares” (Lima, 2022, p.64). Em 2003, graças a mudança de direção dos recursos financeiros, reduzindo os repasses para os hospitais psiquiátricos e direcionando para os novos serviços de atenção psicossocial, os hospitais psiquiátricos de Salvador deixam de ser financeiramente rentáveis e começam a fechar. Tenho orgulho de ter participado deste momento histórico e fechado, literalmente com chave, as últimas alas de pacientes residentes do hospital que trabalhava. Eles foram encaminhados para um hospital geral e posteriormente nos reencontramos na residência terapêutica no centro histórico de Salvador. Assim como o restante do Brasil, a Bahia por fim apostou na direção de um cuidado territorial e sem manicômio, seguindo o modelo de reforma de Trieste na Itália.

Tomando o fechamento da instituição psiquiátrica em que trabalhava como minha alta do manicômio, fui trabalhar num hospital geral filantrópico da cidade, Hospital Irmã Dulce, levando comigo os aprendizados da interconsulta psiquiátrica. Um tempo depois, em 2009, aprovada num concurso público do Estado, retorno para o hospital psiquiátrico, só que agora público e de pequeno porte. Apesar das diferenças estruturais, número de leitos

reduzido, gestão estadual, a lógica e o funcionamento manicomial estavam presentes. Uma das inúmeras situações de violência que me recordo foi ao chegar na unidade e presenciar uma discussão de um colega enfermeiro com um usuário. Ao me aproximar e perguntar do que se tratava, o colega respondeu que o paciente estava se recusando a tomar a medicação. Tratava-se de um jovem que em uso de substâncias psicoativas teve uma crise psicótica, mas de rápida remissão. O jovem lucidamente verbaliza que só estava querendo saber qual era a medicação e para que servia. Tentei mediar a discussão dizendo que era um pedido justo, afinal de contas nós não tomamos remédio sem saber qual e para que, sugeri pegar o prontuário. O profissional de saúde se sentindo deslegitimado me confrontou – “desde quando paciente tem que saber das coisas? Se está prescrito, tem que tomar, por bem ou por mau”. O mau se referia ao uso da força e contenção física, prática comum nos hospitais psiquiátricos. Percebi que apesar da criação de novos dispositivos de cuidado a velhas práticas objetivantes permaneciam no dia-a-dia dos serviços.

Avanços na direção da Reforma Psiquiátrica

O Estado da Bahia passou a ter uma área técnica de saúde mental na Secretaria de Saúde, uma equipe comprometida em estimular a reforma no Estado. Os primeiros CAPS são iniciados no interior, mas sem sinais de construção de novos serviços da reforma psiquiátrica no município de Salvador, o estado, implementa três centros de atenção psicossocial. Um deles, o CAPSIA, foi aberto no ambulatório infantil estadual que fazia parte de um complexo denominado Hospital Especializado Mario Leal, composto pela internação psiquiátrica, onde eu trabalhava, a emergência e ambulatório de

adultos. Assim que soube da novidade entrei em contato com a área técnica de saúde mental da SESAB e pedi para fazer parte da equipe. Mesmo a contragosto da diretora da instituição, fui formar parte da construção do primeiro CAPSIA da Bahia. O desafio foi enorme; a equipe foi formada por um misto de profissionais antigos do ambulatório, acostumados com a clínica tradicional, resistentes ao processo de mudança e outra parte também inexperiente com relação a proposta, sem nenhum modelo a seguir, - “construam, inventem”, essas eram as palavras proferidas pela gestão estadual. Somando a essa diversidade, as diferentes formas de contratação, vínculos trabalhistas e salários diferenciados se tornaram questões importantes, que tomavam espaço nas reuniões de equipe, em detrimento das discussões de casos clínicos.

