

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Camila Marchiori

**Entre contos, pontos e encontros: uma história sobre as redes, adolescência, saúde
mental e educação no interior paulista**

São Paulo
2020

CAMILA MARCHIORI

Entre contos, pontos e encontros: uma história sobre as redes, adolescência, saúde mental e educação no interior paulista

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Luisa Sandoval Schmidt

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Marchiori, Camila

Entre contos, pontos e encontros: Uma história sobre as redes, adolescência, saúde mental e educação no interior paulista / Camila Marchiori; orientadora Maria Luisa Sandoval Schmidt. -- São Paulo, 2020.
138 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Trabalho em rede. 2. Saúde Mental. 3. Educação. 4. Adolescência. 5. Interior Paulista. I. Schmidt, Maria Luisa Sandoval, orient. II. Título.

Nome: Marchiori, Camila

Título: Entre contos, pontos e encontros: uma história sobre as redes, adolescência, saúde mental e educação no interior paulista

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Luisa Sandoval Schmidt

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____



Ao adolescente que me acompanhou nessa jornada, ensinando mais do que poderia imaginar, e àquele que me guiou e esteve comigo todos os dias até agora.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Miguel Marchiori, e aos meus avós, Antônio e Rosa (*in memoriam*), que cuidaram de mim e me criaram com amor. Por cada momento dedicado à nossa família. Pelos dias de descobertas e passeios pelo sítio de charrete, pelas orações ensinadas antes de me colocarem para dormir e por me tornarem uma mulher forte, humilde e corajosa.

À minha irmã gêmea Karina, com quem aprendi o significado do amor, amizade e companheirismo. Agradeço por estar comigo em cada um dos meus segundos de existência. Por me ensinar a compartilhar e a escutar. Por me incentivar no percurso da escrita destas linhas e colorir cada um dos nossos dias com seu conhecimento e paixão pela vida e pelas artes. A você que é professora de artes, defensora da preservação das memórias de nosso interior e dedicada a cada um de seus alunos, preocupada com suas vidas e histórias e que, no ato de ensinar, ensina-os também a resistir e persistir. Meu agradecimento também a meu cunhado Thiago, “Tio Chico”, por fazer parte da minha família e da nossa história. Por toda sensatez, pelo olhar sempre atento e pela disposição em ajudar com os pequenos e grandes afazeres da vida, por amar e cuidar de minha irmã, do gato Galileu e do pequeno Théo.

À Gustavo Seloti. Meu melhor amigo, meu eterno namorado e amor. Por todos os dias em que você esteve comigo, por cada gracinha, cada sorriso e cada carinho. Obrigada por simplesmente ser quem você é e me escolher para compartilhar a vida. Que nosso amor cresça a cada dia, e que as aventuras proporcionadas por estar ao seu lado recheiem nossas histórias e memórias. Eu te amo!

À minha mãe Cibele, por me dar vida, amor e carinho. Por me ensinar sobre respeito, perseverança e simplicidade. Mulher engenhosa, valente e divertida de quem herdei alegria e criatividade.

A meu irmão, Augusto, o menino mais inteligente, persistente e trabalhador que conheço. E a meus irmãos Felipe e Luiz, por serem tão maravilhosos e me encantar e cativar todos os dias, cada um a seu modo.

À Fernanda, esposa de meu pai, que também é professora e diretora, empenhada e dedicada à educação em nossa pequena cidade e, por vezes, por meio de relatos de sua rotina, mostrou-me a importância de escrever sobre inclusão na rede de ensino.

A Celso e Virginia Seloti, meus sogros que me acolhem, preocupam-se e cuidam de mim todo o tempo. Obrigada por me apoiarem em absolutamente tudo.

Às minhas tias, tios e primos, Marecilda, Iracema, Bete, Marilena, Newton, Zé Carmo, Daniel, Alessandra, Má, Serginho, Ju, Diogo, Paola, Livia, Isa, Amanda e Igor. Por estarem sempre por perto, pelo apoio mesmo distante e pelas boas lembranças da infância no sítio.

Às amigas desde o pré-primário, meus primeiros laços de amizade mais profunda e duradoura: Laisa Altino, Isis Ganéo, Kayssa Kauffman, Fernanda Mayer e Vinicius Teixeira, que me acompanham até hoje, alegrando meus dias, enfeitando minhas lembranças e compartilhando cada uma das fases e prazeres da vida. Obrigada por terem me escolhido.

Às amigas que o tempo me trouxe, Helen Tambolin, Gabi Leghi, Jéssica Varizo, Livia Zuffo, Carina Zaccariotto, Mariana Machado, Aline De Carli, Amanda Sellarin Alves, Loraine Gaino, Leticia Betini e Helena Bortolotto. Mulheres maravilhosas, que me inspiram a cada dia com a força e a beleza que carregam consigo. Não tenho palavras suficientes para agradecer o presente que é tê-las ao meu lado e compreender a cada dia, a cada mensagem e a cada abraço o significado da palavra amizade. Agradeço também aos amigos Fillippi Alves, Rafael Rego, Marcel Henrique, Marlon Alexandre de Oliveira e Eduardo Fontanari Barbosa, homens que não tem medo da nossa força e buscam todos os dias lutar contra o sistema das mais variadas formas. Todo meu amor e admiração por cada uma (e cada um) de vocês.

Aos amigos do “Unidos Venceremos”: Débora, Dimba, Rafael, Nathalia, Ariane, Adrian, Gustavo, Karina e TC por todo apoio, todas as festas, as risadas e os bons momentos.

À mon professeur du français, Deise Donadel. Pour leur amitié, des conseils, sa didactique parfaite et délicieux petits-fours avec du thé au caramel pendant le cours. Sans vous et vos enseignements je n'aurais jamais obtenu mon approbation à l'école d'études supérieures. Merci beaucoup !

Aos amigos e colegas de trabalho: Flávia Anversa, Mayra Zamariolli, Maiara Sinotti, Camila Santos, Lu, Rafael, Heitor, Aline, Marcelo e Ariadne pelo aprendizado, pelas risadas e pela companhia. Em especial a Cristiane Queiroz, minha amiga, companheira de aventuras e colega de profissão – que eu possa sempre aprender e me inspirar com sua bravura e inteligência.

À Cristina Loperogo, que me ensinou e orientou durante a formação em psicologia e seguiu

sendo minha supervisora, acompanhando meu caminho pela clínica da psicanálise e da saúde mental. Sem seu conhecimento, sua delicadeza e seu incentivo não seria possível percorrer os caminhos que percorri até aqui. Obrigada por me ensinar a escutar, por seguir comigo os caminhos que escolhi e sempre me lembrar que nossa luta por uma sociedade mais justa, livre e solidária é constante e vale cada segundo.

À Rê Magalhães (*in memoriam*), a menina que amava girassóis, pelos papos, pelos ensinamentos e pela inspiração. Onde quer que esteja, saiba que minha admiração por você é eterna.

Às escolhidas pela Saúde Mental: Izabelita Henrique, Vanessa Noronha, Valéria Palaveri e Elaine Azevedo. Pois, com vocês, alegrei meu caminho pela saúde mental, apaixonei-me cada vez mais pelo fazer antimanicomial e aprendi como se cuida e como se é cuidada nesse campo muitas vezes duro e incerto. Sem vocês, nenhuma história aqui seria contada, nenhuma lembrança seria feliz e tão pouco teria se produzido conhecimento.

A Camila Minatel, Tatiane Nacca, Maurício Mangetti, Tati Thiago, Jennifer, Sara Zero e Márcia Thim pois, sem vocês, esta pesquisa não seria possível. Obrigada por me aceitarem e ensinarem absolutamente tudo. Por cada dia, cada encontro, cada troca e cada linha de escrita e estudo. Obrigada!

À equipe que me acolheu nos últimos anos e esteve comigo em tantas histórias e tantos caminhos, permitindo que, nos encontros e desencontros, fosse possível aprender e também ensinar: Deborah, Lizandra, Flávia, Luciana, Kaiara, Maria Fernanda, Dani Gasparini, Paloma Souza e Tassi Pinheiro, muito obrigada por tudo, inclusive pela paciência comigo, com meus sonhos e meus ideais de uma sociedade melhor para todos.

A Pedro Milanesi, meu primeiro orientador nos tempos de TCC, que, com paciência e muito conhecimento, fez-me ingressar e me apaixonar pelo campo acadêmico e suas loucuras. Sem sua orientação e incentivo, com certeza não estaria onde estou hoje.

À querida Simone Ramalho, mulher fundamental para minha formação, que me mostrou caminhos possíveis e fantásticos, proporcionando as experiências mais mágicas e importantes que experimentei no campo da saúde mental. A você, agradeço por absolutamente tudo que sei, pelo modo que hoje enxergo a vida e suas belezas.

À professora Ianni Scarcelli, pelo olhar gentil e pelas contribuições tão importantes no desenvolvimento desta dissertação.

Aos trabalhadores da Universidade de São Paulo (USP) que resistem para que ela siga forte, pública e acessível a todos. Em especial à Sandra e Olívia que sempre acolheram e sanaram minhas dúvidas de caráter institucional e aos professores que tive a honra de conhecer em meu percurso: Vera Paiva, José Leon Crochik, Pedro Fernando da Silva, Henriette Tognetti Penha Morato, Alessandro Soares da Silva, Sônia Barros, Marcia Oliveira, Toyoko Saeki e Regina Celia Fiorati.

Aos amigos uspianos, Tainá Dal Bosco, Lubi Prates, Alberto Borges Valente e Lucas Silva. Há amor na selva de pedras, companheirismo e amizade na pós-graduação, e vocês são a prova disso. Sem vocês, minha passagem pela Universidade de São Paulo (USP) não teria sido tão feliz, tão calorosa e entusiasmante. Obrigada por me ajudarem a passar por esse momento com mais leveza e sabedoria.

Por fim, ao grupo de pesquisa que me acolheu.

Um dia, em 2017 desembarquei na selva de pedras. Peguei o temido metrô e segui meu caminho para a USP. Sentia como se borboletas enlouquecidas se debatessem dentro de mim, era meu primeiro dia na pós-graduação. Em uma sala cheia de livros, quadros, pastas e recortes na parede, encontrei-o: meu grupo – e família de pesquisa.

Dani Uga, Denise Zakabi, Flávia Leal, Nicole Nothën e Malu, grandes mulheres que me acompanharam por esse percurso e me mostraram que a pós-graduação pode ser uma bela passagem, cheia de bons encontros, muito estudo, dedicação, risadas e amigos. Com vocês, aprendi tanto que é impossível pôr em palavras. Agradeço por cada dia, leitura e orientação. Obrigada por compartilharem comigo trabalho, pesquisas e experiências são bonitas e cheias de entusiasmo, força e esperança. Levo para a vida cada uma de vocês e seus ensinamentos.

À Malu, em especial, agradeço por ter mostrado que a escrita, a pesquisa e a vida acadêmica são feitas de cada pedacinho de nossa história; deve ser leve, sempre nos tocar e produzir sentidos. Com você, entendi que orientar é estar junto, ensinar, mostrar caminhos, aconselhar, acalmar e despertar o desejo de escrever sobre nós, nossas memórias e histórias. Obrigada por toda sensibilidade, por toda acolhida e pelo afeto. Foi um presente ter sido orientada por você.

RESUMO

MARCHIORI, Camila. (2020). *Entre contos, pontos e encontros: uma história sobre as redes, adolescência, saúde mental e educação no interior paulista* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Tomás tinha 16 anos quando chegou ao Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij) pela primeira vez. Era uma segunda feira-feira cheia de trabalho no serviço quando nos conhecemos. Um adolescente negro, magro, alto, vestindo camiseta, bermuda e chinelo, que me olhou fixamente com seus olhos marejados. Na sala que escolhi para o acolhimento, puxei uma cadeira e sentei-me ao seu lado. Nenhuma palavra foi dita de início, mas aqueles olhos, que não me esqueço, olhavam para o canto da sala com insistência. A partir da história de Tomás, um adolescente que, após uma crise psicótica, desejou ir à escola, eu articulo a narrativa de experiências a dados e teorias referentes à vida, à saúde mental, às políticas públicas e aos movimentos de redes no território interiorano. Esta é uma pesquisa participante, que teve como interlocutores os integrantes do coletivo de rede de uma cidade localizada no interior paulista. Seus objetivos fundamentais dizem respeito ao desejo em contar as experiências das redes no território e apresentar, por meio de narrativas, compreensões sobre seu processo de construção e articulação. O processo para produção de dados sobre o tema das redes se deu com a aproximação e inserção da pesquisadora em coletivos já existentes no município, tornando possível construir com os atores sociais e interlocutores desta pesquisa uma história sobre nossos modos de fazer redes e, assim, tecer algumas compreensões sobre os desafios, as dificuldades e as necessidades da rede, sobretudo, no que diz respeito aos dilemas frente à experiência da loucura na adolescência e ao encontro necessário entre os campos da saúde mental e educação.

Palavras-chave: Saúde mental. Educação. Adolescência. Trabalho em Redes. Interior paulista.

ABSTRACT

MARCHIORI, Camila. (2020). *Between tales, points and encounters: a history about the networks, adolescence, mental health and education in São Paulo's countryside*. Masters Dissertation. Psychology Institute, University of São Paulo

Tomás was 16 when he arrived at CAPSij for the first time. It was a Monday full of work to do when we met. A black, thin and tall teenager wearing a shirt, flip-flops and shorts who looked at me steadily with tearful eyes. I dragged a chair and sat by his side in the room that I chose for the first contact, no words were spoken at first, but those eyes, which I don't forget, stared at something with persistence in the corner of the room. Starting from Tomás' story, a teenager which, after a psychotic crisis, wished to go to school, I articulate the narrative from experiences to data and theories referring to life, mental health, public policies and the network movement in the country region. This is a participative research which had as interlocutors the members of a network collective from a town located in São Paulo's countryside. Its fundamental objectives concern the desire to tell the network's experiences in the territory and present, through narratives, comprehensions about its construction and articulation processes. The data gathering process about the network's theme took place with the approximation and insertion of the researcher in the already existing collectives in the county, making possible to build alongside the interlocutor social actors of this research, a story about our means of networking, and, by doing so, weave some comprehension about the challenges, difficulties and necessities of the network, mostly, on what regards the dilemmas facing the experience of madness in the adolescence and the necessary encounter between the mental health field and education

Key Words: Mental Health; Education; Adolescence; Networks; São Paulo's countryside

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AEE	Atendimento Educacional Especializado
AI-5	Ato Institucional nº 5
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DE	Diretoria de Ensino
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GPS	Sistema de Posicionamento Global
GT	Grupo de Trabalho
LAPS	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
LDBEN	Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PNE	Plano Nacional de Educação
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de volta para casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RH	Recursos Humanos
RP	Reforma Psiquiátrica
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas da Igualdade Racial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 UM GIRASSOL ME DISSE	14
1.1 IMAGENS DO INTERIOR NA CAPITAL	18
1.2 UM LUGAR A QUILOMETROS DE DISTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	20
1.3 PASSADO, PRESENTE, FUTURO	22
1.4 UM LUGAR PACATO, UM MANICÔMIO BARULHENTO	27
1.5 O QUE O RETROCESSO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL SIGNIFICA POR AQUI?	33
2 PRÍNCIPE DA PÉRSIA: AS AREIAS DO TEMPO	39
2.1 OS ENCANTOS, ENCONTROS E DESENCONTROS NO ADOLESCER	41
2.2 A PRIMEIRA EXPERIÊNCIA COM A CRISE	49
2.3 POR QUE AINDA INTERNAMOS NOSSOS ADOLESCENTES?.....	57
2.4 ESCOLA, PARA QUÊ E PARA QUEM?.....	67
3 A TERRA DE TOMÁS: UMA HISTÓRIA SOBRE AS REDES	82
3.1 CONHECENDO O CHÃO DE TOMÁS E TANTOS OUTROS	85
3.2 DESEJOS E PERCALÇOS DE UMA PESQUISA NO INTERIOR	89
3.3 A DESCOBERTA DA REDE INTERSETORIAL NO INTERIOR E AS MUDANÇAS DA PESQUISA.....	95
3.4 COM QUANTOS NÓS SE TECE UMA REDE?	104
3.5 A POTÊNCIA DAS REDINHAS	112
4 THANK YOU FOR PLAYING, TOMÁS!	124
REFERÊNCIAS	128
ANEXOS	134

1 UM GIRASSOL ME DISSE

De acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [SEADE] (2006), o estado de São Paulo subdivide-se em 645 municípios, distribuídos em 42 regiões de governo, 14 regiões administrativas e três metropolitanas. A alta concentração das atividades produtivas e a capacidade de geração de renda no estado é um dos indicativos utilizados para o expressivo crescimento populacional. De 2000 a 2005, por exemplo, o crescimento populacional no estado foi de 1,6% enquanto o do país foi de 1,4%. Com relação à economia, nos anos 1940, já era percebida uma significativa concentração industrial em São Paulo que favorecia principalmente a região metropolitana. Com o passar do tempo, a desconcentração da atividade industrial rumo ao interior beneficiou as regiões central e leste. O leste é caracterizado pelo alto crescimento populacional, áreas de maior dinamismo econômico e também maior concentração urbana. De acordo com boletim disponibilizado pela mesma instituição no final do ano de 2018 (SEADE, 2018), o estado considerado o mais rico do país possui uma economia diversificada e os recursos humanos mais qualificados.

Essa pequena descrição é encontrada facilmente nos meios de comunicação. Sem nenhuma novidade, podemos dizer que estamos em um dos estados mais ricos e desenvolvidos do país e, nosso interior, o leste, também é considerada uma área de pleno desenvolvimento econômico. Somos, sem nenhuma novidade, privilegiados.

Mas este não é um texto sobre dados ou informações. Este é um texto sobre memórias, experiências, sentidos e marcas. Por esse motivo, contarei sobre o interior que vivo a partir de outras perspectivas que não a “oficial”, veiculada nos meios de comunicação.

O interior do estado de São Paulo é repleto de belas histórias. Cidades que, em sua maioria, ostentam a tranquilidade, a beleza e o ar puro tão desejados na cidade grande.

São várias as cidades nesse estado tão rico, sendo impossível descrever cada uma delas, suas características e suas histórias. Por esse motivo, usarei como ponto de partida o lugar de onde eu mesma parti para o mundo e, assim, julgo que poderei elucidar um pouco sobre o que estou querendo dizer quando me refiro ao interior. Com isso, espero também que aqueles que tiverem acesso a este texto possam se sentir inspirados ou provocados a contar suas histórias e ajudar na construção de uma caracterização desse lugar lindo que é nossa casa.

Meu canto talvez seja um dos mais pequeninos da região. São aproximadamente 4.002 histórias que habitam lá. Uma das mais famosas talvez seja a de seu surgimento. Segundo o

hino local,¹ um viajante que passava pela encruzilhada formada no encontro das estradas de Pirassununga e Rio Claro viu “como uma visão num céu anilado e todo estrelado uma virgem cândida”, que julgou não poder ser outra que não a imagem da Imaculada Conceição. Conta ele que “ao lado da formosa senhora erguia-se uma cruz, banhada de luz” e, assim que seguiu viagem, concluiu que ali um dia se formaria uma cidade que levaria o nome de Santa Cruz da Conceição.

Santa Cruz da Conceição, segundo site oficial do município (Santa Cruz da Conceição, s/d), nasceu em 1836, em um pedaço de terra onde as estradas de cidades vizinhas marcavam um encontro. A cruz de madeira que sinalizou o local deu lugar a um pequeno rancho que hoje transformou-se em nossa belíssima Matriz Imaculada Conceição.

Em 1898, houve uma tentativa de emancipação política por parte dos moradores do pequeno pedaço de chão. Mesmo com forte oposição das cidades vizinhas, Santa Cruz chegou a tornar-se município e esperou com otimismo que o prolongamento do ramal de estrada de ferro trouxesse consigo o progresso esperado para o lugar. Uma estrada que nunca chegou e paralisou todo o desenvolvimento esperado para o lugar que, em 1934, voltou a ser considerado distrito da cidade vizinha.

Conta a história que seus moradores sempre acalentaram o sonho de ver o lugar prosperar e tornar-se de vez um município. Até que finalmente, em 1953, o sonho tornou-se real.

Sessenta e seis anos atrás, pela resistência e pelo desejo de seus moradores, o pequeno espaço de terra marcado com uma cruz de madeira tornou-se definitivamente uma pequena cidade.

O interior a que me refiro é formado por pequenas cidades muito próximas umas das outras. Suas fronteiras, em maioria, são ligadas por grandes estradas de terra e plantações. Milho e cana de açúcar são as escolhas do momento e tornam grandes pedaços de terra roxa em um grande espaço verde.

Embora atualmente a cana-de-açúcar tome a maior parte dos pedaços de terra da região, tenho um carinho muito grande pela época em que o algodão pintava de branco todo esse território que chamo de lar.

Vivi toda minha vida nesse interior, corri e cresci pela plantação de algodão no sítio em que nasci e fazia disso meu brincar.

¹De acordo com os moradores de Santa Cruz da Conceição, o hino *Celeste visão* foi composto pelo Cônego Manoel Simões de Lima. A canção teria sido oficializada hino do município em 6 de setembro de 1977, mas, muito antes disso, dizem que a melodia já era cantada pelas ruas da pequena cidade pelo Sr. Ville Gagheggi. A data exata de sua composição é cercada por histórias e controvérsias.

Ao final da tarde, enquanto meu pai e avô pesavam grandes sacos de algodão, eu e minha gêmea subíamos no caminhão da algodoeira e mergulhávamos em um mar branco estacionado em nosso quintal.

Grandes pilhas de sacos de estopa cheios do algodão do sítio eram estocadas no rancho, e meu pai amarrava cordas no madeiramento do lugar para que eu, minha irmã e meu primo pudéssemos brincar ao nos pendurar e saltar entre as pilhas.

Conforme cresci, o branco do algodão deu espaço para o verde das laranjeiras. Belas, formavam um pomar em que também era possível se divertir. Por anos, as laranjas foram o grande negócio do sítio, até que uma doença conhecida dos citricultores assolou os pomares na região, obrigando-os a arrancar seus pomares e dando lugar, gradativamente, para que tudo aos poucos fosse se tornando canavial.

Quando criança, eu via as queimadas da cana nos sítios vizinhos. Sentia medo ao ver as labaredas tomarem conta do território e fazerem um reflexo vermelho alaranjado nas janelas de casa. No canavial, era proibido brincar. Perigoso por suas folhas bem vastas apagarem os caminhos no chão de terra, havia o risco de nos perdermos no meio da plantação. Era o fim da correria.

Entristeci com a chegada da cana. Sofri com a retirada do pomar e me recordo com saudades do branco que um dia pintou meu quintal. Quando criança, não conseguia entender bem porque as cores do sítio mudavam tanto. Hoje, já adulta, tenho clareza que a ordem do agronegócio engoliu as cores e vem tornando tudo em um grande deserto verde.

Meu pai ainda tenta sustentar outro modo de plantio. Obviamente tendendo ao que gera renda, mas sem deixar de lado a importância e os significados da terra conquistada por ele e meu avô.

Atualmente, embora muito da terra tenha se tornado cana-de-açúcar, ele ainda investe em outros cultivos como o plantio de feijão, milho e níger, alguns pés de abacate, mandioca e até mesmo jabuticabas, que são vendidos para comerciantes locais. A criação de aves de corte, que segue o protocolo de bem-estar animal e vai tendendo a produção de aves em sistema orgânico, também faz parte da produção e nos lembra muito o que meu avô fazia antigamente.

Ao recordar essa história, quase posso ouvir meu avô chamando as galinhas nos fins de tarde para comer os grãos de milho jogados no quintal. O terreiro em frente à casa ainda permanece intacto, e é ali que anualmente acendemos uma fogueira e comemoramos com familiares, amigos e vizinhos o dia de Santo Antônio, como meus avós costumavam fazer no passado.

Era nesse mesmo terreiro, onde os grãos eram postos ao sol, que se uniam todos os trabalhadores, vizinhos e amigos para bebericar a caipirinha tradicional oferecida por meu avô ao fim dos dias de trabalho. Essa é mais uma história que faz parte da memória de nossa cidade. A caipirinha no final do expediente fez parte da rotina do sítio durante toda a vida de meu avô, que servia seus amigos em um pequeno bule de alumínio para comemorar o bom dia de trabalho na roça e a colheita que viria em seguida.

Pela história de nossa família e pelos ensinamentos de meu avô sobre o cultivo da terra e o modo como se faz negócios, meu pai insiste em não se limitar unicamente ao plantio de cana. Além de todos os outros cultivos que mencionei acima, hoje, em frente à minha casa meu pai fez nascer uma pequena plantação de girassóis e, foram esses girassóis que me ajudaram a fazer conexões entre as histórias do presente e as do passado.

Abro as janelas e os vejo voltados para a luz. Muitas maritacas aparecem para se alimentar das sementes e uma quantidade absurda de lagartas toma conta do lugar. Em breve, todas as lagartas se tornarão borboletas e o espaço cheio de girassóis formará uma bela paisagem.

Ao olhar os girassóis voltados para a luz, outra lembrança aparece em meus pensamentos tomados pela necessidade de escrever esta dissertação. Como um belo estalo, sem achar que se trata de uma coincidência, vem à mente as lembranças da época em que cursei a faculdade de Psicologia em Araras, já adulta.

Olhando a plantação amarela, lembro, então, com muito carinho e saudade, de uma amiga que amava girassóis e que milhares de vezes compartilhou comigo seu amor pela saúde mental.

Com toda certeza não se trataria de uma coincidência, em um momento que muito preocupada com a escrita tenha parado para contemplar a plantação de girassóis de meu pai.

Em nossos últimos encontros, falamos sobre o manejo das crises na psicose, sobre o interior e as dificuldades de manter uma postura antimanicomial frente a tantos retrocessos e investidas agressivas de hospitais psiquiátricos que ainda compõem nosso território. Em um pequeno texto que escrevi sobre o tema das redes, ela fez sua marca e, pouco tempo depois, deixando seus ensinamentos e suas lembranças, minha amiga ficou encantada.

Das lembranças e histórias da experiência no sítio que cresci às lembranças e histórias da experiência na faculdade, percebo uma maneira de me chegar ao tema que pretendo tratar nesta dissertação.

São as experiências, tanto minhas quanto das pessoas com quem convivo (e faço trocas no interior), que darão base para as discussões aqui apresentadas.

São as lembranças de minha infância, dessa amiga, da faculdade, dos colegas de turma, de trabalho e dos encontros que o interior tão grande e ao mesmo tempo tão pequeno possibilita que abrião os caminhos da escrita e tornarão possível a conclusão desta experiência de mestrado.

1.1 IMAGENS DO INTERIOR NA CAPITAL

Essa minha história de criança pode ser também a de muitos por aqui. Todos nós crescemos com histórias do interior, onde as cidades são minúsculas em comparação à grande selva de pedras.

Santa Cruz da Conceição é tão pequena que não possui Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Toda a população é referenciada nos serviços das cidades vizinhas. Inclusive, todas as minhas experiências no campo da saúde mental se deram fora dos limites de minha cidade natal. Gostaria de destacar que o uso de Santa Cruz como ponto de partida é para ilustrar o cenário interiorano ao qual vou me referir nesta dissertação, mas os relatos de experiência aqui apresentados não se tratam de situações vivenciadas nessa cidade em especial. Espero que, com os casos que vou contar, aqueles que entrarem em contato com esta dissertação possam visualizar um contexto, imaginar e criar outros cenários e, quem sabe, até mesmo associar minhas histórias a seus próprios municípios. Talvez uma história sobre as cidades ao redor de uma pequena Santa Cruz da Conceição possa se assemelhar a outras de diferentes cidades interioranas do país e as experiências aqui retratadas possam compor as histórias desses outros lugares, mesmo que possuam nomes, personagens e desfechos próprios.

São várias as características que posso mencionar na descrição da cidade. A ferrovia (que não passou em Santa Cruz, mas pelas cidades ao redor), a floresta e os milhares de ipês, o cheiro de café e chocolate, as decorações de Natal, as quermesses na praça, as cachoeiras, os lagos, as lagoas e os grandiosos morros, a cachaça, a esquadrilha da fumaça, a cerâmica, a lembrança e herança de Zequinha de Abreu, o jequitibá rosa, as flores, os esportes radicais e a fé são algumas das muitas características que fazem referência ao nosso interior.

Mas, embora as cidades da região nos contem histórias cheias de encanto e poesia, é importante dizer que nosso território não está a salvo de certas mazelas.

Durante meus dias em São Paulo, encontrei-me diversas vezes com pessoas curiosas quanto à vida no interior e as ouvi questionar qual o interesse em realizar uma pesquisa que contasse um pouco de suas histórias.

Percebi que, no imaginário dos colegas da capital, permanecia a ideia de que as coisas funcionariam de maneira exemplar nas cidades do interior, por serem tão pequenas e terem instituições e serviços tão próximos uns dos outros.

Nesse sentido, para alguns colegas da capital, a discussão e prática de ações na direção da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, a implementação de redes de cuidado, as ações de garantia de direitos e de fortalecimento e valorização do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros serviços públicos não deveriam ter grandes desafios ou problemas em lugares tão pequenos.

A ideia de que no interior “as coisas funcionam” pela facilidade do encontro e diálogo entre a população, profissionais, gestores e atores sociais das redes de maneira geral é algo que compôs a maioria dos discursos com que me deparei ao longo dos anos da pós-graduação e andanças por São Paulo.

Até posso compreender – graças à minha experiência na metrópole – de onde vêm essas cenas imaginárias do interior. Mesmo com sua população a perder de vista, seu trânsito caótico e as dificuldades de mobilidade, a distância entre os serviços e as casas de seus usuários, na cidade de pedra existem e resistem as mais maravilhosas experiências de cuidado em saúde mental. Mesmo aos trancos e barrancos, os profissionais, a comunidade, os usuários e seus familiares que habitam nesse território colocam a Reforma Psiquiátrica em discussão e fazem acontecer as mais belas ações antimanicomiais que já pude testemunhar. As referências acadêmicas sobre as experiências na saúde mental na capital são numerosas e muitas vezes servem de inspiração as ações que vamos propondo nas pequenas cidades. Mesmo em um espaço tão grande, existem pessoas que se unem em coletivos para produzir e promover ações em suas regiões e que aos poucos vão abraçando seus pares, extrapolando muitos limites e encontrando outros tantos coletivos que formam uma rede potente, mesmo a baldeações² de distância.

Desse modo, se em uma cidade grande como São Paulo, com todas as adversidades e dificuldades, é possível articular redes e produzir coisas, é compreensível que a imagem de uma cidade do interior seja atribuída à ideia de uma prática sem grandes dificuldades ou grandes desafios.

² Segundo o dicionário brasileiro da língua portuguesa Michaelis, “baldeação” diz respeito ao ato de passar passageiros de uma embarcação para outra. Em São Paulo, é comum que as pessoas usem o termo para indicar a troca entre as linhas de metrô ou trem a fim de realizar e/ou concluir um trajeto. Da rodoviária do Tietê à Cidade Universitária, no Butantã, por exemplo, no trajeto de metrô, realizamos uma baldeação, pegamos o metrô na linha azul (Portuguesa-Tietê) e desembarcamos na Estação da Luz, onde fazemos a baldeação para a linha amarela sentido Butantã.

1.2 UM LUGAR A QUILOMETROS DE DISTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Certa vez, uma adolescente que acompanhávamos no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij) apresentou-se em um momento de crise. Havia ferido profundamente seus braços com lâmina e foi levada ao hospital da cidade.

Dizia no auge de seu sofrimento que, ao sair dali, tentaria novamente tirar sua vida. Estávamos a dois dias de um feriado prolongado e, embora já tivéssemos nos organizado em equipe para atender e acolher a adolescente em sua casa e espaços próximos dali durante o período festivo, entendíamos que sua permanência no leito de retaguarda seria benéfica principalmente do ponto de vista protetivo. Nossa recomendação enquanto equipe e serviço substitutivo era que ela permanecesse no hospital até o próximo dia útil, quando o CAPSij voltaria às atividades de rotina e poderia propor de novo ações e intervenções no território. Na ocasião, tínhamos em nossas atividades o que chamamos de “absorção imediata”³ para casos graves e em crise, e poderíamos dar continuidade às práticas de cuidado nas dependências do CAPSij após o feriado. Nossa solicitação era que a adolescente passasse os cinco dias no hospital recebendo os cuidados da instituição para seus ferimentos. A equipe de referência do CAPSij realizaria visitas técnicas todos os dias até o momento de sua alta hospitalar.

No hospital geral, brigamos para garantir o direito ao leito. Entre inúmeras justificativas para a não permanência da adolescente, foi proferido que “a lei (que garantia o leito aos pacientes psiquiátricos) não tinha validade ali” e “casos assim devem ser internados em hospitais psiquiátricos especializados”. Foi um momento difícil não somente para a equipe, mas sobretudo para a adolescente e sua família, que não conseguiam se sentir bem-vindas no ambiente que deveria cuidar dela. A história seguiu o mesmo caminho de muitas que a antecederam e aconteceram depois. Muita discussão, muitas ameaças, muitos relatórios, solicitações e até mesmo o envolvimento do promotor local, que nos recebeu em seu gabinete.

Mesmo diante do ofício do promotor solicitando o cumprimento da lei, a resistência do responsável pela instituição em garantir o leito de retaguarda permaneceu em evidência. O posicionamento e indicação do médico psiquiatra responsável pelo caso no CAPSij foi deslegitimado, e o mesmo responsável pelo hospital chegou a questionar a psiquiatria como uma especialidade verdadeiramente médica. A ordem final diante do ofício que não permitia a ele continuar negando o leito foi que caberia a cada profissional médico (da instituição) a decisão pela alta.

³ No CAPSij, quando os usuários apresentam um quadro de crise intensa, lançamos mão de uma ação nomeada “absorção imediata”. Nessa ação, o projeto terapêutico é composto de atividades durante todo o período de funcionamento do serviço, de acordo com as necessidades de cada usuário, para que ele permaneça na rotina e possa estar sob proteção, supervisão e cuidados adequados.

Por essa razão, a equipe do CAPSij se organizou para ir ao hospital discutir e orientar cada um dos plantonistas para que pudessem manter a internação no leito nos dias que se seguiram até o fim do feriadão.

Tão pacato em comparação à agitação de São Paulo e com uma pequenez em seu território – que viabiliza o contato rápido e direto entre os atores sociais de toda a rede – no interior, muitas vezes, o encontro entre equipes e serviços no instante em que certas necessidades são identificadas é algo comum. Reconheço que muitas vezes essa proximidade permite que nossas equipes se articulem de maneira esplendidamente ágil. É necessário reconhecer que conseguir um horário com o promotor para discutir a disponibilidade de leitos no hospital geral e o cumprimento da lei não é algo exatamente fácil ou rápido em cidades mais populosas. Por aqui, muitas vezes basta uma ligação e lá estamos nós.

Mas é preciso dizer que essas facilidades e esses encontros não são a regra, nem frequentes quanto gostaríamos, nem garantem a existência de uma rede articulada. Há particularidades do nosso interior que acabam tecendo a realidade de uma maneira bem diferente do que é construído no imaginário daqueles que estão fora dele. Isso interfere diretamente na maneira que construímos e articulamos nossas redes, promovemos e fazemos valer as políticas públicas.

Falta de conhecimento sobre os serviços existentes no município, pouco entendimento sobre as políticas públicas do próprio serviço ou dos serviços com quem deveriam manter uma conexão em rede, pouco diálogo com quem não pertence à mesma equipe ou à mesma secretaria, disputas por cargos, encrencas oriundas da mudança de gestão, desejo pelo desmonte de algumas equipes e serviços em função de projetos pessoais, etc. são alguns dos problemas enfrentados aqui. Sem desconsiderar que tais questões também podem compor os cotidianos na cidade grande, é preciso dizer que o tamanho do lugar também facilita que os desmontes aconteçam de maneira muito mais rápida e se concretizem antes mesmo que as equipes possam se dar conta e se mobilizar de maneira contrária.

No que diz respeito ao cuidado em saúde mental, é preciso dizer que, embora as cidades por aqui sejam pequenas, há dificuldades e desafios importantes e, sobretudo, existe uma lógica dura de romper. O retrocesso nas políticas públicas e a tentativa de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por exemplo, acarretam estragos inimagináveis e de difícil reparação por aqui.

Infelizmente relatos como o anterior são muito comuns.

Do referido hospital à porta do CAPSij, são exatos 12 minutos a pé, 5 minutos se estiver de carro ou bicicleta, exatamente 1,0 km de distância de uma porta a outra. Já a

distância do hospital para CAPS I ou Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) é maior: 24 minutos e 14 minutos a pé, respectivamente 1,8 km e 1,2 km de uma porta a outra.

O responsável pela instituição é colega, amigo, vizinho e, em alguns casos, até meio parente de muitos profissionais de outras equipes. Assim como os da capital imaginam, há um percurso pequeno, uma proximidade surpreendente e uma possibilidade de diálogo e parceria ímpares nesta e em várias outras cidadezinhas no interior. Porém, nada disso garante que as coisas funcionem como deveriam ou como esperado pelos moradores da capital. Situações como a descrita se repetem a cada crise, a cada pedido de internação no leito de retaguarda ou a cada discussão sobre saúde mental, seja no campo do CAPSij, CAPSad ou CAPS I. No interior, a Reforma Psiquiátrica muitas vezes parece estar de fato a quilômetros de distância.

Sem entrar em discussões sobre o posicionamento, a meu ver, criminoso de alguns profissionais. É importante dizer que, por aqui, para muitos, lugar de louco ainda é no manicômio, e esse pensamento interfere diretamente no modo que vamos construir, organizar e articular as redes de cuidado em saúde mental no território.

Para muitos atores da rede intersetorial, por exemplo, a existência dos CAPS ainda é desconhecida. Não se trata exclusivamente de má vontade, embora em alguns casos isso fique muito evidente. Trata-se de um desconhecimento das políticas públicas e dos serviços e suas práticas de maneira geral promovido principalmente por interesses velados (até pouco tempo atrás) de pessoas ligadas de alguma maneira a hospitais psiquiátricos privados e comunidades terapêuticas na região. Deslegitimar e inviabilizar a promoção e produção de ações de cuidado no território é um projeto atroz.

Por esse motivo, olhar para alguns dos ‘porquês’ da permanência da lógica manicomial é um primeiro passo não somente para a escrita desta dissertação. Trata-se de lançar um olhar às características que cercam e influenciam a cultura e os modos de pensar o cuidado no interior.

