

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

Isabela Paschoalotto Marques

**A SAÚDE MENTAL BRASILEIRA SOB O OLHAR DECOLONIAL:
CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE DA SAÚDE MENTAL GLOBAL A
PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL COM A
ITÁLIA**

**São Carlos
2020**

Isabela Paschoalotto Marques

**A SAÚDE MENTAL BRASILEIRA SOB O OLHAR DECOLONIAL:
CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE DA SAÚDE MENTAL GLOBAL A
PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL COM A
ITÁLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Orientadora: Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental

Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

São Carlos

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Isabela Paschoalotto Marques, realizada em 19/02/2020:

Profa. Dra. Tais Quevedo Marcolino
UFSCar

Profa. Dra. Sabina Helena Ferigato
UFSCar

Prof. Dr. Massimiliano Minelli
UNIPG

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Massimiliano Minelli e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Tais Quevedo Marcolino

AGRADECIMENTOS

O quanto eu aguardei esse momento! Primeiro porque ele é a última coisa que se escreve antes do *the end* e segundo porque ele é o espaço onde posso provar o quanto essa pesquisa é coletiva!

A primeira pessoa que me vem em mente e em coração é a Taís, pela militância que exerce como orientadora em permitir que a pesquisa seja um percurso de paz, de aprendizado recíproco, de transgressão e de aventura! Compartilhou comigo as responsabilidades e as escolhas que conduziram a pesquisa e me deu a liberdade necessária para meus voos - tendo voado junto comigo literalmente! Juntas aceitamos o desafio da transformação, abraçamos com entusiasmo os insights, seguimos o caminho do desejo e aprendemos a permeabilidade existente entre a vida e a pesquisa e a importância de alinhar pensar, sentir e agir.

Minha segunda orientadora nesse processo foi Vera. Quanta complexidade ela me trouxe com a sua presença! Me lembrando sempre das constantes renúncias de poder que precisamos fazer para que os encontros sejam sinceros e pra que a gente não se iluda que nosso papel é transformar o outro: os encontros sinceros são, por si só transformadores.

Agradeço à minha família, por ser a origem do que eu sou e o apoio para aquilo que eu quero me tornar. E por ter me dado o que comer no período final da escrita dessa dissertação! Incluo nesse time, meu amigo canino, Baguera, que dormindo sob a cama, acompanhou disciplinadamente meus estudos (e eu, os seus sonhos), esperando ser recompensado com um passeio no fim do dia.

Agradeço aos meus amigos de Dracena que, preciosos e coloridos, me fazem sentir em casa e encheram de batuque as pausas do estudo...

Agradeço à minha família são carlense (Thi, Nati Arruda, Nati Martins) pela partilha no cotidiano e nas elaborações de sentido sobre a vida.

Aos meus meus colegas de pós que tornaram essa jornada menos solitária. Em especial a Ana Cardoso, que topa ser minha amiga desde tempos marilienses, e a Sofia Martins, que balança comigo no nosso balanço imaginário na sala do LaFollia!

Às mulheres poderosas do LaFollia, que cavam espaço pra TO na ciência com ética, sensibilidade, afeto e beleza.

Agradeço à CAPES, que por meio da bolsa de estudos me deu condições materiais de me debruçar e imergir nessa experiência de pesquisa.

Agradeço à cidade de São Carlos que sediou minha morada e meus passeares nesses anos: os bailinhos de forró, as pedalanças de bicicleta pelo cerrado, os banhos de chuva e as sagas atrás da melhor vista pro pôr do sol.

Agradeço à minha amiga Jumara e ao meu amigo Jim, por sempre virem me resgatar quando eu estou agindo demais como adulta! Por comporem comigo a gangue dos brincantes amadores e por serem parceiros nas vivências intuitivas que nutrem a alma.

Falando em nutrir a alma, agradeço ao EPOTI, meu evento favorito, campo de tantas experimentações e encontros transcendentais!

Agradeço ao Beny, meu bem amado, que avesso às normativas regentes de um relacionamento convencional, assim como eu, inventa comigo possibilidades de estar junto na distância e de exercitar o amor, entre nós e entre os nossos.

Agradeço à minha amiga Dalila, por ter me dado a oportunidade de ser cúmplice dos seus renasceres, inclusive como mãe, por não me poupar das suas reflexões sinceras sobre a vida, e por ser a minha *doppia* italiana na pesquisa!

Agradeço ao Heider Moura, que em mais um encontro inesperado da vida, me lembrou da importância de fazer militância na ciência, de defender nosso lugar de fala, de se dar permissão pra ser autêntico e, com isso, abrir precedentes para aqueles que, como nós, não conseguem se adaptar.

Agradeço à Michelle Magrini, que chegou chegando nos 45 do segundo tempo, especificamente no final desta dissertação, e fez uma bela bagunça em mim! Por ser o contraponto exagerado de quem eu sou, me deu a oportunidade de exercitar, na minha própria vida, o conceito de pluralidade que tanto defendi durante esta pesquisa. Não é fácil, meus caros, mas sou testemunha de que é possível!

Por fim, agradeço às circunstâncias que me conduziram aos caminhos da ciência, desafiando-me a abraçar razão e intuição, aceitando o modo como cada uma contribui para a construção do conhecimento sobre mim e sobre o mundo.

TRATADO DA LIBERDADE E DO DESEJO

Venho por meio deste expressar o meu posicionamento ético-político em relação ao mestrado e afirmar o meu comprometimento inalienável com o meu bem-estar.

Gostaria de reiterar para mim mesma a seguinte sentença de ordem: não sou obrigada. De nada.

Eu estou aqui por desejo e que o desejo seja o principal critério que me mantenha aqui.

Das disposições gerais “dos desejos que me trouxeram aqui”:

Quando eu fiz essa escolha, eu desejei pertencer a um grupo que refletisse o mundo, na perspectiva da emancipação e da transformação. Eu desejei acessar, mais uma vez, a universidade, como espaço de oferta às minhas necessidades de pluralidade, oportunidade e cultura. Eu desejei dar continuidade ao processo iniciado na Itália, que envolve as minhas mãos, junto a mãos amigas, na atividade de alinhar dois tecidos – Itália e Brasil – com o fio do cuidado.

Eu desejei participar desse universo, oferecendo a minha história de vida para compor com as outras vidas que se misturam e se integram nesse espaço-tempo.

E desejei buscar nesse universo sentido... direção... experiência...

Eu vim me experimentar nesses papéis.

Eu vim construir relações, entre pessoas, entre ideias, entre a teoria e a vida.

Nesse sentido, de manutenção do desejo, venho comunicar meu posicionamento diante dos dilemas presentes nesse percurso.

Artigo 1º – faço do aprender um processo de paz e de prazer, pelo qual movida por curiosidade genuína eu conduza com autonomia minha aprendizagem, construindo um método singular e coerente às minhas necessidades, de modo a me sentir livre para selecionar leituras significativas, respeitando minhas possibilidades e limites, e desafiando a cultura da exigência massacrante e do fracasso, e os julgamentos que dela advém.

Artigo 2º - Desvelar e, se possível, desafiar as relações de poder e ego existentes nesse universo, me posicionando com respeito, cautela, humildade e firmeza. Identificando na dificuldade comum a oportunidade de enfrentamento coletivo, de modo a desafiar os valores individualistas e resgatar a dimensão comunitária da aprendizagem e do existir no mundo.

Artigo 3º - Recordar que o mestrado é, e deve ser, apenas parte dos universos que me compõem. E que eu aceito o desafio de não deixar de dormir, sonhar, brincar e cantar por causa dele; de não deixar o sabor amargo se demorar na minha boca; de não ocupar com textos e racionalidades os momentos que pedem silêncio, intuição e ócio; de não deixar de lembrar das minhas essencialidades e que minha relação com o conhecimento se desenrola no tempo da vida e não no prazo de 2 anos.

Com respeito à minha história e às minhas escolhas encerro este documento, desejando colher dessa experiência possibilidades de aprender a ser, comprometidas com a liberdade e com o desejo.