Antes da transição completa para o CAPS infantil, fui convidada a trabalhar na Faculdade Bahiana De Medicina como preceptora de estágio, acompanhando os alunos de terapia ocupacional no estágio de saúde mental, que acontecia neste hospital estadual. Depois de algum tempo na preceptoria, uma colega de faculdade me apresenta o professor da Universidade Federal da Bahia, professor Marcus Vinicius Oliveira, sim, aquele que era o maior protagonista e lutador pela reforma psiquiátrica na Bahia. O envolvimento e trabalho de Marcus no campo da saúde mental não se limitava a seu papel como docente universitário no Instituto de Psicologia da UFBA; mas foi reconhecido como ativista na luta pelos direitos cidadãos de pessoas com transtornos mentais. Lembro dele provocando, instigando e inspirando a participação nas ações coletivas da luta antimanicomial. Ainda quando estudante, algumas das palestras de Marcus, despertaram em mim a chama pelo movimento social. Marcamos uma reunião e Marcus me conta sobre o desejo de realizar um projeto de

estágio dentro da clínica psicossocial, capaz de mostrar na prática que era possível tratar todos os usuários em liberdade. Estava em busca de uma parceria que acreditasse na proposta e trabalhasse com ele na implementação. Encantada com a proposta ousada e com a oportunidade de trabalhar com essa figura emblemática aceitei o desafio. Sugeri que elegêssemos como participantes, os pacientes que tivessem história de internações recorrentes.

Denominado, Intensificação de Cuidados, o projeto iniciado em 2004 contava com dois supervisores de estágio (eu e Marcus) e alunos de psicologia da UFBA e de terapia ocupacional da Faculdade Bahiana de Medicina (FBDC). A proposta de estágio era audaciosa, buscava interrogar um ponto nevrálgico do cuidado aos psicóticos: a suposta necessidade da internação psiquiátrica, defendida por muitos, inclusive por trabalhadores dos serviços substitutivos, como necessária para alguns casos e nas situações de crise. Essa experiência propunha uma clínica que atendesse, não as necessidades institucionais, mas as necessidades dos sujeitos psicóticos em seu território, no seu ambiente social, junto com sua rede de relações, mesmo que precárias. O programa conhecido como PIC, possuía pressupostos norteadores: 1) todo fato psíquico é um fato social; 2) estruturação psíquica e pertencimento social são duas coisas que estão em mão dupla o tempo todo, em tráfego intenso; 3) o manejo das relações vinculares é um dos orientadores da direção da clínica e um elemento fundamental da “continência psíquica”. A compreensão sobre as instituições totais se embasava nos teóricos Foucault e Goffman; Tomando como referência Lacan, Castel e Garfunkel, que abordam a fragilidade vincular do psicótico que favorece ao isolamento e exclusão, a psicose era compreendida como estrutura psíquica, que transgrediu os padrões de normalidade instituídos.

Vários outros teóricos foram trabalhados durante o programa através de seminários e leitura e discussão de textos visando o embasamento teórico do trabalho a exemplo de Roselló e Barreto, Bleger e Pichon Riviere.

A intensificação de cuidados consiste em um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes sociais de sua relação, que lhes dão sustentação na sociedade (Oliveira, 2007). Os cuidados intensivos eram realizados através de visitas domiciliares ou onde o usuário se encontrava (na rua, internado, ou em outros lugares). Também eram oferecidos encontros semanais grupais, passeios e comemorações culturais coletivas (São João, Natal e outras datas significativas no contexto cultural), construindo com eles novos espaços de sociabilidade. Os estagiários buscavam atender o que os sujeitos demandavam para a reorganização de suas vidas, assessorando-os para o enfrentamento das tendências socialmente expulsivas motivadoras das reinternações frequentes” (Oliveira, 2007). Eram demandas aparentemente simples, mas que se constituíam como base para organização da vida dessas pessoas, a exemplo de acompanhar em trâmites cotidianos relacionados ao exercício como cidadãos, como por exemplo a emissão da carteira de identidade, o pedido de Auxílio de Prestação Continuada (BPC), realização de exames médicos etc. Era um empréstimo do poder contratual, muitas vezes bastava a presença ativa do acompanhante para construir um caminho do laço social e da autonomia. Como coloca Merhy (SD): - “O ato cuidador é cúmplice dos processos de agenciamento de processos autonomizadores dos usuários, agregando ganhos de graus de liberdade na capacidade de dirigir seus processos de caminhar na vida”.