1.3 PASSADO, PRESENTE, FUTURO

Talvez ao entrarem em contato com as histórias nesta dissertação alguns de vocês decidam procurar em mapas a localização das cidades que eu citar. No entanto, embora uma simples pesquisa em meios virtuais seja suficiente para localizar minha pequena cidade, é importante contar que nem sempre foi assim. Antes do advento da internet e dos conhecidos aplicativos de Sistema de Posicionamento Global (GPS), era natural a utilização de mapas em

papel para identificar lugares e traçar rotas. Bom, pela sua pequenez, não é de se espantar que em muitos dos mapas impressos minha cidade natal ficava de fora desses registros. Por não ter sua existência registrada em muitos mapas do estado de São Paulo, Santa Cruz da Conceição sempre foi alvo de muitas piadas e gracejos de moradores das cidades (também pequenas, vejam que contradição) da região.

Até aqui, espero que meu carinho por este pequeno pedaço de terra tenha se evidenciado e, portanto, em uma tentativa de fazer justiça à sua beleza e simpatia, decidi colocá-la como o ponto de partida dos cenários que pretendo discutir nesta pesquisa.

Na falta de um marco nos mapas de papel, faço eu mesma um marco da existência de Santa Cruz da Conceição nos escritos de uma dissertação. Pois bem, se não seus moradores, quem mais poderia inscrever a pequena Santa Cruz nos mapas?

Saibam então que a pequena cidade, nascida no encontro das estradas de terra onde um viajante viu a imagem de Nossa Senhora no céu, está localizada entre as cidades de Piracicaba (a 116 km de distância), Americana, Rio Claro, Limeira (a 64,1 km), Conchal, Cordeirópolis, Araras, Leme, Pirassununga (a 21,1 km), Corumbataí, Porto Ferreira, Analândia, Santa Cruz das Palmeiras, Descalvado, Santa Rita do Passa Quatro, Aguai, Casa Branca e São Carlos (a 89,8 km).

Não posso me ater à descrição das inúmeras belezas de minha cidade, até mesmo porque esta dissertação não é sobre ela e, como já mencionei, estou usando suas características como um símbolo do interior ao qual me refiro.

Uso a imagem de uma pequena cidade para que aqueles que entrarem em contato com esta pesquisa possam imaginar os cenários e compreender quais as dinâmicas existentes em nosso cotidiano, sobretudo no que diz respeito à construção e articulação de nossas redes.

Como já mencionado, a permanência da lógica manicomial atravessa o cotidiano do trabalho com campo da saúde mental nessas cidades do interior de São Paulo.

A discussão que proponho aqui pretende apresentar as marcas que as instituições psiquiátricas fizeram em nossa história e, sobretudo, discutir sobre as marcas que esses hospitais deixam na Rede de Atenção à Saúde Mental nas cidades próximas às suas instalações.

No início dessa discussão, o cenário onde nossa rede se constrói para além das belas paisagens precisa ser apresentado. Por isso, decidi, entre tantas coisas que gostaria de contar, começar com uma das histórias mais sombrias do país e discutir a maneira como ela se constituiu em nossa região. Já aviso que não pretendo me demorar na história da Reforma Psiquiátrica uma vez que já existem diversos trabalhos sobre o tema muito mais brilhantes,

detalhados e ricos de relatos. Para quem se interessar, sugiro que se recorra a eles assim como procuro sempre fazer.

No entanto, considero que uma breve retomada se faz necessária, pois em tempos de desmonte e retrocessos, penso ser fundamental lembrar que a Reforma Psiquiátrica e o movimento antimanicomial em nosso país se constituíram em um contexto em que a luta por direitos, dignidade e liberdade era imprescindível, e todas as práticas, pesquisas e ideias que tornaram o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil reconhecido mundialmente surgiram da força e mobilização do povo, trabalhadores, usuários e familiares que, nos anos de chumbo, arriscavam as próprias vidas reivindicando mudanças profundas nos modos de cuidar e pensar a saúde.

Hoje, olho para a história desse processo complexo e corajoso. Inspiro-me e me encanto com a força dos que viveram aquele período, contam-nos e ensinam como continuar.

Sou nascida em 1989, no SUS, e protegida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em um estado democrático. Sou de uma época em que muitos direitos já haviam sido conquistados, grandes hospitais criticados e até mesmo fechados e muitos dos “esquecidos” por décadas nessas instituições reivindicavam seu lugar na sociedade e partiam “de volta para casa”.⁴ Não me faltaram direitos garantidos, saúde e educação públicas e de qualidade. Não fui silenciada, censurada e torturada. Nasci em uma época que outros haviam sonhado para mim.

Mas olho em volta e me entristeço. Reconheço meus privilégios e sei que muitos, mesmo os nascidos em 1989, não gozam da mesma realidade que eu, encantada com os girassóis da janela. Em 2019, ainda é preciso lutar por direitos, nem sempre para conquistá-los, mas para garanti-los. Vivemos um tempo de desmonte e ataques àquilo que a duras penas foi construído ao longo de todos esses anos.

Por isso, olhar o passado, mesmo que brevemente, é algo que decidi não abrir mão. Por meio de um resumo dessa bela história, proponho uma reflexão quanto às semelhanças entre os tempos no que diz respeito à necessidade de luta. Olhar para trás é poder perceber com mais clareza os avanços e identificar os retrocessos. Nas terras interioranas, olhar o passado é também poder identificá-lo ainda forte no presente e aí, sim, chegando ao tema

⁴ O Programa de Volta para Casa (PVC) foi instituído pelo presidente Lula, por meio da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003, que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. (Centro de Cultura da Saúde. (2020). Créditos. Recuperado de <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/creditos.html>).

desta dissertação, poder refletir sobre como vem sendo construídas e articuladas as redes no interior.

De acordo com Yasui (2006, p. 22), “a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo que traz as marcas de seu tempo, sendo impossível sua compreensão sem a menção de suas origens como movimento social”. Os processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica em nosso país deram seus primeiros passos no início da década de 1960. No entanto, com o golpe militar de 1964, as Reforma Psiquiátrica e Sanitarista, assim como muitos outros movimentos sociais, foram violentamente silenciados. Segundo Ana Tereza Silva, Sônia Barros e Marcia Oliveira (2002), de 1964 a 1974, o cenário político criminalizava o debate sobre alternativas políticas. Por essa razão, o momento era propício para que o governo implantasse sua reforma institucional pautada nas privatizações e na compra de serviços particulares com o dinheiro público. O alto investimento no setor privado chamava a atenção e valorizava a produção quantitativa de procedimentos e o favorecimento da empresa médico- industrial, resultando na medicalização em massa da sociedade. No que diz respeito à área psiquiátrica, isso ficou conhecido como “indústria da loucura” (Silva, Barros & Oliveira, 2002).

O modelo psiquiátrico pautado nas internações gerava muito lucro aos donos de hospitais psiquiátricos e os lugares que deveriam ter como propósito o cuidado serviam a interesses particulares com um único objetivo: ganhar dinheiro.

Há quem diga que os hospitais psiquiátricos também foram muito utilizados pelo regime militar para aprisionar e até mesmo torturar os que se opunham à ordem política vigente.

Segundo Maria Izabel Sanches Costa (Costa, 2017), como apoio da doutrina de segurança nacional, o Manicômio Franco da Rocha tornou-se um importante instrumento de repressão política durante a ditadura. A superlotação é evidenciada quando a instituição passou a ser utilizada como local de internação dos que resistissem ao projeto de sociedade ou discordasse do regime. Arquivos comprovam a internação de militantes políticos de esquerda que sofreram maus tratos e tortura. Há também indícios sobre o sepultamento de desaparecidos políticos no cemitério do complexo hospitalar do Juqueri, localizado a poucos quilômetros do manicômio.

É na ditadura militar que os hospitais psiquiátricos privados ganham força e as internações tornam-se ainda mais recorrentes. Já que os investimentos nessas instituições eram proporcionais à quantidade de internos. Era preciso produzir loucura para que houvesse lucro. Não é de se espantar que houvesse uma superlotação dessas instituições por todo o país.

O abandono, a segregação, a precarização e a violência presentes nessas organizações é conhecida em todo mundo e amplamente criticada.

A ditadura militar em nosso país durou 21 anos, sendo um de seus marcos a instauração do Ato Institucional nº 5 (AI-5) em 1968, período considerado o ápice da violência e repressão. Mas a ditadura não foi capaz de calar todas as vozes que exigiam democracia e, dentre muitas outras coisas, melhorias no campo da saúde.

Em meados da década de 1970, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica voltaram a ganhar força no Brasil. Dali em diante, as reivindicações por um sistema público de saúde, o debate sobre o tema da saúde mental e a necessidade de mudanças profundas na assistência psiquiátrica no país tornaram-se cada vez mais constantes.

O processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, depois de um longo período de ditadura militar, reivindicou junto com população um novo tempo democrático, acendendo diversas discussões na sociedade quanto aos modos desumanos de tratamento do louco e da loucura, assim como a necessária criação de um sistema de saúde público, acessível e de qualidade. Pautada pela necessidade de desconstruir modos de cuidado baseados na exclusão, alienação e aprisionamento dos corpos, a luta pela transformação do sistema de saúde, de acordo com Amarante (1995), estava vinculada também à luta dos demais setores sociais em busca da democracia e do combate à desigualdade. Sem a democracia, base da Reforma Psiquiátrica, não haveria (e nunca haverá) mudança possível.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Cidadã (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), que determina em seu artigo 196 que a saúde seria, portanto, direito de todos e dever do estado. Nasce então o SUS. Direitos nas áreas de educação, trabalho, lazer, moradia, transporte, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados são garantidos desde então, graças à luta e resistência do povo brasileiro.

No ano de 1989, segundo o projeto “Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil” do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP-Fiocruz, foi apresentado o Projeto de Lei 3.657 de 1989, de Paulo Delgado, que previa a extinção dos manicômios no Brasil e a criação de uma rede de serviços de saúde mental. Conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 foi promulgada em 2001 e está em vigência desde então.

São notórios os avanços conquistados durante o processo, como a criação do Programa de Volta para Casa (PVC) em 2003, que visava garantir o direito à moradia e ao território aos

egressos de hospitais psiquiátricos e a instauração do programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS que objetivava diminuir leitos e redirecionar o dinheiro (antes apropriado por manicômios) para a ampliação de serviços substitutivos.

1.4 UM LUGAR PACATO, UM MANICÔMIO BARULHENTO

Seguindo na mesma linha de pensamento e trabalho, no ano de 2011, como parte de medidas da Política de Saúde Mental, foi realizada uma avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS com o objetivo de explicar a situação dessas instituições no país, assim como identificar quais as necessidades e os desafios presentes no processo de Reforma Psiquiátrica naquele momento.

De acordo com a Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, MS, 2011), a região Sudeste concentrava, em 2011, mais da metade dos hospitais psiquiátricos do país (104 unidades), sendo 80 deles pertencentes à iniciativa privada. Desses, um terço era considerado de grande porte, com mais de 400 leitos. Junto ao histórico de regiões com um número expressivo de hospitais psiquiátricos, o Sudeste também apresentava o maior contingente de pacientes com características de moradores e o maior número de óbitos proporcional. O estado de São Paulo concentrava o maior número de hospitais psiquiátricos, com 55 unidades, e apresentou a maior concentração (56,9%) em relação ao total de óbitos da região.

Na região Sudeste, o estado de São Paulo possuía cinco macro-hospitais (com mais de 400 leitos). Dois deles estariam no interior que chamo de lar, mais especificamente nas cidades de Araras e Casa Branca.

Aqui, é importante apresentar que, durante o processo de escrita desta dissertação, encontrei muitas dificuldades no que diz respeito aos dados atualizados sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos em nosso país, sobretudo em nossa região.

Embora o programa de reestruturação seja anual, não foi possível localizar as edições ou atualizações seguintes a 2009. Segundo relatos de profissionais ligados ao campo da saúde mental, a divulgação de novos dados sobre os leitos psiquiátricos nos hospitais e novas reclassificações estaria atrasada, o que acarretava inúmeros problemas às instituições que, pela classificação desacertada, estariam enfrentando problemas, inclusive no que diz respeito aos repasses de verba. Segundo a portaria nº 404 de 19 de novembro de 2009, que apresentava a reclassificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS, tínhamos na região de Santa

Cruz da Conceição, no ano de 2009, cinco hospitais psiquiátricos com leitos SUS de pequeno, médio e grande porte localizados nas cidades de Americana, a 79,7 km de distância de Santa Cruz da Conceição, com 140 leitos; Rio Claro, a 71,3km, com 195 leitos; Santa Rita do Passa Quatro, a 65,1 km, com 240 leitos; Araras, a 34,8km, com 639 leitos; e Casa Branca, a 73,0 km, com 405 leitos. É evidente que o desencontro com dados atualizados diz respeito a um problema institucional muito sério. No entanto, o que venho pensando para a construção desta discussão não pode ser limitado à atualização das informações sobre os hospitais.

Proveniente da avaliação dos hospitais psiquiátricos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2012, com base no que preconizava a Política Nacional de Saúde Mental (da época), recomendou que o Ministério da Saúde batalhasse para a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e pela construção de redes “diversificadas e territorializadas”, além de apresentar o plano de fechamento de leitos com metas claras da redução progressiva, a definição em curto prazo para o fim do repasse aos hospitais psiquiátricos que tivessem mais de 400 leitos e o não repasse de recursos aos hospitais que internassem crianças ou adolescentes (Zappitelli, Gonçalves & Mosca, 2006).

No meu ponto de vista, as visitas técnicas realizadas em 2011, que deram origem à avaliação dos hospitais e às recomendações citadas, foram um marco importante para que pudéssemos entender a realidade e abrangência dessas instituições.

Dez anos após a reclassificação dos hospitais psiquiátricos e da elaboração do relatório e das recomendações provenientes das visitas técnicas de 2011, algumas mudanças foram concretizadas. Leitos foram fechados nos hospitais psiquiátricos, serviços substitutivos foram abertos e as discussões em torno do fortalecimento da RAPS tornaram-se cada vez mais frequentes no campo da saúde. No entanto, mesmo que em dez anos muitas coisas tenham acontecido no contexto da saúde mental, com a experiência no interior, é possível afirmar que somente o passar dos anos não garantem mudanças efetivas e mais humanas no convívio com as diferenças.

Vivemos em cidades muito pequenas e próximas umas das outras. Por aqui, ainda existe uma lógica pautada no coronelismo e a saúde mental (mesmo com o aumento dos CAPS e o fechamento de leitos) ainda é muito associada aos hospitais psiquiátricos. Na lógica local, o nome, a família, o poder aquisitivo e a influência política ditam algumas regras fundamentais na organização social. A manutenção dos hospitais psiquiátricos acaba atrelada a isso uma vez que são pessoas com as características apresentadas acima que acabam à frente de tais instituições.

No ano de 2017, por exemplo, em pleno tempo de Reforma Psiquiátrica e movimento antimanicomial, ergueu-se em nossa região um novo hospital psiquiátrico nomeado “Hospital Terapêutico”. Para o lugar que nunca fechou seus hospitais e mantém a lógica manicomial, a abertura de um novo hospital foi de extrema preocupação para os atores de toda a rede de saúde mental não somente na cidade em que ele se instalou, mas também nas cidades vizinhas, onde os donos de tal instituição buscaram parcerias e convênios.

Além disso, chamou a atenção que o hospital utilizava em seu regimento e em materiais de divulgação textos produzidos a partir do discurso do movimento antimanicomial sobre os direitos dos usuários e passagens da própria política de saúde mental vigente. Era evidenciado em cada página do regimento um discurso deturpado sobre a política de saúde mental da época, utilizando palavras e termos próprios do movimento antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica para induzir os leitores à ideia de que o trabalho realizado até então no cuidado em saúde mental antimanicomial seria insuficiente e pouco responsável com seus usuários. O material indicava que o hospital finalmente ofereceria um tratamento digno e de qualidade, respeitando o direito dos sujeitos à internação psiquiátrica.

É escandaloso que, em 2017, tempo em que hospitais deveriam ser fechados, um novo hospital abrisse suas portas em nossa região, já abarrotada dessas instituições. Mais escandaloso ainda é o fato que, como parte da diretoria do manicômio revestido posteriormente de comunidade terapêutica, constasse o nome de políticos da cidade (à época) e que o hospital tivesse o apoio, embora não oficializado, de serviços como a Santa Casa de Misericórdia, a Secretária de Assistência e Promoção Social e também o Setor de Direitos Humanos, que acabavam encaminhando muitos usuários para lá sem que o CAPS tomasse conhecimento dos casos.

Com esse exemplo, podemos afirmar que diminuir a quantidade de leitos nos hospitais psiquiátricos da região, aumentar a quantidade de serviços substitutivos e formar equipes não bastam para que uma mudança de referência no que diz respeito ao cuidado em saúde mental aconteça.

No que se refere ao interior do estado de São Paulo, chamo a atenção para o fato de que, em 2019, comemoramos 18 anos da sanção da Lei 10.216. A famosa greve da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e o nascimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), conforme relatado por Paulo Amarante, completavam seus 41 anos e a Carta de Bauru (reivindicando a mudança na política e a garantia de direitos aos usuários) comemorava 32 anos. Até aqui, já percorremos um longo caminho de luta e resistência antimanicomial e apresentamos inúmeros resultados e experiências no campo da saúde mental

que mostram como é possível cuidar e produzir saúde e bem-estar fora dos hospitais psiquiátricos. Mesmo assim, em nosso interior, tais instituições ainda existem e resistem. Elas ainda ostentam uma quantidade enorme de leitos e uma influência na cultura local que parece blindar a instituição e suas práticas de qualquer lei ou movimento que conteste o hospital psiquiátrico e suas práticas de alguma maneira.

Embora os ipês pintem as ruas de várias cores, as cachoeiras e paisagens sejam um grande orgulho, perduram ao pé da estrada, nas entradas e entornos de nossas cidades, grandes hospitais psiquiátricos, símbolos das dificuldades e desafios enfrentados no trabalho cotidiano no campo da saúde mental.

Para mim que nasci, cresci e me formei na região, os muros em bloco cinza do hospital mais próximo de minha cidade que se ergue ao pé da estrada é um grande símbolo da lógica que ainda atravessa fortemente nosso território. A lógica manicomial ainda é muito forte e resiste na cultura e mentalidade não somente da cidade sede, mas em toda a região. Embora profissionais trabalhadores, usuários, familiares e muitos munícipes desenvolvam ações e trabalhem cotidianamente para desconstruir a lógica e o preconceito, ainda perdura em nossa região um apego às antigas práticas e aos modos de cuidar do louco e da loucura ligados à herança dos hospícios.

Mas isso, assim como a abertura de um novo hospital, não acontece à toa, como já mencionado, muito menos em razão de falta de crítica, reflexão, conhecimento e luta de trabalhadores antimanicomiais na região. Por aqui, inclusive, há ações e posicionamentos belíssimos e potentes que sustentam um fazer antimanicomial no campo da saúde mental extremamente resistente.

É sabido que o processo de desinstitucionalização deve ir além dos muros de hospitais, considerar as vidas e as amarras invisíveis que nos envolvem cotidianamente e atuar de modo a desconstruir modos de existência enrijecidos e institucionalizados. Mas é necessário considerar que as amarras tornaram-se muitas vezes parte da cultura. Fica claro que nossa região é cercada por manicômios, e isso deixou uma marca importante em nossa história e na maneira como olhamos para o louco, a loucura e as propostas de cuidado.

De acordo com Pitoli (2005), devemos considerar que (na cidade de Araras mais especificamente), há uma cultura que “reverbera e produz um conjunto de gestos, ações, posturas e dizeres sobre o louco que o inclui num aparelho de correção e normalização dentro do manicômio” e, embora não seja uma característica única dessa cidade, devemos entender qual o papel e as marcas que as instituições, sobretudo as psiquiátricas, desempenham e representam na sociedade.

Goffman (1996) afirmou que as instituições totais carregam consigo as marcas da vigilância enquanto ferramenta de controle e da desqualificação dos sujeitos enquanto seres capazes de decidir e organizar suas próprias vidas e rotinas. Esses lugares são caracterizados pela ruptura das barreiras que separam as diferentes esferas da vida dos sujeitos, levando-os a uma rotina rigorosamente organizada e planejada para atender as necessidades e demandas da instituição, sob ameaça de punição àqueles que não se curvarem às regras estabelecidas.

O hospital de Araras é que leva a maior fama entre os da região. Um dos maiores hospitais psiquiátricos privados do Brasil, o Sayão foi fundado em 1957, com o apoio financeiro de moradores da cidade, e chegou a ter mais de 1.000 leitos, segundo a narrativa local. Com o processo de Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental, em meados de 2011, ele iniciou o processo de fechamento de alguns leitos, o que causou muitas reclamações de pessoas favoráveis ao hospício na cidade.

Embora para nós, militantes da reforma psiquiátrica, o fechamento de leitos e a criação de serviços substitutivos e ações no território signifiquem um grande avanço, na cidade de Araras o hospital ainda é considerado um grande orgulho local. Seu nome é o mesmo do clube e do time de futebol, o que indica que ocupa um lugar de destaque na grande roda social e, de maneira preocupante, também nas ações relacionadas à saúde no município.

No ano de 2011, poucos meses antes que eu concluísse minha graduação, houve uma audiência pública na cidade organizada por moradores, estudantes e pessoas atuantes na frente nacional de luta antimanicomial. Naquele dia, entre muitos e fervorosos debates, eram solicitados aos representantes do município presentes pedidos de esclarecimento quanto à implantação de serviços residenciais terapêuticos (SRT) referenciados ao hospital psiquiátrico.

Embora pareça uma grande contradição que o hospital seja também o responsável pelos SRT, essa era uma realidade de Araras. Mais um exemplo esdrúxulo da ação e do lugar que os manicômios ocupam na região. O poder que seus hospitais psiquiátricos ainda impõem no campo da saúde, sobretudo da saúde mental, é algo que devemos considerar ao pensar nas estratégias e ações que visem a desinstitucionalização e o findar (mesmo que tardio) da lógica das internações psiquiátricas.

Além do grande hospital psiquiátrico de Araras, na região temos o hospital psiquiátrico Bezerra de Menezes localizado no município de Rio Claro, por sua vez considerado, em 2009, como um hospital de médio porte. Assim como o de Araras, embora o “Bezerra” tenha alguns leitos fechados nos últimos anos, jamais fechou em definitivo suas

portas e segue igualmente marcado por avaliações negativas daqueles que um dia passaram por internações na instituição.

Desde criança, mesmo em Santa Cruz da Conceição, é possível ouvir histórias do manicômio e entender que é ali o grande castigo para os que ousam inventar um modo de vida diferente do que consideram “normal”. Resgatando mais memórias da infância, lembro que era comum ouvirmos dos mais velhos que a desobediência ou o comportamento fora das regras estabelecidas poderia nos garantir uma passagem só de ida para dentro do conhecido manicômio.

O hospício, constantemente associado a um lugar que “conserta” pessoas rebeldes, fez e ainda faz marca nas crianças e adultos da região. A ameaça da clausura como método de controle ecoa ainda nos tempos atuais. Para alguns adultos, a ideia de uma internação aparece constantemente como uma piada quando alguém faz, fala ou apresenta um comportamento considerado “inadequado” aos padrões sociais. A ameaça torna-se uma dura realidade quando, por exemplo, o uso abusivo de substâncias ou a presença de alguma doença mental rouba a cena. Já para as crianças, a ameaça se constrói às vezes como uma lenda urbana, assim como as histórias das casas abandonadas que ainda são habitadas por seus falecidos moradores, noutras, como algo um tanto mais cruel e real, com ameaças diretas e – as mais preocupantes – ameaças veladas, como o início precoce de uma trajetória pelo campo da saúde mental com a busca constante e irracional pela contenção medicamentosa que nada mais é que uma forma atual de enclausuramento.

A persistente ideia de trancar adultos e crianças no hospício com o objetivo de controlar e corrigir anuncia o que Goffman (1996) já nos apontou sobre as características das instituições totais. O hospital psiquiátrico carrega em sua existência o estabelecimento de barreiras (feitas de concreto e/ou de ideias) que propiciam o encarceramento das vidas não somente aprisionadas no interior da instituição, mas também em seu entorno. O “fechamento” em relação ao social e as proibições alcançam não somente os internos de um grande hospital. A permanência da ameaça demonstra que a existência de uma instituição psiquiátrica que segue à risca as características das instituições totais descritas por Goffman influencia de tal maneira o lugar em que se encontra que mesmo os que permanecem de fora de seus muros são capturados por sua lógica.

Como esse hospital de muro em bloco cinza, existem outros espalhados pelas cidades vizinhas. Hospitais psiquiátricos grandes, com muros altos, concretos, catracas, grades, chaves e cadeados. Hospitais que jamais foram fechados mesmo com o processo de

Reforma Psiquiátrica e movimento de luta antimanicomial. E hoje, mesmo sob protestos, ainda sustentam um lugar de referência quando o tema da saúde mental é posto em discussão.

O não fechamento desses hospitais, a força e a lógica que eles ainda impõem, em especial nas cidades onde são instalados e nas redondezas, surpreende e angustia os que acreditam em outras formas de olhar, tratar e cuidar.

O lugar onde me tornei psicóloga, por exemplo, sustenta uma formação muito alinhada aos preceitos antimanicomiais. Ali, em uma instituição privada de ensino, seu curso de psicologia não se curvou às imposições da mentalidade local e sustenta há 20 anos uma base curricular que tem os preceitos antimanicomiais como norte, formando profissionais comprometidos com o pensamento crítico, guiados pela ética e pelo desejo em escutar as demandas sociais e garantir o acesso da população a ações e serviços de qualidade, ainda mais na rede pública.

Em minha primeira casa acadêmica, localizada no interior, aprendi de maneira prática a enxergar os muros (visíveis e invisíveis), criar e recriar maneiras de desconstruí-los identificando em meio a tantas pessoas meus pares para além do campo “psi”. Hoje, ao discutir formação com colegas estudantes de outras instituições, percebo como meu processo formativo, embora tenha se dado em uma instituição privada, esteve sempre atento a formas de fazer e levar a psicologia para os espaços públicos. É interessante pensar como mesmo em uma cidade tomada pela lógica manicomial, um curso de psicologia consiga resistir e bancar a luta antimanicomial para além do campo acadêmico institucional e saber que muitos profissionais atuantes na região trabalham a partir desse referencial. É um alívio ter experimentado e me encontrado por lá. Mas fazer parte da resistência e lutar antimanicomialmente por este interior, mesmo com nossos pares, não é uma tarefa fácil.

As mudanças conquistadas até agora no campo da saúde e, acima de tudo, no que diz respeito a saúde mental têm em sua essência a potência do movimento de trabalhadores, familiares e usuários. A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo, como já mencionado anteriormente, reconhecido mundialmente graças às práticas, invenções, reinvenções e criações no modo de cuidado direcionado ao louco e à loucura.

1.5 O QUE O RETROCESSO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL SIGNIFICA POR AQUI?

Hospital psiquiátrico ou hospício? Esse foi o questionamento estampado em uma reportagem de um jornal virtual local há pouco tempo atrás. Muitos comentários invadiram a

rede social na qual foi publicada. O novo hospital psiquiátrico na região e seu funcionamento ainda é uma dúvida e muitos municípios questionaram não só o status de funcionamento da instituição, mas, principalmente, o que dizia o título da matéria.

O questionamento geral era se hospital psiquiátrico e hospício não se referiam à mesma coisa, e alguns internautas chegaram a ser rechaçados por afirmarem que o hospital seria também um hospício. Algumas pessoas diziam que aqueles que associavam um hospital psiquiátrico a um hospício deveriam buscar mais conhecimento antes de expressarem suas opiniões nas redes sociais – e uma confusão generalizada tomou conta de toda a discussão.

As tentativas de sustentar o lugar do hospital enquanto instituição de cuidado, afastando dele a imagem ruim de um hospício, pipocavam nos comentários da publicação polêmica, assim como compõem muitas discussões no campo da saúde mental na cidade. Em muitos momentos, inclusive em debates profissionais, parece quase inadmissível que o hospital psiquiátrico possa ser ruim.

Curiosamente, assim como muitas outras informações sobre o novo hospital psiquiátrico, a reportagem também desapareceu da rede social. Em uma busca rápida pela internet, já não é possível encontrar as publicações e as diversas propagandas da nova instituição, antes tão expostas e divulgadas. Por aqui pouco se fala dela. Sabemos que foi aberta e fechada logo em seguida por irregularidades. Sabemos também que chegou a fazer internações involuntárias, inclusive de adolescentes.

Não há mais nada sobre os nomes de influência do município que estariam integrando o quadro de profissionais da organização. É como se o “hospital terapêutico”, como a própria instituição se nomeava, nunca tivesse aberto suas portas.

Mas o questionamento feito na manchete, mesmo desaparecido dias depois, representa muito sobre o lugar onde vivemos e a maneira como ainda compreendemos os hospitais psiquiátricos. Termos como “hospício” e “sanatório” ainda são frequentemente utilizados em referência às instituições psiquiátricas e parecem não soar mal aos ouvidos de quem escuta ou nos lábios de quem os pronuncia.

É fato que dizer “hospital psiquiátrico” ou mesmo “terapêutico” passa uma impressão um pouco melhor. Mas a maquiagem não muda a realidade.

Hospital psiquiátrico, hospital terapêutico, clínica de reabilitação ou recuperação, clínica psiquiátrica, comunidade terapêutica,⁵ fazendinha, hospício, sanatório, manicômio... todos “farinha do mesmo saco”, como dizia minha avó.

⁵ As comunidades terapêuticas surgiram na Inglaterra como uma proposta de resgatar a função terapêutica dos hospitais psiquiátricos. A proposta dessas comunidades se originou nas ideias e práticas antimanicomiais e

Sabemos que o trabalho desde a redemocratização e o nascimento do SUS de implantação de um modelo de atenção em saúde mental antimanicomial de base comunitária foi se intensificando e avançando com o passar dos anos. Foram inúmeros avanços no campo da saúde mental pautados pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

A redução programada e significativa de leitos em hospitais psiquiátricos, o aumento de serviços residenciais terapêuticos (SRT) e dos CAPS, sobretudo no interior, a criação e implantação do PVC, o aumento do acesso da população aos serviços de saúde mental, o crescimento e fortalecimento da atenção básica são exemplos da potência dos avanços e desafios de nossa reforma, apontados pelo Relatório de Gestão 2011-2015 (Brasil, 2016).

É importante ressaltar que esses avanços fazem parte de um processo e aconteceram em um contexto de melhorias das condições de saúde e de vida, durante governos que apoiavam em dada medida o desenvolvimento e implantação de serviços territoriais e ações antimanicomiais. Um contexto bem diferente do que estamos vivenciando nos últimos três anos no Brasil.

Os retrocessos e ataques a nossa Política de Saúde Mental Antimanicomial são recorrentes. É verdade que, até 2015, possuíamos um cenário com muitos avanços, mas não ignoramos os diversos desafios, problemas e dificuldades presentes no trabalho desenvolvido até então.

A “guerra às drogas”, a expansão de comunidades terapêuticas e o apoio às internações compulsórias, o aumento da população penitenciária, o crescente discurso favorável à diminuição da maioria penal e o encarceramento e genocídio da juventude negra e periférica, as tentativas incansáveis de retorno dos hospitais psiquiátricos, a corrupção e a precarização dos serviços públicos (utilizada para fomentar o discurso de privatização) são alguns indicativos das dificuldades e desafios de nossa luta. Tudo isso, evidentemente, não teve início após o “grande acordo nacional”⁶ que findou o mandato de Dilma Rousseff em 2016. Situações difíceis foram vivenciadas ao longo de toda história do país e desenharam um contexto em que inúmeros problemas precisavam ser superados, e a cada dia era preciso encontrar novas formas de existir e resistir.

No entanto, pelo olhar de alguém nascida com muitos direitos – como já mencionado – considero que, após o golpe, pudemos sentir tais dificuldades como um baque. Passando a

compuseram as primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica na Europa. No Brasil, o termo foi capturado e deturpado pela lógica manicomial e hoje é utilizado para denominar serviços privados, em sua grande maioria com caráter religioso, contrários a todas as premissas da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, como a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade.

⁶“Grande acordo nacional” foi uma expressão utilizada pelo senador Romero Jucá em áudios gravados e vazados na mídia para se referir ao processo de impeachment da então presidenta Dilma Rousseff.

vivenciar quase como um *déjà vu* uma série de retrocessos, foi possível ver com clareza a consolidação de uma crise que abarcaria todo o SUS e demais setores públicos.

Podemos dizer que o que aconteceu após o golpe de 2016 foi uma piora no cenário, com a interrupção gradual dos avanços até então conquistados. Hoje, com a ascensão de um governo que apoia claramente o modelo manicomial, é evidente que a piora vem a passos largos e sem a menor cerimônia.

Mas, em um interior cercado por hospitais psiquiátricos e ameaçado todos os dias pela lógica manicomial, como são percebidas e recebidas mudanças tão avassaladoras?

Ainda muito associada à periculosidade, principalmente graças às desinformações propagadas pela mídia, que reforça estereótipos sobre esses sujeitos e a loucura, a imagem do louco contribui fortemente para a ideia ultrapassada de que essas pessoas devem ser afastadas do convívio social. Os meios de comunicação falham nos esclarecimentos quanto à existência dos dispositivos de cuidado, às maneiras de acesso a esses serviços e, principalmente, aos princípios que regem o cuidar em liberdade. Isso faz com que as informações sobre práticas ou mesmo sobre a existência de uma política pública para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico fiquem muitas vezes restritas a quem atua na área, gerando uma notável incompreensão da população com relação ao trabalho desenvolvido nesse campo.

Mesmo que em cada uma de nossas cidades tenhamos os nossos loucos conhecidos, integrantes da dinâmica social e claramente inofensivos, perdura a ideia limitada e preconceituosa exposta pela mídia para grande parte da população. É como se os munícipes esquecessem suas experiências com o louco e com a loucura e acreditassem na realidade dissimulada daqueles a quem interessa a violência do cárcere.

Nas cidades pequenas como as que descrevo nesta pesquisa, podemos dizer que a atuação dos profissionais promove o acesso da população a informações valiosas sobre o trabalho desenvolvido na saúde mental. No entanto, como já mencionado inúmeras vezes, a lógica manicomial presente na região e os interesses particulares de alguns poucos senhores muitas vezes inibem e atrapalham esse trabalho.

O manicômio em suas diversas configurações atua com um discurso mentiroso, mas altamente sedutor para que famílias em situação de vulnerabilidade acreditem em suas propostas de cuidado com base no rompimento dos vínculos e segregação dos usuários.

Atualmente, com o advento de um governo retrógrado de extrema direita, essas instituições ganham mais aliados. O discurso de ódio, o incentivo à política higienista e o ataque à Política de Saúde Mental Antimanicomial vem cada vez mais tomando a cena midiática e, por consequência, todo o contexto social.

A veiculação de notícias falaciosas sobre Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a Redução de Danos (RD) vem sendo cada vez mais constante, em especial nas redes sociais. A associação de estudantes, profissionais e militantes alinhados às práticas antimanicomiais a criminosos, atores infiltrados para derrubar o governo e doutrinadores também é recorrente, inclusive no discurso do próprio governo federal. O resultado disso é a produção da dúvida, do medo e o estímulo ao ataque aos que trabalharam, estudaram e dedicaram suas vidas à construção de outra maneira de olhar e cuidar.

No interior, com a lógica manicomial ainda tão presente, a veiculação de tais informações gera um efeito catastrófico que vem a contribuir e legitimar o discurso das instituições psiquiátricas e dificultar o trabalho de profissionais atuantes no campo da saúde mental antimanicomial.

A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017), por exemplo, representa um enorme retrocesso para a Política de Saúde Mental Antimanicomial quando oficializa os hospitais psiquiátricos na referência de cuidado na RAPS.

Ora, se mesmo com a Lei nº 10.216, ainda era necessário brigar para que as internações não ocupassem o lugar central no cuidado dos usuários e os hospitais psiquiátricos fossem utilizados somente em situações extremas e na ausência de CAPS III e/ou outras possibilidades de cuidado e atenção a crise no território. Com a inclusão dos hospitais na RAPS, o refinanciamento de leitos e o discurso favorável às internações como se só elas fossem capazes de proteger e “curar”, o horizonte da saúde mental no interior se torna ainda mais obscuro.

No contexto interiorano as novas portarias, decretos e discursos hospitalocêntricos operam a serviço da legitimação dos novos manicômios enquanto “instituições de cuidado” e contribui para a prática já rotineira de incluir tais instituições como primeira opção nos tratamentos e projetos terapêuticos.

O aumento monetário das diárias em hospitais psiquiátricos e a ampliação do modelo de tratamento em comunidades terapêuticas nos últimos anos indicam que o modelo baseado nas internações voltou a ocupar um lugar privilegiado no debate do campo da saúde mental e a Portaria nº 3.588 só vem para oficializar o que já era realidade em muitos lugares.

Os efeitos, no interior, da nova política de saúde mental, dos ataques midiáticos e do novo governo ao trabalho realizado nas últimas décadas são percebidos rapidamente com o aumento de instituições pautadas no modelo de internações, com o descrédito crescente da população nos serviços públicos, o apoio ao discurso da privatização do SUS e até mesmo com o incentivo ao fechamento de serviços substitutivos.

Restituir os manicômios e suas diferentes configurações à RAPS, portanto, legitima a lógica já estabelecida e reforça a descrença da população local em modos de tratamento e cuidado que não tenham por base as internações psiquiátricas. Tal legitimação prejudica o trabalho de toda uma rede de profissionais, usuários, familiares, serviços e lugares que se propõe ao cuidado antimanicomial com base no território.

É evidente que seguimos guiados pela política de saúde mental apoiada na Lei nº 10.216 de 2001, “garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade, e oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece” (Barros & Salles, 2011). Mas, no interior, os tempos sombrios exigem mobilização e articulação dos profissionais que ainda acreditam na perspectiva antimanicomial e apostam no trabalho em rede.

Daqui em diante, a partir da articulação entre as narrativas de *causos* do interior e de teorias, pretendemos colaborar com a ampliação de referências acadêmicas sobre o tema das redes em saúde mental e com a formação profissional de maneira geral nas áreas relacionadas, além de discutir como as experiências e o reconhecimento de relatos singulares podem contribuir para o desenvolvimento de ações e intervenções no cotidiano dos serviços e refletir quanto as dificuldades, as conquistas, os avanços, os desafios, as necessidades e as possibilidades na construção e articulação das redes.

Espero que os *causos* que conto nesta pesquisa tornem possível a compreensão do nosso jeito interiorano de fazer rede, mas também que sirvam de inspiração a outros tantos profissionais dos mais diversos interiores do nosso país a contarem suas histórias, escreverem sobre suas e muitas outras experiências e unirem as vozes que acreditam em modos de cuidados pautados pela liberdade.