São Carlos, 4 de maio de 2018

Isabela Paschoalotto Marques

RESUMO

A Saúde Mental Global se propõe a compreender o impacto dos transtornos mentais nas diferentes populações do globo e suprir a lacuna de acesso das pessoas em sofrimento ao diagnóstico e tratamentos eficazes, principalmente em países de média e baixa renda. No entanto, essas iniciativas têm significado a difusão de modos hegemônicos de compreender e lidar com o sofrimento que indicam relação com a colonialidade. Diante dos atuais dilemas que permeiam a Saúde Mental Global, surge a necessidade de pesquisas e práticas que considerem o contexto local e o cotidiano de seus atores. A presente pesquisa propôs identificar similaridades, particularidades e paradoxos em torno do cuidado em saúde mental emersos do processo de troca de saberes e de práticas ao interno de uma experiência de cooperação internacional entre Brasil e Itália; e identificar, por meio da perspectiva decolonial, possíveis relações entre o movimento da Saúde Mental Global e as práticas de cuidado em saúde mental nas localidades brasileiras pesquisadas. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa colaborativa, de abordagem etnográfica, proposta ao interno de uma Comunidade Virtual de Práticas (CoP), que abarcou a participação de familiares, usuários, profissionais e gestores dos serviços, voluntários de associações e pesquisadores, brasileiros e italianos. O campo da pesquisa constituiu-se pelos serviços de saúde e por outros territórios das cidades de Araraquara, São Carlos, Perugia e Gubbio, e pelos espaços presenciais e virtuais da CoP. Os instrumentos de produção dos dados foram: formulário online de caracterização dos participantes; materiais narrativos e audiovisuais produzidos pelos participantes para apresentar suas respectivas práticas de cuidado; relatórios coletivos dos encontros presenciais; e diário de campo da pesquisadora. Os dados foram analisados por meio do software NVIVO, seguindo as prerrogativas da Análise de Conteúdo de Bardin para codificação dos achados. Os resultados percorreram sobre: 1) os imaginários, dos brasileiros sobre a Itália e dos italianos sobre o Brasil; 2) os paradoxos do cuidado em saúde mental nas duas localidades, sendo eles a) o subfinanciamento do sistema público de saúde, o avanço da privatização e a implicação das eleições para a saúde mental; b) a centralidade da psiquiatria no cuidado e sua representação pelo binômio herói-vilão; c) a relação entre a ausência de redes de suporte social e práticas manicomial; d) a falta de conectividade entre as redes (intra-equipe, inter-equipe e entre as equipes e as comunidades): as tecnologias, o tempo e o sofrimento coletivo; e) o desafio de construir um cuidado territorial com enfoque na promoção da saúde mental. Como terceiro ponto foi possível identificar as ressonâncias da Saúde Mental Global no Brasil, visualizando os marcadores da colonialidade, assim como as possibilidades de criar desvios e rupturas nas lógicas hegemônicas a partir dos atores locais, seu contexto e seu cotidiano, com enfoque nos saberes menores. O terceiro espaço surge como possibilidade de enfrentamento dos desafios relacionados à cooperação internacional, à prática e à pesquisa. Concluímos que o trabalho possibilitou a construção de um diálogo entre Brasil e Saúde Mental Global, a partir de uma experiência de troca com a Itália e, que abriu horizontes para a construção de práticas decoloniais em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Cooperação Internacional. Saúde Mental Global. Comunidade de Prática. Cuidado em saúde. Colonialidade.

ABSTRACT

Global Mental Health aims to understand the impact of mental disorders on different populations of the globe, and to fill the gap of access to diagnosis and effective treatments for people in distress, especially in low and middle income countries. However, these initiatives have meant the spread of hegemonic ways of understanding and dealing with the suffering that indicate a relationship with coloniality. Regarding the current dilemmas that permeate Global Mental Health, there is a need for research and practices that consider the local context and the daily lives of its actors. This research proposes to identify similarities, particularities and paradoxes around mental health care that emerge from the process of exchanging of knowledge, and from practices of an experience of international cooperation between Brazil and Italy; and to identify, through the decolonial perspective, possible relationships between the Global Mental Health movement and mental health care practices in the Brazilian locations that were surveyed. It was a qualitative collaborative research, based on an ethnographic approach proposed within a Virtual Community of Practices (CoP), which included the participation of family members, users, professionals and service managers, volunteers from associations, and researchers, from Brazil and Italy. The research field was constituted by health services and other territories in the cities of Araraquara, São Carlos, Perugia and Gubbio, and by the CoP's face-to-face and virtual spaces. The data produced was based on: online forms of characterization of participants; narrative and audiovisual materials produced by the participants in order to present their respective care practices; collective reports of face-to-face meetings; and the researcher's field diary. The data was analyzed with the use of the NVIVO software, following the prerogatives of Bardin's Content Analysis for coding the findings. The results were about: 1) the imaginary of the Brazilians about Italy, and of the Italians about Brazil; 2) the paradoxes of mental health care in both locations, namely a) the underfunding of the public health system, the privatization process and the implication of political elections for mental health; b) the centrality of psychiatry in the practice of care and its representation by the hero-villain binomial; c) the relationship between the absence of social support networks and asylum practices d) the lack of connectivity between the networks (intra-team, inter-team, and between teams and communities): technologies, time and collective suffering; e) the challenge of building territorial care with focus on promoting mental health. As a third point, it was possible to identify the resonances of Global Mental Health in Brazil, visualizing aspects of coloniality, as well as the possibilities of creating deviations and ruptures in the hegemonic approaches from daily life and the context of local actors, with a focus on minor knowledge. The third space appears as a possibility to face the challenges related to international cooperation, practice and research. We concluded that the research enabled the establishment of dialogue between Brazil and Global Mental Health, based on an experience of exchange with Italy, and that it opened perspectives for the construction of decolonial practices in mental health.

Key-words: Mental health. International cooperation. Global Mental Health. Community of Practice. Health care. Coloniality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Formulário online de inscrição no curso

Figura 2 - Página da sala virtual do curso no AVA

Figura 3 - Página do grupo fechado no Facebook

Figura 4 - Vídeo produzido pela equipe de pesquisa sobre temas relacionados à saúde mental do Brasil e da Itália

Figura 5 - Slides sobre o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, políticas de saúde mental e rede de serviços do Brasil e da Itália

Figura 6 - Vídeos-síntese produzidos pela equipe de pesquisa

Figura 7 - Vídeo produzido por usuários e profissionais do laboratório musical de um Centro de Acolhimento Diurno de Gubbio.

Figura 8 - Vídeo de um serviço habitacional para pessoas com transtorno mental em Perugia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- imagens ilustrativas dos vídeos sobre os sistemas de saúde brasileiro e italiano

Quadro 2 - síntese do andamento do curso em suas fases

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Composição do grupo A

Gráfico 2 - Composição do grupo B

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
1.1 A pesquisadora	11
1.2 O contexto da pesquisa	14
2 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ITALIANA AO MOVIMENTO DA SAÚDE MENTAL GLOBAL: SUBSÍDIOS PARA PENSAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	17
2.1 A reforma psiquiátrica italiana e brasileira: uma historiografia dos encontros.....	17
2.2 Efeitos adversos da globalização para o cuidado em saúde: o nascimento da Saúde Global.....	27
2.3 A Saúde Mental Global: origem, princípios e contradições.....	29
3 OBJETIVOS	37
4 METODOLOGIA	38
4.1 Tipo de estudo.....	38
4.2 Abordagem colaborativa	38
4.3 Abordagem etnográfica	40
4.4 A escolha do campo	41
4.5 O planejamento da pesquisa	42
4.6 Os participantes da pesquisa	44
4.7 O convite aos participantes e a inserção no campo	44
4.8 A estrutura do Curso de Atualização em Saúde Mental Comunitária: o projeto maior.....	47
4.8.1 Local dos encontros presenciais	47
4.8.2 Ferramentas virtuais.....	48
4.8.3 O desenho do curso.....	50
4.9 Instrumentos de produção dos dados	54
4.10 Aspectos éticos da pesquisa	55
4.11 Análise dos dados	55
4.12 Apresentação dos resultados	55
5 A PESQUISA EM AÇÃO: CONVITES, EXPECTATIVAS E PROCESSO	58
5.1 A inserção no campo: os convites	58
5.2 A formação dos grupos	59
5.3 Caracterização dos participantes	60
5.4 Expectativas sobre o curso	63
5.5 O transcorrer do curso	64
5.6 Nota sobre a relação com as ferramentas virtuais	70
6 IMAGINÁRIOS DOS PARTICIPANTES	72
6.1 Imaginários dos brasileiros sobre a Itália	72
6.2 Imaginários dos italianos sobre o Brasil	77