Durante as sessões de supervisão surgiu um incômodo dos estagiários, porque ao acompanhar os usuários para retirar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), estes por terem o diagnóstico de transtorno mental eram encaminhados ou orientados a dar entrada no processo de curatela, que significava a perda da capacidade civil, sendo judicialmente interditados e tutelados no exercício da cidadania. Inclusive o cartão do benefício ficaria aos cuidados do representante legal. Essa determinação jurídica já não existia há muitos anos no Brasil, mas na Bahia continuava sendo praticada com a complacência e validação de instituições públicas. Diante da fala e perplexidade dos alunos, Marcus pergunta – e o que vocês vão fazer com isso? Construam uma estratégia de enfrentamento! Assim surge uma audiência pública com representantes legais do INSS, OAB, Ministério Público, CRESS, estagiários e usuários, que culminou com a extinção da vinculação do BPC à curatela. Essa foi uma das inúmeras vivências que mostraram a potência da clínica ampliada, ela não se separa da política, das demandas cotidianas, seja no campo individual ou grupal.

A experiência do PIC não foi só intensa para os usuários e familiares, mas para os estagiários, para mim e para Marcus também. Certamente a fase mais tensa, prazerosa e enriquecedora da minha trajetória profissional (pelo menos até hoje). A tensão de sustentar em uma faculdade privada um formato tão diferente do usual, me responsabilizando por estudantes que eram estimulados a calcular os riscos, aprender a responder pelas suas atitudes em nome da clínica, quebrando muitas vezes os protocolos institucionais e disciplinares formais. A tensão derivada de estar dentro de uma instituição tradicional, conduzindo um projeto às avessas do que se entendia como cuidado, suportando as críticas dos corredores e uma torcida quase explícita para

que algo desse errado. Ao mesmo tempo era prazeroso acompanhar a mudança na vida dos assistidos pelo programa, vendo, mesmo que só pelo olhar dos estagiários ou nos grandes eventos, a transformação daqueles que antes só ocupavam o lugar de pacientes e agora conseguiam ocupar distintos papéis ativos na sociedade. Prazeroso por acompanhar o crescimento e amadurecimento pessoal e profissional de cada estudante e mais tarde vê-los ocupando um lugar diferenciado no campo da saúde mental baiana. Prazeroso pela companhia e aprendizado com o colega, professor e entusiasta Marcus Vinicius, que me acolheu ao seu lado e dividiu comigo essa experiência transformadora que consolidou dentro de mim o fazer da clínica ampliada.

Para além da experiência no PIC, Marcus me apresentou a AMEA, associação de usuários de saúde mental, onde passei a participar de reuniões de mobilização social, encontrando espaço para coletivizar a militância e integrar ações como a “Parada do Orgulho Louco”: na Bahia, as manifestações sociais pela implementação da reforma antimanicomial incluíram ações inspiradas nas tradições populares. O Carnaval emprestava ao trio elétrico para celebrar o dia da luta antimanicomial e Marcus, com seu potente discurso, subia nele denunciando os processos de exclusão e privação de direitos aos que eram submetidas as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo que exigia mudanças nas práticas de cuidado na saúde mental.

Neste tempo já tinha assumido as disciplinas teóricas de saúde mental na Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC) que ajudou a embasar o campo e o núcleo de saberes em saúde mental e da Terapia Ocupacional. No decorrer dos quatro anos do Programa, os serviços substitutivos foram se ampliando na Bahia e a faculdade em que eu ensinava mudou o campo do estágio para um CAPS em

Salvador. Concluímos a experiência do PIC com um grande seminário de avaliação, que contou com a presença de importantes pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde mental e, é claro, familiares e usuários atendidos pelo PIC. Como resultado tivemos uma redução significativa de internações psiquiátricas, melhoria na qualidade de vida dos assistidos e familiares, ampliação da participação social e da rede social, preparação dos futuros profissionais para atuação na rede de saúde mental, dentro dos princípios da reforma.