2 PRÍNCIPE DA PÉRSIA: AS AREIAS DO TEMPO⁷

Era uma segunda-feira cheia de trabalho no CAPSij, e eu estava sentada na mesa de reuniões quando a enfermeira me chamou para realizar o primeiro atendimento de um adolescente que havia passado pelo acolhimento dias antes. Chamei o nome na recepção, veio um adolescente, negro, magro, alto, camiseta, bermuda e chinelo. Tomás tinha 16 anos e me olhou fixamente com seus olhos marejados e levemente avermelhados.

Na sala que escolhi para o acolhimento, puxei uma cadeira e sentei-me ao seu lado. Nenhuma palavra foi dita de início. Ele prestava atenção em algo que eu não podia ver com meus olhos, mas que eu podia ter certeza que estava ali.

Questionei se haviam coisas das quais nós não poderíamos falar e, ao me encarar, Tomás respondeu um “sim” quase inaudível seguido de uma pausa e um sobressalto, como se estivesse sendo censurado.

Ao final de uma hora e meia de papo, Tomás deposita em mim sua confiança e posso entender por suas palavras que, sim, havia outro alguém que compartilhava nosso encontro na sala.

Um alguém sem rosto, sem corpo e sem voz para mim, mas muito presente para Tomás.

Sabia que a partir dali nós, que éramos três, seríamos muito mais. Tomás e eu traçaríamos um longo caminho e desenharíamos uma história pela saúde mental e pela cidade interiorana que me marcaria para toda a vida.

Dada a gravidade do caso, Tomás foi inserido na rotina do serviço. Deveria ser acompanhado diariamente nos dois períodos pela equipe, participar das atividades propostas em oficinas e grupos terapêuticos, além de atividades individuais e consultas médicas semanais.

Tomás foi um dos adolescentes que atendi no CAPSij em 2015. Até hoje, ao lembrar e escrever sobre ele, fico com os olhos marejados. Acredito que todos aqueles com quem nos encontramos na vida nos afetam de alguma maneira. Tomás foi um dos primeiros adolescentes que acompanhei no CAPSij, e essa experiência é uma das que me dão a certeza que escolhi muito bem minha profissão e qual caminho trilhar no campo da saúde mental.

⁷“Príncipe da Persia, as areias do tempo” foi o nome dado ao jogo eletrônico criado por Jordan Mechner e lançado em 2003 para o console PlayStation 2.

É por essa experiência que decidi me inscrever na pós-graduação. O desejo de contar a história de Tomás me fez também sentir necessidade de buscar, compartilhar e produzir conhecimento.

Já não nos vemos todos os dias nem todas as semanas como costumávamos fazer em 2015. Encontrei sua mãe dia desses, ela me reconheceu rapidamente e chamou meu nome. Contou com um sorriso largo que Tomás estava trabalhando e arranhou uma namorada. Ele ainda faz acompanhamento médico em um CAPS, mas sua vida acontece fora dos serviços, como sempre desejamos.

É verdade que minhas questões com a psicose e as crises especificamente na adolescência tornaram-se mais frequentes no encontro com Tomás. No entanto, mesmo me dedicando à clínica da saúde mental com adultos, as questões da adolescência já haviam me chamado a atenção. Agora, com mais clareza, consigo perceber pontos em comum entre os usuários com quem pude construir uma história.

Acontece que grande parte deles teria passado por uma situação de crise – a primeira crise psicótica – durante a adolescência, e as histórias desse período ecoavam em meus pensamentos, produzindo, desde aquela época, um interesse pelas circunstâncias nas quais elas se deram, mas, sobretudo, o que teria acontecido com aqueles adolescentes e suas histórias após “o primeiro surto”.

Um belo rapaz que tocava piano, outra jovem iniciando seus estudos em um curso de moda, uma linda moça que adorava dançar e paquerar e outra pensando no vestibular, um adolescente grandão que amava soltar pipa. Tantas histórias de adolescentes que nos lembram de nossas próprias histórias se não fosse um “de repente”.

De repente ele começou a se isolar, ficou diferente. Sentava no corredor e ficava lá por horas com um graveto na mão riscando o chão. Na escola, ele já não queria ir. Os professores me chamaram, pois acharam que ele poderia estar usando drogas. Era um ótimo aluno, mas estava muito diferente. Eu sabia que não podiam ser drogas. Não era do seu feitio. Tinha alguma coisa estranha ali. Levamos em um médico e ele encaminhou para o psiquiatra. O tratamento foi seguido direitinho por um tempo, mas ele parou de tomar os remédios e logo voltou a ficar muito mal. A segunda vez foi pior, depois daquilo ele nunca mais voltou. Foi aos 15 anos. (Relato da mãe de um adulto que acompanhei anos antes do encontro com Tomás).

A adolescência é passagem, fase, etapa, período, trânsito, atravessamento, crise! É estado, condição e limite. Transição entre dois estatutos: o que rege a criança, que brinca e aprende, e o adulto que trabalha e participa da reprodução da espécie (Rassial, 1999, apud Conselho Federal de Psicologia, 2015).

As travessias e os enfrentamentos na adolescência (como sabemos por nossas próprias experiências) não são exatamente fáceis. Alguns de nós buscam esquecer desse período e seus milhares de dilemas. Outros preferem lembrar com alegria e algumas vezes misturam uma bela dose de entusiasmo e arrependimentos. As definições para este período da vida são variadas. Muitos autores se dedicam a estudar e caracterizar as possibilidades da adolescência. Escrever sobre a adolescência tornou-se uma tarefa árdua dada a imensidão de possibilidades, teorias e caminhos para a escrita, bem como a variedade de entendimentos sobre o tema. Ao buscar referências, foi impossível não esbarrar em certas determinações. Por exemplo, o dicionário da língua portuguesa Michaelis apresenta a adolescência como o período do desenvolvimento humano que se inicia após a puberdade e é definido pela transição entre a juventude e a idade adulta. Essa descrição talvez seja a primeira das definições que grande parte da sociedade utiliza ao se referir a ela.

Nesta pesquisa, não tenho a pretensão de descrever ou desenvolver teorias sobre a adolescência. No entanto, é a história do encontro com as adolescências que me trouxe até a escrita e, portanto, algumas reflexões e discussões são necessárias. Alerto que não se trata de uma escrita determinista sobre a adolescência, pois construo este capítulo – assim como toda a dissertação – a partir de histórias e experiências.

Pereira, Sá e Miranda (2013) argumentam que o mais importante não é o questionamento sobre o que é a adolescência, mas a consideração de que há sobre ela uma importante produção de enunciados em nossa cultura. Apoiada nisso, e ciente de que mesmo que em alguns pontos não possa fugir de algumas definições, escolho em respeito às singularidades inerentes a cada experiência – sobretudo a singularidade de meu encontro com a adolescência e a crise de Tomás – que não irei me prender a elas. Escrevo a partir daquilo que senti e utilizo teorias, autores e debates que possam me ajudar a significar, refletir e produzir conhecimento, mas, acima de tudo, estimular o compartilhamento de outras experiências e histórias.

2.1 OS ENCANTOS, ENCONTROS E DESENCONTROS NO ADOLESCER

É verdade que muitas vezes olhamos para a criança e para o adolescente visando encontrar definições, padrões e respostas. Falar da adolescência, por exemplo, exigiu um exercício de descolamento desses enquadres e retorno àquilo que me tocou no encontro com Tomás no CAPSij. Só assim percebi ser possível escrever e contar o que realmente me interessa.

Para Oliveira e Hanke (2017), falar sobre adolescência na contemporaneidade exige alguns desafios. É necessário considerar a cultura, o contexto, as referências e também não perder de vista que o sujeito não se limita às questões cronológicas. A leitura realizada pelos autores (apoiada na teoria psicanalítica) é pertinente ao debate que proponho neste momento, pois evidencia um posicionamento importante quanto à compreensão da adolescência. Segundo os autores, ao nos referir ao sujeito, não estamos falando de sua idade e, ao propor cuidado, não devemos nos aprisionar em uma fase do desenvolvimento e determinar períodos com data de início e término. Para a psicanálise, o que importa é o sujeito do inconsciente, e esse não pode ser apreendido em termos de idade cronológica.

A partir das reflexões da fenomenologia existencial, Luciana Szymanski (2017) apresenta questões teóricas sobre a compreensão de infância e adolescência assim como também faz questionamentos fundamentais com relação à ideia de desenvolvimento humano pautada em interpretações lineares e fixas, principalmente no campo da psicologia e educação. Para a autora, o olhar determinista traz muitas implicações a esses campos, dentre elas, a noção de que alguém está predeterminado a ser algo em função de sua situação econômica, de sua família, cultura, etc. Sem desconsiderar que somos o que vivemos em nossos contextos, Luciana faz uma crítica fundamental às interpretações lineares do tempo e ao determinismo oriundo delas. De acordo com a autora, o tempo e a experiência são apreendidos e sistematizados. No que se refere à infância e à adolescência, por exemplo, a compreensão cronológica é a maneira como nos organizamos, como organizamos trajetórias, compreendemos o percurso da criança, do mais simples ao mais complexo, do imaturo para o maduro, do infantil para o adulto. A interpretação do tempo não pode ser apreendida por uma visão teórica; o tempo não pode ser compreendido de maneira linear e determinista. Segundo Szymanski (2017, p. 87), “somos seres temporais, somos tempo, somos indefiníveis”.

A partir dessas discussões, mesmo que expressas em campos do conhecimento e visões de mundo diferentes, podemos perceber semelhanças nos apontamentos e considerar que a adolescência não pode ser entendida unicamente como uma fase determinada da vida que ocorre entre os 12 e 19 anos. Aqui, também prefiro olhar para a adolescência de outra maneira, considerando muitos outros elementos que compõem essa experiência singular de adolecer.

Segundo Carrano (2003, apud Oliveira & Filho, 2017), o “adolecer” do sujeito é compreendido como decorrente de sua experiência social em determinado tempo histórico, com características não determinadas *a priori* e continuamente reavaliadas e reorganizadas. É um processo em construção e ao mesmo tempo produtor de si mesmo. Na mesma perspectiva,

Oliveira e Filho (2017) apresentam a compreensão da “adolescência” não como uma fase natural do desenvolvimento, mas sim como uma representação e fato social histórico. Por essa razão, os autores utilizam o termo entre aspas. Segundo os autores, o conteúdo das representações da “adolescência” no Ocidente durante o século XX ficaram mais conhecidas como uma fase relativa à história de vida dos sujeitos. Na contemporaneidade, é considerada a complexidade do adolecer ao destacar contextos marcados por incertezas, desamparo social. Desse modo, além de considerar os tempos e a experiência da adolescência, podemos também considerar que ser adolescente, ainda mais em nosso país, pode ser muito complexo. Ser jovem no Brasil é um grande desafio. Cobranças, dilemas relacionados à identidade e a busca por pertencimento aos grupos, escolhas pessoais e profissionais compõem os muitos desafios da juventude.

Segundo Ribeiro et al (2016, p. 13), “ser adolescente no século XXI tem se mostrado um desafio importante para todos”. Para os adultos que precisam lidar com padrões de referência e modelos de ação no mundo muito diferentes dos que eles têm e tiveram; para os adolescentes que, em contrapartida, têm que lidar com esse mundo adulto que acaba lhes dando poucas referências e modelos, ou os apresentando de maneiras confusas, ambíguas e contraditórias, fazendo com que precisem criar as próprias referências e construir formas de ser no mundo em alguns momentos; para o Estado, que tem no adolescente um problema em termos de formação, inserção no mercado de trabalho, sexualidade, saúde, segurança, consumo e família. Trata-se de um período difícil para pais, filhos e estado, no qual os conflitos e dilemas são numerosos e os desafios nas relações acabam se evidenciando.

Há ainda questões fundamentais para as quais devemos olhar ao pensar sobre a vida dos jovens em nosso país tropical. A pobreza, a desigualdade social, a violência, o preconceito e o desrespeito às juventudes, sobretudo a juventude negra e periférica.

Isso porque, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2019), o Brasil é o país com o maior número de adolescentes assassinados no mundo. Em 2015, um total de 11.403 meninos e meninas entre 10 e 19 anos foram vítimas de homicídio. Segundo a organização, esse número alarmante seria maior que o total de mortes violentas de meninos em países como a Síria e Iraque, na época.

Na atualidade, o Atlas da Violência (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] & Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2019) apresenta que, entre 2016 e 2017, houve um aumento de 6,7% na taxa de homicídios de jovens. Ao todo, no ano de 2017, 35.783 jovens foram assassinados no país, e os homicídios foram considerados a causa de

51,8% dos óbitos de pessoas de 15 a 19 anos, o que representa uma taxa de 69,9 homicídios para cada 100 mil, recorde nos últimos dez anos.

Segundo os dados apresentados pelo Atlas (IPEA & FBSP, 2019), o perfil dos homicídios no Brasil apresenta que, 53,9% acontece entre vítimas de 15 e 29 anos. Com relação aos padrões identificados, em 2017, 75,5% das vítimas de homicídios foram negros e a maior parte dos homicídios vitimaram indivíduos com baixa escolaridade.

São evidentemente dados alarmantes sobre a realidade das juventudes em nosso país e devemos (enquanto acadêmicos privilegiados) buscar entendimentos sobre as razões pelas quais tal violência vem sendo imposta às vidas de nossa população e ir além ao procurar maneiras para transformar essa realidade.

É fato que os 300 anos de escravidão no Brasil deixaram marcas profundas em nossa sociedade. Nosso país é racista e, em pleno século XXI, mesmo com nossas experiências, com toda informação, pesquisas e dados, ainda há aqueles que a negam e rejeitam a necessidade de políticas afirmativas, contestam a existência do racismo em nosso cotidiano e enraizado em nossa cultura e fecham os olhos para a violência e a desigualdade direcionada principalmente aos jovens. Ainda há quem negue o extermínio das juventudes negras em nosso país.

No campo da saúde, os debates também não acontecem por acaso nem sem que tenha existido um longo percurso de luta e resistência para que a saúde da população negra fosse colocada em pauta.

Emiliano de Camargo David (David, 2018) aponta que, no Brasil, ainda são escassas as discussões, os estudos e as pesquisas relacionadas à temática étnico-racial e a saúde mental da população negra. Sem deixar de reconhecer o crescimento que o debate relacionado o tema obteve, segundo o autor, essa questão ainda permanece em segundo plano dada a baixa discussão nos equipamentos de saúde mental.

No país, as primeiras inserções do tema da saúde da população negra nas ações governamentais estaduais e municipais ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do movimento social negro e pesquisadores. Com base no exposto pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2007), podemos marcar alguns fatos relacionados às lutas e conquistas dos movimentos negros: a participação ativa na 8ª Conferência de Saúde, ao lado do movimento sanitarista pelo direito à saúde pública; a maior visibilidade às questões relacionadas à saúde da mulher negra, sobretudo no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos; as reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares em 1995, que resultaram na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e a realização da mesa redonda sobre a saúde da população negra

organizada pelo grupo em 1996 que resultou na inclusão do quesito cor nos sistemas de informações e mortalidade de nascidos vivos e também a elaboração da Resolução nº 196 de 1996, que introduziu o recorte racial nas pesquisas envolvendo seres humanos; a atuação do movimento social negro nas 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 2000 e 2003 que fortaleceu a participação social nas instâncias do SUS e resultou na aprovação de propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país; a criação da Secretaria Especial de Políticas da Igualdade Racial (SEPPIR) em 2003 também pela atuação do movimento negro e a realização de seminários, encontros e reuniões técnicas nos anos de 2005 e 2006, sobretudo o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em que ocorre o reconhecimento oficial do Ministério da Saúde quanto a existência e o racismo institucional nas instâncias do SUS (Brasil, 2007).

Segundo David (2018), o racismo seja da dimensão interpessoal ou institucional pode gerar sofrimento psíquico, com possíveis efeitos psicossociais. Batista e Sonia Barros (2017, p.01) assinalam que “raça/cor, classe social, gênero e geração são estruturantes em nossa sociedade e interferem nos desfechos da saúde, da doença e da morte”. De acordo com os autores, uma das estratégias para enfrentar essas iniquidades é avançar em políticas de promoção da equidade dentro de uma política sistêmica e universal.

Atrelado a isto, também é preciso levar em consideração que as desigualdades podem provocar altos índices de adoecimento, e isso acaba gerando graves impactos sociais em toda a nação, “o desemprego, o racismo, a discriminação e estigmatização podem levar à exclusão social, condição que se associa, pelas múltiplas vulnerabilidades que condiciona, a um elevado risco de doença mental” (Alves & Rodrigues, 2010, p. 130).

É necessário enfatizar que falar sobre as desigualdades presentes em nossa sociedade é fundamental se queremos um debate eficiente no campo das políticas públicas. No entanto, por vezes acabamos esquecendo de incluir os determinantes sociais da saúde mental nas reflexões e discussões, causando esvaziamento crítico e atento não somente no que se referem às nossas práticas, mas também ao olhar integral aos usuários dos serviços dos quais fazemos parte. Inevitavelmente, sem ao menos nos darmos conta, acabamos inclinados a retornar ao modelo que lutamos todos os dias para modificar. Um modelo que fragmenta, limita e, por fim, exclui e violenta.

Tomás era um adolescente negro, estudante de escola pública, vivia em um bairro da cidade marcado pelo tráfico de drogas, pelas intervenções policiais e pelo preconceito. Era preciso que a equipe que o acompanhava saísse de dentro do serviço e olhasse para além dos

sintomas. O território chamava por nós e era preciso entender a história e o contexto do menino que se apresentava como príncipe; era preciso acompanhá-lo fora do serviço.

Certo dia, estava no CAPSij realizando um atendimento quando ouvi uma batida na porta. Abri e vi Tomás parado e sorrindo. Surpreendi-me com sua aparição. Tomás resistia muito em ir ao serviço, faltava nos dias combinados e aparecia em outros momentos, o que exigia que a equipe se reorganizasse. Do meu ponto de vista, tratava-se de um movimento importante, Tomás nos dizia como um serviço caracterizado pelas “portas abertas” deveria funcionar para acolher os usuários. Aprendi muito sobre o CAPSij com os ensinamentos daquele menino e de muitos outros que passaram por lá.

Ao longo do tempo, percebi que muitas vezes Tomás chegava ao serviço no mesmo horário que eu. Sempre aparecia de surpresa, como se adivinhasse que eu estaria ali. A atitude que parecia uma confusão com relação aos dias da semana dizia sobre as escolhas que ele havia feito sobre seu próprio projeto terapêutico.

Quando abri a porta naquele dia, vi Tomás sorrindo sorri de volta.

“O que faz aqui, menino?”, perguntei em tom descontraído.

“Vim, ué! Mas já tô indo embora!”, respondeu ele.

“Bom, estou atendendo agora, mas já, já vou terminar. Se quiser esperar podemos conversar.”

“Ah, só vim aqui mesmo. Tô indo embora.”

“Bom, tudo bem, então!”

Quando saí da sala de atendimento, Tomás estava na recepção do serviço. Olhou-me e disse novamente que iria para casa.

“Quer que eu te acompanhe até o ponto (de ônibus)?”

“Bora!”

Quando passamos pelo portão do serviço, Tomás parou na calçada. Olhou para cima, no sentido da praça central, e para baixo, no sentido do terminal rodoviário. Hesitou por uns poucos segundos e começou a caminhar em direção à praça.

“Opa! O terminal fica pra baixo, não é?”

“Ah é!”, disse parando novamente e olhando para cima. “Mas na praça tem ônibus”, concluiu.

“E você quer pegar o ônibus para sua casa na praça?”

“Isso! Vou pegar o ônibus lá.”

Dessa vez, quem parou e olhou para cima e para baixo fui eu. Hesitei. Não pela distância. Tanto a praça quanto o terminal ficavam a uma quadra do CAPSij. Hesitei, pois

mesmo os mais atentos aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e das práticas antimanicomiais hesitam. Hesitei, pois, se estávamos perto do terminal, não fazia sentido ir até outro ponto. Hesitei, porque por um momento esqueci que não era eu quem escolhia o caminho.

Muitas vezes, a diferença entre uma prática manicomial e uma prática antimanicomial está no se dar conta. Dei-me conta que o sentido não era meu, assim como o caminho também não. Por isso seguimos para a praça.

No caminho, havia algumas lojinhas. Hoje consigo perceber os detalhes que no momento da caminhada não percebi. Tomás parou em frente a uma delas, apontou para um boné estampado com as cores do movimento rastafári, o verde, amarelo e vermelho.

“Olha!!!!”, exclamou Tomás, muito entusiasmado, apontando para o boné.

“Ah! Olha aí o Bob Marley!”, respondi ao ver a imagem do famoso artista estampada em outro boné com as mesmas cores.

“Você gosta?”, perguntou Tomás, que seguiu para a praça

“Gosto, sim, quando era mais nova tinha até uma pulseira nessas cores.”

“Hum!”

Foi então que chegamos à praça. Mas Tomás não seguiu para o ponto de ônibus. Cruzou o canteiro e se dirigiu para o coreto. Ali percebi que haviam meninos sentados nos bancos embaixo de uma árvore. Quando Tomás se aproximou, foi cumprimentado como um amigo. Eram de fato seus amigos e, entre eles, havia um cara aparentemente mais velho segurando um baseado.

Acredito que Tomás havia decidido me surpreender naquele dia. O encontro por ele ocasionado não era algo que eu imaginava enquanto seguia para pegarmos o ônibus. Tomás queria que eu fosse testemunha de algo. Foi ao CAPSij dizendo que ia para casa e, ao acompanhá-lo, pude perceber que ele queria me contar algo sobre sua história, seu bairro, seus vizinhos e amigos. Percebi que cuidar de Tomás sem olhar para seu contexto era totalmente inviável.

Poderia discorrer sobre várias questões relacionadas ao uso de drogas e as variáveis que levam uma pessoa a fazer uso abusivo ou não de substâncias lícitas e ilícitas ao longo de sua vida. Mas, aqui, ao refletir sobre o território e a história que conto, acho pertinente destacar que o uso abusivo de drogas é também uma consequência da vulnerabilidade social.

Atualmente, sabemos que a desigualdade eleva os índices de adoecimento e impacta todos os setores sociais, inclusive a economia. O mercado capitalista exige corpos saudáveis e dóceis o suficiente para a produção, excluindo do jogo muitas pessoas pré-julgadas improdutivas e dificultando a inserção delas no trabalho, o que leva à perda de seu lugar

social. A vulnerabilidade social traz riscos à saúde, gerando estresse, ansiedade, aumento da violência doméstica, insegurança, etc. Não debater e compreender a desigualdade, o racismo e a vulnerabilidade social como determinantes sociais para as condições de saúde é uma grave violação de direitos humanos e está na contramão do que nos propomos ao trabalhar no campo antimanicomial. Em outras palavras, o sofrimento psíquico também é gerado por determinantes sociais.

Segundo Buss e Filho (2007), as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão relacionadas à sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) citada por eles, os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss & Filho, 2007, p. 78).

Para a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002), diversos fatores sociais, como a urbanização descontrolada, a pobreza, conflitos e catástrofes e o ambiente familiar e social, podem determinar a prevalência, manifestação e progressão de doenças mentais.

Desse modo, ao nos propormos a trabalhar no campo da saúde mental, não podemos olhar para o sofrimento psíquico de maneira isolada. Para mim, a cada experiência, a cada leitura e a cada passo desta pesquisa, evidenciou-se a importância de estarmos nas ruas, olhando para a sociedade, conhecendo as histórias e os territórios dos usuários de nossos serviços substitutivos.

De acordo com Rose Gurski e Pereira (2016), não é possível pensarmos na constituição psíquica sem pensarmos no laço social que a enseja; é numa estreita relação com as pautas de cada época que os sujeitos vão se produzindo e construindo seus modos de constituição e de sofrimento psíquico.

O período da adolescência é marcado por diversos fatores, mas, sem dúvida, o mais importante é a tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada em uma nova realidade que produz confusão de conceitos e perda de certas referências. A busca do “eu” no outro, configurando a procura pela própria identidade, acarreta angústias, passividade ou revolta, dificuldades de relacionamento e conflitos de valores. A adolescência é uma travessia perigosa marcada pelas crises, pelas transformações biopsicossociais. Quando essa travessia é marcada também pelas privações e vulnerabilidades sociais, os adolescentes acabam mais suscetíveis aos impasses do laço social (Conselho Federal de Psicologia, 2015).

Assim, para pensar as experiências de sofrimento (psíquico) na adolescência, está posto a necessidade de olhar para as rupturas inerentes a essa experiência de adolecer e a

maneira com que os laços sociais foram se construindo, estabelecendo, fortalecendo ou afrouxando.

2.2 A PRIMEIRA EXPERIÊNCIA COM A CRISE

É evidente que as demandas do CAPSij são diversas. Ao falar sobre as experiências de sofrimento, estamos considerando as mais diversas situações. A adolescência como discutido até aqui não deve ser tomada como uma fase determinada e as questões de saúde que emergem nesse período também devem ser olhadas de maneira singular. Por essa razão, gostaria que o debate pudesse ser interpretado da maneira mais ampla possível, e que aqueles que entrarem em contato com a história que venho contando possam pensar e contar suas próprias histórias e experiência nos CAPSij. Dito isso, sinto-me mais à vontade para seguir com minha escolha em contar de minha vivência e, portanto, do processo de cuidado singular de um adolescente em especial.

Como devem ter percebido nos relatos anteriores, Tomás apresentou-se ao CAPSij com uma experiência de crise psicótica em curso. Havia um delírio construído e sintomas que foram chamados de “clássicos”. Receber o Príncipe da Pérsia fez as coisas se agitarem bastante no serviço.

O CAPSij deste relato tem uma história peculiar. Segundo membros da equipe que participaram de todo o percurso, ele nasceu oficialmente no ano de 2005, mas o desejo em ver suas portas se abrirem era algo que alguns membros da equipe já vinha construindo.

Antes de ser oficialmente CAPS, o serviço era um centro de referência ligado as questões da infância e atendia demandas diversas relativas a queixa escolar e questões de saúde. O serviço pertencente à Secretaria de Saúde ficou muito conhecido na cidade; eram muitos os encaminhamentos feitos a ele, principalmente por parte das instituições escolares. Até que um dia, durante o fórum de educação e saúde realizado no município, uma professora da rede, ao se referir a ele, denunciou sem querer um entendimento errôneo sobre o que seria sua proposta e as demandas que para lá deveriam ser encaminhadas. O desejo de organizar o serviço e definir quais seriam as demandas e sua função específica, embora não fosse unânime na equipe do futuro CAPSij existia para alguns de seus trabalhadores e a consciência desse desejo se tornou real a partir da fala da professora que ao relatar questões relacionadas a queixa escolar acabou por enunciar que ao serviço, caberia tudo aquilo que fosse entendido como “casos difíceis” e sem perspectiva de resolução. Sem maiores definições, quando uma professora fez um trocadilho com o nome do serviço, dando-lhe uma conotação ruim, como se

coubesse a ele atender o que o restante da rede não reconhecia, não se identificava ou tão pouco desejava acolher. Colocado no lugar de buraco negro dos casos difíceis, a fala/brincadeira ecoou e incomodou.

Tratavam-se dos “casos difíceis”, aqueles que deixam professores e equipe escolar de cabelos em pé, apresentam questões importantes, mas de difícil entendimento ou até mesmo acolhimento.

Ao testemunhar a brincadeira da professora e as risadas que ecoaram, a equipe que viria a ser CAPSij se entreolhou.

“Não pode ser! Não somos para isso! É preciso mudar este entendimento.”

Foi então que o desejo se desenhou por fim. Era preciso ressignificá-lo, discutir quais eram suas demandas. Uma mudança precisaria ser feita.

Mas a determinação para que fosse reconhecido como CAPSij não partiu da equipe que estaria pronta para pôr em ato aquilo que estavam a construir. A decisão foi política e sem muitas explicações. Sem avisos prévios, a toque de caixa, a gestão municipal da época determinou que o serviço a partir dali seria CAPS.

Correria para conhecer os CAPSij na região, buscar referências e desenvolver o desejo que se construía de maneira sensível. Naquele momento, somente a coordenadora do serviço havia passado por experiências no campo da saúde mental que se deram em um hospital psiquiátrico da região.

Não foi rápido perceber como era o funcionamento de um CAPSij e confirmar o que já sabiam sem pôr em palavra. Assim como as práticas teriam que mudar, e a equipe teria que buscar formação, a demanda esmagadora que chegava ao antigo serviço também não era a demanda que o CAPSij atenderia.

E a demanda CAPSij não demorou a chegar.

Foi enquanto o desejo de uma equipe em ser CAPSij se formava que Rafaela encontrou o serviço. Rafaela era uma menina chegando a adolescência que apresentava sua primeira crise psicótica. Sem saber de maneira consciente, mas percebendo o terreno fértil que se formava, veio ao lugar que acreditava, finalmente, poder acolhé-la. Rafaela participou da construção desse espaço. Foi mostrando a equipe quais os caminhos e impasses do cuidado em saúde mental. Colocou em evidência quais afinal eram os casos graves que até então ouviam falar, mas pouco chegavam ao antigo espaço. Só quando o CAPSij nasceu Rafaela pôde ver e fazer seu cuidado brotar. Um cuidado que somente em terra fértil poderia crescer e ali encontrou o seu lugar.

Foi também logo em seguida à chegada de Rafaela que outro fato colocou a saúde mental em discussão na cidade.

Um adolescente havia se afogado propositalmente no lago da cidade. Decidiu pôr fim a sua história e escolheu o parque da cidade para seu último ato em vida. Aos amigos que ficaram o choque foi imenso. Em sequência, outros adolescentes também buscaram no mesmo lugar expressar o sofrimento e denunciar o desejo por seu fim.

Quando a história dos jovens tomou conta da cidade, os olhares se voltaram para a saúde mental. O CAPSij recém-nascido nunca chegou a conhecer o adolescente do lago, mas perceberam que uma nova história deveria se construir no que diz respeito ao cuidado em saúde mental.

Foi então que, pela primeira vez, o CAPSij encontrou a escola. Em uma ação coletiva, a equipe se organizou e realizou intervenções no ambiente escolar. O CAPSij fez na escola sua apresentação à cidade. Existia finalmente um serviço atento às questões da saúde mental, um lugar de referência, portas abertas para acolher e construir no território (cercado por manicômios), uma história de cuidado em liberdade.

Mas o antigo serviço-buraco negro não deu o adeus necessário para que o CAPSij pudesse se desenvolver. Até hoje, existem aqueles que desconhecem o CAPSij e ainda buscam pelo centro de referência. Há até mesmo profissionais que não desejaram junto a sua equipe o nascimento do serviço substitutivo e até hoje insistem em práticas e pensamentos contrários às premissas da Política de Saúde Mental Antimanicomial. Há os que possuem o desejo CAPSij, mas cultivam o medo de sua demanda.

Os casos graves demoram a chegar, ainda são tímidos. Chegam na crise, agitam o serviço, animam a equipe desejosa, apavoram a ainda em construção e irritam os que ainda veem no manicômio a única solução. Mas o serviço resiste. Busca conhecer, aprimorar e fazer rede.

Foi esse desejo que permitiu minha chegada. Após algumas boas experiências no cuidado de adultos, meu desejo em iniciar uma nova história encontrou o CAPSij.

A partir desta breve história, narrada por mim, mas já contada por aqueles que testemunharam e experimentaram sua construção, podemos perceber que esse CAPSij se funda em meio a muitas questões. É peculiar a construção de um serviço substitutivo. Cada um, em seu território, com suas demandas e seus desejos. Talvez essa também seja uma história importante para ser contada um dia. Como nasceram tantos serviços substitutivos em nosso país e quais são suas histórias? Espero que muitos profissionais e acadêmicos resolvam narrá-las.

O CAPSij apresentado possui uma história de descobertas, de enfrentamentos e resistência (inclusive dentro da própria equipe). Como já mencionado antes sobre nosso território interiorano, é incontestável o interesse pelo fracasso dos nossos serviços para que o hospício renasça.

Mas outra coisa que chama a atenção na história do CAPSij diz respeito às demandas. Embora tenha feito um recorte da história, evidencia-se no discurso dos profissionais que me concederam os relatos fundamentais para a escrita que o primeiro caso atendido se tratou de uma adolescente em crise, assim como Tomás.

Nem sempre todos os profissionais estão disponíveis para atender todas as demandas. E isso se repete a cada dia, suponho que em muitos serviços para além daqui. O trabalho em equipe torna-se fundamental nesse sentido, pois é preciso que os usuários sejam acolhidos e escutados em seu sofrimento. Infelizmente, nem sempre os serviços substitutivos têm profissionais dispostos ao trabalho e às demandas ali apresentadas. São corriqueiras as histórias que envolvem o campo da saúde mental como um lugar reservado aos profissionais “problema”, transferidos dos serviços em que atuavam e, por castigo, acabam nos serviços substitutivos. As consequências da formação de uma equipe com base nisso implicam em dificuldades extremas no cotidiano do serviço, sobretudo no cuidado dos usuários.

Atuar em um CAPS não configura uma tarefa fácil. São muitos os desafios, os preconceitos que exigem desconstrução, o necessário jogo de cintura e, acima de tudo, a manutenção do desejo em estar ali e a capacidade de acreditar no cuidado sem amarras.

“Eu não preciso do remédio! Eu sou o príncipe da Pérsia. Olha como eu corro rápido!”, dizia Tomás, correndo pela sala.

“Muito rápido mesmo, né? Você corre muito bem.”

“Você acredita né? Já me conhece.”

“É claro que eu te conheço. Você também me conhece, não é mesmo?”

“É, mas eu sei o que você vai fazer. Você entra na minha mente.”

“Eu entro na sua mente? Como?”

(Risos.)

“Você me faz tomar o remédio. Mas eu não quero, não tenho mais tempo.”

“Entendi. É verdade, eu sempre falo do remédio mesmo. Mas já disse o que eu penso, né? Eu acho que o remédio é importante neste momento.”

“Todo mundo quer que eu tome!”, dizia ele, parecendo irritado.

“Mas eu não vou te obrigar a tomar. Estamos só conversando. Não somos parceiros?”

“Sim.”

“Vamos conversar um pouco e pensamos sobre como vai ser nesse feriado. Tudo bem?”

“Não vem, não! Já faz ‘mó’ tempo. Eu não vou mais tomar, não!”

“Pois é, tempão mesmo. Mas acho que dá pra ver com o médico sobre quanto tempo mais você ainda precisa dele. A consulta é na segunda. Se você chegar lá sem ter tomado já viu, né?”

“É!”, respondeu o adolescente, com um leve sorriso de canto de boca.

“São quatro dias só. Você sabe, o tempo passa rápido e logo você está aqui novamente. Podíamos fazer um combinado. O que acha?”

“Iii, olha lá. Já tá entrando na minha mente de novo!”

“Pensa, você toma o remédio esses quatro dias e observa o que vai acontecendo. Depois, na segunda, você me conta como foi, o que você fez e como o remédio te atrapalhou. Assim temos argumentos para usar com o médico. Ele vai querer saber tudo mesmo. Você pode explicar a ele que esse remédio está ruim. Mas para isso vamos precisar desses quatro dias. É uma estratégia.”

“Mas segunda eu não tomo mais, heim!”

“Tá! Na segunda, a gente conversa e vê como fica. Combinado?”

“Fechô.”

“Combinado mesmo?”

“Só até segunda!”

Quando Tomás nos encontrou, foram várias as discussões realizadas com a equipe a respeito do caso que se desenhava. A resistência do adolescente em ir ao serviço, comparecer às consultas ou fazer uso dos medicamentos era algo que tirava o sono de muitos ali. O desejo de cuidar era tão grande que, em alguns casos, era difícil escutar, e esse é um impasse para muitas equipes e profissionais comprometidos com o cuidado antimanicomial.

Acontece que, quando atendemos casos graves, vemo-nos frente a frente com situações-limite. Quando Tomás se recusava a tomar o medicamento, havia o entendimento unânime da equipe que aquilo era extremamente necessário para que a crise pudesse se estabilizar. Quando ele se recusava a ir ao serviço, angustiávamo-nos e desejávamos que houvesse algo que pudesse trazê-lo de volta. Nesses casos que nos colocam à prova, vamos ao extremo. Pensei que deveria obrigar Tomás a frequentar o serviço, fui a sua casa inúmeras vezes com o propósito de convencê-lo, em vão. Como já mencionado, ele aparecia em dias e horários contrários aos combinados, e isso causava muita confusão.

Aí está a importância de uma equipe que deseja o CAPS. Puxões de orelha, discussões, estudos e reflexões. Juntos, quando um indicava que iria invadir o campo do usuário e que ali existia o risco das antigas práticas, os outros podiam lembrar qual era o trabalho no qual acreditávamos, e então reencontrávamos nosso caminho.

Era preciso compreender algumas coisas junto ao adolescente. Por que ele recusava o tratamento inicialmente proposto? O que acontecia para ele se ausentar nos dias combinados e aparecer em outros? Qual o manejo possível?

Até que um dia, muito angustiada e buscando informações, conhecimento e saídas para nossos dilemas, decidi fazer contato com alguns professores da graduação e também com um professor por quem tenho muito apreço e pude conhecer durante as andanças na saúde mental. Foi durante discussões virtuais e o início da supervisão que as coisas foram fazendo mais sentido.

Ninguém quer se cuidar em um lugar que não tem desejo por seu cuidado. Se há na relação uma indisponibilidade para o cuidado, seja por qual motivo for, aquela relação simplesmente não se sustentará. Se Tomás percebia em alguns a indisponibilidade para escuta, em resposta, também se mostrava indisponível. Por isso, levantamos a hipótese que este era o motivo dele se recusar a participar de alguns grupos, de consultas ou apresentar recusa à medicação. Ele aparecia em dias inusitados aos nossos olhos. Assim como Rafaela e tantos outros, Tomás percebia onde o terreno era fértil para o cuidado. Onde poderiam ser escutados, onde poderiam finalmente falar.

Historicamente coube ao louco e a loucura o lugar do silêncio. Sujeitos que perderam o estatuto de cidadãos ao adoecer, passaram a ter seus corpos sob tutela e as possibilidades de desejo aniquiladas. A Reforma Psiquiátrica e o movimento antimanicomial reivindicaram um novo olhar, um novo modo de cuidar e um novo lugar a eles. Mas as antigas práticas não foram totalmente extintas e, como mencionado antes, ainda existem os que apostam em manter o posicionamento centrado na doença, na violência e na retirada de direitos, mesmo no campo da saúde mental.

Segundo Isalena Carvalho, Costa e Bucher-Maluschke (2007):

Como espaço de subjetivação por excelência, a cultura não é um elemento coercitivo; é um elemento que faz a mediação entre o social e o individual. Nessa mediação, sujeito e cultura vão se constituindo mutuamente em encontros e desencontros fundamentais ao processo de construção dos diversos modos de interação e de adoecimento humanos. Nesse cenário, a crise psicótica surge como o fato que evidencia estar o sujeito fora dos laços instituídos pela sociedade no que se refere ao exercício da razão e, em consequência, da liberdade de escolha. Ao considerar que o louco – figura historicamente associada à psicose – encontra-se à margem da sociedade, essa desenvolve(u) uma série de estratégias que se dividem

entre a reclusão e a reinserção daquele no sistema. Tende-se a percebê-lo não mais como um cidadão pleno de direitos e deveres, mas como alguém cuja cidadania se legitima através de ações de tutela exercidas pela família e pelo Estado. (Carvalho, Costa & Bucher-Maluschke, 2007, p. 173).