6.3 Aprofundamento das trocas	78
7 OS PARADOXOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DIÁLOGOS ENTRE BRASIL E ITÁLIA.....	83
7.1 O subfinanciamento do sistema público de saúde, o avanço da privatização e a implicação das eleições para a saúde mental	84
7.2 Psiquiatria: entre o binômio herói-vilão.....	92
7.3 Suporte social e práticas manicomiais: “CAPS sem rede é manicômio”.....	97
7.4 Wifi on, mas sem conexão de rede: as tecnologias, o tempo e o sofrimento coletivo.....	104
7.5 O cuidado no território e a promoção da saúde.....	109
7.6 Considerações finais sobre esse capítulo	116
8 A SAÚDE MENTAL GLOBAL: MECANISMOS DE COLONIALIDADE E POSSIBILIDADES DECOLONIAIS.....	119
8.1 Saúde Mental Global e suas ressonâncias no Brasil	119
8.2 Colonialidade na saúde mental: identificando marcadores e desvios	122
8.3 O cotidiano, o contexto local e seus atores: forjando o poder	132
8.4 A interação Brasil - Itália: comparação ou cooperação?	134
8.5 O Brasil entre a maioria e a decolonialidade: necessidade de ouvir os saberes menores.....	137
8.6 O terceiro espaço na cooperação internacional, na prática e na pesquisa.....	140
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICE.....	152

1. APRESENTAÇÃO

1.1 A pesquisadora

Uma parte a gente escolhe, a outra parte a vida escolhe pela gente.

O início desse projeto começa, como contarei à frente, bem antes de mim. Se eu for exagerar na retrospectiva, posso até dizer que começou com a vinda de Basaglia para o Brasil em 1979 ou com a ida de profissionais brasileiros para Trieste na década de 80, ou ainda com a grande leva de imigrantes italianos que se instalou no nosso território a partir de 1860, entre eles, meus trisavós.

São muitos os pontos da História nos quais brasileiros e italianos se cruzam e, em alguns casos, se amarram e se mesclam, deixando-se transformar mutuamente.

E fico contente em perceber que a minha vida tem um pequeno lugar nesse grande mapa de encontros, e que esta dissertação é, de certa forma, a narração de um desses encontros.

Uma vez, quando uma amiga me perguntou o porquê eu tinha escolhido o mestrado, eu levei alguns minutos antes de concluir: “as conexões estavam muito óbvias para eu ignorá-las”.

Depois que li Latour em sua obra sobre a teoria do ator-rede, foi muito mais fácil justificar minha escolha. Mas talvez até o fim da escrita desta dissertação é possível que eu desvele novos motivos.

Portanto, utilizo esse prefácio para apresentar de que modo a minha história se enrosca na história de outras pessoas que compuseram comigo essa trajetória de partilha de experiências e reflexões que demos o nome de comunidade de prática.

Estava em estágio externo em João Pessoa, no meu último mês da residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília, estado de São Paulo. Já tinha planos de me mudar para a Itália, acompanhando o percurso do meu amigo e companheiro que tinha ganhado uma bolsa para estudar em Perugia. Estava buscando um pretexto para me envolver profissionalmente com alguma atividade na minha área lá, quando conheci, em João Pessoa, Marianna Parisotto, uma médica italiana muito

engajada que me pôs em contato com um amigo seu, Riccardo Casadei, um médico italiano que trabalhava com Saúde Comunitária em Perugia.

Dentro de dois meses, estava em Perugia, onde comecei minhas atividades como pesquisadora visitante no *Cespes (Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria)*. Uma dessas atividades foi uma pesquisa sobre participação social em saúde realizada em parceria com uma associação de moradores de um bairro, estudantes de medicina e dois antropólogos da *Università degli Studi di Perugia*.

Os antropólogos eram Massimiliano e Dalila. Massimiliano era, e ainda é, professor de antropologia da universidade e Dalila tinha recém terminado seu doutorado, sob orientação de Massimiliano. Dalila se tornou minha grande amiga e Massimiliano, uma referência importante, que me apresentou os caminhos da etnografia, que ajudaram a dar nome para o meu modo de olhar.

Massimiliano e Dalila, junto com outros dois antropólogos, Laura e Michelangelo, tinham acabado de voltar do Brasil, de uma experiência de pesquisa de quatro anos sobre Saúde Mental Comunitária, na qual mapearam o circuito de pessoas, habitantes de São Carlos e Araraquara, por redes formais e informais de cuidado.

Seguimos por um ano e meio nessa parceria de pesquisa em Perugia, cujo fruto foi a pesquisa “Via della Viola, uma rua que caminha: o percurso de transformação social de um bairro de Perugia a partir de uma experiência de participação comunitária¹”.

Mediada pelo método etnográfico, a pesquisa previa um acompanhamento das iniciativas de uma associação de bairro que, buscando maneiras de construir espaços de socialização e bem-estar entre moradores e frequentadores do bairro, protagonizou uma relevante transformação urbana e social, que contou com a valorização e apropriação dos recursos do território, incluindo a potencialidade de seus sujeitos, e com a construção de uma rede de cuidado mútuo que nasceu de forma espontânea, sem a mediação dos serviços de saúde da área de abrangência.

¹ Parte desta pesquisa foi publicada como vídeo no youtube (<https://www.youtube.com/watch?v=h2GoTBkhLjs>) e apresentada no Congresso Internacional Saúde e Sociedade, Sobral, 2017, tendo recebido o prêmio de 1º lugar na modalidade de apresentação “outras linguagens”. O resumo está disponível nos anais do evento (<http://cisaudeesociedade.com.br/docs/2017/anais.pdf>) p. 1686.

Terminado meu visto de permanência, voltei ao Brasil, e me vendo perdida fiz contato com pessoas vinculadas aos temas que me instigavam: educação popular, práticas integrativas, teatro, sagrado feminino.

Taís foi uma dessas pessoas e em questão de alguns minutos de conversa de facebook me convidou para fazer uma visita a São Carlos a fim de conhecer o projeto, no qual era coordenadora, e que acabara de ganhar financiamento para realizar uma pesquisa em parceria com a Itália, mais especificamente com Massimiliano e Dalila!

Se algum leitor desta dissertação for credente em magia, certamente vai compreender a comparação que farei da minha escolha de fazer mestrado com a experiência de Harry Potter de escolher sua varinha: “a varinha escolhe o bruxo”. E no meu caso, considero que esse projeto veio ao meu encontro, numa dessas sugestões que a vida nos faz, que para alguns parece magia, mas em respeito aos mais céticos, chamarei de coincidência.

Por fim, cito uma reflexão que fiz a partir de uma entrevista que tive a oportunidade de acompanhar (para a tese de doutorado do meu amigo sobre partidos políticos de esquerda da União Europeia) com José Del Roio, ex-deputado italiano².

Já no fim da entrevista me arrisco a perguntar como ele vê a influência italiana na nossa reforma sanitária e, para minha surpresa, escuto seu relato humilde e zeloso de que ele próprio esteve envolvido diretamente na construção de uma via de cooperação internacional entre Brasil e Itália (mais especificamente entre o Partido Comunista Italiano e o Partido Comunista Brasileiro), durante o período final da ditadura, em que profissionais brasileiros recém-formados puderam ir para Itália para aprender o funcionamento do sistema sanitário italiano e depois fomentar o ideal e a implantação de um sistema universal e público no Brasil.

² Del Roio militou no Partido Comunista Brasileiro (PCB) na época da ditadura, após o assassinato de Mariguela ficou responsável de manter a salvo os arquivos de PCB e levou-os para Milão, contando com o apoio e articulação com o Partido Comunista Italiano (PCI). Foi lançado como deputado da esquerda pela Rifondazione Comunista e foi eleito, para sua grande surpresa. Depois do seu mandato, passou oficialmente a ser membro da Rifondazione Comunista (que foi uma tentativa italiana de refundar o comunismo com o fim do PCI em 1989) e também fez parte do GUE (European United Left).