Desde que comecei minha vida profissional, incluindo a época de estudante, sempre estive envolvida em mais de um trabalho, grupos de estudo e/ou projetos. Em empregos públicos e privados, na assistência, na gestão, na docência, na preceptoria; geralmente misturando fazeres diferentes, mas dentro de uma mesma lógica do fazer. Então retornando o passeio pelas recordações, durante a escrita deste texto fui acionada a noite pelo meu inconsciente através de um sonho com uma pessoa que me remete a momentos difíceis e dolorosos, talvez tenha sido o motivo de ter dado um desvio no trajeto discursivo. Trabalhar no CAPSIA não foi só um período de aprendizado profissional, tanto da clínica com crianças e adolescentes, como de serviços substitutivos. Foi um período que atuei como preceptora da residência multiprofissional do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e foi quando mergulhei de modo mais profundo no movimento social da luta antimanicomial. Participar das reuniões da Associação de usuários (AMEA), acompanhar os usuários tomando a frente da luta antimanicomial, debater as dificuldades dos serviços, criar enfrentamentos às distorções políticas foi no mínimo um aprendizado enriquecedor. Este mergulho no ativismo resultou em assédio profissional; fui retirada do serviço, difamada nas instituições e colocada à disposição do Estado. Apesar dos avanços na Bahia dos serviços substitutivos, a disputa

de forças e espaços ainda era intensa, mesmo no setor público. Como estava gestante e afetada com a situação, procurei reduzir o ritmo e fui trabalhar no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do idoso (CREASI).

No CREASI, apesar da fama de “incendiária” (pessoa que colocava “lenha” no movimento social), fui generosamente acolhida por colegas e amigos que já me conheciam. Existia dentro naquela instituição um CAPS de idoso; a inquietação que mora em mim começou a questionar que dispositivo era aquele. Fugia da lógica territorial, tinha sua atuação dentro de outra instituição, de formato ambulatorial biomédico.

Nesse espaço encontrei parceiras de diálogo e fazeres que me conduziram gentilmente no universo da atenção à pessoa idosa, com suas peculiaridades deste ciclo de vida. Durante o trabalho, compreendi de que modo, no contexto do capitalismo, marcadores sociais como gênero, classe social, ocupação e raça, condicionam os processos de envelhecimento tornando alguns sujeitos mais vulneráveis do que outros.

A partir das reuniões com a equipe que antes formava o CAPS, surgiu a proposta de montar um núcleo de atenção em gerontologia (NAG), que atendesse idosos mais frágeis e vulneráveis de maneira mais próxima e intensa que o ambulatório. O NAG, mais condizente com a proposta institucional, foi um marco no CREASI. Realizamos reuniões semanais para discussões clínicas, grupos coordenados por duplas interprofissionais, oficinas de artesanato, grupo de familiares, atendimentos individualizados de terapia ocupacional e psicologia, grupos de cidadania e o alerta geral (saída coletiva com um coletivo de idosos para circular pelos espaços de lazer e cultura da cidade). Chamaram-me a atenção as falas das idosas durante os passeios pela cidade. Elas relatavam que apesar de morar há 70 ou 80

anos na cidade, nunca tinham conhecido museus, praias, shopping center, praças públicas. A vida cerceada de lazer, de sociabilidade, de circulação pela cidade, uma sensação de não pertencimento, uma cidade dividida. A restrição do ir e vir nos territórios não é limitada somente pela instituição ou pela razão/sanidade ou ausência dela, questões sociais, como renda, raça, ciclo de vida e gênero também inibem e limitam a famosa liberdade “garantida” pela democracia.