Para a autora, garantir uma escuta ao usuário e à família que valoriza sua opinião sobre questões acerca da constituição da crise e caminhos possíveis para o tratamento representa um desafio que não se resolve ao derrubar os muros de hospitais psiquiátricos, ao fechamento de seus leitos ao até mesmo a criação de novos serviços.

Segundo Quinet (1951), por estrutura, os sujeitos psicóticos encontram-se fora dos laços sociais já estabelecidos pela sociedade em que vivemos. O sujeito psicótico encontra-se fora da norma edipiana e excluído da norma social. No entanto, isso não impede que haja tentativa no estabelecimento de laço. “No caso da psicose, a via régia do inconsciente é a rua. As loucuras dos sonhos são vividas na rua em plena luz do dia [...] A realidade do sujeito da psicose é povoada por suas criações inconscientes projetadas nos parentes, vizinhos e colegas, ou seja, em casa, na rua e no trabalho” (Quinet, 1951, p. 47). Nesse sentido, o desafio posto àqueles que se dispõem a escuta e, ao fazer com base nas premissas da Reforma Psiquiátrica, diz respeito a formular ações conjuntas de modo que o sujeito possa conviver e estar incluído no mundo, respeitando suas singularidades e sem tentar adaptá-lo às imposições do sistema capitalista de produtividade e utilidade, sem impor um tratamento farmacológico que dispute com suas tentativas (inconscientes) inerentes de cura e o reduza ao lugar de objeto.

É importante ressaltar que essa leitura da psicose e seus significados diz respeito a uma dentre as mais diversas teorias, possibilidades e explicações para as causas do que chamamos de experiências da loucura. No contexto que descrevo neste texto, houve uma explicação oferecida a uma profissional do campo educacional (conforme apresentado adiante, no subcapítulo 2.4) pautada nessa perspectiva psicanalítica. Tal explicação surtiu um efeito positivo dado que, para ela, foi didático e claro, possibilitando entendimentos. Assim, por meio dela, encontramos um caminho para o diálogo. No entanto, é importante frisar que devemos ter cautela ao utilizar certas explicações, definições e denominações às experiências da loucura, dado que, para além de suas singularidades, há condições estruturais e aspectos culturais da sociedade que atravessam as vidas dos sujeitos e suas histórias, operando enquanto determinantes sociais para ter saúde ou adoecer. Além disso, é preciso problematizar a indicação de causas individuais para o que chamamos genericamente de adoecimento psíquico e, no contexto escolar, problematizar como determinadas explicações sobre as maneiras de ser e estar no mundo com base em padrões e diagnósticos acabam sendo necessárias.

Nessa perspectiva, tomo como verdade que nossa função (entre muitas) é nos conectarmos com os sujeitos, suas realidades e histórias e encarar o desafio que eles nos propõem quanto às possibilidades de criar e fortalecer esses laços em seus territórios.

No entanto, nem sempre as equipes estão atentas ou mesmo dispostas a encarar os desafios que a psicose e, sobretudo as crises na psicose, colocam-nos. Ora, se estamos consciente ou inconscientemente indisponíveis para a tarefa, estamos também indisponíveis para o cuidado.

No campo da infância e da adolescência, essas questões – complexas por excelência – acabam ganhando um tom ainda mais preocupante e o desafio se potencializa. Crianças e adolescentes tidos como saudáveis são silenciados a todo momento. No campo da infância, a lógica do capital e da produtividade, além de excluir, também estimula e impõe o trabalho infantil, um dos mais graves problemas do país.

Estabelecido pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, o ECA ampara e busca garantir o direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à cultura, à educação, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e à proteção no trabalho (proibido a menores de 14 anos, salvo na condição de aprendiz, conforme apresentado no capítulo V da lei). Mas ainda é recorrente que crianças e adolescentes não sejam considerados sujeitos de direitos, tenham suas vozes silenciadas, suas reivindicações negligenciadas e seus corpos violados e encarcerados.

Assim, se criticamos o silenciamento e a violência impostos aos adultos que enlouquecem, é urgente refletir e problematizar o modo como agimos com crianças e adolescentes que historicamente vem sendo silenciados.

O que acontece quando um adolescente adoce foi uma das perguntas que atravessou minha prática profissional e me levou ao campo da pesquisa acadêmica. O que acontece entre a primeira crise na adolescência e o primeiro acolhimento e a sentença de “quadro crônico” em um CAPS I, II ou III já na vida adulta? A vida se apaga? Os adolescentes adormecem e retornam do sono profundo aos 18, 25, 30 anos, quando voltam a existir?

Eles se afastam. Afastam-se dos amigos, dos familiares, da comunidade. Afastam-se do futebol, dos encontros na pracinha, das paqueras, da escola. Acabam se excluindo e sendo excluídos. A dificuldade no estabelecimento do laço social se amplia, e ele é negado a muitos deles.

Como outros, Tomás também se sentiu de fora ao adoecer. Sua angústia era se perceber tão diferente que já não poderia mais estar em seu lugar. Perdeu amigos, ia perder também sua escola. Que vida poderia ter estando tão longe daquilo que ele conhecia?

Ao adoecer psicicamente, o jogo de esconder conhecido da infância já não é mais brincadeira. Escondem-se ou são escondidos para não serem nunca mais encontrados. A eles cabe o fim precoce das experimentações da adolescência e que aguardem do lado de fora até que possam voltar a cena, muito mais adoecidos, cronificados pela exclusão.

2.3 POR QUE AINDA INTERNAMOS NOSSOS ADOLESCENTES?

Naquela manhã, na sala de reuniões, discutíamos alguns casos quando o telefone de uma das psicólogas tocou. “Entre no site G1, a Clínica de Rafard foi interditada”, dizia a mensagem. O silêncio tomou conta de toda a equipe enquanto todos acessavam a reportagem publicada pelo site de seus celulares.

“Polícia prende três por cárcere privado em clínicas de reabilitação de Rafard. Internos foram encontrados trancados em quartos e com sinais de agressão. Outro homem foi preso por porte ilegal; armas de brinquedo foram achadas” (Portal de Notícias G1, 26 de novembro 2015).

A discussão dos casos foi interrompida. Precisávamos entender o que havia acontecido, mas a prioridade naquele momento era clara para toda a equipe, principalmente para aqueles que acompanhavam Tomás todos os dias.

“Precisamos buscar Tomás! AGORA! Não sabemos como. Vamos com carro próprio se necessário, mas estamos indo neste momento”, disse Beatriz, a enfermeira que acolheu o adolescente quando ele chegou ao serviço alguns meses antes.

Tomás havia sido internado em uma comunidade terapêutica na cidade de Rafard no interior paulista há mais ou menos dois meses. A equipe de referência do adolescente era contrária à internação. No entanto, outra parte da equipe acreditava que o caso do adolescente dizia respeito ao uso abusivo de maconha e que sua internação viabilizaria a desintoxicação além de garantir sua proteção. Desse modo, a comunidade terapêutica resolveria o problema das alucinações, pois lá ele estaria “protegido” das drogas e dos perigos da rua e, por consequência, apresentaria uma melhora em seu quadro.

É importante salientar que o discurso sobre os riscos que o adolescente impunha a si e a outros que estariam a sua volta era proferido com frequência por aqueles que acreditavam fielmente nas internações psiquiátricas como uma solução.

No debate sobre a internação, foram proferidas frases como: “Ele vai morrer e nós seremos responsabilizados”; “Você fica andando com esses pacientes e um dia será estuprada.

Ele te trata bem agora, mas você não sabe o que pode passar na cabeça dele daqui a pouco”; “Ele pode matar alguém”; “Prefiro que um paciente meu morra dentro do hospital psiquiátrico do que ter que arcar com o fato dele se matar em casa”.

Para quem o acompanhava diariamente era óbvio que suas questões não eram causadas por uso de abuso de substâncias. Inclusive, a partir dos encontros com o adolescente foi possível entender que o uso da cânabis entrava na história do adolescente de uma maneira diferente do que era entendido por alguns membros da equipe do CAPSij.

Para o adolescente, a ideia de que poderia estar doente era muito dolorosa. Era algo que ele tentava mostrar (sua dor) ou negar a todo tempo. “Não tenho nada, estou normal”, dizia durante um de nossos encontros. Era verdade que ele chegava muitas vezes ao serviço com os olhos avermelhados e levantava a hipótese de que poderia ter feito uso de drogas. Comigo, Tomás não escondia o que fazia. Não precisava negar. “Fumei sim, me faz bem”, dizia o adolescente enquanto fazíamos uma pulseira de macramê.

O que pudemos construir juntos é que o uso de drogas viabilizou que a loucura de Tomás fosse mais aceita por seus amigos. Ele estaria “louco” em função dos efeitos da substância. Algo passageiro, parte de seu contexto social, uma viagem, uma loucura bem diferente do que o diagnóstico médico oferecia. Por essa razão, na tentativa de dizer a si mesmo que os pensamentos, as alucinações e as sensações eram temporárias, Tomás teria aumentado a frequência com que fumava maconha.

No entanto, mesmo sendo fruto de diversos encontros com o adolescente, essa teoria não era aceita pelos que insistiam ora em encaminhar Tomás ao CAPSad, ora em interná-lo em uma clínica de reabilitação.

Dizer que uma internação estava totalmente fora de cogitação por parte dos que o acompanhavam não foi suficiente, embora boas discussões tenham sido realizadas nas reuniões de equipe. Acontece que as frases mencionadas acima tinham um peso muito grande e tornavam nossas decisões muito mais difíceis.

Ao sustentar o tratamento em liberdade, mesmo acreditando no que sugeríamos, não estávamos a salvo do medo que sentíamos. Tomás acabou sendo internado em uma comunidade terapêutica a pedido de sua mãe que, no auge de seu desespero, não conseguia se colocar contrária às recomendações veladas de quem era favorável à internação.

Não ia funcionar. Não era disso que ele precisava. Sabíamos dos impactos de uma internação e sabíamos que seria pior quando ele voltasse, provavelmente ainda mais adoecido.

Discussões, debates, ameaças veladas e a solicitação de uma internação fizeram parte de toda uma reunião na qual o destino do tratamento de Tomás era desenhado. Naquela sala do CAPSij, pela primeira vez, chorei em uma reunião de equipe.

De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental (Brasil, 2005b), o processo de implantação da rede de cuidados extra-hospitalares no Brasil teve início na década de 1990 e, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental começou a ganhar contornos mais definidos, em especial a partir da realização das conferências fortemente marcadas por seu caráter político. É nesse período que entram em vigor as primeiras normas federais para a regulamentação de serviços de atenção diária inspirados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospital-dia, assim como as primeiras normas para fiscalização e classificação de hospitais psiquiátricos. A Lei Paulo Delgado que, àquela época, ainda tratava-se de um projeto em tramitação no Congresso Nacional, inspirava os movimentos sociais que conseguiram aprovar as primeiras leis em 1992, determinando a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental – um grande avanço se considerado que ainda não havia sido instituída uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS e 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

No mesmo período, a Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos, teve o mérito de afirmar sem ressalvas a condição cidadã de crianças e adolescentes, resultando na promulgação da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, o ECA (Brasil, 2005a).

No entanto, mesmo com os avanços no sentido da Reforma Psiquiátrica, os manicômios que exerceram historicamente um papel de destaque no que se refere ao controle e à violação dos corpos dos que, de alguma maneira, opunham-se às normas instituídas em determinados períodos (por exemplo, na ditadura), mesmo com o passar dos anos, conservaram os símbolos e as marcas de suas práticas, que permaneceram em nossa cultura. Aprisionar as diferenças e encarcerar quem se opõe às normas ainda é uma prática corriqueira, embora também se apresente ocultada pelo discurso da ordem e segurança.

Como já discutido, a adolescência é também conhecida por um período de experimentações, contradições, descobertas, transgressões e dilemas. “O jovem apelidado pela mídia de ‘aborrecente’ é exatamente o que se indigna com o saber do Outro, que questiona o saber dos pais e que, confrontando com antigas gerações, provoca tanto os aborrecimentos familiares quanto às transformações mais importantes de um país” (Oliveira & Hanke, 2017, p. 301).

Mas esse mesmo jovem transformador, questionador e revolucionário também é taxado pela mídia como delinquente, perigoso e desumano. Inclusive, é importante salientar que projetos de lei e discursos favoráveis a medidas como a redução da maioria penal são constantemente postos em discussão e encorajados por políticos que vêm na acusação e criminalização de adolescentes (especialmente os negros e pobres) uma possibilidade falaciosa de resolver as questões de segurança pública em nosso país, colocando, mais uma vez, o encarceramento de jovens como solução para mazelas sociais.

Em nosso país, muitas vezes institucionalizamos os adolescentes por meio do discurso da proteção – seja do próprio sujeito ou de outros. É triste perceber que a maior aposta de uma sociedade que carrega as dores de uma história fincada no controle e no aprisionamento dos corpos ainda é a clausura.

Sabemos que deveria existir uma diferenciação óbvia entre proteger e criminalizar. No entanto, nota-se que, no mesmo contexto em que se alega querer proteger, os maiores investimentos não são no campo da cultura, da profissionalização ou da educação, e não dizem respeito à construção ou ao fortalecimento da autonomia e cidadania. Pelo contrário, em especial no governo atual, pautado por uma política do ódio autodeclarada, insiste-se na criminalização e extermínio dos diferentes e das diferenças – do jovem negro e periférico – para sustentar seu poder e domínio sobre as massas, os investimentos, os discursos. Os projetos de lei a cada dia indicam o desejo e a necessidade em produzir corpos dóceis ao fazer com que a crítica e a potência da sociedade, sobretudo na adolescência, apaguem-se nos muros das instituições.

Mas, embora essas práticas estejam se ampliando a cada dia, isso não é uma novidade exclusiva do governo atual. Segundo Brasil (2005a, p. 8), “as ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscrita a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização”. No que diz respeito à experiência do sofrimento psíquico na infância e adolescência, “uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais (incluídas na rubrica de deficientes), transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado”.

É evidente que a preocupação com a infância e a adolescência vem crescendo a cada dia e compondo diversas discussões no âmbito político, social, cultural, assistencial e acadêmico. No entanto, se, por um lado, a importância da assistência a esse público vem sendo evidenciada, de outro, são crescentes as medidas calcadas na lógica higienista e de

inspiração normativo-jurídica direcionadas aos jovens, acima de tudo aos jovens que de alguma forma são marcados pela desigualdade social (Brasil, 2005a).

Jovens: pobres, negros, loucos, delinquentes, deficientes. Todos enquadrados e determinados por uma lógica social perversa que insiste em estigmatizá-los, padronizá-los, minimizá-los e marginalizá-los.

No que se refere à história da institucionalização de crianças no país, Brasil (2005a) afirma que, mesmo com mudanças importantes, principalmente após a aprovação do ECA, muitos desdobramentos do atendimento institucional ainda são marcados por ideias e práticas do passado. Nos séculos XIX e XX, de acordo com análises documentais a respeito da assistência à infância, muitas famílias pobres ou com dificuldades em criar os filhos que buscavam o apoio do Estado acabavam tendo suas crianças encaminhadas para instituições como se fossem órfãs ou abandonadas. O Brasil possui uma longa tradição de internação de crianças e jovens em instituições asilares. Passando pelo modelo de colégios internos para os filhos dos ricos e transformando-se em “internato de menores” para os pobres, a institucionalização de jovens foi mudando conforme as épocas e se estabelecendo na cultura ao longo do tempo. A modalidade de educação na qual o indivíduo é regido no espaço e tempo por normas institucionais sob relações de poder desiguais caiu em desuso para uns, mas ainda hoje é mantida para outros: àqueles designados pobres e/ou pertencentes a grupos considerados ameaçadores à sociedade (Brasil, 2005a).

Em tempos de Reforma Psiquiátrica, no campo da saúde mental infantojuvenil, apoiados nas propostas da III Conferência de Saúde Mental realizada em 2001, sabemos que a rede de atenção integral à criança e ao adolescente deve garantir acessibilidade, fluxo e priorização de casos de maior gravidade, dentro de um enfoque multiprofissional, dando-se maior atenção aos projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados. Desse modo, seria possível garantir o direito daqueles em sofrimento psíquico e/ou usuários de drogas de serem atendidos em serviços substitutivos específicos. As internações psiquiátricas, quando necessárias, devem ocorrer em serviços 24 horas ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante (Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde [SUS-CNS], 2002).

No entanto, mesmo que a garantia ao acesso à saúde e aos serviços seja afirmada pelas políticas públicas, ainda há desafios importantes a serem superados em nossos contextos. Segundo Carvalho et al. (2007), as privações econômicas dificultam o acesso da população a serviços de intervenção precoce de base interdisciplinar e muitas vezes somente a percepção do sofrimento psíquico e de sintomas mais agravados levam à busca pelo tratamento. As

internações psiquiátricas ganham força nesse cenário uma vez que o agravamento dos sintomas exige o emprego de medicamentos e dosagens fortes, mas que nem sempre produzem o resultado desejado no tempo esperado, levando os familiares a questionarem sua eficácia e optarem pela internação. De acordo com esse autor, muitas vezes a idade de início de surgimento dos sintomas nem sempre coincide com a idade do primeiro contato com serviços de saúde. Geralmente, quando a família decide procurar ajuda profissional, já houve outros episódios.

Tomás, por exemplo, quando chegou adolescente ao CAPSij já possuía um prontuário no serviço com relatos sobre sua infância e queixas escolares referentes ao que chamavam “mau comportamento”. Dificuldades relacionadas ao entendimento e cumprimento de regras, dificuldades de aprendizagem e agitação compunham a justificativa da escola para o encaminhamento do menino ao serviço de saúde mental. Em sua história, uma questão importante sobre o pai e uma relação marcada pela separação e abandono. Voltou mais tarde, em crise, dessa vez porque os familiares acreditavam que o comportamento e o discurso de Tomás haviam mudado, mas acreditavam ser algo passageiro, que pudesse estar relacionado ao uso ou abuso de substâncias, tão natural em seu contexto social. Por ter retornado em crise, veio à tona uma realidade muito dura sobre o que acontece quando ela toma a cena.

Segundo Pereira (2013), ainda são poucas as discussões sobre as especificidades das situações de crise em saúde mental de adolescentes, seja em textos acadêmicos, documentos oficiais ou relatórios técnicos. Há ainda uma defasagem entre as necessidades de atenção em saúde mental infantojuvenil e a oferta de serviços capazes de responder às particularidades desse público.

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001 (SUS-CNS, 2002), propôs que a elaboração e execução de ações no campo da saúde mental infantojuvenil deveriam compor as políticas públicas, respeitando as diretrizes do processo de Reforma Psiquiátrica e os princípios do ECA, e recomendou urgência na construção de uma agenda política específica a esse público. A implementação dos CAPSij e a construção e fortalecimento de espaços coletivos intersetoriais em que fosse possível discutir a política de atenção à saúde mental e assegurar a interlocução entre os campos da educação, conselhos municipais de saúde, juizado, promotoria, conselhos tutelares e Rede Nacional dos Direitos Humanos também fizeram parte das recomendações elaboradas na conferência e apresentadas posteriormente no relatório final.

No entanto, a partir de dados coletados entre 2002 e 2007, Maria Couto, Cristiane Duarte e Paulo Gabriel G. Delgado (2008) apontaram que a oferta de serviços capazes de

responder às necessidades de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes naquele período estariam defasadas uma vez que as políticas de saúde existentes ainda estavam relacionadas às questões da população adulta e acabavam não contemplando as necessidades específicas de cuidado e proteção exigidas pelo campo da infância e adolescência.

Segundo as recomendações da III Conferência (SUS-CNS, 2002), as cidades que não tivessem implementado os serviços substitutivos específicos ao público infantojuvenil deveriam oferecer cobertura ao tratamento de crianças e adolescentes nos CAPS I, II, III e ad, pelos ambulatórios de saúde mental e/ou outros serviços existentes. De acordo com a pesquisa realizada por Couto et al. (2008), ao final do ano de 2007 existiam no Brasil um total de 86 CAPSi em funcionamento.

Atualmente, segundo requisição feita ao Ministério da Saúde (comunicação pessoal, 30 de setembro de 2019), nosso país conta com 2.594 CAPS (todas as tipologias) em todo território Nacional e 68 CAPSij localizados especificamente no estado de São Paulo.

É importante salientar que, embora tenha solicitado também a quantidade de CAPSij existentes no território nacional, esse dado não foi fornecido via e-mail e, por essa razão, realizei uma pesquisa virtual no site oficial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para fins de confirmação dos dados fornecidos e para obter dados mais específicos sobre a quantidade de CAPSij no Brasil, no estado de São Paulo e no interior.

No entanto, pude constatar alguns problemas relacionados à obtenção e confirmação dos dados. Inicialmente foi identificado que a caixa de texto utilizada para identificar a nomenclatura dos serviços converte as letras em caixa alta automaticamente. Desse modo, a diferenciação entre CAPS I e CAPSij torna-se custosa à medida que todos os serviços são apresentados em uma única lista como CAPS I e é necessário explicar a descrição de cada um deles para que seja identificado o subtipo dos estabelecimentos. Além disso, ao utilizar as siglas (CAPS), a ferramenta de busca exclui os serviços cadastrados com o nome por extenso (Centro de Atenção Psicossocial, por exemplo). No caso de serviços de saúde mental que atendam a crianças e adolescentes, foi realizada uma busca utilizando as palavras “infantil” e “infanto-juvenil” junto à sigla ou ao nome por extenso e pôde-se perceber que também há contradições, inclusões ou exclusões de serviços. Além da dificuldade em acessar os dados oficiais, também ficou inviável a constatação por meio do site oficial de serviços cadastrados qual a real quantidade de CAPSij na atualidade para que fosse feito um comparativo quanto aos serviços disponíveis em todo território, no estado de São Paulo, na capital e no interior e o aumento ou diminuição destes serviços em comparação ao dado apresentado por Couto et al. em 2008.

Embora a abrangência dos CAPSij seja uma temática importante, a dificuldade em acessar os dados de maneira clara pode complicar a discussão sobre tais serviços. Devemos levar em consideração que, independentemente do aumento na quantidade de serviços específicos para o cuidado de crianças e adolescentes nos últimos anos, nossa preocupação principal deve estar não única e exclusivamente nos dados numéricos, mas, sobretudo, na qualidade do serviço ofertado nas instituições para o acolhimento e cuidado do público infantojuvenil e suas demandas.

Devemos ter clareza de que cada serviço se constrói a partir de suas demandas e seu território. Para além das determinações em portarias e cartilhas que nos dizem como os serviços devem ser organizados, quais profissionais devem compor as equipes e quais são os horários e dias de funcionamento, o que importa são as equipes e como elas lidam com os usuários, suas histórias e seus contextos, além da maneira como as ações serão pensadas e programadas a partir disso. A educação continuada, o investimento em formação, supervisão, as discussões em equipe e em rede e o olhar integral para cada um dos usuários é o que devemos colocar como norteador das práticas e serviços, o que pode fazer toda a diferença.

No caso de Tomás, por exemplo, a dificuldade na escuta e a falta de conhecimento sobre ele e também sobre a atenção à crise trouxe consequências a meu ver um tanto desastrosas.

Para muitos era difícil escutar o adolescente e suas demandas.

O discurso da proteção à sua integridade física e à integridade de seus familiares mesclado ao discurso favorável à descontinuação do uso de drogas foram muito utilizadas por aqueles que consideravam a internação do adolescente necessária para seu tratamento.

Contando um pouquinho mais sobre sua história, Tomás era o Príncipe da Pérsia, personagem de um famoso jogo de videogame criado por Jordan Mechner em 1989, mas, devido ao grande sucesso, reformulado e relançado diversas vezes nos anos subsequentes e jogado por Tomás em seu Playstation 2. No jogo, o Príncipe da Pérsia é trancafiado em uma masmorra da qual precisava fugir para que possa salvar sua princesa das garras de um terrível inimigo. Com habilidade para corrida, movimentos de parkour e em posse de uma adaga do tempo, o personagem pode ultrapassar obstáculos, lutar contra os soldados que tentam capturá-lo e controlar as areias do tempo, retrocedendo a um passado breve ou visualizando o futuro. Tomás acreditava ser tal personagem e demonstrava diversas vezes suas habilidades de corrida na recepção do CAPSij; era muito amoroso e divertido. No entanto, muitas pessoas a sua volta insistiam fortemente para que ele abandonasse seu delírio, chegando inclusive a caçoar de seu discurso. Isso acabava irritando o adolescente e gerando inúmeras discussões.

Certa vez, voltando de um final de semana, a mãe de Tomás informou à equipe que o adolescente havia tido problemas no sábado enquanto estava na rua e disse em certo momento que pararia um ônibus com sua força. Uma situação alarmante sem sombra de dúvidas, mas que exigia escuta e interpretações da cena narrada. Esse tipo de anúncio não era algo que o adolescente já havia feito e chamava a atenção a maneira como a mãe relatou toda a cena. Tomás estaria nervoso com algo? O que poderia tê-lo motivado a querer demonstrar sua força? Ele precisava provar algo? Para quem? A ida à comunidade seria necessária?

O discurso da proteção utilizado em favor não do adolescente, mas sim em favor da lógica da institucionalização acabou contribuindo/compondo mais uma vez as determinações para que uma internação fosse imposta ao tratamento de Tomás.

De acordo com alguns membros da equipe, além do uso de drogas, também seria necessário interná-lo, pois seu comportamento apresentava situações de risco. O medo de que o adolescente pudesse se machucar ou machucar pessoas tomava conta da equipe todas as vezes que argumentos pró-internação compunham as discussões.

Uma preocupação legítima, é claro! Na atenção à crise, devemos considerar todas as possibilidades e também a imprevisibilidade da vida. É importante lembrar que a própria política de saúde mental aponta a possibilidade de internação psiquiátrica em casos nos quais o usuário se apresenta em risco. Nosso compromisso é e sempre será pautado no bem-estar daqueles que nos propomos a cuidar e não seria ético e responsável afirmar que a internação do adolescente não poderia acontecer em uma situação-limite.

Mas, para que uma decisão sobre uma internação seja tomada, é preciso relembrar que a Política de Saúde Mental Antimanicomial apresenta expressamente que as internações devem ser lançadas como um recurso somente em casos de crise intensa (para estabilização do quadro), depois de esgotadas todas as possibilidades no território, e que devem ser efetivadas preferencialmente nos leitos de retaguarda do hospital geral.

Uma internação deve ser planejada considerando todas as possibilidades, toda a história do usuário e os sentidos. Deve estar de acordo e respeitar o projeto terapêutico (PTS) e ter (caso sua efetivação seja necessária) ações voltadas para a garantia de direitos dos usuários e conservação dos vínculos tanto familiares quanto com a equipe do serviço substitutivo.

Mas o caso de Tomás apresentava algumas particularidades utilizadas para justificar a internação que, a meu ver, estavam evidentemente em desacordo com esse planejamento cuidadoso.

É fato que desconsiderar seu discurso o deixava extremamente mal. Ouvir isso de familiares, amigos e indiretamente daqueles que lhe ofereciam cuidado era devastador. Quando Tomás perguntava se acreditávamos que ele era o Príncipe da Pérsia, estava também nos contando que alguém não acreditava. As tentativas de desconstruir seu delírio, de fazê-lo “voltar a ser quem era antes” eram comuns, embora fossem desencorajadas e repreendidas pelos membros da equipe que compreendiam sua importância. A hipótese que levanto é que sua explosão no final de semana dizia respeito a uma tentativa de provar de uma vez por todas a realidade de suas crenças. Desse modo, mesmo que precisássemos atuar na desconstrução da necessidade de provar algo e mais fortemente no acolhimento e orientação aos familiares e amigos de Tomás, a situação não deveria ser utilizada como mais uma justificativa para apoiar uma internação. Definitivamente, penso que o que o adolescente precisava mesmo era ser escutado. Era difícil ser diferente dos amigos, não ser compreendido ou aceito, ser ridicularizado e desconsiderado; era difícil ser quem ele era e ter que provar. O sofrimento de Tomás crescia, acreditavam que o remédio deveria ser prescrito em maior quantidade; que a maconha deveria ser a grande vilã; que a internação era necessária, pois “não tinha mais jeito”. Só esqueceram que Tomás precisava que acreditassem nele. E por mais que a equipe que o adolescente escolheu o fizesse, não houve força suficiente para que a internação fosse barrada.

A falta de um conhecimento mais amplo sobre a psicose, sobre o manejo e a atenção à crise e principalmente na escuta do adolescente e seus familiares foram determinantes e contribuíram de maneira negativa para o tratamento do adolescente no CAPSij.

Mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica e sua contribuição para que a população se conscientize sobre os modos de cuidado para além dos hospitais psiquiátricos e a efetividade das ações no território, segundo Carvalho, et al. (2007, p. 187), as internações “permanecem como recurso básico nas situações de crise”, levando muitos usuários a iniciarem uma carreira de internações e, por consequência, obterem um maior prejuízo na manutenção dos laços com seu entorno. Um dos maiores desafios para esse campo é a criação de uma política que considere as particularidades e necessidades dos indivíduos de forma que também sejam respeitados os princípios estabelecidos pelo SUS (Brasil, 2005a).

Para Quinet (1951), a Reforma Psiquiátrica trata-se de um movimento de inserção social daqueles que foram excluídos da sociedade porque não são tolerados pela ordem. É um movimento que tende não somente ao tratamento do sofrimento, mas também ao tratamento da intolerância do corpo social ao diferente, o repúdio à alteridade, o preconceito contra a loucura entendida como o avesso da liberdade.

Ao refletir sobre os motivos pelos quais ainda internamos nossos adolescentes, podemos considerar que o discurso da proteção que deveria ser presente e comprometido em todos os casos acaba deturpado e aproximado demasiadamente da lógica da institucionalização, tão avessa à lógica do cuidado, da produção da autonomia e protagonismo presente em nossa Política de Saúde Mental Antimanicomial.

O medo causado por discursos falaciosos e carentes de conhecimento mais amplos no campo da saúde mental, da adolescência, das crises e do cuidado em liberdade toma conta e alastra-se de modo que transforma o desejo em cuidar e proteger, inviabilizando as possibilidades de escuta. O medo pelo usuário, por seu familiar e por nós mesmos acaba nos levando de volta às antigas práticas. Esquecemo-nos de incluir os usuários e familiares no tratamento, de ir ao território, de escutar e pensar alternativas.

Evidentemente que nem sempre é fácil fazer isso, por isso, os encontros, as discussões, as supervisões e tantas outras alternativas no campo da educação continuada são fundamentais. Cuidar nas crises exige um desprendimento de nossos ideais, assumir que não sabemos tudo, que o usuário sabe e pode atuar em seu tratamento mesmo nos casos graves, que um adolescente, mesmo em sofrimento psíquico, não deixou de ser um sujeito de direitos e desejos, e que é na aposta da garantia desses direitos e de desejos que podemos viabilizar o cuidado fora das amarras institucionais.

2.4 ESCOLA, PARA QUÊ E PARA QUEM?

Passado o período mais intenso da crise, quando esta já se estabilizava, a equipe do CAPSij decidiu que Tomás poderia retomar suas atividades de rotina, tendo as profissionais de referência como apoio caso fosse necessário. Foi neste retorno que a equipe do CAPSij se viu às voltas com questões que mais uma vez extrapolavam os contornos do serviço.

Tomás mesmo durante o período mais intenso de sua crise apresentava grande desejo em ocupar o espaço escolar, o que tinha também relação com o poder sentir-se “normal”.

No entanto, com base em um diagnóstico precocemente divulgado (e, a meu ver, de maneira imprudente), a escola em que Tomás cursava o segundo ano do ensino médio passou a recusar sua entrada.

Inicialmente, para que fosse autorizada a entrada de Tomás na escola, foi solicitado um laudo do CAPSij que atestasse que o adolescente estaria em condições de voltar ao convívio social. Mesmo diante da afirmativa da equipe de saúde mental com relação à

elaboração de tal documento, a escola voltou a recusar sua entrada, solicitando desta vez, que o laudo atestasse de forma permanente que o adolescente não voltaria a apresentar crises.

A escola mostrou-se resistente ao retorno do adolescente. Mesmo diante das explicações e dos esclarecimentos quanto à impossibilidade da elaboração de um documento que garantisse permanentemente a ausência de crises (dada a imprevisibilidade presente a todos os indivíduos), a escola manteve sua decisão, negando a entrada e permanência de Tomás no ambiente escolar.

Inúmeras ligações eram feitas para o serviço de saúde mental solicitando a presença da equipe na instituição escolar para resolver problemas relacionados ao adolescente. Falta de uniforme, uso de boné, recusa em fazer as tarefas, passeios pelos corredores da escola e brincadeiras fora de hora eram as maiores queixas da instituição que alegava não saber o que fazer nestes casos quando associados a Tomás.

Ao mesmo tempo em que havia estas dúvidas, evidenciava-se que as regras pareciam ser exigidas com mais severidade de Tomás do que de outros adolescentes.

“Mas porque só eu não posso usar boné?” Perguntava irritado.

Conforme situações já mencionadas, tais exigências faziam com que o adolescente batesse de frente com a equipe escolar. Tal comportamento gerava a percepção de que Tomás era agressivo. Tudo isso contribuía para a alegação de que o adolescente não poderia conviver com os outros alunos.

Em seus relatos, Tomás contava como acabava perdendo a paciência frente ao tratamento diferenciado que recebia.

Aos poucos, o CAPSij compreendeu que algumas pessoas da equipe escolar adotavam um método provocativo para que o adolescente perdesse de fato a paciência e assim a escola pudesse suspender o adolescente das atividades escolares e argumentar a favor da crença de que aquele não era mais seu lugar.

Embora a coordenação e vice-direção mostrassem disponibilidade em conversar e pensar estratégias de cuidado que viabilizassem a permanência de Tomás na escola, a diretora da instituição muitas vezes mostrava-se irredutível na decisão de manter o adolescente fora da instituição.

“Ele veio sem uniforme. Está com uma camiseta preta!! Este menino não pode conviver com outras pessoas. O que vocês querem que eu faça? Nós não sabemos como falar com ele. Não é como falar com os outros meninos.”

“Mas senhora, Tomás estuda nesta escola há anos. Tinha uma boa relação com a senhora e com outros membros da equipe escolar. Ele é ainda aquele menino, o oriente como

orienta os outros. Se é uma regra da escola a história do uniforme diga isso a ele e peça para que amanhã ele não apareça sem a camiseta da instituição.”

“Mas ele não pode estar aqui. Vocês querem nos obrigar a manter esse menino na escola?”

“Já falamos a respeito disso, não foi? Se ele agora está bem para voltar às atividades da rotina, pode também voltar à escola. É um caso de inclusão.”⁸

“Inclusão?” Disse a gestora alterando o tom de voz.

“Isso não é inclusão! Inclusão é com surdo, cego, deficiente. Isso é caso de internação! Ele fala com o quadro na parede e diz que é príncipe. Inclusão isso não é. Ele não pode estar na escola.”

Embora alguns membros da equipe escolar fossem mais abertos ao diálogo, a gestora é quem acabava por ter a palavra final quanto a entrada de Tomás na instituição e tensionava a relação entre CAPSij e escola.

É possível entender o receio da equipe escolar. No discurso dos profissionais apareciam informações sobre o quadro de saúde do adolescente baseadas no senso comum e repletas de preconceitos. Novelas, filmes e situações limite apresentadas em noticiários eram utilizadas para caracterizar o que eles pensavam ser a condição clínica do adolescente. O medo de que Tomás matasse colegas e professores era algo constantemente colocado a equipe do CAPSij.

Por esta razão decidimos que nossa presença na instituição era extremamente urgente e necessária.

⁸ Segundo a Política Nacional de Inclusão (2008) e a Nota Técnica nº 04 de 2014, são considerados público alvo da educação especial pessoas com deficiência (impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial); transtornos globais do desenvolvimento (aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação) e; com altas habilidades ou superdotação (aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade). Embora a Política apresente certas definições, seu texto também alerta para que as definições do público alvo sejam contextualizadas e não se esgotem na mera categorização e especificações. No entanto, na Resolução SE 68 de 2017 referente ao atendimento aos alunos na rede de ensino do estado de São Paulo, são considerados no artigo 3º como público alvo da educação especial alunos com “deficiências, Transtornos do Espectro Autista ou Altas Habilidades ou Superdotação”. Segundo relatos de professores da rede estadual as ações referentes a educação especial são pautadas na Resolução nº 68. Deste modo, podemos levantar a hipótese que a substituição da especificação “Transtornos globais do desenvolvimento” contida na Política Nacional por “Transtornos do Espectro Autista” gera restrições com relação ao público alvo da educação inclusiva, deixando o acesso limitado a alunos que não se enquadram nas definições e especificações apresentadas. Assim, além de salientar que não devemos nos prender as categorizações, também é preciso alertar que tenhamos cuidado ao redigir tais documentos, criticar e propor a alteração de textos e apresentações que possam gerar compreensões limitadas e, por consequência, excludentes.

O CAPSij marcou presença constante na escola, fazia visitas e buscou criar espaço para o diálogo com a gestão, coordenação, professores e funcionários. Mesmo assim, a decisão era categórica: “Lugar de louco não é aqui!”.

O discurso midiático relativo a temas de saúde mental pode ser nocivo na forma como constrói uma imagem estigmatizada sobre o louco. Principalmente em decorrência de como o louco e a loucura ganham espaço nos meios de comunicação sempre em situações nas quais algum acidente ou fatalidade acontecem. Nesses casos, sendo o sujeito da loucura constantemente retratado como perigoso, cruel e manipulador. A ideia ultrapassada de que essas pessoas devem ser afastadas do convívio social foi reforçada na instituição escolar, e o medo acabou atravessando a relação entre a escola e o adolescente.

Foi necessário incluir a discussão quanto à diferença e à inclusão em pauta no contexto escolar e, ao mesmo tempo, desconstruir a imagem preconceituosa relacionada a experiência da loucura ou do sofrimento psíquico.

No entanto, dada a resistência da escola, discutir o tema da diferença e inclusão transformou-se em uma árdua tarefa. A escola já não era um lugar acolhedor e a cada dia tornava-se mais severa e agressiva tanto para Tomás como para a equipe que o acompanhava.

A hostilidade, a intimidação e ameaças passaram a fazer parte da relação entre o serviço de saúde e instituição escolar, dificultando o processo para todos.

“Porque não posso mais entrar aqui?” Tomás perguntava, mais uma vez, com a mochila nas costas do lado de fora.