Ele cita alguns nomes de profissionais envolvidos nesse diálogo com a Itália, David, Ubiratã, Sônia³, que ajudaram a fundar o CEBES (1976) e a partir daí a história já me é mais familiar.

Quando perguntei sobre Basaglia, ele me lembrou que Basaglia também era comunista, “uma pessoa simples, muito amigo da minha mulher”.

Os trechos da História se esmiuçavam na minha frente a partir do arsenal vivencial do Del Roio e da sua proximidade com grandes personagens da reforma sanitária brasileira e italiana, sendo ele um deles.

Fiquei com um pensamento admirado a respeito da simplicidade das pessoas que constroem a História e me dei conta de que a História não é reduto dos heróis, mas é composta pela vida de pessoas comuns e seus feitos cotidianos. Não é também imortalizada, mas está viva, em contínua revisão e escrita: um livro aberto em que todos têm o direito de inscrever suas vidas.

Portanto, concluo esta apresentação dizendo que meu envolvimento com essa pesquisa acompanha os ressoares de encontros entre brasileiros e italianos que vem acontecendo ao longo da grande e das pequenas histórias, em terras a leste e a oeste do grande, porém não insuperável, Oceano Atlântico. Eu mesma, venho transitando entre esse vão do mundo com braçadas curtas e contínuas, mas sempre acompanhadas.

1.2 O contexto da pesquisa

Esta dissertação se insere em uma pesquisa maior coordenada pela Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino e aprovada no Edital MCTI/CNPq N° 01/2016, intitulada “Comunidade virtual de prática (CoP): Educação Permanente para o cuidado em saúde mental em uma parceria Brasil-Itália”, cujo objetivo é compreender o processo de construção de conhecimento assentado na troca entre os atores envolvidos a partir da participação em uma comunidade de prática virtual, na perspectiva da educação permanente em saúde.

³ Ubiratã era seu médico de confiança. David era David Capistrano Filho, médico e militante comunista durante a ditadura militar, foi secretário da saúde e prefeito de Santos, em 1988 e 1992, respectivamente. Sonia é Sonia Maria Fleury Teixeira, psicóloga, que foi presidente do CEBES em 2006.

A pesquisa referida acima é, por sua vez, um desdobramento da pesquisa realizada pelos quatro antropólogos italianos vinculados à Università degli Studi di Perugia, ao interno do programa de cooperação entre a Itália e o Brasil para fins de pesquisa e intercâmbio cultural no campo da saúde mental, no período de 2011 a 2014.

Esse programa de cooperação teve seus frutos na produção da pesquisa intitulada “Políticas, cidadania e redes comunitárias de saúde mental: um programa de pesquisa cooperativa e intercâmbio cultural entre a Itália (região de Úmbria) e Brasil (Municípios de São Carlos, Araraquara e outros no Estado de São Paulo)” e favoreceu a constituição de um grupo de pesquisadores e profissionais de saúde mental que refletissem sobre os desafios da implantação da política de saúde mental nos dois países, no intuito de compor uma rede internacional de troca política e técnico-científica.

Em 2014, financiado por recursos do governo italiano, o projeto proporcionou a ida de um grupo de profissionais brasileiros para Perugia, para que participassem de um evento de intercâmbio junto a profissionais da saúde mental italianos com o objetivo de desenvolver análises e debates sobre a situação da saúde mental comunitária nos dois países através do contato com a experiência de trabalho diária das pessoas envolvidas.

Portanto, esta dissertação se beneficia das parcerias construídas nas pesquisas precedentes e também busca dar a sua contribuição a esse campo aberto de reflexão sobre o cuidado. Desenvolver uma pesquisa integrada entre Brasil e Itália suscita a possibilidade de alimentar um espaço de trocas de experiências e saberes internacionais, que coloquem em relação as singularidades e as similaridades desses dois países acerca do cuidado. Esta pesquisa insere-se na continuidade a um entrelaçamento histórico que teve relevante implicação na reforma sanitária e psiquiátrica brasileira, mas que perdura até hoje numa perspectiva de transformação e aprendizagem recíprocas.

Assim, no percurso teórico para este estudo, permito-me transitar entre as relações espaço-temporais e locais-globais na temática do cuidado em saúde e em saúde mental. Introduzo o contexto em três grandes temas, que serão trabalhados no segundo capítulo: os encontros que desenharam a intersecção dos dois países em seus processos de reforma psiquiátrica, os efeitos da globalização na saúde, e um panorama do movimento de Saúde Mental Global (SMG), com seus principais conceitos e as críticas a ele.

No terceiro capítulo, serão apresentados os objetivos desta pesquisa, seguido da descrição metodológica no quarto capítulo.

Os resultados serão apresentados em três capítulos, cada um deles trazendo uma discussão particularizada.

Sendo assim, o quinto capítulo apresentará os resultados descritivos da pesquisa, caracterizando os participantes e o contexto da pesquisa.

O sexto capítulo apresentará os imaginários dos participantes acerca da outra realidade e a problematização desses imaginários a partir do aprofundamento das trocas.

O sétimo capítulo abordará as similaridades, particularidades e os paradoxos do cuidado em saúde mental nas duas realidades.

O oitavo capítulo versará sobre a temática da Saúde Mental Global no diálogo com os conteúdos que emergiram neste processo de cooperação internacional, guiado, principalmente, por uma trajetória menor, local e que operou deslocamentos na prática de cuidado e de pesquisa.

O nono capítulo trará algumas considerações finais deste trabalho, destacando as principais contribuições desta pesquisa na temática do cuidado em saúde mental.

2. DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ITALIANA AO MOVIMENTO DA SAÚDE MENTAL GLOBAL: SUBSÍDIOS PARA SE PENSAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

2.1 A reforma psiquiátrica italiana e brasileira: uma historiografia dos encontros

Contar uma história é sempre contar uma perspectiva da história. Não pretendo aqui cobrir a complexidade do percurso da reforma psiquiátrica italiana, mas transitar por alguns caminhos que me produziram afetamentos e que o conhecimento da língua italiana me deu passagem. A proposta principal é apresentar as superfícies de contato e os pontos de intersecção entre a Itália e o Brasil no campo da reforma psiquiátrica.

Importantes processos de reforma psiquiátrica ocorreram na Europa e nos Estados Unidos a partir da década de 1960: a Psiquiatria Institucional e Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra; a Psiquiatria Preventiva e Psiquiatria Comunitária nos EUA; e a Psiquiatria Democrática, na Itália. Todas pautaram-se, em diferentes gradações, na defesa dos direitos humanos e contra os abusos da psiquiatria (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003, AMARANTE, 2007).

A experiência italiana, por ter ocorrido tardiamente em relação aos outros países, pôde aprender com as experiências europeias e norte-americanas, de modo a incorporar seus avanços e buscar ultrapassar seus limites (MORATO, 2019). Seu grande diferencial, que marcou sua radicalidade, foi ter transformado as problemáticas da assistência psiquiátrica em luta política, visando uma mudança da sociedade, o fim dos manicômios e a transformação da relação de poder entre profissionais da saúde e pacientes. (BASAGLIA, 2000; YASUI, 2011; SERAPIONI, 2019).

Apesar de não ser o único, Basaglia foi um personagem decisivo na reforma psiquiátrica italiana. Durante o período em que foi estudante de medicina da Universidade de Pádua, compôs um grupo de estudantes antifascistas, fato que o levou a uma breve experiência de cárcere que mais tarde ressoaria na sua crítica a outra instituição total, o manicômio. Depois de formado, trabalhou como pesquisador por 12 anos no departamento de neuropsiquiatria da Universidade de Pádua, mas o conservadorismo e a hierarquia

acadêmicos motivaram sua saída da universidade e seu consequente ingresso no hospital psiquiátrico de Gorizia (SERAPIONI, 2019).