A dupla jornada Estado e faculdade se encerra com o processo de fechamento do curso de Terapia Ocupacional na Baiana; fui aprovada no concurso da prefeitura de Salvador em 2013, passando a atuar como Terapeuta Ocupacional no CAPS Jardim Baiano, que também assistia uma residência terapêutica. Para minha alegria pude reencontrar os ex pacientes do hospital que tinha fechado, agora como moradores do centro histórico da cidade. Fui recebida na casa deles com alegria, eram oito homens e uma mulher. Cada um com seu estilo e dinâmica na casa, aos poucos fui compreendendo aquele funcionamento peculiar, passei a ser tecnicamente a referência de alguns moradores. Semanalmente nos reuníamos para conversar sobre as finanças, os problemas cotidianos ou para somente escutá-los. Aprendi com eles mais do que em qualquer livro ou professor poderia ensinar. Somos criados dentro do paradigma positivista onde a razão se sobrepõe a tudo, sem “ela nada sou”. Essa herança cartesiana do sujeito da moderno da razão é tão introjetada em nós que mesmo os críticos, profissionais da luta antimanicomial, temos que estar nos policiando para não incorrer em práticas julgadoras, que subjagam o outro tido como louco, desarrazoado. Em diversas conversas com a equipe do CAPS o exercício do poder pela tutela que destitui de autonomia os sujeitos, aparecia disfarçado sob um discurso cuidador: “ele não sabe lidar com

o dinheiro, está se endividando, pegando empréstimo”; “ela não pode sair sozinha, se aproveitam dela” (profissionais do CAPS).

Como nos traz Merhy (SD) a tutela pode ser castradora; nós profissionais de saúde somos treinados para o cuidar, mas pouco refletimos sobre os limites desse ato. A maioria dos moradores eram idosos, sem vínculos familiares, com exceção de um jovem que foi institucionalizado desde criança, chegando na RT um jovem adulto, com diagnóstico de deficiência mental moderada e psicose; não verbalizava. Com o tempo na casa e as interações sociais, iniciou a verbalização de algumas palavras. Não reconhecia números, ou valores, logo seu benefício era administrado pela equipe do CAPS. Um dia em dos encontros da casa, fui questionada por um dos moradores que tinha o papel de liderança, sobre o porquê do jovem não receber seu dinheiro. Expliquei a situação e que visava a proteção do recurso dele, fiz a prestação de contas coletivamente. Não convencido ele retrucou – isso não está certo! O dinheiro é dele, deve ir para mão do dono. Então acordei junto com o grupo, na presença do jovem, que a partir daquele dia seria dado um dinheiro diário para que ele pudesse gastar como quisesse. Nada de treinamento com dinheiro falso, um valor pequeno, mas com valor comercial. O jovem, com o pouco recurso diário passou a ir na barraca do bairro comprar balas e compartilhar com as pessoas às que estava ligado afetivamente. O dinheiro do Programa de Volta para Casa possibilitou a construção de redes afetivas também para uma moradora que desenhava seus próprios vestidos de gala e ia na costureira pagar para realizar seus desejos ou no salão fazer seus cabelos. O território que resistiu à implantação da R.T, passou a ser cliente, cuidador e amigo dos vizinhos diferentes. Toda a equipe do Caps contribuiu em alguma medida para a construção da relação entre os novos moradores e os antigos, foi um

trabalho de tecimento social. Parafraseando Silva (2007): não existe lugar fora do social.

Reviravolta da viagem

Após uns anos entre a assistência ao idoso, o CAPS e a RT, em 2016, meu esposo passou no concurso na Universidade Federal do Sul da Bahia. Nos mudamos para Porto Seguro, cidade turística, no extremo sul do estado. Na cidade não havia nenhuma instituição do Estado em que pudesse atuar, assim acabei indo trabalhar na gestão da saúde. Imaginei que a pasta de saúde mental, apoiando os serviços dos oito municípios da Região seria o melhor campo de trabalho e procurei me animar com essa nova possibilidade, entretanto quando fui me apresentar à coordenadora da instituição, contando um pouco da minha experiência e como podia contribuir, fui surpreendida pela colocação de que a instituição não precisava de mim para apoiar a RAPS, já que essa rede não era do interesse dos municípios e que tinha pastas descobertas mais importantes. Sempre soube do lugar de pouco prestígio da saúde mental, mas aquela fala de não lugar foi demais. Após algumas discussões acabei assumindo o apoio à atenção básica. Vencendo minha própria resistência na nova área, com o apoio incondicional da apoiadora estadual da Diretoria de Atenção Básica, Denise Diniz, fui me apropriando de outros saberes.