Tomás era um adolescente ativo, muitas vezes “rebelde” e resistente às regras. Antes da crise apresentava várias ocorrências relacionadas ao seu comportamento e, de acordo com professores e funcionários, poderia ser considerado um “aluno problema”.

O adolescente conhecido pelo CAPSij mostrava, em períodos de crise intensa, o olhar fixo, corpo enrijecido, muitas vezes mantinha-se em silêncio e quando falava apresentava um discurso desconexo. Com algum tempo de cuidado e a construção de um vínculo forte entre o adolescente e sua equipe de referência a estabilização da crise foi tornando-se possível. Surgia então um outro menino.: Tomás era brincalhão, gostava de conversar e abraçar, pedia a presença das pessoas com quem tinha vínculo, o que evidenciava um pedido de cuidado, não só à equipe do CAPSij, mas também àqueles com quem havia estabelecido laço durante tantos anos na escola.

Os pedidos de abraço tornaram-se um problema para as professoras quando o diagnóstico do adolescente tomou a cena. As histórias e delírios que o adolescente apresentava chamavam a atenção dos colegas e causavam o receio dos funcionários que

diziam “não conseguir saber o que passava pela cabeça do menino”. Aos poucos Tomás foi percebendo que não era mais bem-vindo.

Antes de seu diagnóstico Tomás era como todos os outros alunos. Segundo a vice-diretora em uma de nossas conversas - ele não dava sinais de que poderia adoecer da maneira como adoeceu. Questionada sobre quais seriam os sinais a profissional nos devolveu a pergunta.

“Tem como saber que isso vai acontecer? Foi tão repentino. Ele estuda aqui desde pequenininho. Era um menino bagunceiro, mas nunca imaginei. Foram as drogas?”

Como mencionei anteriormente, de repente muda tudo. Mas, em relação à psicose, se considerarmos a teoria das estruturas clínicas, não se trata de um momento repentino. O sujeito estruturado na psicose transita socialmente, até pode ser alvo de atenção, mas seu desprendimento das normas não é, de modo habitual, visto como um problema. Ele pertence aos cenários, aparece e permanece inclusive na escola. A psicose neste sentido não se trata de algo caracterizado como “doença”, mas sim, um modo de ser e estar no mundo.

No entanto, para a clínica psiquiátrica clássica, segundo Calligaris (1989), se os fenômenos psicóticos não aparecem não há psicose. Ou seja, se não há manifestações como alucinações ou delírios, por exemplo, não há categoria nosográfica de psicose. Já para a clínica psicanalítica, que não se trata de uma clínica descritiva mas sim de uma clínica estrutural, o diagnóstico se estabelece de outras maneiras. Segundo o autor, o diagnóstico se estabelece na transferência, a partir do lugar em que o paciente coloca o “terapeuta”. Deste modo, é possível falar de estrutura psicótica mesmo na ausência de crises e de suas manifestações clássicas.

Ao falar a partir dessa perspectiva com a vice-diretora foi possível abrir a possibilidade de diálogo, muito importante do ponto de vista do acolhimento e tratamento de Tomás.

“Você sabe, isso que está me dizendo faz sentido! Uma vez tínhamos um aluno aqui, se chamava Felipe. Ele era muito inteligente. Mas agora, pensando no que você disse começo a me lembrar que ele era bem parecido com Tomás antes disso tudo acontecer. Ele às vezes fazia umas coisas que não entendíamos, mas achávamos que ele era muito engraçado e por isso deixávamos passar. Às vezes até contava umas histórias ‘sem pé nem cabeça’, mas você sabe que os adolescentes gostam de inventar coisas, né? Um dia, depois que ele se formou no terceiro colegial soube que estava internado. Falaram que ele tinha esquizofrenia. Agora que você está dizendo essas coisas acho que ele sempre foi assim mesmo e que o problema realmente é quando tem esses ‘surtos’, essas crises que você diz. Fora isso, eles convivem

normalmente. Felipe era mesmo diferente, mas ele esteve todo tempo aqui e isso nunca foi um problema.”

“Sim, isso mesmo. Mas o diagnóstico muitas vezes assusta, não é?” - respondi a ela

“Nossa! Assusta muito! Você fala em esquizofrenia e lembro do Tarso na novela.

Lembra dele? Com aquele moletom e capuz preto. Às vezes passa umas coisas na televisão e dá muito medo.”

O diagnóstico atrelado aos rótulos e preconceitos assusta e muitas vezes atrapalha tanto que acaba inviabilizando as possibilidades de cuidado no território. Por esta razão o lugar do CAPSij também é na escola, na rua, na comunidade e no contexto familiar. A conversa com a vice-diretora e a coordenadora naquele dia rendeu boas reflexões e abriu espaço para que Tomás pudesse, de algum modo, permanecer na escola, lugar fundamental em muitos aspectos, não somente para ele, mas também para tantos outros adolescentes.

Por mais que a leitura sobre o caso de Tomás e sua experiência no campo das psicoses tenha surtido um efeito interessante no diálogo com a profissional da escola. Frisamos que, além dessa leitura ser uma entre tantas outras possíveis, a sensibilidade e o cuidado ao lançar mão de determinadas explicações e definições de uma experiência tão singular como a de Tomás, é essencial.

Além disso, é fundamental alertar que, embora tenha partido da escola uma exigência de laudo para que o adolescente pudesse estar na escola, a oferta de laudo médico (diagnósticos clínicos) não deve ser tomada enquanto uma condição para que o aluno tenha ou não seu direito de estar na escola garantido.

De acordo com a Nota Técnica nº 04 de 2014 (MEC, 2014):

A exigência de diagnóstico clínico dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação, para declará-lo, no Censo Escolar, público alvo da educação especial e, por conseguinte, garantir-lhes o atendimento de suas especificidades educacionais, denotaria imposição de barreiras ao seu acesso aos sistemas de ensino (MEC, 2014).

De acordo com Denise de Oliveira Alves, Marlene de Oliveira Gotti, Claudia Maffini Griboski, Claudia Pereira Dutra (2006), a educação inclusiva reconhece e valoriza a diversidade e a compreende enquanto um fator de enriquecimento do processo educacional buscando responder às necessidades de aprendizagem de todas as crianças, jovens e adultos, sobretudo para aquelas que de algum modo enfrentam barreiras para a participação nos processos de aprendizagem escolar. Segundo as autoras, “os alunos com necessidades educacionais especiais historicamente vem sendo excluídos do processo de escolarização. Isso

porque a escola tradicional apresenta uma forte tendência homogeneizadora e seletiva com relação aos alunos que não se adaptam ao padrão estabelecido (Alves, et al., 2006, p. 9).

Segundo a Nota Técnica nº 04 (MEC, 2014), para que as escolas recebam recursos destinados a ampliação e garantia do acesso do público alvo da educação especial inclusiva é preciso apresentar dados ao Censo Escolar afirmando a matrícula e o atendimento destes alunos na instituição.

Embora muitos acreditem e veiculem que o documento comprobatório refere-se ao laudo médico, a nota técnica do MEC (2014) deixa explícito que o documento diz respeito ao plano de Atendimento Educacional Especializado (AEE)⁹, elaborado pelo professor responsável e pela instituição escolar, e que a exigência do laudo/diagnóstico clínico para que o atendimento as suas necessidades sejam garantidos configura em discriminação e cerceamento de direitos.

No entanto, o entendimento do laudo enquanto um documento comprobatório e indispensável não surge ao acaso ou tão pouco unicamente em função da indisponibilidade em acolher alunos com necessidades educacionais especiais. Alguns desencontros e confusões podem ser atribuídos a informação contida na Resolução nº 68 de 2017 (Governo do Estado de São Paulo, 2017, artigo 5) que estabelece que os pedidos de autorização para a oferta de Atendimento Educacional Especializado devem ser “instruídos”, entre outros documentos elaborados pela equipe escolar, por laudo médico para casos de deficiências auditiva/surdez, física, visual, surdo cegueira, transtorno do espectro autista e deficiência múltipla e múltipla sensorial e avaliação psicológica em caso de deficiência intelectual e altas habilidades ou superdotação. Embora possamos considerar importante a sinalização de que o acolhimento e atendimento das demandas da educação inclusiva necessitam de vários olhares e de uma rede articulada, é fundamental apontar que no caso de Tomás e, suponho, que de muitos outros alunos, crianças e adolescentes, a má interpretação, a leitura com o olhar limitante ou até mesmo o mau uso de informações podem gerar problemas e obstáculos no processo inclusivo e inviabilizar que os alunos desfrutem dos múltiplos benefícios do ambiente escolar.

Para Débora Sereno (2006), o ambiente escolar é compreendido como um espaço de vivências que, além de poder promover a aprendizagem possibilita a socialização e a criação de vínculos e laços sociais primordiais para o desenvolvimento subjetivo de qualquer pessoa.

A promoção da saúde, segundo Brasil (2005c), é tarefa de diferentes setores da sociedade, por esta razão, podemos afirmar que, as instituições escolares que desempenham

⁹ Discutido com mais detalhes no subcapítulo 3.5

papel fundamental na formação de nossas crianças, jovens e adultos, ocupam também um lugar de destaque no que se refere à produção e promoção da saúde. A partir da mobilização de toda a comunidade (alunos, familiares, profissionais das diversas áreas, empresários, artistas, etc), sem negligenciar os determinantes sociais, situações que podem produzir adoecimento, como a pobreza, a desigualdade, o desemprego e a não participação social, podemos considerar possível construir conhecimento, ampliar discussões e criar soluções para o desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida nos territórios.

Segundo Brasil (2005c, p. 8), ao incorporar o tema da saúde em seu projeto político-pedagógico, a escola passa a promover ações educativas em saúde que levam à reflexão sobre o que é ter uma vida saudável. A partir de elementos de sua realidade diária, as pessoas descobrem que falar sobre saúde está diretamente relacionado às questões sociais como: condições de moradia, oferta de trabalho, garantia à alimentação e educação, acesso aos serviços de saúde e lazer e, sobretudo, à forma como nos relacionamos uns com os outros.

No campo da saúde mental, isso significa que a escola pode ser fundamental no cuidado e tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e pode auxiliar no resgate de seu desenvolvimento, autonomia e qualidade de vida na medida que viabiliza o encontro e o debate dos diferentes e das diferenças.

Mesmo assim, o tema da experiência de sofrimento psíquico expresso por adolescentes no contexto escolar ainda gera muitos debates, ficando, inúmeras vezes, colocado como um tabu, mesmo diante de discussões relacionadas à inclusão. Isso, como já sabemos, deve-se à forma como olhamos e tratamos a “loucura” ao longo do tempo, mas também à maneira como as próprias instituições educacionais acabam debatendo o tema da saúde de maneira “centrada no modelo biomédico com enfoque na doença ou em sua prevenção” (Brasil, 2005c). A meu ver, isso acaba tornando a discussão de temas voltados à desconstrução do olhar para os sujeitos e a garantia de seus direitos (de estar e conviver em sociedade, por exemplo) algo que só se tornará necessário no contexto escolar quando situações como a de Tomás tomarem a cena.

Sabemos que, com a mudança de olhar proposta pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial, passamos a repensar não somente as práticas, mas também o lugar do louco e da loucura na sociedade, trazendo à tona diversos questionamentos quanto ao conceito de normalidade adotado até então. Assim, é possível repensar e reconstruir novas formas de olhar e lidar com a diversidade no campo da saúde e em todos os contextos sociais.

Conforme apresenta Amarante (1999), reconstruindo a ideia de sujeito e a necessidade de olhar para a pessoa além de sua doença, considerando o conhecimento que ela possui sobre

si mesma, sobre o adoecer e a saúde, encontramos o essencial para a reconstrução de sentidos em direção a uma vida saudável em seus diversos aspectos.

No que diz respeito às instituições escolares, podemos considerar que elas ocupam um lugar de destaque frente a promoção do debate e das reflexões na sociedade, sobretudo quando estamos nos referindo ao processo de inclusão.

Segundo a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva:

O movimento mundial pela inclusão é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola. Ao reconhecer que as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino evidenciam a necessidade de confrontar as práticas discriminatórias e criar alternativas para superá-las, a educação inclusiva assume espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e do papel da escola na superação da lógica da exclusão (Ministério da Educação, MEC, 2008, p. 5).

Deste modo, conforme apresentado por Simone Paulon et al. (2005), a capacidade que uma cultura tem de lidar com as heterogeneidades que a compõem tornou-se uma espécie de critério de avaliação de seu estágio evolutivo. É no ambiente escolar que passamos uma parte significativa da nossa infância e juventude. Somos desde muito cedo convocados a estar dentro de instituições cujo objetivo mais popularmente conhecido é formar cidadãos críticos e conscientes. É nesse ambiente que, segundo a autora, o tema da inclusão ganha espaço, já que aprender a conviver e respeitar as diferenças trata-se de uma questão fundamental da nossa sociedade, uma vez que, segundo Paulon et al. (2005), nossa cultura é expressa também no ambiente escolar. Então, se ainda faz parte de nossa cultura comportamentos e pensamentos excludentes, pode-se dizer que a exclusão é reproduzida na escola como no convívio social. Como lugar de aprendizagem, a escola tem o poder de modificar as relações sociais, tornando possível que seja reproduzido no social o aprendido e vivenciado dentro da instituição.

Levando-se em consideração que seu público prioritário diz respeito a “aprendizes de cidadania”, cheios de particularidades, podemos concluir que, se a escola não promover um discurso reflexivo e ações que respeitem a diversidade, os cidadãos que a frequentam jamais farão da escola um dos possíveis espaços em que o exercício de uma política inclusiva contribua com a construção de uma sociedade mais justa.

Em consonância a esse posicionamento, Julieta Jerusalinsky (2002, p. 32) apresenta que:

A escola é, por excelência, a instituição dedicada à infância, incumbida pela sociedade de instruir, proteger e preparar as crianças enquanto o futuro não chega. Na escola se realiza a transmissão de valores e conhecimentos da cultura, e, ainda que em cada família estes valores possam assumir leituras particulares, cada membro da família, para vir a ser um cidadão, terá que, de um modo ou de outro, se posicionar nessa cultura da qual faz parte.

Desse modo, podemos considerar que, para além do papel já conhecido historicamente das instituições escolares (sua função no ensino e aprendizagem), elas também são parte fundamental do processo de criação de uma sociedade efetivamente inclusiva.

Levando em conta o relato de experiência que apresento nesta dissertação, isso significa que talvez o debate das diferenças no ambiente escolar consistia em algo fundamental para que a permanência de Tomás fosse viabilizada, mas, mais ainda, para que a permanência de qualquer outro adolescente se sustentasse.

Nesse sentido, o CAPSij tinha uma função crucial ao promover o acolhimento das demandas da escola com relação aos temas da saúde mental e paralelamente contribuir para a promoção do debate quanto às diferenças, o processo de inclusão e principalmente quanto às premissas do trabalho na perspectiva antimanicomial e os modos de cuidado em liberdade.

Além disso, a aliança entre instituições escolares e equipamentos de saúde e de saúde mental também se exprime em documentos e deliberações oficiais, todos em consonância com os preceitos do ECA. De acordo com o estatuto, é nosso dever garantir às crianças e adolescentes o direito à educação e o acesso à escola pública e gratuita. Em seu capítulo IV, é evidenciado o papel do estado e comunidade com relação à garantia do direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer.

Segundo o artigo 53 do ECA (1990, caput VI, artigo 53):

Toda criança e adolescente tem direito à educação, visando o pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-lhes: I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; II – direito de ser respeitado por seus educadores; III – direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores; IV – direito de organização e participação em entidades estudantis; V – acesso à escola pública e gratuita, próxima de sua residência, garantindo-se vagas no mesmo estabelecimento a irmãos que frequentem a mesma etapa ou ciclo de ensino da educação básica. Parágrafo único. É direito dos pais ou responsáveis ter ciência do processo pedagógico, bem como participar da definição das propostas educacionais.

Com base nos preceitos do ECA, a Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional [LDBEN] (LDBEN, 1996), em seu artigo 4 determina que:

O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de: atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação,

transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino.

De modo a garantir a aplicação da LDBEN no que diz respeito ao acesso dos usuários de serviços de saúde mental à educação, seja em escolas públicas e/ou privadas, o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002) propôs que seria necessário desenvolver parcerias entre as secretarias de saúde, educação e ação social, visando a capacitação continuada de todos os profissionais da rede de ensino sobre a educação inclusiva e a questão da saúde mental.

No campo educacional, segundo o MEC (2008), após um período de reformulações a respeito de ações para promover a educação inclusiva e garantir aos alunos seu direito de estar na escola, entre diversas mudanças e alterações na maneira de compreender a inclusão e suas diferenças com relação ao processo de integração, foi estabelecido que as instituições de ensino superior deveriam abranger em seus currículos temas relacionados às especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais para formar docentes preparados para atender tais demandas no contexto escolar.

Já, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Educação – Conselho Pleno nº 1 (CNE/CP, 2002), a organização curricular de instituições voltadas à formação docente devem contemplar competências referentes à compreensão do papel social da escola, o acolhimento da diversidade e o conhecimento sobre crianças, adolescentes, jovens e adultos, incluindo as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais. Desse modo, com formação e articulação entre parceiros de diferentes áreas do conhecimento, é possível garantir o acesso de todas as crianças e adolescentes à escola, sem nenhum tipo de discriminação.

No entanto, por essas bandas do interior, a história tomou outros rumos.

A experiência da esquizofrenia marcou Tomás como diferente. E a percepção de uma diferença que nunca havia sido debatida foi o que gerou discussões sobre seu direito de fazer escolhas, ser autônomo e estar na escola. A diferença não aceita de Tomás nos fez pensar sobre o respeito e a aplicação das leis, dos direitos e da justiça. O problema não dizia respeito ao “ser diferente”, mas sim à baixa discussão sobre as diferenças e os preconceitos que isso gerava na comunidade. Reconhecer o direito de ser diferente viabilizaria a permanência do adolescente na escola e, quem sabe, também poderia minimizar todo o sofrimento de Tomás.

Segundo pesquisa realizada entre 2006 e 2007, em todas as regiões do país, as escolas, em primeiro lugar seguidas pelas Equipes de Saúde da Família, apresentam as maiores taxas de presença em relação aos demais serviços, sinalizando sua importância na construção de

uma rede de cuidados em saúde mental, ampliada e inclusiva. Os setores da educação e da atenção primária – como integrantes de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil – podem ter função de destaque no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção de saúde e na identificação de casos para os quais intervenções precoces podem reverter ou evitar o agravamento de problemas mentais (Couto et al., 2008).

As divergências no entendimento sobre o lugar da escola no cuidado de adolescentes em sofrimento psíquico, a maneira como a rede intersetorial e os equipamentos de saúde mental pertencentes à RAPS se organizam no atendimento às crises e como todos eles se organizam quando elas se estabilizam foram evidenciados em minha experiência profissional.

Foram trazidas à luz divergências na compreensão da política de saúde mental, mesmo entre os serviços e profissionais atuantes no campo da saúde, dificuldades na comunicação e articulação entre os diferentes serviços e equipes envolvidos na atenção ao caso e muita resistência no que diz respeito à composição de uma rede.

No que diz respeito a poder ou não poder estar na instituição escolar, é preciso fazer algumas reflexões.

A escola teme a inclusão de adolescentes que se encontram em situações como a de Tomás. Os pais podem temer que seus filhos estejam em contato com o desconhecido e os dilemas que o peso dos diagnósticos carregam e, nós, profissionais da saúde mental, também podemos ter medo, desde que reconheçamos o que nos toca e nos impede no processo de escuta.

Evidentemente nem todos os adolescentes que de repente se encontram frente a frente com a experiência da loucura ou crise irão à escola. Nem todos terão o desejo ou retornarão em razão dos inúmeros percalços que essas crises podem gerar. Devemos também reconhecer que, em alguns casos, o ambiente escolar pode causar mais prejuízos, assim como o familiar – mesmo apostando no tratamento em liberdade, no convívio com a sociedade e na permanência na comunidade, sabemos também que, para muitos usuários, o contexto familiar não proporciona efeitos terapêuticos. Para muitos, estar em casa é tão agressivo quanto um hospital psiquiátrico. Por todas essas razões e inúmeras outras não elencadas, devemos manter sempre um olhar integral a cada sujeito e suas especificidades, visando a construção de possibilidades diversas em que seja plausível lançarmos mão de outras alternativas de cuidado, outras possibilidades de permanência no contexto social e outras formas de produção de vida.

Para os adolescentes que adoecem nem sempre a escola exercerá o mesmo papel na rede. Cada sujeito deverá ser compreendido em suas diferenças, e seu projeto terapêutico, assim como sua rede, serão construídos a partir delas.

No caso que me trouxe tantas reflexões, questionamentos e críticas – ao ponto de me levar a um processo de escrita e pesquisa –, a escola era fundamental. Por isso, é importante construir reflexões sobre o que acontece quando essa instituição ocupa um lugar primordial na rede e no cuidado dos adolescentes em sofrimento psíquico.

Mesmo que a escola não seja o foco das demandas do sujeito, é importante marcar que, de modo geral, ela exerce um papel que diz respeito não somente ao ensino e à aprendizagem. A educação também desempenha uma função terapêutica, e as instituições que se responsabilizam por ela estão atreladas a esse papel.

Ao contrário de muitos adolescentes e adultos que conheci, Tomás não se afastou do contexto escolar. Quis ficar, entrar e se relacionar. Quando percebemos que estar na escola ocupava um lugar importante no projeto terapêutico que o adolescente construía para si, fomos convocados a estar nesta instituição. Para falar sobre Tomás, pensar as possibilidades de reinserção do adolescente após um período de crise e também acolher as questões da equipe que o receberia. Os medos eram evidentes, e acredito que sem eles poderíamos nos colocar em situações difíceis. Em geral, os medos nos levam a pensar, refletir e planejar. No entanto, ao serem depositados no retorno à escola de um adolescente – que carrega um diagnóstico –, eles paralisaram o pensamento, as reflexões e as possibilidades de ação.

Segundo Paulon, et al. (2005), isso está relacionado ao desconhecimento das características dos quadros de doença e deficiência mental. A angústia gerada pelo contato com o sofrimento psíquico, as imprecisões da etiologia de doenças ou deficiências, a inconstância de um mesmo padrão comportamental mobilizam sentimentos diversos nas equipes (escolares) que vão do temor ao apego maternal, da raiva gerada pela impotência à negação de que intervenções pedagógicas sejam possíveis. Por isso, precisamente nos casos de deficiência e doença mental, o trabalho interdisciplinar se faz ainda mais imprescindível para sustentar o processo de inclusão. Como consequência da falta de debate e do medo paralisante frente a essas questões, a infrequência e a evasão desses adolescentes tomam a cena, fazendo com que grande parte deles abandonem os estudos após a manifestação das crises.

O combate à infrequência e a evasão escolar é um dos maiores e mais importantes desafios no contexto da educação em nosso país e faz com que todas as equipes e instituições escolares não poupem esforços para revertê-lo.

De acordo com um estudo realizado e divulgado pelo UNICEF Brasil e parceiros (2019) com base no Censo Escolar (Brasil, 2018), um total de 912.524 crianças e adolescentes

deixaram de ir à escola em 2018, mais da metade são pretos ou pardos. Com relação aos adolescentes, aproximadamente mais de 460 mil adolescentes matriculados no ensino médio abandonaram a escola no mesmo ano e, no que diz respeito a crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência, estima-se que quase 29 mil deixaram de frequentar as escolas no âmbito municipal e estadual.

Para Ítalo Dutra (UNICEF, 2018), chefe de educação do UNICEF, reverter a exclusão escolar é urgente, pois ela fere o direito à aprendizagem e contribui para a violação de outros direitos fundamentais, principalmente para os pertencentes a camadas mais vulneráveis da população, para os quais:

(...) estar na escola acaba representando a diferença entre a vida e a morte, entre ter seus direitos garantidos no presente, uma oportunidade no futuro, ou perpetuar um quadro de pobreza e vulnerabilidade. Por essa razão, enfrentar a exclusão escolar no Brasil é urgente, além de uma obrigação do país prevista nas metas do Plano Nacional de Educação (PNE) 2014-2024.

É importante ter clareza que, em qualquer situação como a narrada neste texto, o retorno dos adolescentes à escola não acontece sem uma proximidade efetiva e constante entre CAPSij, família, instituição escolar e qualquer outro equipamento ou ator de uma rede.

Frequentemente encontramos no campo da saúde mental histórias de evasão e abandono escolar após as crises. Considero o tema tão importante para escolas e serviços de saúde mental que ele deveria ser amplamente debatido.

No que diz respeito à conclusão da história sobre a luta e a busca pelos direitos de Tomás, conto então que o adolescente não pôde retornar à escola. As relações na instituição já estavam muito desgastadas e, por mais que estivesse cada vez mais claro que a presença do CAPSij pudesse contribuir para construir coletivamente caminhos possíveis, houveram inúmeras ações por parte da direção escolar para que o aluno fosse transferido. Por fim, a equipe do CAPSij considerou que uma mudança de escola seria bem-vinda dado que o ambiente da anterior não era acolhedor ou oferecia um espaço terapêutico. Em razão disso, foi realizado um processo de transferência e, nele, o CAPSij se dispôs a inúmeros encontros e discussões com a nova instituição. A nova escola nos recebeu de maneira muito amigável. Inicialmente o diálogo se estabeleceu de maneira muito natural e sem maiores dificuldades. Inclusive, o próprio adolescente e sua mãe estiveram lá e conversaram com alguns integrantes da gestão escolar. No entanto, vale ressaltar que a diretora da antiga escola do adolescente chegou a realizar ligações para a equipe que estava prestes a acolher o adolescente com a finalidade de “avisá-los” sobre o diagnóstico e colocá-los “a par das situações” que o adolescente teria experienciado em sua crise. Graças à aproximação já realizada entre Tomás,

família, serviço de saúde e a organização escolar, não houve maiores dilemas sobre o recomeço do adolescente no ambiente, muito embora a equipe da escola tenha solicitado com preocupação um encontro para discutir as informações que havia recebido de maneira atravessada e preconceituosa por parte da antiga gestora. De acordo com a diretora da nova escola, ao conhecer Tomás, não percebia nele comportamentos que o impedissem de estar na instituição no momento e, por mais que o diagnóstico causasse certo receio, percebia com a proximidade do serviço de saúde que não estaria desamparada caso precisasse de ajuda.

No que diz respeito ao território interiorano que descrevo e discuto nestas linhas, apresento que muitos trabalhos (atualmente em uma rede formada no campo educacional) vêm sendo desenvolvidos para articular redes no município e também minimizar e suprimir casos de infrequência e evasão escolar. O relato de experiência do encontro com essa rede será apresentado com mais detalhes no capítulo seguinte.

No que concerne à temática da experiência da loucura (ou da experiência com o sofrimento psíquico) na adolescência e as consequências de uma crise no percurso escolar, é possível perceber que, nas histórias dos usuários de serviços de saúde mental, muitas vezes o surgimento de uma crise ocupa os primeiros lugares na listagem de causas para a infrequência e evasão. Embora o desejo em estar ou retornar à escola não seja perdido, é possível reconhecer sem muito esforço – a partir de nossas experiências com estes usuários – que em grande parte dos casos a maioria das histórias escolares desses sujeitos acabam interrompidas.

Desse modo, é possível admitir a hipótese de que, em muitos casos, após episódios de crise psicótica, quando há uma escolha pela permanência ou retorno à escola, erguem-se inúmeras questões sobre a reorganização da instituição, assim como inúmeros impasses e inseguranças acabam se revelando neste momento. Diante de um sujeito que também se reorganiza, isso parece tão imprescindível e inevitável quanto a articulação de toda uma rede de cuidados.

3 A TERRA DE TOMÁS: UMA HISTÓRIA SOBRE AS REDES

“Viemos buscar Tomás!”, disse Beatriz ao entrar na sala do coordenador da “clínica”.

“Senhora, o responsável pela clínica não está no momento.”

“Sim, sabemos disso. Vimos o noticiário”, prosseguiu ela

“O noticiário apresentou informações incorretas. Na verdade, tudo não passou de um mal-entendido”, tentou justificar o funcionário da comunidade terapêutica que havia sido deixado para responder por uma instituição que não era sua.

“É mesmo? Mas falaram que a polícia interditou o lugar. Encontraram irregularidades, armas.”

“Foi uma interpretação errada. As armas são de brinquedo. Usamos para jogar paintball.”

“Vamos levá-lo mesmo assim. Viemos para levá-lo agora.”

“Vocês têm autorização para isso?”

“Somos a equipe do CAPSij de referência. A mãe está de acordo e espera ele em casa. Mas podemos solicitar ao juiz agora.”

“Não, sem problemas. Está tudo certo. Podem levar Tomás. Vocês sabem como chegar lá?”

“Pode deixar que sabemos sim”, finalizou Beatriz com uma postura firme, característica marcante de uma das personalidades mais antimanicomiais que já tive o prazer de encontrar.

O local onde ficavam os internos era um caminho de terra cercado por plantação de cana-de-açúcar distante dali, que levava até a porteira da comunidade. Durante o trajeto, falávamos sobre o fato de os proprietários da clínica estarem foragidos. Enquanto isso famílias de muitos lugares diferentes chegavam em seus carros – inclusive de outros estados do país.

Nosso medo era que Tomás tivesse fugido da comunidade terapêutica como os outros internos. Segundo informações colhidas pelo jornal virtual e também por profissionais do estabelecimento, com a chegada da polícia, muitos internos correram ao encontro dos policiais pedindo ajuda. Durante a intervenção, os oficiais teriam dito que quem quisesse poderia ir embora e rapidamente muitos deixaram a comunidade pelo caminho de terra. Nosso medo é que Tomás pudesse ter feito o mesmo.

“Não vamos embora sem ele, Camila. Procuramos no meio da plantação se necessário. Mas não vamos sem ele”, dizia Beatriz, tentando nos tranquilizar.

Entrei na comunidade terapêutica muito tensa. Não sabia se encontraria Tomás.

Seguimos pelo caminho. O lugar era bonito, com cercas de madeira pintadas e alguns animais no pasto. Havia casas espalhadas por toda a fazenda e uma piscina.

Uma psicóloga veio ao nosso encontro. Aparentava ser jovem, falava manso e tentava nos dizer que a clínica era boa para os “internos”.

“Eles gostam muito daqui! Hoje pela manhã quando cheguei, me emocionei muito ao ver que alguns haviam escolhido permanecer na comunidade. Isso significa que este lugar é bom para eles.”

“Talvez eles não tivessem outra opção. Vimos lá fora carros de Belo Horizonte. É muito longe daqui. Muitos não podem simplesmente sair. Teriam que esperar alguém que pudesse os tirar daqui e os levar para casa. Viemos buscar Tomás. Você sabe onde ele está?”, perguntou Beatriz

“Não o vi hoje. Talvez esteja lá na parte baixa. Podemos ver.”

No caminho encontramos alguns homens bem jovens. Alguns eram monitores do local.

Questionamos sobre Tomás, alguns não o reconheciam pelo nome. Havia um apelido que ele havia recebido na instituição. Segundo um dos meninos, Tomás era estranho, falava coisas sem sentido.

“Você sabe onde ele está?”, perguntei.

“Sei, sim!”, disse ele. “Ele está no quarto de cima. Mostro para vocês onde fica.”

Prosseguimos por uma calçada de pedras. Ao chegar ao quarto, abri a porta sem bater e chamei por seu nome.

“Tomás? Sou eu, Camila! Beatriz também está aqui. Viemos te buscar!”

Era um quarto retangular com três beliches. O adolescente estava na última cama encostada na parede e saltou bem rápido.

“Vou embora?”, perguntou ele.

“Sim, viemos te buscar! Arrume suas coisas.”

“Já tá na mão!”, disse o adolescente, passando a mão em um saco preto.

“Nossa, já está tudo pronto?”, perguntou Beatriz.

“Dona, ele sempre deixou as coisas dele no saco. Nunca tirou elas daí. Todo dia ele falava que vocês iam chegar pra levar ele embora. Todo mundo achava que ele era maluco.”

Tomás veio ao nosso encontro sorrindo com seus olhos marejados e passos rápidos como se tivesse pressa.

O caminho de volta para casa foi tranquilo. Estávamos aliviadas de tê-lo encontrado e principalmente de tê-lo tirado do lugar onde jamais ele deveria ter sido colocado. Nas paradas para descansar e esticar as pernas, Tomás não desceu do carro.

“Só desço em casa! Vocês me falaram que se alguém pedisse para eu descer não era para obedecer e que iríamos para casa hoje. Só desço em casa”, dizia ele, recordando nossa recomendação quando saímos da comunidade.

“Sim, mas agora não há perigo. Pode descer se quiser. Venha tomar um suco, você quer?”

“O suco, sim. Mas só desço em casa”, repetiu antes de beber o suco dentro do carro.

O caminho foi longo, pudemos conversar um pouco. Tomás chegou a contar um pouco do horror que viveu na comunidade terapêutica, mas tentamos não falar muito disso na hora. Ele perguntava se ia mesmo para casa. Parecia não acreditar.

Ao chegar a nossa cidade, já em seu bairro, Tomás avistou sua mãe entrando no mercadinho.

“Olha lá minha mãe!!!”, gritou Tomás de dentro do carro, apontando para a mulher que entrava pela porta.

“Vamos parar o carro aqui, vá encontrar sua mãe”, disse Beatriz.

Tomás desceu do carro rápido, mas antes de seguir para dentro do mercado parou na rua repentinamente. Paramos junto a ele, o adolescente tirou o chinelo preto que usava e esfregou seus pés com força no asfalto abrindo e fechando os dedos movimentando as pedrinhas soltas do chão.

“É terra”, disse ele, ao nos olhar nos olhos.

“Sim, é”, respondi.

Olhando de volta ao asfalto Tomás prosseguiu:

“É a minha terra. Meu chão, [...] não quero nunca mais sair daqui.”

“Se depender de nós, você nunca mais sairá.”

Naquele dia, eu e minha parceira de equipe falamos emocionadas daquele momento. Tanto eu quanto ela estávamos aliviadas e mais do que isso, estávamos totalmente satisfeitas e emocionadas por termos feito o que aprendemos e amamos: brigar pelo cuidado em liberdade.

3.1 CONHECENDO O CHÃO DE TOMÁS E TANTOS OUTROS

As marcas de violência que Tomás trouxe nas costas expunham não somente a violação de direitos do adolescente na comunidade terapêutica: elas denunciavam o fracasso de um tratamento em que o usuário não é escutado e convidado decidir.

Sei que essa expressão parece dura demais, principalmente tendo em vista que muitos da equipe que cuidava do adolescente se esforçaram e trabalharam muito da maneira mais ética e comprometida que puderam. No entanto, as equimoses e hematomas nas costas de Tomás e as lágrimas de sua mãe ao questionar os motivos pelos quais seu filho havia sido submetido às agressões na instituição que ela acreditava ser de cuidado e recuperação não me permitiram sentir nada além de uma profunda sensação de fracasso.

Evidentemente não com relação ao trabalho dos profissionais sérios com quem tive o prazer de construir essa e muitas outras histórias. Sei que nosso empenho, nosso compromisso, nossa ética e nosso amor pela saúde mental antimanicomial é inquestionável. No entanto, não posso negar que o CAPSij do qual fiz parte internou Tomás e, como parte da equipe na época, não me isento das responsabilidades, mesmo contrária à internação, apesar dos esforços para que outras alternativas de cuidado fossem consideradas.

Foi a primeira vez que um usuário referenciado a mim foi internado e só isso bastava para que eu me questionasse. Será que podia ter feito mais? Meus argumentos não foram suficientes? Será que deixei escapar alguma passagem da política de saúde mental que conseguiria legitimar minha posição contrária à internação? Eu deveria ter brigado mais?

Ver as marcas em Tomás e as lágrimas de sua mãe tornaram tudo ainda mais difícil. “Por que eu internei ele?”, questionou Maria, mãe de Tomás, em nosso primeiro encontro após o retorno do menino.

Maria se responsabilizava por uma decisão que tomou com base no medo, no desespero, mas, sobretudo, por influência de um discurso velado de um médico que indicava e acreditava na internação do adolescente como o único recurso possível.

Ao rever seu filho, Maria não conseguia entender por que havia tomado tal decisão. Seu nome no pedido de internação era um peso. No entanto, eu sabia que isso não dizia respeito a uma decisão dela. Eu sabia que, sem perceber, ela foi convencida e, ao chorar pelo “seu” erro, não conseguia identificar que fomos nós que erramos com ela.

Assim como não isento o CAPSij da responsabilidade de ter internado o adolescente, não posso me isentar da equipe que o fez. Eu estava lá.

Não assumir esse lugar seria, para mim, deixar que Maria chorasse sozinha. Dizer que o adolescente foi internado a pedido da mãe soava para mim como uma tentativa de absolver os profissionais da responsabilidade pelo tratamento escolhido e pela falha na legitimação dos pressupostos que regem nossa atuação.

Conforme sabemos, a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária no país são desenhadas pela crítica ao modelo centrado na doença, na institucionalização, nos hospitais psiquiátricos. De acordo com Junqueira (1997, p. 32) “as organizações públicas de saúde até a década de 1970 caracterizavam-se por serem centralizadas e verticalizadas”. Os movimentos sociais (em especial os citados acima) lutaram para que novas formas de gestão fossem empregadas e, assim, a descentralização e a participação social passaram a compor os pressupostos das políticas públicas.

No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica construiu um novo estatuto social para o sujeito em sofrimento psíquico ao propor o cuidado em liberdade com base no território e ao convocar o sujeito ao centro do debate e tomada de decisões sobre si e sobre seu tratamento. Uma vez que o foco deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa – com todas suas necessidades e particularidades – está também posto que outros serviços passarão a compor o cuidado, e não exclusivamente os serviços de saúde.

O SUS como conhecemos hoje e como já apresentado antes nasceu das lutas dos movimentos sociais que reivindicaram melhorias na saúde e a criação de políticas públicas que garantissem o direito e acesso à saúde pública e de qualidade.

São princípios doutrinários de nossa principal política pública de saúde a universalidade, que garante o direito ao acesso à saúde a todos os cidadãos no território nacional sem exceção; a integralidade, que assegura aos usuários o direito de serem escutados e compreendidos de um modo integral e cuidados em todas as suas necessidades; e a equidade, que opera na diminuição das desigualdades ao defender que cada sujeito será tratado de maneira que suas diferenças sejam respeitadas. Junto a eles, também estão atrelados os princípios organizativos: a participação social, que afirma a participação da sociedade como um pilar primordial da política de saúde que, a partir dos conselhos e conferências, constroem estratégias, controlam e avaliam a execução das ações; a hierarquização e regionalização, que determinam a organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, sendo considerado o território e a população atendida; o comando único e a descentralização, que se referem “a concepção de que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios e a participação da sociedade” (Brasil, s/d) e que o poder será descentralizado a partir da redistribuição das

responsabilidades, visando a maior qualidade dos serviços e a garantia de que todos têm participação ativa no controle e fiscalização dos serviços e ações.