Após um momento inicial de angústia e solidão profissional, constituiu uma equipe de jovens psiquiatras a partir da sua rede de relações e amizades, a qual sustentou as ousadas propostas de transformações do manicômio: o eletrochoque foi proibido; as grades das janelas foram retiradas; as camisas de força foram removidas dos pacientes, assim como os profissionais deixaram de usar jaleco; organizaram-se as primeiras reuniões e as assembleias, conduzidas por dois ou três pacientes sentados à mesa da presidência, passaram a reger a vida do hospital. Anos depois, concretizou-se a experiência da comunidade terapêutica: começando com uma ala (que passou a chamar “República dos loucos libertados”) e depois se expandindo para todo o hospital. As alas foram abertas e organizadas coletivamente numa proposta habitativa, na qual os pacientes aprisionados poderiam vivenciar a liberdade ao interno da instituição. Mais tarde, no final da década de 60, a experiência das comunidades terapêuticas baseadas na abordagem basagliana se expandiu pela Itália e foi implementada em vários hospitais psiquiátricos, dentre eles, o de Perugia (SERAPIONI, 2019).

No entanto, Basaglia⁴ acreditava que não bastava reorganizar e humanizar o asilo, o maior desafio, na sua concepção, era promover a liberdade dos pacientes para a convivência com a cidade: “o psiquiatra parece descobrir só agora que o primeiro passo para a cura do paciente é o retorno à liberdade de que ele próprio, até agora, o tinha privado” (Basaglia, 1968, p.130 apud SERAPIONI, 2019, p. 1177). Porém a resistência dos habitantes e políticos de Gorizia colocaram fim às expectativas de radicalização das reformas (SERAPIONI, 2019).

Mais tarde, em 1971, Basaglia foi convidado a coordenar o hospital psiquiátrico de Trieste, sob a garantia de receber o apoio necessário para reestruturar a assistência psiquiátrica local. Munido dos aprendizados em Gorizia e determinado a levar avante o fechamento do manicômio, o foco da prática foi mediar a interação entre o hospital e a cidade. A arte foi uma das estratégias utilizadas: teatro de rua e performances artísticas eram realizadas na cidade, ao mesmo tempo em que o hospital psiquiátrico sediava shows, festas e oficinas, abrindo suas portas à sociedade. As viagens dos pacientes à praia e aos alpes também

⁴ Segundo Serapioni (2019), Basaglia se inspirou nas contribuições teóricas de Sartre, Foucault, Goffman, Gramsci e Fanon; além das experiências práticas das comunidades terapêuticas inglesas, da psiquiatria comunitária norte americana, e da psiquiatria institucional e de setor francesa.

marcou uma outra forma criativa de sair do manicômio. O hospital tornou-se um lugar animado e atraiu médicos e artistas voluntários da Itália e de outros países. Comunidades terapêuticas foram abertas no território, assim como uma rede de serviços extra-hospitalares (SERAPIONI, 2019).

Desse modo, o fechamento dos manicômios passou de utopia a realidade e, depois, de realidade a política social, quando, em maio de 1978, o parlamento italiano promulga a Lei 180, chamada de Lei Basaglia, que orientou o processo de reforma psiquiátrica italiana⁵ e inspirou muitos países no mundo, dentre eles, o Brasil. (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000; SERAPIONI, 2019).

Trieste foi considerado modelo de assistência recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (SARACENO, 2014) e tornou-se um pólo importante de ensino, pesquisa e práticas por cerca de 20 anos, recebendo profissionais da saúde de vários lugares da Europa, Austrália e América Latina (SERAPIONI, 2019).

Nesse meu exercício de personificar a história a partir de seus personagens e “causos”, não gostaria de cair no seu extremo: o heroísmo de um ator só. Como nos lembram nossos colegas italianos, muitas experiências e atores compuseram os matizes do movimento pela reforma italiana, cada qual com a sua importância na construção de um contexto propício para a transformação.

Nesse sentido, vale lembrar que na Itália, a reforma psiquiátrica ocorreu concomitantemente a outras reformas na direção da conquista de direitos que marcaram o ano de 1978, como a legalização do aborto (Lei 194, 22 de maio de 1978) e a instituição do Serviço Sanitário Nacional italiano (Lei 833 da reforma sanitária, 23 de dezembro de 1978). Sem esquecer que esse cenário de efervescência política se dava num contexto de redemocratização do país, de tentativa de superação dos resquícios fascistas pós-guerra, e de construção de políticas sociais que respondessem às injustiças e desigualdades decorrentes do modo de organização capitalista, marcado pela crescente industrialização e pela exploração do trabalho. Portanto, esse momento envolveu diferentes atores: partidos de esquerda (Partido Comunista Italiano e Partido Socialista Italiano), sindicatos, movimentos dos trabalhadores/operários, movimento feminista, profissionais de saúde e, sobretudo, contou

⁵ A promulgação da lei não significou o ponto final da reforma psiquiátrica italiana, mas um marco importante que sustentou as iniciativas e lutas que se seguiram.

com ampla base popular (BERLINGUER, TEIXEIRA, CAMPOS, 1988).

Assim sendo, o processo de reforma psiquiátrica italiana não se totalizou na experiência de Trieste, mas ela foi referência fundamental para a reforma psiquiátrica brasileira, sendo as Conferências Brasileiras um marco desse encontro (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000; BASAGLIA, 2000). A história desse encontro está contida no livro *Conferenze brasiliane*, uma transcrição das gravações feitas durante as conferências ministrados por Basaglia nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, no período de junho a novembro de 1979. O livro não tem tradução na íntegra para o português, mas as conferências ocorridas no Rio de Janeiro e em São Paulo foram publicadas em português no livro “A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” (BASAGLIA, 2000).

O último capítulo do livro, narrado pelos militantes-pesquisadores Paulo Amarante, Fernanda Nicácio e Denise Barros, contextualiza minuciosamente o processo de reforma brasileira até 1997, apontando os alinhavos com a Itália e as ressonâncias desse encontro.

O Brasil na década de 70, também passava por um momento político decisivo. Em plena ditadura militar, organizavam-se diversificados movimentos cuja pauta central era a defesa dos direitos humanos e a redemocratização do país: o movimento nacional pela anistia, movimento dos trabalhadores, partidos de esquerda, movimento de combate à fome, movimento estudantil, entre outros. No campo da saúde também se difundiam debates entre os profissionais, alguns deles promovidos pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Constituído em 1976, foi um importante articulador de reivindicações, experiências e críticas com vistas à democratização da saúde e da sociedade (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000).

Nesse momento, também se constituiu o movimento dos trabalhadores da saúde mental (MTSM), que se configurou como o principal ator do projeto de transformação da assistência psiquiátrica brasileira. A princípio, o MTSM protagonizou uma série de denúncias à superlotação dos hospitais psiquiátricos e aos inúmeros casos de violação de direitos que ocorriam no seu interior, alguns com grande repercussão nacional, como no caso dos hospitais psiquiátricos do Juqueri (SP), de Barbacena (MG) e da Colônia Juliano Moreira (RJ) (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000).

Já existia a contestação da ineficácia terapêutica dessas instituições, mas a fim de aprofundar os debates, em 1978, o MTSM organizou o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, evento que contou com a participação de figuras internacionais importantes que problematizavam a psiquiatria e que contribuíram conceitualmente para o amadurecimento dessas pautas, entre eles, Robert Castel, Erving Goffman, Felix Guattari e Franco Basaglia. A radicalidade da Psiquiatria Democrática trazida por Basaglia, de pregar não só a atualização da psiquiatria mas o fechamento do hospital psiquiátrico e a transformação das relações de poder entre técnicos e pacientes, gerou curiosidade, polêmica e a necessidade de um novo encontro (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000).