Somando à pasta da Atenção Básica recebi a tarefa da Comissão Intergestores Regional (CIR), da qual me tornei membro regional, para construir o Plano Regional da Rede Cegonha da região de saúde de Porto Seguro. Diante da magnitude da “encomenda”, sem nenhuma experiência na área materno infantil além dos meus dois partos, convidei a todos que podiam construir conjuntamente um plano condizente com a realidade regional. Assim, durante um longo e intenso ano de 2017, nos reunimos: ges-

tores da área materno infantil (atenção básica, hospitalar, regulação e vigilância epidemiológica) dos oito municípios que compõem a região de saúde; controle social, representado por um movimento de mulheres que lutavam contra a violência obstétrica, e representante da UFSB. Essa construção do plano foi o embrião do Fórum que se constituiu no ano seguinte. A rede cegonha me atravessou de uma forma que foi tema de minha dissertação de mestrado - Formas de menosprezo na violência obstétrica: as vozes das participantes do Fórum da Rede Cegonha. Com a coordenação do Fórum, função que desempenho até hoje, renasceu o meu prazer pelo trabalho no SUS. Ver a Rede, composta de instituições de diferentes níveis de atenção dialogando, tecendo, modificando o fazer, construindo conjuntamente; o controle social tensionando para a melhoria do cuidado, é ver tornar possível o que está proposto, claro que dentro dos limites do ritmo político moroso e de todos os entraves da rede pública.

Aprendi com essa rede que são possíveis mudanças na formas e paradigmas de cuidado, mas para que isso aconteça é necessário o envolvimento de todos, principalmente da população, através do controle social (institucionalizado ou não) e das decisões políticas. A organização de constituir em CIR, uma comissão para participar do fórum, ter os encaminhamentos dos fóruns mensalmente levados a CIR para deliberação, já garante a pauta e o olhar sobre a Rede e isso faz muita diferença. Acredito que a saúde mental apesar de ter sido pioneira nas reformas em sua assistência, hoje tem muito a aprender com a organização da Rede Cegonha (RC).

Voltando para a atenção básica, me reencontrei com a saúde mental acompanhando o município de Eunápolis, que tinha sido contemplado com o percurso formativo – Caminhos do Cuidado, que visava a aproximação da atenção básica à saúde mental. E já esta-

va eu de novo, a convite do município, participando de rodas de conversa de saúde mental dentro das UBS. Acabei assumindo a pasta de apoio à saúde mental junto com a AB e RC, aproximando-me da realidade dos serviços e das gestões dos oito municípios da Região de Saúde de Porto Seguro. Depois de alguns anos ganhei uma parceira no apoio à saúde mental, Isabela Salgado. Realizamos reuniões mensais com os coordenadores de CAPS, levantamos as demandas, ofertamos inúmeras capacitações e supervisões.

Depois de oito anos na região, vejo que apesar dos avanços inegáveis no cuidado em saúde mental, ainda persiste e o modelo biomédico; em alguns mais explícito, como ambulatórios disfarçados (o processo de trabalho focado para dentro da instituição, para aqueles que chegam ao serviço e atendimentos prioritariamente individuais, focados na redução de sintomas); outros mais implícitos nas regras institucionais e/ou condutas de alguns profissionais. Poucas ações nos territórios, quase nenhum ativismo social, ações de participação social incipientes ou inexistentes. Não podemos deixar de levar em conta que passamos dois anos de pandemia COVID 19, que além de afetar a saúde física e mental e tirar a vida de milhares de brasileiros, levou a um retrocesso imenso em toda saúde, com o afastamento da população dos serviços de saúde, crescimento de movimentos antivacina, esvaziamento dos CAPS, fortalecimento da direita radical ameaçando um retrocesso na política de saúde mental. Atualmente, em 2024, estamos revivendo no Brasil, com o novo governo federal, uma retomada da luta antimanicomial e de políticas públicas mais condizentes com as propostas da reforma.