Mesmo que apresentados de maneira sucinta, é evidente que tais princípios fundamentais presentes em nossa política de saúde atravessam e influenciam não somente o trabalho nesse campo, mas em todas as políticas públicas construídas até então. O descumprimento de qualquer uma das diretrizes inviabiliza o cumprimento da missão do SUS. No caso de Tomás, por exemplo, embora tenha sido garantido a ele o acesso ao serviço substitutivo, a exclusão do adolescente e de sua mãe na tomada de decisões, assim como a desconsideração de suas particularidades e seu contexto, as falhas na articulação dos atores e serviços correspondentes às necessidades do adolescente, fizeram com que a proposta de cuidado não se concretizasse. Podemos dizer que o fato do serviço de saúde se isolar, desenvolvendo ações e criando estratégias fora da rede intersetorial, fez com que os princípios que regem nossas práticas não pudessem ser garantidos e exercidos. Mesmo o CAPS mais acolhedor, com a equipe técnica mais preparada e disposta não poderá garantir modos de tratar e cuidar eficazes se não pautar suas ações em uma rede articulada de serviços e atores sociais.

Se evidencia no relato da história de Tomás que por vezes seu cuidado ficou à mercê de decisões que não contemplavam seus desejos, seu conhecimento sobre si e tão pouco o convocavam a ocupar o lugar participativo (de direito) em seu próprio tratamento. No que diz respeito à rede de atenção, evidenciou-se que o CAPSij tentou exercer um trabalho árduo e complexo de maneira isolada, sem que outros serviços, equipes e dispositivos da rede compusessem as ações e discussões necessárias para a produção de um cuidado eficaz ao adolescente.

Tomás e sua mãe pouco puderam dizer sobre si. Mesmo sendo especializado no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, o CAPSij também pouco pôde fazer uma vez que as exigências do caso eram que os limites do serviço fossem extrapolados.

Isso porque, assim como a mudança do olhar para o louco e para a loucura não depende exclusivamente da mudança nas leis, estando intrinsecamente ligada à mudança em nossos saberes e práticas, a transformação organizacional, conforme apresenta Junqueira (1997, p. 32), também depende da alteração de práticas e valores arraigados na cultura das organizações públicas que, apesar de descentralizadas, permanecem setORIZADAS, o que impede que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada.

Quando Tomás anunciou sua decisão de nunca mais deixar seu território, compactuamos com ele (na rua, em frente ao mercadinho de seu bairro) que, dali em diante,

lutaríamos ainda mais para que sua voz fosse ouvida, para que o cuidado se construísse a partir das decisões de um coletivo formado a partir de suas necessidades e de seu desejo.

No encontro com sua mãe, explanei sobre os direitos violados de seu filho em uma instituição que deveria ser de cuidado. Falei sobre a importância de sua participação e de Tomás em nossas decisões. Maria não quis denunciar a clínica de reabilitação nem responsabilizar os que a orientaram erroneamente, pintando a comunidade terapêutica como uma alternativa de cuidado sem lhe orientar suficientemente sobre as alternativas que o CAPSij poderia oferecer no território mas compreendeu que uma equipe multiprofissional é composta por múltiplos saberes e o cuidado não está mais associado a um único profissional. Maria compreendeu que sabe de si e de seu filho para participar de decisões em seu tratamento e que poderia questionar mesmo o profissional com mais pompa de suposto saber e poder.

Na reunião de equipe que se seguiu, após o relato da equipe de referência sobre o resgate do adolescente, o mesmo médico voltou a sugerir uma nova internação. A discussão seguiu calorosa. Mas fortalecidas pela decisão de Tomás, apoiadas na ética e no compromisso que sempre fizemos questão de evidenciar, e confirmando nosso apoio caso Maria decidisse denunciar a violência sofrida por Tomás, o profissional decidiu se afastar do caso, deixando em “nossas mãos” a construção do projeto terapêutico.

Quatro anos depois de nosso encontro com Tomás, estava na sala de reuniões do CAPSij procurando no armário as fichas de participação da pesquisa que havia deixado para a equipe preencher. De repente, ouço alguém chamar meu nome.

“Camila?”

“Sim!”, respondi, voltando-me à pessoa que me cumprimentava. Era Maria, sorridente.

“Como você está? Voltou a trabalhar aqui?”, perguntou ela

“Minha nossa! Maria, quase não te reconheci! Não voltei, mas estou de passagem, pois estou escrevendo sobre minha experiência por aqui e vim convidar o pessoal pra contar essa história comigo. Como vai Tomás?”

“Pois deve ter coisa pra contar, hein?”, disse ela, rindo bastante.

“Tomás está ótimo! Está trabalhando, ele é servente (de pedreiro). Arranjou uma namorada também, acredita? Vai na igreja com ela e tudo. Ele está muito bem, graças a Deus. Está muito contente. Vim aqui para pegar uma receita com o médico. Agora, quando precisa, vamos lá no CAPS I, mas estão sem médico no momento. Mas que bom te encontrar aqui!”

“Que bom saber disso, fico muito feliz! Sinto saudades de vocês, saudades de Tomás.”

“Digo a ele que te encontrei! Ele vai gostar de saber.”

“Diga, sim! Espero encontrá-los qualquer dia desses.”

3.2 DESEJOS E PERCALÇOS DE UMA PESQUISA NO INTERIOR

A proposta desta pesquisa surge a partir de minha atuação profissional enquanto psicóloga em um CAPSij, localizado no interior do estado de São Paulo. Os questionamentos e inquietações que dão origem à proposta de pesquisa apresentada surgiram a partir da experiência no acolhimento e acompanhamento de um adolescente em crise psicótica e dos impasses do caso quanto ao desejo do adolescente em retornar à escola após sua primeira crise psicótica e à articulação da rede, principalmente no que se refere ao reconhecimento do papel da instituição escolar no cuidado e a necessidade de diálogo intersetorial .

Inicialmente, para que esta pesquisa fosse realizada, foi construído um projeto no qual a proposta se referia à formação de rodas de conversa com profissionais dos campos da saúde mental infantojuvenil e educação para que fossem apresentadas as experiências profissionais quanto ao cuidado de adolescentes em crise e daí pudessem ser debatidas as possibilidades de construção e articulação da rede.

As rodas de conversa foram escolhidas como método de trabalho à medida que entendemos que constituem formas de organização e promoção dos encontros de caráter aberto, promovendo a circulação de reflexões, experiências e sentidos. O desejo inicial para a construção desta dissertação dizia respeito à necessidade de ouvir relatos de experiências dos trabalhadores de uma rede do interior paulistano que tivessem suas práticas atreladas ao cuidado de adolescentes estudantes e usuários de serviços de saúde mental.

Conforme apresentado anteriormente, é possível perceber que os impasses que se formaram ao redor da interface saúde-educação, as compreensões distintas sobre a existência e função de uma rede intersetorial no cuidado, bem como as divergências no entendimento e reconhecimento sobre o lugar da escola no cuidado de adolescentes em sofrimento psíquico, evidenciaram-se na experiência que tive no CAPSij. A ausência de encontros entre as equipes que acompanharam Tomás e as dificuldades em propor um modo de cuidado integral ao adolescente foram situações que me levaram a pensar que os encontros e os debates de experiências e percepções a respeito do cotidiano de trabalho poderiam apresentar dados importantes para a compreensão da organização e funcionamento da rede no interior e também viabilizar a conexão entre os campos da saúde e educação, principais atores das experiências relatadas.

Juliana Sampaio et al. (2014) apresentam que, no contexto de uma roda de conversa, a fala é compreendida como expressão de modos de vida. Segundo as autoras, elas são mais do que uma organização circular de grupos: referem-se a uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social que se efetiva por meio das negociações entre os sujeitos.

Por essa razão, a ideia era propor um método de trabalho que pudesse viabilizar a observação e a coleta de dados e principalmente proporcionar o diálogo que tanto senti falta em meu período de experiência no CAPSij – e, quem sabe, possibilitar e fortalecer a constituição de um ponto de rede singular no território interiorano no qual pudéssemos produzir conhecimento, formas de cuidado e garantia de direitos da população.

Para tanto, a proposta era que as rodas de conversa tivessem como participantes profissionais, técnicos e demais pessoas ligadas aos campos da saúde mental infantojuvenil e educação de uma cidade localizada no interior do estado de São Paulo, tornando possível que a partir do encontro pudéssemos conhecer as experiências e apresentar por meio de narrativas compreensões sobre o processo de construção, a articulação e os diálogos possíveis na rede desse território.

Segundo Ades (2004), o relato sobre nossas experiências, quando feito a outras pessoas, ganha uma dimensão social, obtém testemunhas e faz com que nossas experiências sejam ampliadas por meio de nossas próprias palavras. Nesse sentido, consideramos que a proposta de organização das rodas de conversa atrelada à promoção de encontros com caráter aberto poderia proporcionar a circulação de reflexões, experiências e sentidos quanto ao trabalho cotidiano dos profissionais participantes. Assim sendo, a realização das rodas de conversa poderia aproximá-los e promoveria a construção e o fortalecimento de um ponto de rede intersetorial.

Seguindo as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e tendo o projeto devidamente aprovado, foram iniciadas as visitas nas instituições escolhidas para a realização da pesquisa com o objetivo de apresentar o projeto e convidar as equipes. Ao todo, o município escolhido contava com onze escolas estaduais, seis escolas particulares e um SESI, totalizando 18 instituições de ensino que atendem adolescentes de 12 a 17 anos, um CAPSij e um CAPSad.

Em cada instituição, o contato inicial foi realizado via telefone e, em todas as escolas, foi solicitado o envio por e-mail de uma breve exposição da proposta de pesquisa. Em 11 escolas, também foi solicitada a realização de um agendamento com data e hora para a apresentação da pesquisa pessoalmente aos diretores e/ou coordenadores. Já nos serviços de

saúde mental, a única solicitação foi que a apresentação e o convite fossem realizados no mesmo dia e no período das reuniões de equipe. Em todas as instituições, foi entregue um convite por escrito, além de fichas de demonstração de interesse com espaço para preenchimento dos dados pessoais e sugestões de dia, horário e local para a realização dos encontros.

As fichas de demonstração de interesse foram elaboradas e propostas aos sujeitos convidados para a pesquisa, pois, considerando as rotinas distintas das equipes, sobretudo as jornadas de trabalho de professores, a indicação feita por eles de um dia e horário poderia, a meu ver, facilitar o assentimento à pesquisa e a definição das datas das rodas de conversa.

Tal ideia surgiu a partir de minha própria experiência. Venho de uma família de professores e, por isso, conheço desde pequena a rotina do trabalho em escolas e sempre compartilhei a rotina do campo educacional. Sei que muitos professores possuem uma carga horária de trabalho extensa, dobram períodos em função de acúmulo de cargos e às vezes, para complementar a jornada de trabalho, atuam em diversas escolas. Dado o cotidiano de meus familiares, tão presente em minha vida, pude entender que, no campo escolar, determinar um dia e horário para a realização das rodas de conversa poderia dificultar ou até mesmo inviabilizar a participação de pessoas interessadas em compartilhar suas experiências.

O que sustentou meu posicionamento em organizar os convites e as rodas de conversa dessa maneira é o posicionamento ético-político de defesa de um modo de fazer pesquisa acadêmica que sirva, acima de tudo, às pessoas e ao interesse popular. Nessa perspectiva, a universidade deve se esforçar diariamente na promoção da aproximação do campo acadêmico ao social, de modo que a universidade e suas produções se tornem cada vez mais acessíveis com relevância científica, mas, principalmente, com relevância social. Desse modo, minha preocupação era que uma data e um horário prejudicasse a participação dos profissionais em decorrência do conflito de horários com o trabalho.

Além disso, as fichas poderiam apresentar dados importantes sobre as disponibilidades ao debate e ao encontro. Se levarmos em consideração que, para o funcionamento da rede, é imprescindível a participação dos trabalhadores que compõem as equipes, deixar as datas do primeiro encontro em aberto poderia mostrar algumas possibilidades de como os atores sociais dos serviços escolhidos se articulam para os compromissos, além de reconhecer possíveis dificuldades do processo. Sendo assim, determinar dias e horários com base em minha própria disponibilidade (única e exclusivamente) acabaria caracterizando uma ação contraditória à proposta da própria pesquisa, que teria por norte o desejo dos profissionais em participar, e produziria um dado impreciso sobre a articulação da rede.

O período de visita às instituições foi extenso. Em muitas escolas, o contato inicial foi árduo, pois eram apresentadas exigências para que minha presença fosse permitida. Em determinada escola, por exemplo, foi demandado que eu realizasse um contato telefônico com a diretora para que ela disponibilizasse um horário de agenda para me receber e então autorizasse minha entrada na instituição e o encontro com a equipe. No entanto, levou dias para que ela estivesse disponível. No decorrer de duas semanas, estive em contato com a recepcionista da instituição, que se mostrava muito solícita. Inclusive, chegamos a falar brevemente sobre o tema da pesquisa e pude perceber que havia ali bastante interesse por sua realização. Ao fim das duas semanas, sem conseguir falar com a gestora, fui informada que ela não tinha interesse em participar de pesquisas no momento. Também fui proibida de estender o convite à equipe escolar para ver se mais alguém se interessava em participar. Segundo a recepcionista, a diretora estaria saindo de licença da escola por alguns meses e supus que, devido à sua ausência, ela teria optado por não permitir certas atividades, como a que propunha. Vale ressaltar que coincidentemente essa escola em questão tratava-se da mesma instituição na qual Tomás expressou o desejo em retornar e retomar seus estudos. Na época, não consegui concluir se a gestora ainda seria a mesma pessoa com quem debatemos arduamente ou se já havia deixado seu cargo na gestão escolar para assumir uma das cadeiras na instituição responsável pelas escolas da região na área de inclusão escolar.

Outras escolas mostraram-se mais abertas. Muitas fizeram convites para que eu fosse às reuniões de professores apresentar a pesquisa e realizar o convite. Muitos professores mostraram interesse sobre o tema e afirmaram que discutir seria de extrema relevância dadas as demandas de saúde mental que eles identificam na instituição. Muitas escolas públicas solicitaram o endereço e telefone do CAPSij e fizeram propostas para que eu retornasse para dar palestras aos alunos e professores. Uma delas chegou a propor uma parceria para que uma ação voltada ao comportamento autolesivo fosse desenvolvida.

Das 17 escolas convidadas, quatro professores e um coordenador demonstraram interesse em participar da pesquisa. De acordo com algumas devolutivas, o tema da pesquisa é de extrema importância e precisava mesmo ser debatido. No entanto, os professores, mesmo interessados no tema, acabaram não demonstrando interesse em falar sobre as experiências ou participar dos grupos.

No que diz respeito às instituições de ensino do setor privado, é importante salientar que, das seis escolas particulares, somente duas puderam me receber pessoalmente. As outras solicitaram que a apresentação da pesquisa e o envio do convite fossem realizados

exclusivamente por e-mail. No entanto, mesmo mediante ligações telefônicas realizadas posteriormente, não obtive retorno ou mesmo devolutivas sobre o convite.

Além disso, ao contrário do que havia suposto, deixar a data, horário e local em aberto para que os profissionais pudessem sugerir os encontros a partir de suas próprias disponibilidades tornou-se uma questão. Muitos questionavam os motivos pelos quais eu não estaria determinando os dias dos encontros e afirmavam que seria melhor que eu mesma fizesse a escolha, ainda que inviabilizasse a participação de alguns interessados.

Nos serviços de saúde mental, o interesse em participar da pesquisa foi unânime. Todos os profissionais preencheram a ficha e indicaram dias e horários. No entanto, pode-se observar que, principalmente no CAPSij, o dia e horário indicado para a realização das rodas de conversa coincidia com o da reunião de equipe do serviço e o local indicado por todos foram as dependências da própria instituição.

Segundo os profissionais, o dia e horário da reunião de equipe seria ideal para a realização dos encontros, pois todos poderiam participar. Em um primeiro momento, considerei que talvez tivesse acontecido um mal-entendido na explicação sobre o preenchimento das fichas e que os membros da equipe houvessem compreendido que deveriam preencher as sugestões conforme a disponibilidade do coletivo, como se todos da equipe tivessem obrigatoriamente que participar no mesmo dia e ao mesmo tempo da roda de conversa. A intenção era que as pessoas pudessem livremente expressar suas disponibilidades e preferências nas fichas e posteriormente eu organizasse os encontros considerando todas as sugestões. Ao verificar as fichas e observar todas as sugestões idênticas, supus que a escolha tivesse se dado considerando unicamente as possibilidades do coletivo. Por isso, frisei e solicitei que, além dos dias em comum, cada um sugerisse dias, horários e locais a partir de suas necessidades e possibilidades individuais. Três profissionais da equipe sugeriram dias e horários diferentes e se dispuseram ao encontro mesmo fora da instituição. Com relação ao restante, foi possível perceber que, no que diz respeito ao dia da semana e horário, não haveria disponibilidade para outro momento que não o período da reunião embora houvesse a possibilidade de sair do serviço e realizar o encontro em outros locais. Também foi sinalizado que poderiam existir dificuldades caso fosse necessário sair da instituição.

Com as fichas preenchidas e os dados sobre as disponibilidades dos participantes em mãos, iniciei a organização de dias, horários e locais para que o primeiro encontro do grupo se realizasse mesmo com um número pequeno de participantes. No entanto, em todas as tentativas de agendamento, houve entraves relacionados às datas. Reuniões inadiáveis, palestras, cursos, período de férias de membros da equipe do CAPSij que dificultavam a saída

de outros profissionais do serviço foram algumas das justificativas para que o primeiro encontro fosse adiado.

Embora os profissionais das instituições escolares tenham demonstrado mais disponibilidades com relação à realização das rodas de conversa, com o passar do tempo, foi possível perceber que, na prática, a promoção do encontro vinha se tornando algo cada vez mais difícil.

A possibilidade das rodas de conversa não se concretizar da maneira como eu havia idealizado e planejado era cada vez mais evidente, e isso chegou a ser debatido durante o percurso da pesquisa e no exame de qualificação. Após oito meses visitando as instituições, realizando ligações e convites, organizando datas e tentando conciliar as mais diversas disponibilidades, admiti que deveria mudar os caminhos da pesquisa.

Lidar com isso não foi fácil. Para mim, era extremamente importante possibilitar o encontro entre os campos da saúde mental e educação, pois foi o que produziu em mim o desejo pela pesquisa e escrita ao longo do cuidado de Tomás. Mais ainda, as experiências dos profissionais eram o conteúdo de maior interesse para mim. Contudo, era preciso compreender que a não realização das rodas de conversa também representava um dado importante para minha pesquisa e, sobretudo, para a compreensão da organização da rede em uma cidade do interior paulista.

Naquele momento, poderia dizer que as indisponibilidades para o encontro que eu propunha dizem sobre as dificuldades e resistências ao trabalho em rede, em especial quando nos referimos ao encontro intersetorial.

A escolha do local para as rodas de conversa, por exemplo, era um dado importante. Mesmo que as dependências do serviço sejam adequadas e se preze pelo conforto e pela facilidade, o fato de muitos não sugerirem outros espaços ou se disporem a sair da instituição em que atuam chama a atenção, ainda mais quando isso se evidencia na postura e escolhas de serviços substitutivos.

Por exemplo, nas escolas, os profissionais que demonstraram interesse em participar sugeriram de maneira espontânea que as rodas de conversa fossem realizadas tanto nas dependências de suas respectivas escolas quanto em outros lugares que estivessem em concordância com os interesses do grupo que viesse a ser formado. Alguns fizeram a sugestão de realizar as rodas de conversa nos serviços de saúde mental, algo que me surpreendeu, pois os profissionais do campo da educação que aceitaram participar da pesquisa já haviam afirmado que não conheciam os CAPS da cidade, mas deixavam bem claro seu interesse pelo serviço e seu funcionamento. Fui apanhada de surpresa e me emocionei ao perceber a

disponibilidade de professores para o encontro, pois confesso que, cheia de preconceitos, cheguei a pensar que ali encontraria muito mais resistência do que no campo da saúde mental.

Dada essa disponibilidade e tendo em mãos a ficha dos CAPS com uma única sugestão de dias, horários e local, tomei a liberdade de perguntar aos profissionais sobre as possibilidades de sair do serviço. Quando questionados se poderiam ir às escolas ou a outros lugares sugeridos, todos, sem exceção, manifestaram-se de maneira favorável. No entanto, inevitavelmente, o fato disso não ter acontecido de maneira espontânea me fez refletir sobre como (sem perceber) muitas vezes acabamos retornando à lógica da institucionalização de nossas ações e práticas em que a comunicação com serviços e atores de diferentes campos se torna impossível. Derrubar os muros, transformar a produção de trabalho e vida nos territórios, ocupar os espaços da cidade e promover o cuidado com base comunitária é um grande desafio a ser vencido.

Tinha ao final dos meses de andanças pelo território das escolas e dos serviços substitutivos dados importantes quanto às dificuldades no trabalho em rede. Sentia-me frustrada e desacreditei que poderia produzir no interior o encontro que havia desejado. Diante das impossibilidades, que se desenhavam na realização das rodas de conversa mesmo com minha irritabilidade e meu desapontamento, passei também a olhar em volta e tentar buscar no local saídas possíveis para meu problema de pesquisa.

Então, lembrei-me que os ventos do interior, mesmo turbulentos, trazem consigo muitas vezes flores e folhas que nos ajudam a perceber que, mesmo diante da bagunça da ventania, ainda há por perto muitas belezas que nos cercam.

3.3 A DESCOBERTA DA REDE INTERSETORIAL NO INTERIOR E AS MUDANÇAS DA PESQUISA

O processo de Reforma Psiquiátrica é marcado, segundo Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 177), “por saberes e fazeres artesanais, cotidianos, tecidos com múltiplos fios de diferentes e diversas disciplinas e de experiências concretas que nos falam do sofrimento, da dor, do corpo, da angústia de viver, das dificuldades, impasses e alegrias da vida, atravessada por múltiplos planos”.

De acordo com Fernanda Schutz e Regina Célia Tamasso Mioto (2010), a partir da Constituição de 1988, pudemos observar grandes avanços no que se refere à possibilidade de estender de maneira articulada os direitos sociais e fazer frente à desigualdade presente no

Brasil. A seguridade social nasce desta perspectiva e visa maneiras de garantir a proteção social universal dos brasileiros por meio da articulação intersetorial das políticas sociais.

Segundo as autoras, à medida que entendemos e reconhecemos a integralidade como princípio fundamental da atenção e do cuidado, a intersetorialidade coloca-se como um grande e importante desafio à medida que se observa a configuração fragmentada e desarticulada da política pública e, por consequência, a impossibilidade do atendimento das necessidades da população em sua integralidade. O resultado disso é a oneração da população usuária dos serviços públicos devido à desarticulação da política pública, uma vez que as demandas dos usuários são encaminhadas de setor em setor, sem que se tenha a satisfação integral de suas necessidades. Assim, a população acaba submetida a um paralelismo de ações, com preenchimento de um mesmo cadastro em diversos serviços ou ainda com repetição da mesma história nos vários atendimentos (Schutz & Miotto, 2010).

É possível afirmar que são diversas as conceituações e definições sobre as redes na literatura. De acordo com Gonçalves & Guará (2010), a mescla entre ações da sociedade civil organizada, dos órgãos de governo e de empresas privadas configura uma maneira de articulação da sociedade em redes. Segundo os autores, ainda mantemos estruturas verticalizadas compartimentalizadas na formulação das políticas públicas, mas as exigências de uma realidade complexa demanda um olhar mais amplo e global que inclui a incorporação de fenômenos inusitados e incertezas que não podem ser superados com uma visão parcial e fragmentada dos problemas. Desse modo, um modelo de rede que prevê relações horizontalizadas exige uma articulação que deve contemplar a participação das mais variadas políticas públicas, da sociedade, da comunidade, das famílias. Em outras palavras, deve-se acolher o território onde se localizam crianças e adolescentes e derrubar os limites de serviços que agem isoladamente.

Para os mesmos autores, as mudanças na maneira como a sociedade se organiza atrelada à complexidade da realidade exigem reflexões que nos permitem perceber que o isolamento é empobrecedor e nos leva à criação necessária de modelos de redes que supõem relações horizontalizadas e uma articulação com “intencionalidade clara e aberta, que respeite os ritmos e espaços estabelecendo pactos fundamentais a continuidade de ações” (Gonçalves & Guará, 2010, p. 2).

Tendo em vista meu interesse constante sobre a organização da rede na cidade interiorana, graças às andanças provocadas pela pesquisa, soube que se realizaria no mês de junho uma reunião de “rede intersetorial” em um dos equipamentos vinculados à Secretaria de Direitos Humanos. Decidi que seria importante participar dela para conhecer o grupo que,

independente de pesquisas e demandas acadêmicas de minha parte, já se formava e encontrava todo mês nos mais variados espaços da cidade.

Naquela primeira manhã com o coletivo intersetorial, cheguei atrasada. O grupo estava reunido no salão do fundo social e, em volta de uma mesinha, discutiam a pauta da 78ª reunião da rede intersetorial do município.

Ao todo, havia nove participantes. A baixa na frequência de outros atores da rede era discutida por eles e algumas críticas eram tecidas a respeito da percepção que havia muita falta de interesse de outros atores pelos encontros.

Estávamos em junho e as discussões sobre a aproximação do meio do ano indicavam que o grupo já esperava a ausência dos colegas. De fato, era um coletivo pequeno, se considerados todos os atores sociais, equipamentos públicos e privados que poderiam compô-lo.

O debate que se seguiu foi caloroso. Havia algumas tensões no ar, sobretudo sobre os sentidos e motivos dos encontros realizados, indicando que não era só a falta de interesse dos colegas que levava ao esvaziamento do coletivo.

Estavam presentes na reunião pessoas que, num futuro não muito distante, fariam parte do meu cotidiano. Uma psicóloga atuante no campo dos direitos humanos parecia tomar a frente das discussões. Catarina era alta, de cabelos negros e fala mansa. Mesmo muito tranquila e educada, não deixava de fazer uma frente resistente às imposições de outra integrante que parecia não compreender os sentidos ou a importância de um encontro tão fundamental. Os embates e questionamentos eram intensos. Havia uma má compreensão do trabalho proposto, o que, a meu ver, engessava muito as discussões da pauta.

Na hora, não fazia ideia de quem eram aqueles atores sociais. Sabia seus nomes e conseguia identificar minimamente o campo de atuação de cada um. Nesse primeiro encontro, pude me posicionar junto à Catarina e a outros atores que também compreendiam e defendiam a continuidade dos encontros.

Ao final, Catarina e eu pudemos nos aproximar um pouco mais. Fui questionada sobre as pretensões da pesquisa e sobre meu interesse em retornar nas reuniões seguintes. Soube que, paralelos às reuniões de rede, aconteciam encontros do que era chamado de “grupo de trabalho – GT da rede”, em função das tarefas de articulação e organização das reuniões intersetoriais, e Catarina me convidou para participar de um encontro que aconteceria poucos dias depois.

O GT era um pequeno grupo formado por cinco profissionais até então e debatia as questões apresentadas nas reuniões de rede intersetorial e organizava os encontros seguintes.

As participantes eram mulheres, profissionais de campos distintos – da saúde, dos direitos humanos e do Conselho Tutelar. Juntas, formavam uma rede importante e articulada que mantinha há alguns anos o desejo de promover o encontro entre os diversos serviços e atores sociais do município interiorano.

Diferente das reuniões intersetoriais – chamadas posteriormente por nós de “reuniões da rede macro” –, o GT se organizava e encontrava ao menos duas vezes ao mês e mantinha a comunicação cotidiana por meio de telefone, e-mail e aplicativos de mensagens. Nos encontros, buscava pensar maneiras de articular a rede intersetorial, fazia avaliações sobre os encontros realizados, debatia os temas apresentados nas reuniões, pensava maneiras de chamar e engajar mais pessoas na composição do coletivo e, entre todas as demandas existentes, dedicava-se à escrita de documentos e relatórios que oficializassem a rede no município e tornassem os encontros intersetoriais e de rede uma atividade de agenda, ou seja, uma ação oficial para que os coletivos fossem reconhecidos e respeitados pelos gestores, e não houvesse impedimentos à sua organização e sua atuação no território.

De acordo com Junqueira (1997), a descentralização e a intersetorialidade seriam pressupostos de gestão municipal para melhorar a qualidade de vida dos munícipes. Complementar a isso, Akerman et al. (2014) afirma que a intersetorialidade seria definida como um modo de gestão desenvolvido pela constante articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores e as políticas públicas, cujo objetivo seria atuar sobre os determinantes sociais e atentar para que ela não seja limitada a um produto em prol unicamente da eficiência na gestão. Para os autores, a intersetorialidade pode ser compreendida como um dispositivo de gestão com um objetivo ético-político de aumentar a equidade ao dispor de uma multiplicidade de sentidos e questões para propiciar encontros, escuta e alteridade.

Embora pareça óbvio que a intersetorialidade e o trabalho em rede façam parte das ações em qualquer município, o coletivo intersetorial e os encontros das redes no interior são, até hoje, considerados nocivos à ordem e à organização dos serviços.

Para que haja compreensão do cenário das redes que venho narrando, é importante dizer que são muitos os desafios para implementação da rede, pois “a atuação em rede supõe a socialização do poder, o respeito às autonomias e a negociação” (Gonçalves & Guará, 2010, p. 16). Sendo adotada essa perspectiva nos coletivos, alguns gestores se colocaram contrários às reuniões e julgavam os encontros como justificativas para “matar trabalho”. Contudo, seu desinteresse na descentralização da tomada de decisões e na intersetorialidade tinha uma

causa ainda mais profunda do que o mero desconhecimento sobre a importância e o reconhecimento da potência nos encontros.

Isso está relacionado também ao exposto por Gonçalves & Guará (2010, p. 12), para quem, “embora o trabalho em rede tenha emergido enquanto um critério importante na formulação de políticas sociais, ainda hoje tendemos (até por razões culturais) a resolver tudo a nosso modo e caminhar em nosso nicho seguro, sem interferências”.

A organização dos coletivos de rede, sobretudo os que apresento nesta pesquisa, devem ser considerada fundamental, pois, como mostra Junqueira (2000, p. 36), “a análise dos problemas de nossa época nos leva cada vez mais a perceber que eles não podem ser entendidos isoladamente. São problemas que precisam ser compreendidos sistemicamente, pois são interligados e interdependentes”.

No entanto, embora o encontro entre os atores sociais sustente possibilidades potentes de intervenção nos problemas, as reuniões da rede intersetorial nessa cidade em específico representavam uma ameaça para determinadas pessoas, pois a autonomia dos atores sociais gerava ações que dispensavam o controle ou o aval de pessoas em cargos de gestão. Por sua vez, elas se sentiam atacadas, dado que o coletivo por si só conseguia se articular e solucionar alguns entraves do cotidiano e era reconhecido no território por esse trabalho.

A atitude dos gestores contrários ao encontro representa bem o que conto sobre alguns aspectos da organização do interior, pois simboliza o temor da perda de um suposto poder. Como já mencionado, há uma lógica nas cidades da região que diz muito sobre as relações de poder e a reatualização do coronelismo. Assim, o trabalho de toda a rede acaba atravessado pelas ideias oriundas dessa lógica.

As gestões dos equipamentos públicos são ocupadas em sua totalidade por cargos comissionados, conhecidos aqui como cargos de confiança. Os profissionais que os ocupam são escolhidos pelo(a) prefeito(a) e compõem desde as cadeiras a frente das secretarias até os postos de coordenação dos serviços. Talvez não haja nada de novo sob o sol se considerarmos que tal prática é comum no Brasil. Contudo, é possível perceber que o funcionamento público acaba dependente dessas relações, e que os gestores muitas vezes acabam focando sua atuação na garantia dos interesses dos que o colocaram em tal cargo, deixando de lado os interesses públicos.

O impedimento às críticas, a aversão aos questionamentos e as represálias àqueles que resistem a essa ordem integram o cotidiano das redes e tornam os espaços destinados ao encontro dos atores sociais um lugar nem sempre confortável ou seguro. Afinal, a organização

em redes, o encontro, o debate das necessidades, das dificuldades e dos desafios acabam fomentando movimentos de resistência à lógica egocentrada.

Ademais, por surgirem nas reuniões muitas demandas, queixas e reivindicações direcionadas aos gestores, eles acabam entendendo os encontros como espaços para atacar, contrariar e ferir suas imagens públicas. Tal fantasia se originou no município, de acordo com as mulheres do GT, quando houve anos atrás a construção coletiva de um documento que apresentava as ações realizadas pela rede e muitas dificuldades e necessidades dos equipamentos públicos que atrapalhavam o encaminhamento e desenvolvimento das políticas públicas. O documento apontava que algumas questões estariam diretamente ligadas à participação e ao engajamento dos gestores com o coletivo. Por não se aproximarem da construção de algumas ações, eles acabavam não compreendendo as motivações ou a importância das mesmas, o que impedia os atores de pô-las em prática por considerá-las irrelevantes ou irrisórias frente a outras questões e outros problemas, considerados como “mais urgentes”. O documento também cobrava, além da participação mais ativa dos gestores, ações para que o trabalho da rede pudesse avançar. Na ocasião, houve o entendimento que o documento era, na verdade, um ataque às gestões. Após a apresentação deste documento que elencava as dificuldades do trabalho sem o apoio das gestões, o coletivo de rede passou a ter suas ações questionadas e alguns gestores chegaram a iniciar um movimento contrário à rede.

Conforme aquelas mulheres me contavam suas experiências, podia entender os motivos para o esvaziamento das reuniões antes realizadas quinzenalmente. As resistências colocadas para a realização dos encontros geraram muitas dificuldades para as equipes que muitas vezes precisavam contrariar seus gestores para participar do coletivo. Por essa razão, foi necessário alterar a periodicidade das reuniões intersetoriais para uma vez ao mês.

Por causa disso, além de criar maneiras de produzir e ampliar os encontros no território, a oficialização da existência da rede e de seus encontros por meio de um documento que a colocasse como atividade de agenda oficial dos equipamentos se mostrou cada vez mais crucial, embora houvesse também preocupações do GT sobre quanto isto poderia produzir a institucionalização do coletivo. Por considerar a autonomia dos sujeitos enquanto sua característica fundamental, o GT buscou trabalhar pautado na premissa de que “articular-se significa, sobretudo, fazer contato, cada um mantendo sua essência, mas abrindo-se a novos conhecimentos, à circulação das ideias e propostas que podem forjar uma ação coletiva concreta na direção do bem comum” (Gonçalves & Guará, 2010, p. 12).

Dentro dessa lógica interiorana, minha aproximação e participação nos coletivos de rede também estiveram ameaçadas. Segundo Catarina e Rafaela (assistente social integrante

fundamental na rede e também do GT), minha presença na reunião atrelada a meu posicionamento em defesa do coletivo gerou questionamentos por parte de uma gestora quanto a minha origem (quem sou eu, de onde eu vim) e minhas motivações (porque estava na reunião; quem me convidou), assim como resultou em uma breve censura à minha presença.

Catarina e Rafaela adotavam uma postura forte com relação à proteção do coletivo e a garantia das ações ali produzidas. Reafirmando o convite para que eu participasse dos encontros que se seguissem dali em diante, bem como dos encontros do GT, as duas parceiras posicionaram-se com firmeza na defesa da rede intersetorial enquanto um espaço diverso, composto por atores sociais dos mais variados dispositivos e cantos do município e sustentaram diante da proibição da gestora que minha participação era importante tanto por se tratar de alguém que estaria pesquisando especificamente sobre o tema das redes (e poderia contribuir com o coletivo) quanto pelo fato do espaço de se tratar de um coletivo que preza a autonomia de seus atores e está aberto a todos que tivessem interesse em participar das reuniões e discussões, confirmando seu caráter público.

Catarina e Rafaela colocaram-se na linha de frente de um embate que nos perseguiu ao longo de todo o ano. Em consequência disso, seus cargos, conquistados legalmente por meio de um concurso público, eram constantemente colocados em xeque. As ameaças (assombrosamente frequentes) de transferência compulsória dos serviços em que elas atuavam (e amavam) evidenciavam as tentativas de separá-las e desmantelar o GT que, por muito tempo, foi sustentado principalmente pelas por estas duas mulheres.

Sendo assim, minha permanência no coletivo defendida por Catarina e Rafaela, apoiada pelo GT e pelos integrantes da rede que igualmente consideraram importante minha presença enquanto integrante da sociedade civil e pesquisadora, configurou-se como um ato de resistência, além de uma possibilidade de construir um novo percurso de pesquisa, dessa vez em um grupo formado não em função de minhas propostas com base em meu interesse em debater o tema das redes mas sim, um coletivo formado por profissionais e atores sociais em função das necessidades e demandas de todo o território, interessados e comprometidos com a organização das redes.

Diferente do que poderia ocorrer com as rodas de conversa que viesse a formar em função da pesquisa, o coletivo da rede desse município trata-se de um espaço potente e autônomo que foi criado e permaneceria atuante mesmo após o findar de meu percurso acadêmico. Assim, houve uma mudança na dinâmica de minha pesquisa, pois passei do lugar de quem convida os atores sociais para formar uma roda de conversa sobre a temática da rede para o lugar de convidada a participar, atuar e testemunhar a organização e articulação da rede

no município interiorano. Me apresentando enquanto pesquisadora do tema das redes fui integrada aos debates, às reuniões e às atividades dos encontros intersetoriais, às reuniões de articulação do GT e às de outros coletivos que foram formados ao longo do ano.

No que se refere ao método de pesquisa, é importante apresentar que, dadas todas as situações supracitadas, as rodas de conversa no formato proposto por mim originalmente não foram realizadas.

Considerando que (talvez) os relatos que trago sobre a experiência sejam de interesse de outros pesquisadores da temática das redes, e enfatizando que esta pesquisa situa-se no campo acadêmico, acredito ser importante apresentar que a mudança nos rumos da pesquisa causou em mim diversas angústias e vários temores relacionados ao afastamento do que havia planejado *a priori*.

No entanto, mesmo pesquisadores rigorosamente atrelados ao campo acadêmico com suas normas e seus critérios de produção não devem perder de vista (em especial no campo das ciências sociais e humanas) que a ética indispensável nas pesquisas envolvendo seres humanos não está simplesmente referindo-se ao consentimento dos sujeitos da pesquisa, mas sim ao respeito às suas histórias, às suas comunidades, ao seu território, à sua cultura e às suas crenças, conforme apresentado pelo CNS na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 (Conselho Nacional de Saúde, 1996): “a ética da pesquisa implica no consentimento dos indivíduos participantes, ao respeito a sua autonomia e dignidade, bem como a defesa em sua vulnerabilidade”.