Enquanto países europeus como Inglaterra e França tentavam fazer suas reformas sob uma perspectiva de reorganização modernizadora, criando serviços psiquiátricos alternativos mas articulados aos hospitais, na Itália o movimento iniciado por Basaglia, com uma experiência de comunidade terapêutica circunscrita a um asilo nos confins do país, pouco a pouco se tornou foco de crescente polêmica e gerou profunda e radical transformação na assistência e na política de saúde, quebrando a organicidade histórica da corporação médica. (YASUI, 2011)

Portanto, no ano seguinte, Basaglia foi convidado pela Associação Mineira de Psiquiatria (MG), pelo Instituto de Psiquiatria Social (SP) e pela Sociedade de psicodrama (SP) a ministrar um ciclo de 14 conferências pelas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, assim como visitar instituições psiquiátricas. Foram as chamadas Conferências Brasileiras. Com os auditórios lotados, Basaglia compartilhou com um público engajado composto por estudantes, professores, trabalhadores da saúde, sindicalistas e sociedade civil, os princípios da Psiquiatria Democrática e suas experiências inovadoras no hospital psiquiátrico de Gorizia e de Trieste (BASAGLIA, 2000; SERAPIONI, 2019).

A dinâmica das conferências se deu por meio de perguntas do público à Basaglia. Suas respostas tinham os pés bem firmes na prática e não pouparam os brasileiros de provocações, como em uma das conferências cujo tema era psiquiatria e participação popular. Como o evento era a pagamento, Basaglia inicia seu discurso comparando o seminário a uma clínica particular, na qual só os bem providos podem acessar o tratamento. Depois de um chamado à coerência, ele coloca em votação a possibilidade de abrir a sessão a todos, que é aprovada

pelos presentes. Enquanto os novos espectadores adentram o recinto, finaliza ironicamente: “é... os pobres estão entrando para comer à mesa dos ricos” (BASAGLIA, 2000, s/ p.)

Se o nosso objetivo é proteger o nosso egoísmo, então vamos permanecer aqui com o nosso dinheiro. Mas se o objetivo for outro, vamos abrir e socializar o nosso dinheiro. A escolha que vamos fazer é muito importante para nós, como pessoas que lutam pela liberdade dos direitos humanos (BASAGLIA, 2000, s/ p. Fala de Basaglia ao colocar em votação ao público a abertura da conferência para os não-pagantes).

Mas Basaglia também foi provocado. Já no fim de sua passagem pelo Brasil, após visita à rede de hospitais psiquiátricos públicos de Minas Gerais, ficou desalentado com as cenas que viu, principalmente no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, onde a condição dos pacientes - amarrados, nus, esparramados sobre as próprias fezes – era, segundo suas palavras, pior que a de um campo de concentração nazista. No dia seguinte, o silêncio pairava no auditório que sediava o seminário em Belo Horizonte.

Apesar do estímulo do público, Basaglia, visivelmente abatido, não conseguiu falar sobre o tema combinado. No dia seguinte, propôs uma reorganização do seminário, que foi aceita calorosamente: o seminário foi aberto ao público, foi transmitido o documentário sobre Barbacena e os participantes do documentário foram convidados a comporem o debate. Como consequência dessa mobilização local, Basaglia deu uma entrevista ao jornal sobre o hospital Barbacena que teve repercussão nacional (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000; BASAGLIA, 2000).

Questionado mais de uma vez pelo público sobre qual seria a saída para o contexto brasileiro, recusava-se a apresentar uma solução pronta, defendendo que não veio trazer um modelo e que a solução para os problemas brasileiros vem da discussão e do trabalho coletivo, partindo da própria realidade e de seus sujeitos:

Discutindo juntos podemos encontrar uma alternativa. Porque eu não acredito que um psiquiatra estrangeiro possa dar uma alternativa a vocês [...] Eu digo que o modelo italiano, se é que existe um modelo italiano, ele não é exportável. A alternativa deve nascer da população, dos técnicos [...]. Só assim eu penso que será criada uma verdadeira alternativa à situação. (BASAGLIA, 2000, s/ p.)

A coerência, a vivacidade, a abertura à escuta e ao diálogo e o chamado à ação mobilizaram o público presente, abrindo um novo horizonte ético, científico, prático, cultural e político aos “caminantes”⁶, rumo à emancipação e à utopia da transformação da realidade. Além disso, com o convite de Basaglia “*venite a vedere*” (venham ver), abria-se também um canal entre Brasil e Itália (mais especificamente Trieste, Imola e Parma), de modo que muitos profissionais, pesquisadores e estudantes brasileiros tiveram a oportunidade de vivenciar de modo encarnado a inovação da experiência italiana (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000).

Em 1986, uma nova onda de intercâmbios se intensificou após a visita de Franco Rotelli, sucessor de Basaglia na direção dos serviços em Trieste, para participar de um seminário organizado pelo MTSM em São Paulo. A partir daí, Rotelli passou a acompanhar de perto as iniciativas brasileiras, participando das reflexões, experimentação de novas práticas, produções teóricas e construção da política em saúde mental, ancoradas no ideal da desinstitucionalização.

Nesse momento estava em curso uma disputa de dois principais projetos de lei que sustentariam a política de saúde mental nacional, um baseado na psiquiatria preventiva (norte americana) e o outro no referencial de fechamento dos hospitais psiquiátricos/desinstitucionalização (italiana). Esse impasse foi resolvido durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987 em Bauru, onde optou-se caminhar sob as contribuições do referencial italiano. No mesmo evento, adotou-se a data 18 de maio como o dia da luta antimanicomial no calendário nacional, e a bandeira do movimento de reforma psiquiátrica brasileira ganhou os seguintes dizeres: “por uma sociedade sem manicômios!”

A década de 80 reuniu várias iniciativas brasileiras de transformação do cuidado em saúde mental, dentre elas a de Santos, a primeira experiência de superação do manicômio, com o fechamento do hospital privado “Casa de Saúde Anchieta”. A iniciativa, muito semelhante com a experiência de Trieste (YASUI, 2011), foi amparada e conduzida pelo secretário de saúde do município de Santos da época, David Capistrano, pelo psiquiatra Roberto Tikanori, na coordenação de saúde mental e, pela terapeuta ocupacional Fernanda

⁶ Em referência à frase de Antonio Machado “Caminantes no hay camino. Se hace camino al andar”.

Nicácio. Foi uma iniciativa de grande magnitude que contou com a criação de uma rede de serviços territoriais, envolvendo também dispositivos de apoio social, projetos culturais e outras ações intersetoriais (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000; SARACENO, 2014).

O hospital, após passar de entidade privada à pública, foi aberto à cidade, e a cidade ao hospital, de modo que o isolamento deu espaço para a circulação de pessoas, e a circulação abriu campo para que emergissem novas demandas aos usuários e à sociedade. Portanto, as intervenções dos profissionais agora tinham que mediar esse encontro, lidando com (1) as demandas comuns da vida dos pacientes, que não estavam necessariamente atreladas à doença mental, mas que diziam da necessidade de morar, de se relacionar, de trabalhar, (2) trabalhar os conflitos, os preconceitos, a resistência e o imaginário social de periculosidade do louco.

Em relação à rede de serviços, foram criadas estruturas residenciais no território (lar abrigado), acolhimento psiquiátrico no pronto-socorro, centro de convivência (Tam Tam), as Unidades de Reabilitação Psicossocial e os Núcleos de Atenção Psicossocial. Estes últimos eram a base do sistema, funcionando 24h, com uma equipe de 35 profissionais além de artistas, voluntários e associações que foram se juntando à cena. Promoviam a construção de sociabilidade, das identidades, da autonomia, de projetos de vida e de sentido, criando possibilidades de viver a cidade e acessar o direito à cidadania. O processo significou uma mudança cultural que, baseada no trabalho cotidiano, possibilitou transformar as relações de objetificação, opressão e violência contra a pessoa em sofrimento mental (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000).

Em 1990, a Conferência pela Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas (Venezuela), contou com a presença em peso de representantes brasileiros, cujas iniciativas de transformação do modelo manicomial alimentaram o processo de discussão, elaboração e aprovação da Declaração de Caracas (que orientou o processo de reforma de outros países latinos). A conferência, por sua vez, significou uma legitimação do movimento brasileiro por parte da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) mostrando “às autoridades políticas brasileiras que a linha indicada pelos reformadores [movimento antimanicomial] tinha o consenso e o apoio de experts mundiais e da mais importante entidade de saúde internacional” (SARACENO, 2014, p. 73).