O 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental veio energizar as forças oprimidas durante os quatro anos de retrocesso nas políticas públicas. Participei em 2023 da etapa Regional

na organização e da etapa Estadual, ocorrida em Salvador, que teve como tema: A Política da Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS. Revivi a energia contagiante da clínica ampliada, em volta dos colegas militantes, dos usuários lutadores, assistindo o protagonismo político através das propostas, debates, moções, apresentações teatrais e musicais, que evidenciaram a potência do cuidado territorial focado na participação social.

Saindo da conferência, fomos comer o tradicional acarajé da Dinha, no Rio Vermelho, com as ditas “loucas” e uma ex-estagiária do PIC, atual professora da UFBA e mais umas colegas. Entre um acarajé e outro, participei através de uma escuta ativa de uma conversa entre uma profissional e uma usuária, onde a profissional solicita orientação para ajudar outra usuária curatelada pela família; a usuária discorre sobre sua história de vida, de como a loucura e sua relação familiar a levou a uma situação subcidadania por meio da curatela e dos caminhos emocionais, sociais e jurídicos que teve que percorrer para reverter tal processo. Apontava, em seu discurso, como as vivências manicomial moldaram sua subjetividade e a relevância da sua participação no grupo de teatro Os Insênicos, na restituição de uma percepção positiva de si “hoje sou poeta, atriz, avó e militante, continuo louca, mas aprendi a lidar com as crises” (usuária do CAPS).

Afetada por essa fala, me surgiram questões: como essas experiências possibilitaram a mudança de posição da usuária no mundo? Quais são as marcas que esses sujeitos, que vivenciaram violências diversas, carregam? Para elas existem espaços de participação social atualmente na Bahia e como se dá essa entrada? Essas questões me levaram ao doutorado no Programa Estado em Sociedade na UFSB, onde inicio minha pesquisa com essa viagem

interna, para em seguida, situada na caminhada, percorrer “o que a Bahia tem” em termos de participação social de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, para chegar até o foco do trabalho: as transformações subjetivas de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, associadas ao engajamento em ações coletivas, espaços de participação social e de sociabilidade.

Já ia me esquecendo da última e não menos importante jornada. Com muitos trabalhos, mas de um emprego só, com péssima remuneração, me vi tendo que buscar outra fonte de renda. Retornei ao atendimento de crianças, agora na esfera privada. Essa mudança me levou a um novo universo de estudos – neurologia, integração sensorial, desenvolvimento infantil... A Terapia Ocupacional, antes desconhecida, ganha grande repercussão no atendimento a autistas. Muitas questões surgem a partir desse novo espaço, mas isso é “papo” para outro lugar.

Minha viagens continuam, vamos ver que outros mares me aguardam, no meu barco, hoje mais fortalecido, levo a identidade de tecedora de Redes. Redes sempre tecidas a muitas mãos. Todas operando no social, lugar legítimo do cuidado em saúde.

Os rumos da saúde mental Baiana

Na minha caminhada pela saúde mental aprendi atravessando os níveis e formas de atuação que é fundamental a direção, sem ela o barco fica à deriva. Mas a direção somente não é suficiente, são necessárias uma série de condições para que o barco possa navegar, condições técnicas estruturais. É necessário um bom capitão que conduza a viagem e marinheiros competentes e desejosos. Sem falar das condições das marés. O cuidado em saúde mental é reflexo da direção da política pública. O rumo pode ser de manutenção das práticas de exclu-

são de tudo aquilo que incomoda ou intimida por diferente ou desconhecido; ou o da inclusão. O caminho da inclusão requer investimento financeiro em espaços que potencializam a participação social, de criação, de pertencimento nos âmbitos do comércio, na cultura, no lazer, na vida. Investimento nos trabalhadores, com vínculos laborais que respeitem a dignidade e os direitos, com estímulo à capacitação profissional. Avaliação contínua dos serviços, com supervisão externa. Priorização da RAPS em todos os níveis federativos, com estímulo à realização de fóruns intersetoriais. É importante situar, que quando falo em direção política, não me refiro somente aos gestores eleitos democraticamente, mas a uma política que, construída coletivamente, não se permita mudar a cada gestão. Para isso é necessário evidenciar, cientificamente e coletivamente, que a forma de cuidado proposta pela reforma psiquiátrica coaduna com a democracia.