Nesse sentido, o respeito aos indivíduos está relacionado ao fato de que, ao nos propormos a realizar pesquisas no campo da saúde mental, temos que ter em vista que nossos desejos, nossas expectativas e nossos planejamentos estão ligados aos desejos, às expectativas e aos planejamentos dos próprios participantes do trabalho que, obviamente, não é único e exclusivo do pesquisador, da universidade ou do campo acadêmico. Cabe essencialmente aos sujeitos da pesquisa, por meio do relato de suas experiências, abrirem caminhos, produzirem reflexões e concederem ao pesquisador o privilégio de narrar suas histórias.

A beleza do encontro com as redes em uma cidade interiorana está marcada pelo fato de que foi somente no ato de me lançar a campo, apesar do que havia planejado, que pude perceber que a imprevisibilidade faz parte das pesquisas com seres humanos, desconstruindo e construindo caminhos até então desconhecidos e mostrando as mais diversas maneiras de se fazer ciência.

Portanto, o método não foi planejado por mim, minha orientadora e minhas colegas do grupo de pesquisa e proposto aos participantes que eu viria a conhecer e convidar. O método

se deu por uma escolha dos atores sociais do campo que, ao me conhecer, convidaram-me enquanto civil, profissional e também pesquisadora para compor o coletivo da rede e, sem se darem conta, fizeram uma proposta quanto ao método que eu poderia utilizar para recolher dados.

Desse modo, a pesquisa apresentada trata-se de uma pesquisa participante e teve como interlocutores os integrantes do coletivo de rede de uma cidade localizada no interior paulista. Tal apresentação se faz extremamente importante uma vez que, segundo Brandão (org.) (1987), em nome da ciência e da neutralidade que ela exige para ser considerada ciência, reduzimos os sujeitos a dados, sem nomes, sem histórias e suas particularidades. De acordo com o autor:

Durante anos aprendemos que boa parte de uma metodologia científica adequada serve para proteger o sujeito de si próprio, de sua própria pessoa, ou seja: de sua própria subjetividade e que entre pesquisador e pesquisado não exista senão uma proximidade policiada pelo método (o sujeito dissolvido em ciência) e o objeto (o outro sujeito dissolvido em dado) (Brandão, 1987, p. 7).

Os objetivos fundamentais desta pesquisa dizem respeito ao desejo de conhecer as experiências da rede e apresentar, por meio de narrativas, compreensões sobre seu processo de construção e articulação. No que se refere ao caráter formativo, objetiva-se produzir a ampliação de referências acadêmicas sobre o tema, contribuindo para o debate e a formação de estudantes e profissionais atuantes nas áreas relacionadas à temática apresentada.

Segundo Danielle Migueletto (2001), a análise de redes possibilita mapear os “nós” de um determinado sistema social, isto é, os principais atores que o sustentam. Com isso, a ideia presente no percurso desta pesquisa, para além de conhecer cada um dos nós, foi (e segue assim) construir com atores sociais uma história sobre nossa rede, evidenciando em meus escritos o conhecimento produzido coletivamente.

No que se refere às definições e determinações da rede, no encontro e nas descobertas viabilizados pela pesquisa, subscrevo o apresentado por Quinderé, Jorge e Franco (2014, p. 255) quanto a necessidade de:

Reconhecer a existência de um tipo de rede que se constitui sem modelo, que não parte de uma estrutura, pois se constrói em ato, com base no trabalho vivo de cada trabalhador e equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde, seja em encaminhamentos realizados, procedimentos partilhados, projetos terapêuticos que procuram consistência no trabalho multiprofissional.

Em razão disso, essa pesquisa e essa rede são únicas para mim, como minha história com Tomás e cada encontro, discussão e definição possível sobre o que vem a ser a rede no nosso interior paulista.

Ao narrar minha experiência, espero que os que se aproximarem desses escritos possam também contar suas histórias únicas e, assim, todos nós possamos formar no campo acadêmico uma coletânea de muitos tempos, muitas vidas, muitos sujeitos e infinitas definições, já que, ao viver, produzimos infinitudes do que somos. Desse modo, espero que a universidade cada vez mais possa se deslocar de um lugar elitizado e ocupe e se deixe ocupar pelos mais diversos espaços e que nossos escritos e nossas produções sejam compostos por mais histórias e saberes dos mais diversos campos do conhecimento. Isso é ciência.

3.4 COM QUANTOS NÓS SE TECE UMA REDE?

O coletivo chamado por nós em certos momentos de “rede macro” é composto por atores sociais dos mais diversos campos e serviços comprometidos com a criação de ações e reflexões para discutir as possibilidades e os desafios referentes às políticas públicas, aos problemas e aos dilemas comuns entre os atores sociais e equipamentos.

Definimos nossa rede como o espaço dedicado ao encontro de atores sociais no qual podemos debater questões e problemas em comum referentes a ampliação e efetivação das políticas públicas no município e estreitar laços e estabelecer vias de convívio e contato muito mais próximas do que o momento anterior ao movimento de apropriação e aproximação do coletivo. O espaço também é utilizado para ampliar o conhecimento dos atores da rede sobre as diversas políticas públicas que balizam nossas atuações, o funcionamento dos serviços e a apresentação de pontos de rede para além dos equipamentos públicos e também para capacitações e debates de conteúdo referentes à temática central do coletivo.

A formação e articulação do coletivo permitem a organização e o aperfeiçoamento dos fluxos de encaminhamentos e a discussão sobre como deveria se dar a condução das demandas de modo que a lógica do encaminhamento seja transformada na lógica do encontro e do debate entre as redes. Segundo as percepções dos atores sociais, esse é um dos maiores desafios do trabalho em redes.

De acordo Sonia Barros et al. (2015), nos serviços de saúde, há uma lógica de atendimento fragmentada em que os profissionais atuam com base nas especialidades. Ampliando essa discussão para outros campos e serviços, podemos dizer que a lógica do encaminhamento diz respeito às ações baseadas no mero encaminhamento dos casos e das demandas sem que haja discussões, encontros ou trocas entre as equipes. Com isso, a atuação dos serviços se mantém fragmentada; os olhares e considerações sobre o sujeito e seus dilemas não são levados em conta ou tão pouco conhecidos; o cuidado integral não se

constitui. Para muitos autores que debatem essa fragmentação no cuidado é preciso que a lógica dos encaminhamentos tão presente nos serviços seja substituída pela lógica das reuniões – dito de outro modo, pelos encontros em que as trocas, os debates e as percepções possam acontecer e aparecer. Dessa forma, com a responsabilidade compartilhada, podem ser produzidas ações e reflexões que correspondam às necessidades dos sujeitos e garantam o cuidado integral em rede.

Com relação à organização dos encontros da nossa rede, as mulheres do GT contaram que as reuniões aconteciam desde 2013 no município e que inicialmente o intervalo de tempo entre elas era menor. Elas aconteciam duas vezes ao mês, a cada quinze dias. No entanto, as dificuldades de alguns profissionais em sair de seus serviços eram evidenciadas a cada encontro (pelas razões mencionadas), o que contribuiu com a decisão de tornar a reunião intersectorial um encontro mensal. No GT, debatíamos a dificuldade de ter encontros tão restritos e muitas outras questões relacionadas à temática da construção e articulação das redes no território.

Minha permanência no coletivo enquanto pesquisadora se deu entre o mês de junho de 2018 a dezembro de 2019. Ao longo desse período, nosso coletivo se fortaleceu, assim como as atividades de rede em todo o território. Ao contrário do que havia pensado, o conhecimento sobre o tema das redes não se deu com uma pesquisa solitária. Foi no contexto do GT e na participação das reuniões de rede que descobri modos de articulação e definição das redes em nosso pedaço interiorano de chão.

Ao longo dos meses, nosso GT também cresceu; fomos entendendo juntas as necessidades do coletivo e, por meio de muitos debates, compreendemos a importância que outros atores, de outros campos do saber também ocupassem conosco o lugar de articulação. Levando-se isso em consideração, o GT anteriormente formado por mulheres dos campos da saúde, Conselho Tutelar e direitos humanos também passou a ser ocupado por atores da educação, promoção social e saúde mental, que, além de serem frequentes em todas as reuniões e disponíveis a todas as atividades e demandas, também demonstravam muito interesse pela temática da articulação e desejo em conhecer e estudar a respeito. Um avanço tomado por nós de extrema importância já que, com a participação desses novos atores, os entendimentos sobre as redes, as intervenções e as criações puderam crescer e se desenvolver muito mais. Além disso, tive no GT a aproximação entre saúde mental e educação, mesmo que timidamente.

Juntos no percurso de descobertas sobre o jeito de construir redes, reinventamos maneiras de aproximar outros atores sociais dos debates, realizamos enquanto GT encontros

com determinados serviços e gestores a fim de entender as dificuldades e desmistificar algumas questões sobre o coletivo e criamos alternativas para que os com maiores dificuldades em participar dos encontros pudessem acompanhar as discussões e interagir com o grupo.

Além do uso do grupo de e-mail para disparar atas de reunião, informativos e pautas de discussão, também foi criada uma página em uma rede social para divulgar as ações dos coletivos de rede e informar as datas de reuniões e eventos de uma maneira mais dinâmica. Com o passar do tempo, do maior uso dessas ferramentas, do crescimento do coletivo e do reconhecimento das experiências de rede, alguns gestores se mostravam altamente incomodados com a maior visibilidade de colegas mais presentes e atuantes na rede, chegando a associar o trabalho desenvolvido no coletivo a partidos e/ou candidatos políticos do município cujo único objetivo era garantir seus cargos nas próximas gestões.

Mais uma vez, é importante dizer que é evidente que tal comportamento e pensamento acabam tornando o trabalho muito custoso para quem precisa conciliar os deveres com as políticas públicas, a rede e a população em meio às disputas políticas e de egos. No entanto, nossa rede tornou-se muito potente, criando e inventando maneiras de driblar certas desavenças. Enfim, os atores sociais da rede foram livremente se organizando e fortalecendo os coletivos formados ao longo do tempo.

Acredito que dentre muitas ações e intervenções, nossa rede pôde avançar a partir da consolidação do GT enquanto agente articulador e de nossa aproximação com a temática das redes e a inclusão de discussões sobre o conhecimento produzido por debates, leituras e estudos nas reuniões que hora ou outra também assumiram um caráter formativo.

Durante nossos encontros e discussões, criamos modos de entender nossa rede e as maneiras como cada um dos atores ia se organizando e articulando para que os encontros pudessem se realizar de uma maneira constante ao longo do mês. De fato, um dos avanços mais significativos percebidos e colocados em destaque na avaliação realizada no final de 2019 foi o aumento das possibilidades de encontro entre os atores da rede e o início de uma nova lógica no território.

De acordo com os atores sociais da rede, ao longo dos encontros, percebeu-se que a lógica dos encaminhamentos realmente coordenava as ações de muitos serviços, prejudicando de maneira catastrófica a efetividade do cuidado integral dos usuários e fazendo com que muitos casos acabassem desassistidos. A falta de encontro entre equipes e serviços ia cada vez mais se apresentando como uma das maiores dificuldades do cotidiano de trabalho, e foi em

rede que pudemos identificar esse problema e estabelecer ações para que conseguíssemos avançar.

Com o passar dos meses, os encontros de rede passaram a ter maior reconhecimento no território. Embora as reuniões seguissem com oscilação no fluxo de participantes, pudemos perceber que muitos atores sociais novos vinham aos encontros compor as discussões, apresentar dilemas e reivindicar um lugar na rede. Desse modo, a cada novo encontro, nosso coletivo crescia, e mesmo nos encontros mais esvaziados era possível perceber que havia um movimento de rede potente no território produzindo a partir da articulação de atores, serviços e equipamentos, ações e conhecimento fundamentais no contexto de garantias de direitos e cumprimento das políticas públicas.

Nesse movimento crescente da nossa rede, atores importantes do território, principalmente da saúde mental, da educação e atenção primária, passaram a compor as cenas, apresentando questionamentos, buscando e produzindo respostas e principalmente se reconhecendo enquanto integrantes de uma rede.

Embora não tenha participado de grupos com um recorte estrito entre saúde mental e educação, mas inserida em um grupo intersetorial, confesso que minhas lembranças de Tomás e os dilemas de nossa história atravessavam cada movimento e acontecimento na rede e desejava que os campos acima citados pudessem se aproximar. Assim, poderíamos discutir no coletivo sobre os casos dos adolescentes que passam por experiências de sofrimento psíquico, quais os serviços que compõem as redes nesses casos e quais os maiores dilemas e desafios dessas situações.

É sabido que os serviços de saúde mental, sobretudo os CAPS, têm um papel estratégico no deslocamento do centro do cuidado para fora dos hospitais e em direção à comunidade e, portanto, as noções de rede e território são conceitos fundamentais (Brasil, 2004a). Salientando que o território, segundo Brasil (2004a), é constituído pelas pessoas, seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, sua família, suas instituições e seus cenários, como, igreja, escola, trabalho, boteco etc. Nele, constitui-se uma rede de atenção composta por todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer que são convocados a potencializar as equipes nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Nessa perspectiva, as noções de território e rede são fundamentais ao cuidado na saúde mental, mas, é claro, esses conceitos não estão unicamente associados às questões e demandas de um campo específico. Sua concepção é crucial ao cuidado e à garantia de direitos em todas as instâncias.

No entanto, o que podemos perceber no interior é que a articulação das redes ainda é muito tímida quando considerada a diversidade do território, seus atores sociais e seus equipamentos. No caso de Tomás, por exemplo, é possível dizer que nem todos os serviços necessários ao cuidado integral do adolescente foram acionados e articulados. A atenção básica, um dos pontos fundamentais das redes – ainda mais quando nos referimos ao cuidado no campo da saúde mental – fez uma breve e tímida participação, assim como no coletivo das redes.

De acordo com Cecílio et al. (2012), a atenção básica em saúde (ABS) é pensada como a porta de entrada do sistema e como o primeiro nível de contato da população quando se trata do acesso aos serviços de saúde. Hoje, segundo o autor, a atenção básica é o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde.

Nos últimos anos, o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família e o aumento dos CAPS marcaram um progresso indiscutível da política do SUS, representando um avanço na resolução dos problemas de saúde da população (Brasil, MS, 2004a). Nesse contexto, é importante ressaltar que:

A proximidade das equipes de Atenção Básica com as famílias, as escolas e outros espaços de convivência de crianças e adolescentes é um fator positivo para a formação de vínculos e a efetividade dos trabalhos desenvolvidos para a população infantojuvenil no território (Brasil, MS, 2014b, p. 31).

Muitas vezes, os casos acolhidos nos serviços de saúde mental passam pela atenção básica em um primeiro momento, com queixas referentes a questões específicas. Vale lembrar que, em muitas situações, muito antes de qualquer crise ou experiência com o sofrimento psíquico, a ABS esteve presente na vida dos sujeitos, podendo, portanto, conhecer suas histórias, questões e necessidades. Embora não tenha mencionado anteriormente, no caso de Tomás, a vizinha do adolescente que entrou em contato com o CAPSij pela primeira vez, graças a orientação recebida na unidade de saúde próximo à sua residência.

Nesse sentido, a atenção básica ocupou papel fundamental no que se refere aos acolhimentos e encaminhamentos, tornando possível o acesso do adolescente e de sua família ao serviço especializado. Porém,, no decorrer do processo de cuidado, tanto no caso de Tomás como em muitos outros que chegam ao serviço por essa via, percebemos o distanciamento entre a ABS e CAPSij.

Uma das características mais importantes do trabalho em rede no interior diz respeito a essas questões apresentadas sobre o papel articulador. No município em que se deu esta pesquisa, assim como em outros no entorno de Santa Cruz da Conceição, há um cargo específico alocado na secretaria de saúde de coordenador ou, como é chamado em outras

idades, “articulador” da saúde mental em várias cidades. Assim, embora a ABS ainda sustente o lugar de porta de entrada para a população, nesses lugares, fica sob a responsabilidade da saúde mental a articulação das ações e das redes no território.

Em nosso interior, a saúde mental destaca-se como articuladora porque faz mais conexões com outros serviços para além do campo da saúde como CRAS, CREAS, escolas, projetos, centros de cultura, esporte, trabalho, etc., enquanto que a ABS acaba circulando pelos serviços restritos ao campo da saúde. Levando em conta as minhas próprias percepções e experiências, isso é decorrente da lógica manicomial que ainda opera e atravessa nossas práticas, nossos serviços e nossos contextos interioranos.

Uma vez que o foco do trabalho na saúde mental está na promoção da autonomia dos sujeitos que foram isolados do convívio social pela história, o CAPS prontamente vai buscar formas de promover a circulação e o pertencimento no território. Assim, o CAPS tem necessidade de articular as redes dado que o usuário demanda a criação de possibilidades de estar na comunidade. Além disso, as equipes na saúde mental passaram por processos de formação e supervisão que as colocaram questões importantes relacionadas às premissas da Reforma Psiquiátrica e ao movimento antimanicomial, que ainda tem dificuldade de chegar verdadeiramente em outros serviços e campos por questões culturais de nosso território. Nos serviços da saúde mental, a ideia dos usuários de ocupar os territórios, estar livre, ter autonomia, poder escolher, desejar e ser protagonista de seu tratamento e sua vida atravessa todo o cotidiano de trabalho e permite a construção de ações que têm por característica fundamental o ato de sair de dentro dos muros institucionais e circular pela cidade.

É evidente que essa perspectiva na qual atuamos e depositamos nossa esperança de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária deveria também balizar os saberes e as práticas de outros campos e serviços. Mas, nesse canto do interior, ainda prevalece a lógica do manicômio que atrai os trabalhadores e a população para as práticas pautadas no saber médico-psiquiátrico, negligenciado a união de saberes, o trabalho coletivo em redes e a promoção da clínica ampliada.

Outra hipótese, que também é construída a partir das observações do território e está associada à dificuldade encontrada na ABS em articular as redes, diz respeito ao fato de muitos dos usuários da atenção primária apresentarem mais facilidade para circular e estar no território, causando a falsa ideia de que não há necessidade de buscar outros espaços e trocar com outros serviços e outras equipes e ignorando muitas vezes o fato de que esses usuários, embora não estejam passando pela experiência do sofrimento psíquico (tal como os do

CAPS), também necessitam de um olhar integral e apresentam questões sociais profundas que exigem uma articulação com outros serviços e pontos de rede.

Para Magda Dimenstein e Mariana Liberato (2009), nós, atuantes na saúde mental, fomentamos estratégias de resistência e criação visando ampliar nossa atuação junto a coletivos de trabalho e assim contribuir com a produção de novos modos de operar a política de saúde mental que faça avançar a luta antimanicomial. Em virtude disso, é importante dizer que essa deve ser uma missão não somente para o campo da saúde, mas sim para todos os cantos e recantos do interior tendo em vista a realidade e os atravessamentos da lógica manicomial em nosso território.

Foi durante os estudos e debates no contexto do GT que nós, mulheres do grupo de trabalho, passamos a notar que atores sociais ligados à saúde mental, além de ter uma maior aproximação com a temática das articulações, também eram mais interessados e presentes na rede, nas discussões e nos desafios do GT. Por isso, após alguns encontros e discussões, decidimos lançar um convite aos atores da saúde mental para que eles pudessem compor o coletivo. Dessa forma, consideramos possível não somente ampliar os participantes do coletivo, mas, sobretudo, aumentar a quantidade de atores sociais alinhados às ações de articulação e comprometidos com a multiplicação dos debates e das discussões pelos equipamentos em seu campo de atuação.

Desse modo, aos poucos, fomos desvendando os caminhos e desconstruindo muitas práticas ainda muito atravessadas pelo fazer solitário e institucionalizado. No contexto da rede intersetorial, a atenção básica e seus representantes passaram a compor os encontros em meados de agosto. No encontro em questão, enfermeiras de três unidades de saúde da família (USF) foram ao coletivo de redes para apresentar dificuldades que estariam identificando na comunidade com relação à oferta de vagas em unidades escolares.

De acordo com as profissionais, algumas famílias acompanhadas pela equipe de saúde possuíam crianças que estariam fora da escola, o que, na percepção delas, poderia acarretar no aumento do nível de vulnerabilidade. Na ocasião, o GT já contava com representantes da educação e, por essa razão, havia alguém desse campo específico que pôde apresentar algumas informações quanto à legislação, à oferta de vagas no município e também esclarecer várias dúvidas de outros atores sociais sobre a organização da Secretaria de Educação.

Além do encontro estimular o debate entre os atores sociais e as demandas de cada um dos campos, a partir das informações apresentadas, foi evidenciado no coletivo que o município estaria com problemas relacionados à falta de profissionais para atender as demandas da comunidade, e não à estrutura física. Havia espaço para receber as crianças com

menos de 4 anos de idade,¹⁰ mas não havia recursos humanos (RH) suficientes para tanto. Na ocasião, o coletivo de rede debateu quais seriam os caminhos possíveis para dar encaminhamento à solicitação de ampliação do RH, entrave para que o direito a educação fosse ampliado e garantido às crianças da comunidade.

Com a experiência da pesquisa na rede, passei a perceber o quão potente eram as formações de coletivos, sobretudo no que diz respeito à formulação de estratégias para promover a garantia de direitos no território. Além disso, o campo educacional, que até então me chamava à atenção graças à experiência com Tomás, começou a se apresentar como um ponto da rede fundamental a tantas outras questões, sendo possível afirmar que, durante todo o período da pesquisa, todos os encontros das redes realizados exigiram a presença de seus atores sociais.

Assim, coletivamente fomos percebendo que, para além dos encontros intersetoriais mensais, nossa rede demandava que outros encontros se tornassem possíveis no cotidiano, fazendo com que redes temáticas fossem constituídas e articuladas.

Ao todo, no findar de 2019, por ação conjunta dos atores sociais, em especial da articulação e do empenho do GT, foram ampliadas e construídas no território várias alternativas de encontros. Havia os encontros mensais do coletivo intersetorial, que gradativamente também passou a contar com a participação de mais atores sociais e tornou-se um espaço de referência para toda a rede; os encontros da rede temática de violência, coletivo formado a partir de uma demanda específica identificada no coletivo intersetorial que, ao longo do ano, desenvolveram discussões e formações sobre o combate à violência em suas mais variadas configurações; e os chamados de “microrrede” (setorial), constituído por atores sociais de um mesmo campo ou secretaria para discutir temas específicos.

Assim, com a articulação e divulgação constantes, pudemos ampliar as possibilidades de encontros no mês uma vez que muitos dos participantes acabavam indo em todos os encontros. Além disso, por meio da comunicação com os atores da rede e com as visitas do GT a alguns serviços, pudemos perceber que a troca de informações e a multiplicação das discussões para além dos espaços de reuniões também tiveram uma ampliação significativa no decorrer do ano, fazendo com que os próprios atores sociais se apropriassem do coletivo e atuassem como multiplicadores de informações e experiências na rede.

¹⁰ É importante salientar que a Lei nº 12.796 de 4 de abril de 2013 prevê matrícula obrigatória para crianças a partir de 4 anos, sendo a educação básica obrigatória e gratuita até os 17 anos de idade. A questão apresentada inicialmente pelas enfermeiras dizia respeito à falta de vagas em creches para crianças com idade inferior a 4 anos, mas não tornava o tema menos urgente e importante considerando as necessidades da comunidade.

3.5 A POTÊNCIA DAS REDINHAS

Na sociologia, para Castells (1998 apud Gonçalves & Guará, 2010), uma rede é um conjunto de nós conectados, e cada nó, um ponto no qual a curva se intercepta. Por definição, uma rede não tem centro, e, ainda que alguns nós possam estar em mais evidência que outros em dados momentos, todos dependem dos demais.

Aos poucos, em nossa rede, fomos percebendo que havia demandas distintas, embora interligadas, que precisavam de um espaço maior para ser acolhidas e debatidas. Era evidente que uma única reunião mensal não poderia dar conta de tantas exigências e tantos questionamentos já que, a cada encontro, percebíamos que os atores da rede traziam questões referentes ao cotidiano de trabalho que, dadas às complexidades, muitas vezes não podiam ser resolvidas em um espaço de tempo limitado.

Algumas questões diziam respeito aos serviços e a campos específicos. Os profissionais da educação, por exemplo, apresentavam nas reuniões intersetoriais questões e angústias específicas que indicavam a necessidade de construir espaços no cotidiano para discutir e refletir em equipe as possibilidades de ação. Muitas pessoas de campos distintos indicavam que não tinham o costume de realizar reuniões de equipe e perceberam com as discussões na rede intersetorial que deveriam incorporar às suas rotinas um espaço para que pudessem se reunir e pensar coletivamente as ações, as necessidades e os desafios do equipamento.

Em decorrência disso, o GT sugeriu que pudséssemos formar outros coletivos paralelos à rede intersetorial com o objetivo de lidar com essas questões que não conseguíamos discutir no contexto da rede macro. Por isso, criamos as reuniões que chamamos de microrrede ou carinhosamente de “redinhas”. Durante o ano, foram realizadas reuniões de redinha em diversos equipamentos, todas elas solicitadas pelos profissionais atuantes em nossa rede intersetorial, inspirados pela experiência em outros coletivos e motivados pelo conhecimento produzido coletivamente.

Inicialmente o GT compôs as reuniões junto aos atores das redinhas, organizando as pautas e datas e disparando convites. Por se tratar de um agente articulador, a presença do grupo de trabalho era solicitada nos encontros e neles ocupava um papel de mediador. Porém, mesmo compreendendo que inicialmente estar neste lugar representava uma condição para que o encontro acontecesse (quase como se o encontro fosse produzido por uma demanda do GT, e não do coletivo de rede), aos poucos, os atores da redinha foram se apropriando dos

espaços e das discussões, encontrando um estilo único e autônomo de debater suas demandas e articular suas redes e redinhas.

Com isso, passamos a definir o espaço das redinhas como espaços de encontro organizados em função das necessidades específicas de cada campo, seus equipamentos, atores sociais e usuários. As redinhas tinham como objetivo inicial reunir profissionais do mesmo campo, mas de serviços e equipes distintas que apresentavam problemáticas em comum. Nelas, pudemos refletir sobre questões e construir maneiras de intervir coletivamente, além de pensar e articular quais campos e serviços poderiam e deveriam compor as ações ali propostas.

Com relação a elas, levando em consideração a temática desta pesquisa, vou me debruçar nos encontros e desencontros realizados no campo educacional.

A redinha da educação foi a primeira a se formar. Em função das inúmeras demandas específicas que eram levadas às reuniões de rede intersetorial macro e a dificuldade encontrada em debatê-las no tempo restrito dos encontros, o GT sugeriu aos participantes interessados em debater as questões do campo escolar a realização de um encontro específico. O tema inicialmente tratado dizia respeito à infrequência e à evasão escolar. Segundo os atores sociais, essa era uma temática constante nas pautas que a educação levava para as reuniões da rede macro.

No início de 2019, passado o período festivo, iniciamos os encontros com um evento de abertura no qual foram convidados todos os atores sociais do município e parceiros de municípios vizinhos que vinham desenvolvendo trabalhos em rede e poderiam contribuir com nossos debates e reflexões sobre como fortalecer nosso coletivo. O evento chamado “Como podemos avançar em 2019”, além de contar com um momento de palestras, foi composto pela divisão de grupos de debates que visavam identificar as demandas e necessidades da rede no momento para que juntos pudéssemos refletir quanto aos modos de avançar ao longo do ano. Em meio a muitas discussões e discursos, um tema tomou a cena dos debates: a infrequência e evasão escolar – tema que já vinha sendo debatido há algum tempo, mas que continuava urgente e sem resolução. Foi em meio ao debate que Alice, uma mulher negra, sagaz e, sem sombra de dúvidas, uma das assistentes sociais mais espontâneas que já conheci, manifestou-se de modo surpreendente:

“Eu sei que essa história da infrequência é importante. Realmente é um problema muito sério. Mas eu não aguento mais falar sobre isso. Toda reunião falamos sobre infrequência e evasão e nunca saímos do lugar. Temos outros assuntos que também são

urgentes e acabam não sendo debatidos. Não dá! Tem que ter um jeito de ir adiante nessa história!”

De fato, Alice estava certa. Havia inúmeras questões, não somente relacionadas ao campo educacional que com certeza careciam de maior atenção e não poderiam ficar excluídas das demandas do coletivo. Há anos a infrequência e evasão escolar vinham ocupando lugar de destaque nas inquietações do campo educacional, e percebíamos uma dificuldade enorme em não somente debater a temática na rede macro, mas fundamentalmente em ultrapassar os limites das queixas quando colocada em debate. Para além das reclamações, das reivindicações, dos descontentamentos e até algumas denúncias, era preciso iniciar um movimento que mirasse a resolução do problema. Era preciso realizar um trabalho fora dos encontros mensais para que alguns impasses particulares do campo educacional se assentassem e, assim, o coletivo intersetorial pudesse avançar ao identificar atribuições na rede e possibilidades de ações frente às questões apresentadas.

Por isso, a sugestão de uma reunião específica (setorial) para o debate da infrequência e evasão agradou muito os atores do campo educacional, que toparam realizar o primeiro encontro de redinha no município e posteriormente um coletivo que manteve encontros ao longo do ano.

Na redinha, estavam presentes os mais diversos atores sociais, dentre eles, cabe aqui dizer com muita satisfação, os gestores da Secretaria de Educação Municipal e da Diretoria de Ensino Regional (DE) que, na contramão de outros gestores, apoiaram a iniciativa dos encontros e estimularam que novas ações fossem realizadas pelo coletivo.

Sem deixar de lado a importância do trabalho intersetorial, houve o entendimento dos atores sociais que muitos equipamentos tinham a necessidade de “organizar a própria casa” para compreender quais seriam as demandas que poderiam resolver entre si e quais as demandas fundamentais a serem apresentadas e debatidas no coletivo intersetorial.

Conforme já mencionado, nem todos os equipamentos participantes dos coletivos de rede tinham a prática de realizar reuniões de equipe, fazendo com que o encontro e a discussão entre os pares dentro dos serviços ficassem muito comprometidos. As reuniões de equipe e os encontros de redinha viabilizaram que os atores sociais se apropriassem e compreendessem de maneira mais profunda as políticas públicas com qual atuavam e as possibilidades de práticas no cotidiano. Em razão disso, houve o aumento de encontros de equipes, nos quais também foi possível realizar discussões de casos, formação no sentido da educação continuada e definir as questões que a equipe poderia levar aos encontros intersetoriais. Embora no campo da saúde mental isso seja comum, é importante salientar que nem todos os serviços e setores têm as mesmas práticas. No campo educacional que apresento

nesta dissertação, por exemplo, as primeiras experiências de encontros organizados e periódicos de atores sociais, equipes e redes para discutir um tema comum se deram durante o período aqui narrado.

No que diz respeito à ausência desses encontros, sobretudo no contexto das redes, Gonçalves & Guará (2010) argumentam que tendemos, até por razões culturais, a resolver tudo a nosso modo e caminhar em nosso nicho seguro, sem interferências. Essa afirmação se consumava no discurso de muitos atores sociais não só do coletivo da redinha, mas em outros coletivos de rede do município.

Em muitas equipes, durante o ano em que acompanhamos os coletivos, pudemos perceber que há uma dificuldade que abrange o encontro das redes e o trabalho dentro das próprias equipes, que, mesmo devendo atuar de maneira multiprofissional, ainda hoje acabam agindo de modo fragmentado.

Na redinha da educação, o encontro entre os atores sociais rendeu a produção de muito conhecimento e formação de inúmeras parcerias, inclusive entre colegas de trabalho. No que se refere ao tema escolhido para o debate inicial – evasão e infrequência escolar –, de forma inédita, a Secretaria Municipal de Educação e Diretoria Regional de Ensino produziram encontros frequentes e fortaleceram suas relações ao notarem que a questão debatida era um problema abrangente e complexo que exigia múltiplos olhares e compreensões, além de uma aproximação com o contexto social e familiar dos alunos em situação de infrequência e evasão. Ao se aproximarem, puderam também perceber semelhanças de diferenças nas demandas acolhidas pelas instituições e fazer trocas de ideias e informações a respeito de programas e ações para combate à evasão escolar aplicados pelas escolas estaduais e desenvolvidos nas escolas municipais.

Conjuntamente notou-se que muitas vezes a causa da infrequência e evasão escolar são desconhecidas, sendo de maneira genérica relacionadas à negligência de familiares, ao uso de abuso ou ao envolvimento com o tráfico de drogas. Em rede foi possível ir além dessas hipóteses e compreender que o contexto social é atravessado pelas mais diversas situações e que as causas para o “abandono” (palavra recorrentemente utilizada) são variadas. Além disso, também pudemos problematizar juntos o que seria a negligência e pensar os determinantes sociais que atravessam muitas famílias, principalmente em regiões mais afastadas da área central e em escolas rurais que possuem uma realidade bem distinta da cidade.

No que tocante à saúde mental, nas discussões referentes a possíveis causas de infrequência e evasão escolar, *a priori* não foram mencionadas as questões relacionadas ao

sofrimento psíquico. Foi necessário que eu questionasse se eles estariam de alguma maneira presentes no ambiente escolar e se poderiam ser associados à infrequência e evasão.

Na hora, muitos dos presentes se surpreenderam com o fato de terem “esquecido” as questões de saúde mental e, a partir de então, a reunião foi tomada por relatos de experiências com casos em que alunos apresentaram de alguma maneira experiências de sofrimento ou adoecimento psíquico. Em conjunto, notamos que cada vez mais, principalmente no ensino fundamental e médio, esses problemas vêm compondo o cenário escolar e trazendo muitas dúvidas, incertezas e medo aos professores e demais profissionais.

Em grande parte, as experiências relatadas eram compostas por situações em que alunos questionavam ou contavam aos professores acontecimentos relacionados a temas como suicídio, automutilação, depressão e uso de abuso de substâncias. No entanto, houve também relatos quanto a situações definidas pelos atores presentes como “situações de crise” em que estudantes demonstravam rompantes de agressividade sem causa aparente, discursos desconexos e, em alguns casos, ao que poderiam ser alucinações auditivas ou visuais.

Muitas vezes, segundo os atores sociais, em casos como os descritos, o protocolo a ser seguido não apresentava uma definição clara ou elaborada. Com poucas referências sobre alternativas para acolhimento das situações de crise e serviços que poderiam ser acionados, a prática usual apresentada era o contato com familiares, que nem sempre eram encontrados ou conseguiam chegar a escola rapidamente, e a solicitação da guarda municipal para que os adolescentes fossem contidos e levados para suas residências. O Conselho Tutelar também acabava fazendo parte das ações.

Nesses casos, segundo uma profissional que atua com mediação de conflitos, era possível perceber o distanciamento dos alunos da escola porque, nos dias seguintes à “crise”, eles costumavam faltar. Além disso, à instituição escolar limitavam-se as informações sobre o aluno e, em muitos casos, a situação de saúde ou as motivações para a crise permaneciam desconhecidas ou demasiadamente incertas. Quando encaminhados aos serviços de saúde mental, o contato com a escola podia ser considerado ínfimo.

Quando acontecia do aluno retornar ao contexto escolar, sua presença passava a ser marcada pelo desconforto, pelo medo, pela insegurança e pelo preconceito, gerando mudanças no contexto e no modo de olhar o adolescente.

A solicitação dos atores sociais durante a apresentação desses dilemas era que um trabalho fosse realizado com mais frequência entre as instituições escolares e CAPSij uma vez que a equipe escolar se depara com situações-limite e não sabe como agir. Para alguns também havia a compreensão de que a presença da polícia nessas situações poderia gerar mais

problemas do que causar um estado de bem-estar ou segurança, pois muitos oficiais não manejavam as situações com cautela ou civilidade.

Ao falar do acolhimento no contexto escolar de adolescentes que passaram ou estão passando pela experiência de crises ou de modo geral da loucura, não podemos de maneira alguma desconsiderar todas as complexidades e dilemas que essas situações exigem. É fundamental que o trabalho seja desenvolvido conjuntamente, de modo que todos os pontos de rede sejam articulados e as necessidades, os medos, os anseios de todos os envolvidos sejam escutados e os direitos garantidos.

Segundo Gonçalves & Guará (2010, p. 13), “a busca da intersetorialidade entre as diferentes áreas do governo, otimizando espaços, serviços e competências é condição imprescindível para que as crianças e adolescentes sejam atendidos de modo integral como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA”.

Além de protocolos utilizados em situações-limite, é necessário criar alternativas e ações para que haja uma mudança na maneira de olhar os diferentes e as diferenças no contexto escolar. Para Tomás, seu maior dilema e produtor de sofrimento era se perceber diferente e solitário de repente. Seu desejo de ir para a escola e o afeto direcionado aos professores e ao ambiente eram atravessados pelos preconceitos, pouco debatidos e desconstruídos.

Passado o período de crise e evidenciado o retorno à instituição de ensino, tanto no caso de Tomás quanto na experiência da redinha, as demandas da equipe escolar apresentavam a mesma essência: o que fazer, como lidar, a quem recorrer? Havia muitas perguntas, mas poucas propostas de ações, tornando o trabalho da escola de receber esses adolescentes extremamente penoso uma vez que todo o contexto era atravessado também por medos e incertezas.

Consideradas todas as complexidades do existir, sem esquecer que na infância e adolescência muitas delas são reveladas na escola, podemos afirmar que, a partir do discurso e relatos de experiência dos atores sociais, evidencia-se a necessidade da construção e articulação das redes para o combate às situações de infrequência e evasão escolar e para que oferecer condições de serem acolhidos e protegidos nas mais diversas situações e contexto, sobretudo no ambiente escolar, às crianças e aos adolescentes.

No que diz respeito ao encontro da educação e saúde mental, Couto et al. (2008) também apontam que é fundamental integrar as intervenções de saúde mental infantil com todos os outros programas setoriais, cuidando, por meio de uma direção pública clara e afirmada, para não descaracterizá-los.

Quando nos referimos ao papel das escolas no cuidado desses adolescentes, podemos afirmar, diante das experiências desta pesquisa, que essa, evidentemente, é uma das principais preocupações da equipe escolar: perder sua essência. Frequentemente percebemos que, para muitos professores e demais profissionais do campo educacional, não existe a possibilidade de acolher ou estar com os alunos na escola se não houver *a priori* um investimento em formação quanto às maneiras de se relacionar e ensinar alunos que tenham de algum modo uma experiência com o sofrimento psíquico. Ademais, muitos professores também acabam acreditando erroneamente que caberá a eles um olhar e conhecimento clínico para acolher e estar com seus alunos no contexto escolar. Evidentemente, essa visão leva toda a equipe escolar a considerar o processo de inclusão uma tarefa muito difícil, quando não, inviável, porque que supõe que ela deveria desenvolver habilidades clínicas além de desempenhar suas atividades pedagógicas – o que constitui, é claro, em uma interpretação equivocada da educação inclusiva e gera inúmeros embates e desencontros.