A década de 90 foi marcada pela participação significativa de usuários e familiares no

movimento da reforma, principalmente durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília), fomentando o nascimento de associações de usuários e familiares e contribuindo com seus testemunhos e expectativas para a construção de uma política de saúde mental.

A lei que marcou a reforma psiquiátrica italiana inspirou a Lei Paulo Delgado, ou Lei nº 10.216, que após tramitar 12 anos no Senado, foi aprovada na Câmara Federal em 1989 e sancionada apenas em 2001, com grandes alterações do projeto inicial (YASUI, 2011). A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em 1996, foi realizada a “segunda versão” das Conferências Brasileiras, dessa vez com a presença de Franca Ongaro Basaglia, companheira do já falecido Franco Basaglia. As conferências foram realizadas no Rio de Janeiro, em Santos e em Belo Horizonte e discutiram os percursos italianos e brasileiros, com atenção aos pontos críticos e inovativos das duas experiências. Apesar de eu não ter encontrado informações sobre sua visita, Nicácio, Amarante e Barros (2000) descrevem que esse encontro “teve um significado especial, afetivo e intelectual para os ‘caminantes’ e para as trajetórias do projeto de transformação” (NICÁCIO, AMARANTE, BARROS, 2000, s/ p.).

Assim, sistematizo abaixo alguns pontos marcantes desses referenciais que nutriram e foram compondo o movimento de reforma psiquiátrica brasileira:

- a) A superação dos hospitais psiquiátricos e a transformação do cuidado hospitalocêntrico para um cuidado realizado no território, integrado à comunidade, mediado por uma rede de serviços de saúde mental (BASAGLIA, 2000; AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000; SARACENO, 2014);
- b) A transformação da racionalidade psiquiátrica, pautada no restabelecimento da normalidade e na lógica problema-solução, para a compreensão de que o objeto da psiquiatria é a existência-sofrimento das pessoas e não a doença (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990);
- c) A contestação do imaginário social sobre a periculosidade da pessoa com transtorno mental e sua transformação por meio de um trabalho de mudança cultural que coloque a doença entre parênteses para que o sujeito, em sua complexidade, fique em evidência (BASAGLIA, 2000);
- c) A compreensão de reabilitação atrelada ao acesso à cidadania, à reconstrução das

identidades, à possibilidade de expressão da subjetividade e de produção de sentido, à construção de projetos de vida, ao direito à relação e à ampliação das trocas de recursos e afetos, à aquisição de poder e aumento da contratualidade nos âmbitos do trabalho, do habitar e das relações sociais (AMARANTE, BARROS, NICÁCIO, 2000; LUSSI, 2009; MORATO, 2019);

d) A compreensão da reforma psiquiátrica como um processo de transformação complexo que deve ocorrer concomitantemente e de modo articulado no campo assistencial, político-jurídico, conceitual e cultural (AMARANTE, 1998).

Ao longo das últimas décadas, entretanto, novas circunstâncias unem o Brasil e a Itália (e não somente eles). O processo de globalização tem trazido novos desafios para o cuidado em saúde mental ao facilitar o avanço da lógica neoliberal sobre os sistemas de saúde públicos, ameaçando seus princípios, e facilitar a exportação em larga escala de um modelo de cuidado centralizado na psiquiatria e em suas tecnologias farmacológicas.

No bojo dessas tensões, as produções de uma outra experiência recente de troca intercultural entre Brasil e Itália no âmbito da saúde alimentou nossas reflexões sobre as potencialidades e desafios de experiências de cooperação internacional no cenário global. Trata-se do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva⁷. Operante desde 2014, integra a Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o Departamento de Atenção Básica do Ministério de Saúde, o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural (*Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale*) da Universidade de Bolonha e instituições assistenciais e gestoras da região de Emilia-Romagna.

Essa experiência de cooperação se concretizou num momento em que a Itália passava por uma reorganização dos serviços a partir de uma lógica econômica, baseada na eficiência e na centralidade do hospital em contraposição a práticas comunitárias participativas, enquanto o Brasil vivenciava um momento de fortalecimento da Atenção Básica. Portanto, a experiência de cooperação marcou uma significativa contribuição brasileira à realidade italiana, principalmente por meio de estratégias como a Educação Permanente (EP), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a

⁷ Vídeo explicativo sobre o Laboratório Ítalo Brasileiro: <https://www.youtube.com/watch?v=CVREZEK2Gx4>

figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) (MARTINO et al, 2016).

O laboratório promove eventos anuais, cursos presenciais e à distância, pesquisas-intervenção e intercâmbios entre profissionais, gestores, pesquisadores e estudantes. É uma experiência de cooperação internacional horizontal, fundada na partilha da experimentação de estratégias, reflexão e produção teórico metodológica, que visa fortalecer essa conexão histórica existente entre Brasil e Itália, assim como as redes locais de cada país (gestão, serviços de saúde, da assistência social, terceiro setor, universidade, usuários e comunidade). Busca promover a Atenção Básica e afirmar a saúde como direito e bem coletivo, contrapondo-se política e estrategicamente aos processos globalizantes (MARTINO et al, 2016).

Sua vasta literatura integrando a realidade brasileira e italiana nos temas de saúde global⁸ ajudou-nos a discutir a globalização e suas repercussões no âmbito do cuidado - tema aprofundado no próximo tópico.

2.2 Efeitos adversos da globalização para o cuidado em saúde: o nascimento da Saúde Global

Este trabalho também pretende fazer vista aos enredos contextuais que envolvem a produção de cuidado em saúde mental nas duas localidades pesquisadas. Para isso, faz-se necessário discorrer sobre o processo, já bastante avançado, de globalização, que possui um domínio extenso e relevante sobre vários países com implicações para o cuidado em saúde.

O fenômeno da globalização é caracterizado por inovações científicas e tecnológicas, principalmente no campo das comunicações; integração econômica e abertura das fronteiras ao comércio; e intensificação dos fluxos de mobilidade por motivo de turismo ou migrações populacionais devido a questões ambientais, conflitos políticos e/ou em busca de melhores condições de vida e trabalho. Esses fatores representam uma reconfiguração dos territórios e

⁸ A maioria das produções foi sistematizada em forma de livros, disponíveis no site da Rede Unida, nem todos com tradução para o português. Os livros com os títulos traduzidos para o português são: “Saúde global em uma perspectiva comparada entre Brasil e Itália”; “Problematizando epistemologias na saúde coletiva: saberes de cooperação entre Brasil e Itália”; “Práticas em saúde global: ações compartilhadas entre Brasil e Itália”; “Participação sócio-sanitária e bem estar da comunidade: experiência italiana”. Disponíveis em <http://editora.redeunida.org.br/editora-rede-unida/catalogo/area-tematica/#cooperacao-internacional>.

de suas fronteiras diante das novas formas de vivenciar o tempo, o espaço e as relações. Isso implica na transformação do universo simbólico, do sistema de valores e das condições materiais de vida, que define como as pessoas constroem desejos, necessidades, identidades e cuidado no seu cotidiano (FORTES, RIBEIRO, 2014; MARTINO, 2016; HAN, 2011).

Nesse cenário, novas relações de poder são estabelecidas, despolarizando-se de uma dominância única e totalizante de um país ou continente e passando a ser exercida de forma descentralizada. Tal “sistema pluralista de governança global” é marcado pela emergência de novos atores sociais, públicos e privados, como blocos político-econômicos, organizações governamentais e não governamentais, empresas transnacionais, grupos de ativismo, entre outros, que disputam e/ou cooperam entre si (FORTES, RIBEIRO, 2014; SANTOS, 2013; BODINI, 2016).

Empresas transnacionais, Banco Mundial, Organização Mundial do Comércio, e tantos outros agentes que operam na direção do capital financeiro, emergem como protagonistas nesse contexto, enquanto o Estado passa a coadjuvante, principalmente do que tange à garantia de direitos. O que vemos é justamente uma desresponsabilização cada vez maior da sua função de proteção social, contribuindo para (a) transformações no mundo do trabalho (precarização, flexibilização dos contratos, aumento do trabalho “autônomo”, fragilização dos sindicatos, invasão da lógica da produção nos outros espaços de reprodução social da vida); (b) privatização e mercantilização dos bens comuns, como os recursos naturais e os direitos sociais; e (c) aumento das desigualdades sociais entre os países e dentro de um mesmo país (FORTES, RIBEIRO, 2014; SANTOS, 2013; BODINI, 2016).