Referências

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, 142 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>
- CASTEL, Robert. **A Ordem psiquiatria**: a idade de ouro do alienismo / Robert Castel; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- CAMPOS, Gastão. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Publicado em Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf> Acesso em: 15 mar. 2024
- CARMONA PARRA, Jaime. La Psicología Social de Enrique Pichon Rivièrre: Un lugar de convergencia del Psicoanálisis, el Interaccionismo Simbólico y el Materialismo Histórico. **Revista Tempus Psicológico**, 2(1), p. 231-257, 2021. Disponível em: <https://revista-sum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/tempuspsi/article/view/2623> Acesso em: 15 mar. 2024
- COUTINHO, Domingos; SABACK, Eduardo. **O Histórico da Psiquiatria na Bahia**. Gazeta médica da Bahia; 77:2, p. 210-218, 2007. Disponível em: https://gmba-hia.ufba.br/adm/arquivos/artigo15_20072.pdf Acesso em: 15 mar. 2024
- DESCARTES, René. **O discurso do método**. Editora WMF Martin Fontes, São Paulo: 2001.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- GAMA, Fabiene. et al. Apresentação - Autoetnografias, escritas de si e produções de conhecimentos corporificadas. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 37 / 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21300.a>
- GIANNELA, Valéria. Epistemologue? Epistemologia para os não filósofos, guiando a ação para o tempo que vem. **Revista Terceiro Incluído**, V.6, n.1, p. 339-354, Jan./Jun., 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/teri/article/view/36362> Acesso em: 15 mar. 2024.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- LIMA, João. **Análise da implantação da política de saúde mental na Bahia: o processo de transição do modelo assistencial entre 2001 e 2021**. 556 f. 2022. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC-ISC), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.
- MERHY, Emersom. **O desafio da tutela e da autonomia: um desafio permanente do ato cuidador**. [SD]. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0276.pdf> Acesso em: 15 mar. 2024
- MORIN, Edgar. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, Alfredo; NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do.(orgs). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise

da modernidade. 3.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 20-34.

NEUBERN, Mauricio. **As Emoções Como Caminho Para Uma Epistemologia Complexa da Psicologia**. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n2/4378.pdf> Acesso em: 15 mar. 2024

IN-TENSA. EX-TENSA / Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia, PIC -Programa de intensificação de cuidados e pacientes psicóticos. Salvador, BA: UFBA, FFCH, Ano I, n. I, p. 52-59, 2007.

SANTOS, Silvio. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Plural**, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.24.1, p. 214-241, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/>

[plural/article/view/113972](https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/113972) Acesso em: 15 mar. 2024

SILVA, Marcus. Psicose e ressonâncias sociais, **Revista IN-TENSA**. EX-TENSA / Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia, PIC - Programa de intensificação de cuidados e pacientes psicóticos. Salvador, BA: UFBA, FFCH, Ano I, n. I, 2007.

ZITO-LEMA, Vicente. **Conversaciones con Enrique Pichon Rivière sobre el arte y la locura**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1993.

Recebido em: 28/03/2024

Revisado em: 28/11/2024

Aprovado em: 01/12/2024

Publicado em: 20/12/2024

Eduarda Motta Santos é doutoranda pela Universidade Federal do Sul da Bahia. Mestra em Estado e Sociedade pela Universidade Federal do Sul da Bahia. Servidora pública estadual. Participante do grupo de pesquisa Estudos interdisciplinares sobre subjetividade, relações de poder e violência. E-mail: eduardams@hotmail.com

Rafael Andres Patiño é Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Pós-doutorado em memória social Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professor adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia. Líder do grupo de pesquisa Estudos interdisciplinares sobre subjetividade, relações de poder e violência. E-mail: rafaelpatino@ufsb.edu.br