Segundo o Decreto Nº 7. 611 de 2011 (Presidência da República, 2011), a educação especial inclusiva deve garantir ações e serviços de apoio especializados para eliminar as barreiras que possam obstruir o processo de escolarização de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. Para isso, além da oferta de vagas em salas do sistema regular de ensino, esses alunos também devem dispor de atendimento especializado em salas de recurso. De acordo com a Nota Técnica nº 4 (MEC, 2014), o AEE diz respeito ao conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucional e continuamente. O Plano de AEE é o documento comprobatório de que a escola reconhece a matrícula de alunos com necessidades educacionais especiais e assegura seu atendimento. Sua oferta faz parte do projeto político pedagógico da escola, envolvendo a participação da família e sendo realizado em articulação com as demais políticas públicas.

O Plano de AEE deve ser elaborado pelo professor especialista atuante na sala de recursos multifuncionais ou centros de AEE em articulação com demais professores do ensino regular. Na etapa inicial de construção do AEE, denominada “estudo de caso”, em que são compreendidas as demandas e necessidades do aluno, se for necessário, o professor poderá articular-se com profissionais da área da saúde. A execução do AEE poderá contar também com a participação das famílias, de outros profissionais de apoio às atividades da rotina (alimentação, higiene, locomoção, etc.) e se articular com os demais serviços setoriais da saúde, da assistência social, entre outros. No entanto, deve ser salientado que o AEE é complementar ao processo de escolarização, não substitui o ensino regular, deve ser realizado

no contraturno das atividades da sala de aula e, principalmente, caracteriza-se por atendimento pedagógico, e não clínico.

Quanto ao professor responsável pela elaboração do plano de atendimento, percebe-se que nem todas as escolas contam com docentes especializados e salas de recurso. Quando presentes na instituição escolar também são percebidos inúmeros impasses na função do profissional, que acaba sendo associado com frequência à função de monitor/cuidador e/ou responsável por um aluno específico, dificultando o processo de inclusão e potencializando estigmas.

O trabalho em rede se torna crucial para que crianças e adolescentes tenham seu direito de estar na escola, para que a própria escola compreenda que o ato de acolhê-los não significa abdicar de suas características, sua essência e seu propósito e para que juntos os atores da rede comprometidos com a garantia de direitos possam reivindicar a ampliação de ações formativas e a obtenção de recursos.

É importante também ter em vista que a intersetorialidade, conforme aponta Couto et al. (2008, p. 396) “não se reduz à simples presença de serviços, mas efetiva-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas”. Para os autores, no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes:

O principal problema brasileiro parece estar situado na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não [unicamente] na ausência absoluta de recursos. Constitui, assim, um desafio central, relacionado diretamente ao fundamento intersetorial do sistema de cuidados, a necessidade de integração e articulação efetivas entre os diferentes serviços e programas existentes com as ações de saúde mental (Couto et al., 2008, p. 396).

Além disso, incontestavelmente, não podemos negligenciar os problemas apresentados pelos professores, que também são de alta relevância para o debate do papel das escolas nas redes de cuidado de crianças e adolescentes. Dentre eles, destacam-se a falta de investimento do governo em formação docente, o investimento praticamente inexistente em recursos básicos para as instituições de ensino, o pouco reconhecimento e respeito aos professores e a superlotação das salas de aula. Todos esses fatores geram grandes crises e contribuem para a apresentação de inúmeros impedimentos e restrições, principalmente quando o assunto é a educação inclusiva ou a escolarização e permanência de alunos com questões de saúde mental, uma vez que as dificuldades em ensinar (principal preocupação dos profissionais do campo educacional quando o tema é a inclusão) ficam evidenciadas nos discursos e nas práticas.

É urgente que haja uma mudança na maneira como nossos governantes tratam a educação em nosso país. Também é essencial não perdermos de vista as dificuldades existentes em contextos escolares permeados por diversas questões sociais e considerarmos o agravamento da situação quando a escola precisa também lidar com um, dois, dez, quinze ou mil alunos com questões graves de saúde mental.

No entanto, quando percebemos o clamor por atendimentos clínicos no discurso escolar, por laudos, explicações e determinações pautadas em um vocabulário e entendimento psicopatológico, a depreciação de profissionais não médicos ou a falta de confiança em seu próprio conhecimento sobre o aluno, percebe-se que o campo ainda está muito carregado e apoiado na lógica médica em que os diagnósticos, protocolos e enquadramentos das subjetividades se sobressaem às necessidades individuais, à afetividade, ao olhar para as realidades diversas e às potencialidades de vida que o ambiente pode produzir. Assim, podemos perceber como o trabalho da saúde mental (que pode ter avançado muito dentro de seu campo na saúde nos últimos anos) ainda precisa de muito mais investimento e ampliação em outros espaços e como a articulação fundamental das redes ainda é falha.

No que diz respeito ao processo de aprendizagem de conteúdos didáticos, quando apresentados os obstáculos ao processo de ensino/aprendizagem e ao cumprimento desse objetivo em uma sala de aula na qual um aluno apresenta questões associadas a saúde mental, podemos dizer que muitos dos adolescentes podem apresentar problemas com relação a compreensão do conteúdo ensinado. Mas devemos estar atentos ao fato que crianças e adolescentes que não passaram pela experiência da loucura possuem dificuldades no processo de aprendizagem quando não consideramos sua dimensão emocional e afetiva, conforme apresenta Rosane Romanha (2012).

Em nossas próprias histórias acadêmicas, por exemplo, é possível recordar que inúmeras vezes passamos por experiências que exigiram muito mais do que o conhecimento teórico ou a absorção dos conteúdos para que fôssemos bem-sucedidos nas avaliações. Muitas vezes, alcançar um nível satisfatório no desempenho escolar está relacionado ao espectro emocional e afetivo. O medo, a insegurança e a baixa autoestima, por exemplo, podem promover condições precárias para o bom desempenho escolar.

A partir de relatos de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia sobre seu percurso escolar, Romanha (2012) coloca que as dificuldades de aprendizagem não podem ser atribuídas de maneira generalizada aos alunos com alguma questão de saúde mental. As dificuldades na compreensão dos conteúdos (da matemática, exemplo citado pela autora) podem ser as mesmas para todos os alunos. Segundo a discussão teórica feita pela autora, a

dificuldade na aprendizagem pode estar na maneira como os conteúdos são abordados, na consideração ou desconsideração das experiências pessoais e das realidades dos alunos, no sentido que aquele conteúdo produzirá para cada sujeito.

Segundo Marinalva Lopes Ribeiro, Jutras e Louis (2005, p. 32), a escola ainda muito influenciada pelo pensamento cartesiano e “não considera a dimensão afetiva enquanto um objeto de ensino e de aprendizagem, privilegiando o conhecimento científico lógico-dedutivo comparável, racional e objetivo em detrimento do conhecimento relativo ao corpo, às artes, aos sentimentos e às relações na sala de aula”. Dessa forma, o ensino, a aprendizagem e a escola de maneira geral passam a ter um caráter extremamente fechado, no qual o modo de apresentar conteúdos, aprender, comportar-se, estar ou se relacionar são permeados por normas cada vez mais rígidas – o que, no caso do Tomás, impossibilitou a produção de aprendizado e bem-estar.

Romanha (2012) afirma que transformar o período escolar de uma criança no pior período de sua vida é o mesmo que fazê-la navegar por águas escuras em seu desenvolvimento. É proporcionar um tempo no qual as experiências que deveriam ser ricas passam a ser encaradas como penalidade; no qual as emoções vivenciadas se perdem num calabouço e os sentimentos se tornam um grande peso.

Assim, podemos afirmar que um cenário ameaçador, questões e sentimentos difíceis de experimentar, a sensação de exclusão e o desconhecimento da equipe escolar sobre a realidade do aluno ou as causas de suas faltas podem potencializar o risco de evasão escolar.

Nos encontros da redinha, de maneira geral, quanto às causas da infrequência e evasão escolar pudemos perceber que tanto nas escolas municipais quanto nas escolas estaduais a maioria era desconhecida pelas equipes. No discurso, eram apontadas dificuldades da equipe escolar em entrar em contato com as famílias ou conhecer a fundo cada uma das realidades de seus alunos devido ao alto número de crianças e adolescentes matriculados nas escolas.

Por isso, Catarina sugeriu que fossem apresentados mais dados sobre os casos de infrequência, incluindo suas causas, no encontro seguinte. Além disso, também foi sugerido aos conselheiros tutelares presentes nas reuniões que também fizessem um levantamento de casos recebidos nos últimos meses encaminhados das escolas. Assim, pode-se constatar que questões sociais relacionadas ao desemprego, às questões de saúde (em especial de saúde mental), à falta de vagas em creches, às situações de trabalho infantil, à violência doméstica e a outras situações (que podem aumentar os níveis de vulnerabilidade social) são as causas mais frequentes para a infrequência e evasão escolar no município.

O conhecimento delas pôde colaborar para a criação de intervenções mais adequadas a cada caso que incluíam ações relacionadas diretamente a instituição escolar e a exigência de aproximação com a rede, como a maior aproximação das instituições escolares com as agentes comunitárias de saúde que poderiam, por meio de seu conhecimento amplo do território e sua proximidade com as famílias e suas realidades, fornecer informações e colaborar com o desafio de diminuir os índices de infrequência e evasão. O contato com esses profissionais poderia colaborar para a ampliação de entendimentos sobre determinado caso, apresentar dados importantes para a escola sobre as realidades existentes em seu contexto ou contribuir com a atualização de dados cadastrais como telefones e endereços (muitas vezes desatualizados nas escolas), fundamentais para o contato da instituição escolar em casos de infrequência.

Ao findar do ano, segundo a avaliação feita pelos atores sociais participantes da redinha, além de haver maior integração das equipes e fortalecimento de parcerias entre secretaria de educação municipal e diretoria de ensino (estadual), notou-se uma maior apropriação dos atores sociais sobre o tema tratado no coletivo, a criação de um fluxograma que viabilizou a visualização dos dados com maior efetividade e clareza, a organização das ações a serem tomadas quando identificados casos em que os alunos apresentam faltas consecutivas para que a infrequência não se acentuasse e a criação de uma lista de pontos de rede que poderiam compor junto às instituições escolares os vários desafios que o campo educacional apresenta.

Assim, na experiência da redinha, mesmo assumindo as dificuldades existentes, pudemos compreender que as realidades devem ser consideradas, problematizadas e transformadas e que juntos podemos inventar e reinventar cotidianamente modos de existir ao agirmos como os agentes criadores e multiplicadores de alternativas para que a educação continue sendo um direito garantido a todos.

Ao apagar das luzes de 2019, finalizando nossos trabalhos na rede e preparando o terreno para o próximo ano, os atores sociais da redinha puderam apresentar dados e contar sua experiência aos colegas do coletivo intersetorial. Ali, pude perceber mais uma vez a potência contida no ato de contar histórias e experiências, pois isso inspirou diversos outros atores de outros campos a também construir coletivos de redinha em seus campos de atuação.

Para o próximo ano, percebendo que avançamos muito com os encontros e com os estudos sobre a rede, os integrantes do coletivo de redinha, estimulados e inspirados com sua produção ao longo de 2019, propuseram aos integrantes do coletivo intersetorial a realização de mais encontros e o fortalecimento das redes no território. Já com relação à proposta inicial

de unir saúde mental e educação, assim como os atores sociais mudaram os rumos e planos elaborados para esta pesquisa, sem que fosse sugerido, combinado ou tão pouco por uma demanda particular aos atores sociais da saúde mental infantojuvenil ali presentes, foi realizado um convite público para que eles pudessem se aproximar e discutir mais profundamente as temáticas relacionadas à saúde mental dos alunos e às ações e parcerias possíveis para acolher e incluir crianças e adolescentes no novo ano.

Convite feito e prontamente aceito, eu aguardo ansiosa pelas próximas histórias e casos que o interior me reserva.

4 THANK YOU FOR PLAYING, TOMÁS!

Tomás era um adolescente feliz, zoava com seus amigos pelas ruas de sua cidade interiorana, ia a festas, andava de skate e jogava videogame. Aos 16 anos, sem um aviso, explicações ou mesmo um convite, experienciou algo diferente de seus amigos. Encontramo-nos pela primeira vez na recepção de um CAPSij e ali iniciamos nossa história.

Em seu jogo preferido no Playstation 2, o Príncipe da Pérsia manuseava as areias do tempo para mudar o passado recente e vencer seus inimigos. Nas dependências do CAPSij, o príncipe Tomás nos convidou a jogar, levando-nos a territórios desconhecidos, ensinando como desafiar as normas da clausura e enfrentar nossos medos e preconceitos.

Nas tramas de seu jogo, o adolescente nos mostrou que, no mundo real, as areias do tempo também deveriam ser manuseadas para que um novo futuro – acima de tudo, o seu futuro – fosse construído.

Esta pesquisa foi desejada e criada a partir das memórias de experiências iniciadas no acolhimento e acompanhamento de Tomás e dos impasses que se ergueram diante de seu desejo em continuar seu percurso escolar após sua primeira crise psicótica.

Com essa e tantas outras histórias e experiências, eu aprendi que atuar na saúde mental significa estar disponível a trilhar um percurso no qual não somos nós quem tomamos decisões, mas os que nos convidam a testemunhar seus caminhos, suas escolhas e nos pedem auxílio hora ou outra para suportar as mazelas de uma experiência de sofrimento.

Compactuando com a ideia de Yasui, Luzio e Amarante (2018), devemos entrar em contato com a existência-sofrimento do sujeito na atenção psicossocial, rompendo com o modo de olhar e compreender a experiência humana genericamente nomeada de loucura ou sofrimento psíquico e enxergar o sofrimento humano em articulação com o plano da vida de modo que o objeto passe a ser a complexidade da vida em suas infinitas manifestações: dor, sofrimento, medo, desamparo, desigualdades, iniquidades, nascimento, morte. Mergulhei no campo da atenção psicossocial e passei a questionar e me interessar pelo debate das redes, suas maneiras de construção e articulação nos territórios, em especial no território do qual faço parte e chamo com carinho de lar. Assim, reafirmei, conforme os autores apresentaram, que não existe disciplina ou campo do saber que isoladamente seja suficiente para contemplar complexidade do viver.

Nos cantos e recantos do interior paulista, partindo de minha pequena cidade natal, cercada de cenários formados pelas grandes plantações, pés de girassóis e hospitais psiquiátricos (que ainda insistem em roubar nossa paisagem), construí esta pesquisa.

Em seus ensinamentos sobre jogos, fantasia, saúde, sofrimento, autonomia, alegria, diversão, luta, resistência e direitos, Tomás me mostrou que era preciso circular pelo território e expandir nossos horizontes, buscar conhecimento e produzir. Mostrou-me que precisava escrever e contar nossa história. O adolescente negro, magro, alto de bermuda e chinelo que conheci no CAPSij me levou à USP, para a grande selva de pedras, para que outras experiências e histórias compusessem meu caminho e também fossem contadas.

Ao escolher falar da experiência, apoiada no exposto por Bondía (2002), decidi contar o que me passou e tocou nesse percurso entre o cuidado de Tomás e as andanças pelas redes.

Espero que não tenha sido um texto duro, que as histórias narradas tenham o poder de abrir caminhos e que minha escolha por não apresentar receitas, diretrizes e determinações sobre as redes possa convocar os leitores desta dissertação ao ato de pensar e à possibilidade de também formular definições que lhes façam sentido e, assim, compartilhá-las com o mundo.

Walter Benjamin (1939) nos permite compreender que é no encontro com o mundo que se dá a experiência. Para que se mantenha viva, a narrativa precisa permitir a atribuição de sentidos àquilo que se ouve, tornando o ato de contar uma história um convite ao pensar e sentir.

Deste modo, ao escolher contar minhas histórias e as construídas coletivamente em uma rede interiorana, assumi o papel de narradora de casos e causos.

Particularmente confesso que não fui tão longe. Escolhi ficar em meu território e compartilhar com os que vivem fora do interior como se dão as construções e articulações de redes pelas terras tão pequeninas, mas gigantescas em possibilidades e belezas.

Espero que, para Walter Benjamin (em sua ausência, seus leitores e estudiosos), não tenha me saído tão mal na empreitada desta dissertação já que, para o ilustre filósofo, o narrador se compõe de inúmeros e diversos tipos: pode ser alguém que vem de longe, mas também pode ser aquele que permaneceu em seu lugar. Muito além de simplesmente sair ou ficar, ser ou não ser, a arte de narrar se constitui a partir das experiências e, em alguns momentos, da mistura de personagens fundamentais em suas infinitas diversidades.

Assim, permitindo-me uma pequena alteração no gênero dos elementos utilizados pelo autor ao se referir a seus personagens narradores, coloco-me como narradora de minhas histórias, uma pequena camponesa viajante que, na falta do mar entre Santa Cruz da Conceição e São Paulo, não pôde ser marinheira, mas, percorreu caminhos a pé, de carro, ônibus e no temido metrô.

Desse modo, pelas experiências que tive e ouvi, por ter coisas a contar espero nesta pesquisa ter constituído o perfil de um narrador conforme Benjamin (1936) apresentou.

Não sou exatamente uma viajante – confesso que demorei a sair do meu lugar no interior do estado de São Paulo, nasci e cresci na mesma cidade, residi desde sempre na mesma casa e me formei psicóloga em uma cidade a meia hora de distância do lugar que chamo de lar. Pode parecer muito monótono ou incompreensível para quem mora em grandes centros, mas foram as escolhas que quis e fiz, e elas fazem sentido para mim. Por essa razão, foi tão importante escrever sobre meu lar, os modos que construímos nossas redes, fazemos reforma e lutamos antimanicomialmente num lugar ainda cercado por tantos manicômios.

Se o narrador deve saber dar conselhos, e a verdadeira narrativa deve ter em si uma dimensão utilitária (Benjamin, 1936), no ato de narrar minhas experiências, espero ter produzido compreensões sobre a realidade da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica do interior; a formação e articulação das redes com todos seus dilemas e atravessamentos oriundos de nossa cultura marcada pelo coronelismo; e as possibilidades existentes na interlocução saúde mental-educação.

A pesquisa aqui apresentada mostra a maneira como o interior se organiza em meio a tantos hospitais psiquiátricos que ainda impõe sua lógica de preconceitos e junto à lógica coronelista ainda pulsante em nossas raízes, que dificultam os encontros e as expressões da autonomia.

Mas esta pesquisa também conta sobre gente que, em meio às mazelas de nosso território, resiste e insiste no cuidar em liberdade, no fazer e lutar junto, na construção e articulação das redes. Conto sobre a aposta em um mundo em que Tomás possa estudar, ser diferente, respeitado e escutado.

Que a escrita e o compartilhamento das experiências libertem nos colegas o desejo em brigar por aquilo que é direito conquistado e deve ser garantido a todos os usuários e a nós mesmos – e que, ao fazê-lo, queiram também contar suas experiências ou, quem sabe, recontar as minhas.

Apoio-me na imagem ilustrada de uma rede conectada por seus pontos e linhas para contar uma história sobre trabalho, cooperação, encontros, desencontros e, por que não, amizade. Sob a imagem de uma rede tecida de fios invisíveis, Gonçalves & Guará (2010) apresentam que a imagem da malha, ou teia metafórica de rede, contribui para a compreensão e análise de uma das formas como os indivíduos, os grupos e as organizações podem estabelecer relações mais cooperativas entre si. Construir redes significa “apostar em relações

humanas articuladas entre pessoas e grupos que, no debate das diferenças, possam ajustar intenções mais coletivas e produtivas para todos” (Gonçalves & Guará, 2010, p. 4).

Presente nas reuniões intersetoriais, participando do GT e das redinhas, ao lado dos atores sociais, pude pensar as questões da rede no município e os desafios cotidianos de articulação e manutenção dos espaços destinados ao encontro. Em meio a eles e às inúmeras discussões realizadas paralelamente, pudemos desenhar uma maneira de trabalhar intersetorialmente e nos articular nas mais diversas redes durante o ano.

É possível afirmar que minha entrada nos coletivos também proporcionou uma relação de caráter formativo, viabilizando que o grupo se desse conta da necessidade de estudar e pesquisar o tema das redes. A presença de uma pesquisadora fez com que os integrantes se questionassem sobre as definições de rede, as maneiras de articular, ampliassem o interesse por outras experiências e o desejo em contar a experiência que produzimos no coletivo.

Juntos percebemos os avanços no território quanto ao trabalho em rede, a aproximação dos atores sociais dos mais diversos campos de atuação e o reconhecimento da importância da intersetorialidade e da articulação das redes.

Ao articular as redes no território, concluí e compartilhei com meus colegas que a história de Tomás e as de tantos outros poderiam ser diferentes, porque a ausência de uma rede articulada inviabiliza modos de cuidado, formas de estar e conviver no território.

Por fim, para os professores e demais profissionais do campo educacional que vierem a ler este texto, gostaria de afirmar que sei que o caminho para produzir uma escola em que seja possível receber Tomás é muitas vezes árduo e desconhecido. Sei também das dificuldades enfrentadas em salas de aula, ainda mais no ensino público. Mas é preciso que saibam que sua luta por uma educação para todos não deve ser solitária, pois sozinhos nos cansamos muito e podemos pouco.

Que esse caminho seja trilhado com parceiros dispostos a escalar e ultrapassar obstáculos, percorrer ruas, habitar novos lugares e conhecer novas histórias, e que essas parcerias possam se multiplicar, concordar e discordar, fazer nós, tecer redes, ampliar conexões e colorir nosso país, mesmo onde plantações de cana-de-açúcar e grandes manicômios insistem em apagar nossas memórias e silenciar nossas histórias. Que vocês sejam narradores das suas histórias e construam juntos um mundo em que seja possível viver com as diferenças e os diferentes.

Referências

- Ades, César. (2004). A memória partilhada. *Psicologia USP*, 15(3), 233-244. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642004000200012>
- Alves, Ana Alexandra Marinho; Rodrigues, Nuno Filipe Reis. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. Recuperado em 28 de janeiro de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Amarante, Paulo. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. (Org.). Fim de século: ainda manicômios? IPUSP, São Paulo, 47-56.
- Akerman, Marco; Franco de Sá, Ronice; Moyses, Simone; Rezende, Regiane; Rocha, Dais. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>
- Barros, Sônia; Salles, Mariana. (2011). Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(spe2), 1780-1785. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>
- Barros, Sônia; Cortes, Jandro; Santos, Jussara Carvalho dos; Barros, Anna Luiza Monteiro. (2015). Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território? *Journal of Nursing and Health* 5(2):82-95. doi: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v5i2.5624>
- Batista, Luis Eduardo; Barros, Sônia. (2017). Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Suppl. 1), e00090516. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00090516>
- Benjamin, Walter. (1936/1985). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Obras Escolhidas*, v.1. São Paulo: Brasiliense, 197-221.
- Benjamin, Walter. (1939/1989). Sobre alguns temas em Baudelaire. In *Obras Escolhidas*, v.3, São Paulo: Brasiliense.
- Bondía, Jorge Larrosa. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
- Brandão, Carlos. R. (Org.). (1987). *Repensando a pesquisa participante* (3a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. Ministério da Educação. (2018). *Censo escolar 2018*. Recuperado em 29 de novembro de 2019 de: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/resultados-e-resumos>.
- Ministério da Educação (MEC). (2008). Política Nacional De Educação Especial Na Perspectiva Da Educação Inclusiva. Grupo De Trabalho Da Política Nacional De Educação Especial. Brasília, DF. Recuperado de: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>
- _____. (2014). Nota Técnica nº 4 de 23 de Janeiro de 2014. Orientação técnica em relação aos documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Diretoria de Políticas de

Educação Especial. Brasília, Distrito Federal, Brasil. Recuperado de: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192

Brasil. Ministério da Saúde. (s/d). *Princípios do SUS*. Recuperado em: 02 de dezembro de 2019 de: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>.

_____. (2002). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 213 p.

_____. (2004a). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde

_____. (2004b). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público, Brasília: DF.

_____. (2005a). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2a ed.) Editora do Ministério da Saúde, Brasília: DF.

_____. (2005b). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: DF

_____. (2005c). *A educação que produz saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2007). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR). Brasília: DF.

_____. (2011). *Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011*. Brasília: MS

_____. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial*. Relatório de Gestão 2011-2015. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Ministério da Saúde: Brasília. 143 p.

_____. (2017). *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

_____. (comunicação pessoal, 30 de setembro de 2019). Através de correspondência eletrônica: saudemental@saude.gov.br

Buss, Paulo Marchiori; Pellegrini Filho, Alberto. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

Calligaris, Contardo. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 125p.

Carvalho, Isalena Santos; Costa, Ileno Izídio; Bucher-Maluschke, Júlia S. N. F. (2007). *Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise*. *Revista Mal*

Estar e Subjetividade, 7(1), 163-189. Recuperado em 23 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100010&lng=pt&tlng=pt.

- Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira; Andrezza, Rosemarie; Carapineiro, Graça; Araújo, Eliane Cardoso; Oliveira, Lissandra Andion de; Andrade, Maria da Graça Garcia; Meneses, Consuelo Sampaio; Pinto, Nicanor Rodrigues da Silva; Reis, Denizi Oliveira; Santiago, Silvia, Souza; Ana Lucia Medeiros de; Spedo, Sandra Maria. (2012). A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2893-2902. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>
- Cônego Manoel Simões de Lima. *Celeste Visão*. Recuperado de: http://santacruzdaconceicao.sp.gov.br/novo_site/index.php?nivel=1&exibir=secoes&ID=37
- Conselho Federal de Psicologia. (2015). Mitos e Verdades Sobre a Justiça Infância Juvenil Brasileira: Por que Somos Contrários à Redução da Maioridade Penal? Orgs. José Luiz Quadros de Magalhaes; Maria José Gontijo Salum; & Rodrigo Tôres Oliveira. Brasília: CFP, 168p. ISBN: 978-85-89208-73-4
- Conselho Nacional de Educação – Conselho Pleno. (CNE/CP). (2002). *Resolução CNE/CP 1, de 18 de Fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de abril de 2002. Seção 1, p. 31. Recuperado de: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_02.pdf
- Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Recuperado de: conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc. (Em: 27 out. 2017)
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Promulgada em 5 de outubro de 1988. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Costa, Maria Izabel Sanches. (2017). Política de Saúde-Política de Segurança: Manicômio Judiciário, entre o hospital e a prisão. *Revista do Arquivo*, São Paulo, Ano II(5), 144-160. Recuperado de: http://www.arquivoestado.sp.gov.br/revista_do_arquivo/05/artigo_11.php
- Couto, Maria Cristina Ventura; Duarte, Cristiane S.; Delgado, Pedro Gabriel Godinho. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(4), 384-389. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
- David, Emiliano Camargo. (2018). *Saúde Mental e racismo: a atuação em um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil*. (Dissertação de Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21029>
- Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. (2015). Editora Melhoramentos Ltda. Versão online. Recuperado em: 24 de jul. 2019, de: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>
- Dimenstein, Magda; Liberato, Mariana. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(1), Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68442>

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Câmara dos Deputados: DOU 1990; 16 jul. Brasília: DF.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [SEADE]. (2006). *Atlas SEADE da economia Paulista. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo*. Recuperado de: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/atlasecon/>.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [SEADE]. (2018). *PIB do Estado de São Paulo avança 2,3%*. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. Recuperado de: <http://www.seade.gov.br/pib-do-estado-de-sao-paulo-avanca-23/>
- Goffman, Erving. (1996). *Manicômios, prisões e conventos*. (5a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, Antônio Sérgio; Guará, Isa Maria F. Rosa. (2010). Redes de proteção social na comunidade: por uma nova cultura de articulação e cooperação em rede. In *Redes de proteção social*. [Coord] Isa Maria F. R. Guará. 1 ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. Recuperado de: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>
- Governo do Estado de São Paulo. (2017). *Resolução SE nº 68, de 12 de dezembro de 2017*. Dispõe sobre o atendimento educacional aos alunos, público-alvo da Educação Especial, na rede estadual de ensino. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. Recuperado de: <http://www.educacao.sp.gov.br/lise/sislegis/detresol.asp?strAto=201712120068>
- Gurski, Rose; Pereira, Marcelo R. (2016). A experiência e o tempo na passagem da adolescência contemporânea. *Psicologia USP* 27(3), pp. 429-440.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) (Orgs). (2019). *Atlas da violência 2019*. Recuperado de: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf
- Jerusalinsky, Julieta. (2002). O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. *Revista de Psicanálise: Pulsional*. ano XV(162), pp. 32-41.
- Junqueira, Luciano A. Prates. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade* 6(2), pp. 31-46
- Junqueira, Luciano A. Prates. (2000). Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *RAP*, Rio de Janeiro 34(6), pp. 35-45
- Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS-ENSP). *Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Recuperado de: <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>
- Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (1996, 20 de dezembro). Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). DOU, seção 1. Presidência da República, Brasília: DF.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 6 de abril). Lei da Reforma Psiquiátrica. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. DOU 2001; 9 abr. Presidência da República, Brasília: DF.

- Migueletto, Danielle Costa R. (2001). Organizações em rede (Dissertação de Mestrado). Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro: RJ.
- Oliveira, Humberto Moacir de; Hanke, Bruno Curcino. (2017). Adolescer na contemporaneidade: uma crise dentro da crise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 20(2), 295-310. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-44142017002001>
- Oliveira, Joanne P. M de; & Filho, Nilson G. V. (2017). Experiência do “adolescer” e produção de sentidos de adolescentes em situação de acolhimento e em regime de internato socioeducativo na cidade de Manaus: uma pesquisa participante. In Cabral, Barbara E.B. (Org.). *Prática Psicológica em Instituições: clínica, saúde e educação*. Curitiba: CRV
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2002). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Recuperado de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>
- Paulon, Simone Mainieri; Freitas, Lia Beatriz de Lucca; Pinho, Gerson Smiech. (2005). Documento subsidiário à política de inclusão. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, Brasília: DF. Recuperado de: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro%20educacao%20inclusiva.pdf>
- Pereira, Melissa; Sá, Marilene de Castilho; Miranda, Lilian. (2013). Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës. *Saúde em Debate*, 37(99), 664-671. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400014>
- Pitoli, João Paulo. (2005). *O discurso que enclausura: o lugar que o louco, a loucura e o manicômio ocupam na subjetividade ararense* (Trabalho de conclusão de curso). Fundação Herminio Ometo – UNIARARAS, Araras: SP.
- Presidência da República. (2011). Decreto Nº 7. 611 de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Casa Civil, Brasília: DF. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm
- Quinet, Antonio. (1951). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia* (2.ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- Quinderé, Paulo Henrique Dias; Jorge, Maria Salete Bessa; Franco, Túlio Batista. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 253-271. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
- Ribeiro, Marcelo Afonso; Uvaldo, Maria da Conceição Coropos; Fonçatti, Guilherme de Oliveira Silva; Audi, Débora Amaral; Agostinho, Marcelo Lábaki; Malki, Yara. (2016). Ser adolescente no século XXI. In *Orientação vocacional e de carreira em contextos clínicos e educativos*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Ribeiro, Marinalva Lopes; Jutras, France; Louis, Roland. (2005). Análise das representações sociais de afetividade na relação educativa. *Psicologia da Educação*, (20), 31-54. Recuperado em 19 de janeiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752005000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Romanha, Rosane. (2012). Memórias e vivências escolares de portadores de esquizofrenia e seus familiares. (parte integrante de dissertação UNISUL). IX ANPED SUL. *Movimentos*

- sociais, sujeitos e processos educativos. UNISUL, Brasil. Recuperado de: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/603/70>*
- Sampaio, Juliana; Santos, Gilney C.; Agostini, Marcia; Salvador, Anarita S. (2014). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18 (Suppl. 2), 1299-1311. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>
- Santa Cruz da Conceição. (s/d). Histórico. Recuperado em: 24 de julho de 2019 de <http://www.santacruzdaconceicao.sp.gov.br/site/prefeitura/conheca-nossa-cidade/historico/>
- Sereno, Débora. (2006). Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. *Psychê*, 10(18), 167-179.
- Silva, Ana Tereza de M. C. da; Barros, Sônia; Oliveira, Márcia Aparecida Ferreira de. (2002). Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(1), 4-9. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000100002>
- Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional De Saúde. [SUS-CNS]. (2002). Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.
- Schutz, Fernanda; Miotto, Regina Célia Tamasso (2010). Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 16(1): 59-75. Recuperado de: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>
- Szymanski, Luciana. (2017). Panoramas da infância e da adolescência: um estudo fenomenológico sobre ações psicoeducativas em instituições. In: Cabral, Barbara E.B. (Org.). *Prática Psicológica em Instituições: clínica, saúde e educação*. Curitiba: CRV
- UNICEF Brasil e parceiros. (2019). *Reprovação, distorção idade-série e abandono escolar*. Recuperado em 29 de novembro de 2019 de: https://www.unicef.org/brazil/media/6151/file/reprovacao_distorcao_idade-serie_abandono_escolar_2018.pdf
- UNICEF. (2019). *Homicídios de crianças e adolescentes*. Recuperado em 04 de agosto de 2019 de: <https://www.unicef.org/brazil/homicidios-de-criancas-e-adolescentes>
- UNICEF. (2018). *UNICEF alerta para necessidade de reverter evasão escolar no Brasil*. Recuperado em 01 de dezembro de 2019. Recuperado de: <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-necessidade-de-reverter-evasao-escolar-no-brasil/>
- Yasui, Silvio. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira* (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Yasui, Silvio; Luzio, Cristina Amélia; Amarante, Paulo. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, 2018; 8(1): 173-190.
- Zappitelli, Marcelo C; Golçalvez, Eliana C; & Mosca, Jonira. (2006). *Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar*. Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Planejamento de Saúde, São Paulo, 225-239. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/ses-6279>

ANEXO 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Sr. (a),

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “**Relatos de experiência na articulação da Rede: Diálogos possíveis entre saúde mental e educação no interior do estado de São Paulo**”, que tem como objetivo conhecer as experiências dos integrantes da Rede de Atenção à Saúde Mental e apresentar, através dessas narrativas, compreensões sobre seu processo de construção e as possíveis articulações entre os campos da saúde e educação em uma cidade do interior de São Paulo. Com a realização desta pesquisa, espera-se promover maiores discussões e reflexões a respeito da construção e articulação da Rede de Atenção à Saúde Mental no interior do estado de São Paulo a partir do conhecimento de experiências neste campo. Com isto, visamos à ampliação de debates e reflexões quanto as Redes no interior, assim como a amplitude nas discussões acadêmicas acerca do assunto.

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente. Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária e você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito.

Para participar deste estudo o convidado a participar de rodas de conversa nas quais discutiremos as experiências no trabalho em rede. Posteriormente, a partir das narrativas de experiências, será proposta a produção de um texto a fim de registrar as narrativas do coletivo, bem como as ideias e concepções sobre a rede apresentadas nas rodas de conversa.

Este estudo, em hipótese prévia, não trará danos ou riscos aos participantes, sendo garantido a cada um o direito a acolhimento de suas angústias e inquietações, bem como os encaminhamentos, caso se façam necessários. Não há previsão de despesas em função da participação na pesquisa. Entretanto, eventuais despesas decorrentes da participação nesta pesquisa serão reembolsadas pela pesquisadora, bem como eventuais danos também decorrentes da pesquisa serão ressarcidos.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Todas as dúvidas e possíveis questionamentos referentes ao estudo proposto poderão ser esclarecidos pelos pesquisadores deste projeto, Camila Marchiori (mestranda) ou Maria Luisa Sandoval Schmidt (orientadora do estudo), que podem ser contatadas no endereço Avenida Professor Mello de Moraes, 1721 - Butantã, São Paulo - SP, 05508-030, pelo telefone (11) 3091-4178 ou e-mail camilamarchiori@usp.br. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo- CEPH- IPUSP, sob número de registro: _____, que poderá ser contatado em caso de questões éticas no endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP ou através do telefone: (11) 3091-4182 ou e-mail: comite.etica.ipusp@gmail.com.

Eu,

RG:

_____, data de nascimento: __/__/_____, Sexo Feminino () Masculino (), li ou alguém leu para mim as informações contidas neste Termo de Consentimento, antes de assiná-lo. Declaro que a pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

ANEXO 2



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Você foi convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Relatos de experiência na articulação da Rede: Diálogos possíveis entre saúde mental e educação no interior do estado de São Paulo”.

O objetivo desta pesquisa é conhecer as experiências da Rede de Atenção a saúde mental e apresentar através das narrativas de experiência dos integrantes desta rede compreensões sobre seu processo de construção e articulação e os diálogos possíveis entre os campos da saúde mental e educação em uma cidade do interior de São Paulo.

A presente pesquisa propõe a realização de Rodas de Conversa para promover o encontro dos participantes e a apresentação de suas experiências na composição desta rede. Os relatos construídos em campo serão posteriormente analisados e discutidos na dissertação.

A participação na pesquisa tem caráter voluntário e o critério para sua participação baseia-se no desejo de estar no grupo e de falar sobre suas experiências, bem como o de construir uma ação conjunta para a discussão do tema.

Este estudo em hipótese prévia não trará danos aos participantes, mas como pesquisadores, nos comprometemos com o bem estar e a dignidade de todos os envolvidos neste estudo, e, portanto, afirmamos que caso seja constatado qualquer indício de sofrimento decorrente das propostas aqui expostas, assim como, também nos responsabilizamos pela garantia do acolhimento imediato, bem como com os encaminhamentos necessários, buscando assegurar a integridade física e psíquica dos participantes, bem como evitar ao máximo qualquer tipo de danos.

Será garantido a cada participante o direito de interromper sua participação a qualquer momento sem que isto lhe cause qualquer tipo de multa ou prejuízos. Seus dados pessoais estarão sob sigilo e não poderão ser divulgados sem sua autorização estrita, conforme apresentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador Responsável

Participante

ANEXO 3**DECLARAÇÃO
DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Eu, Camila Marchiori, portadora do RG nº XXXXXXXXX, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, me comprometo a iniciar a pesquisa sob minha responsabilidade somente a partir de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPH e, assumo o compromisso de anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e o devido respeito a dignidade humana; bem como garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa.

São Paulo, 08 de fevereiro de 2018

ANEXO 4

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA¹**

Eu, _____portador (a) do RG nº _____, na qualidade de responsável pelo (a) _____, autorizo a realização da pesquisa _____ intitulada "Relatos de experiência na articulação da Rede: Diálogos possíveis entre saúde mental e educação no interior do estado de São Paulo", a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador (a) Camila Marchiori, RG XXXXXXXX; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

¹ Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPH do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Assinatura

ANEXO 5

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Relatos de experiência na articulação da Rede: Diálogos possíveis entre saúde mental e educação no interior do estado de São Paulo

Pesquisador: CAMILA MARCHIORI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88870918.7.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.667.351

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Maio de 2018

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)