Devido aos impactos desses determinantes sociais na saúde das populações, surge o movimento da Saúde Global. Trata-se de um campo de estudos e práticas com vistas à justiça social, à equidade e à solidariedade entre os países, partindo da concepção de que os problemas de saúde extravasam as fronteiras nacionais e, portanto, as soluções também devem ser conjuntamente pensadas para além dessas fronteiras. (BODINI, 2016; MARTINO, 2016; FORTES, RIBEIRO, 2014)

A Saúde Global tem como origem a Saúde Pública, pelo seu compromisso com a coletividade, e a Saúde Internacional, que compreende que o processo de saúde e doença transcende as linhas geopolíticas entre os países. Enquanto a Saúde Internacional nasce no

contexto pós 2ª Guerra Mundial, a partir da iniciativa dos países ricos e industrializados de proporem intervenções sanitárias com a intenção de controlar e/ou reduzir as doenças infecciosas que ameaçavam o comércio, a Saúde Global, se fortalece na década de 80, a partir de mobilizações populares, justamente como oposição a essa lógica paternalista/colonialista (BROWN, CUETO, FEE, 2006; FORTES, RIBEIRO, 2014; BODINI, 2016).

No entanto, utilizando a nomenclatura de Saúde Global, muitas ações unilaterais continuam sendo propostas. Para Biehl (2011), essas ações reproduzem as relações de poder do mundo globalizado e inclusive fragilizam os sistemas de saúde locais, ao proporem programas de “solução instantânea-técnica-vertical” replicáveis em diferentes contextos, que desconsideram os componentes socioculturais dos países, ou seja, as dinâmicas, práticas e racionalidades locais.

2.3 A Saúde Mental Global: origem, princípios e contradições

Devido à negligência da Saúde Mental ao interno da Saúde Global, surge o movimento da Saúde Mental Global (SMG)⁹, que se propõe compreender o impacto dos transtornos mentais nas diferentes populações e avaliar questões de acesso e qualidade dos tratamentos ofertados. Esse movimento, que se coloca como um campo de intervenção, pesquisa e ensino, parte da compreensão de que a desigualdade de atenção à saúde mental existente entre os países de alta, média e baixa renda é um desrespeito aos direitos humanos, e que se reflete num “gap terapêutico”, numa lacuna de acesso das pessoas com transtornos mentais ao “diagnóstico e tratamentos eficazes”. Diante disso, a proposta de ação da SMG pauta-se na “redução das iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental em escala global”, e tem como público-alvo populações com baixo acesso à assistência em saúde, ou seja, países de média e baixa renda. (SARACENO, 2014; WENCESLAU, ORTEGA, 2015a, 2015b; ASSAD, ORTEGA, 2016; MENEZES et al, 2018)

A atenção mundial se voltou mais fortemente para as questões de saúde mental na década de 1990, quando a Universidade de Harvard e o Banco Mundial elaboraram o Disability-adjusted life year (DALY), um instrumento de avaliação que mensurava os anos de

⁹ Mais informações no site: globalmentalhealth.org

vida perdidos (morte precoce) ou vividos com incapacidade decorrente de alguma doença (MILLS, 2014; SARACENO, 2014; WENCESLAU, ORTEGA, 2015a). Esse indicador quantitativo deu visibilidade para as doenças neuropsiquiátricas (doença mental, doenças neurológicas e dependência química¹⁰) e seu caráter incapacitante: 1,4% de mortes precoces e 30% de anos vividos com incapacidades (SARACENO, 2014).

Do DALY derivou-se o “Relatório sobre o desenvolvimento mundial”, produzido pelo Banco Mundial em 1993, e o livro “Saúde Mental Mundial: problemas e prioridades nos países de baixa renda”, publicado em 1995 pelo departamento de medicina social de Harvard. Este segundo documento foi de grande importância, pois introduziu a compreensão sobre a doença mental a partir dos determinantes sociais, se contrapondo ao modelo biomédico a-histórico: “pela primeira vez apresentava a doença mental não como simples eventos biomédicos independentes do contexto no qual se desenvolvem [...], mas como fenômenos biopsicossociais, determinantes ou co-determinantes de variáveis políticas, socioeconômicas e culturais”. (SARACENO, 2014, p. 22)

Os dados alarmantes do DALY associados a uma liderança progressista¹¹ na Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998, possibilitaram uma reorganização do cenário internacional, em que o tema da saúde mental foi elencado como prioridade na agenda da saúde global, lugar anteriormente dedicado às doenças infectocontagiosas. A OMS lança então a campanha mundial “Stop Exclusion: dare to care” (Abaixo a exclusão: ousar para cuidar), que trouxe à tona experiências inovativas de cuidado em saúde mental de diferentes países (entre eles a da Itália), mas também graves denúncias de violação dos direitos humanos (SARACENO, 2014).

Muitos processos de transformação da assistência foram disparadas em diferentes países por pressão da sociedade civil e de entidades internacionais diante dos escândalos envolvendo instituições psiquiátricas (somado ao processo de redemocratização vivido por alguns países como Brasil e Itália). Saraceno (2014), tendo acompanhado como funcionário da OMS alguns desses processos, divide as experiências de superação do modelo manicomial

¹⁰ Com destaque para depressão, psicoses, transtorno bipolar, epilepsia e transtornos do desenvolvimento, transtornos comportamentais, demência, transtornos derivados do uso e abuso de álcool e drogas, suicídio. (MILLS, 2014)

¹¹ Gro Harlem Brundtland, médica norueguesa especialista em Saúde Pública pela Universidade de Harvard, tornou-se diretora geral da OMS em 1998.

em 3 categorias: experiências totalmente autóctones (Europa e Austrália); experiências autóctones beneficiadas por ajuda externa (como é o caso do Brasil); e experiências promovidas por agentes externos (experts da OMS, ONGs e auxílio de países doadores), como o caso dos países que sofreram desastres naturais (Indonésia) ou conflitos armados (Palestina) (SARACENO, 2014).

Prosseguindo com a contextualização histórica, o nome Saúde Mental Global é oficialmente adotado a partir da publicação, em 2007, de uma série de artigos sobre o tema pela revista britânica *Lancet*¹². Os artigos lançam as bases conceituais do movimento: diante dos já comprovados prejuízos gerados pela doença mental (*burden*), defendem a urgência de assegurar a equidade no cuidado em saúde mental para todas as pessoas do mundo, especialmente aos países de média e baixa renda cujo acesso é menor (*low and middle income countries*), tomando como estratégia a promoção escalonável de intervenções (*scale up*) baseadas em evidências científicas (*evidence based*). Em relação às intervenções, prima-se por diagnósticos e tratamentos eficazes que possam superar a lacuna assistencial existente entre os países (*gap*) (MILLS, 2014; SARACENO, 2014; WENCESLAU, ORTEGA, 2015a, 2015b; ASSAD, ORTEGA, 2016; MENEZES et al, 2018).

Outras estratégias previstas abarcam ações integradas de saúde mental na Atenção Básica (*Primary Health Care*) e o “compartilhamento e delegação de tarefas” (*task sharing, task shifting*). Este último implica que em países com poucos profissionais de saúde especializados, estes profissionais ou experts externos passem a formar profissionais com “menor qualificação” a fim de distribuir a demanda, fazendo uso mais eficiente dos recursos disponíveis (WENCESLAU, ORTEGA, 2015a; SARACENO, 2014).

No entanto, é fundamental problematizar: que tipo de cuidado está sendo pensado como adequado e eficaz? De que maneira os aspectos socioculturais que determinam os significados acerca do sofrimento mental e seu tratamento em cada sociedade têm sido levados em consideração?

¹² thelancet.com/commissions/global-mental-health

Autores como Mills¹³ e Saraceno encontram diversas problemáticas envolvendo a SMG. A mais pungente é a de que a psiquiatria, ao não se localizar culturalmente como uma prática terapêutica originária em um determinado contexto local, o norte global, afirma-se como hegemônica ao exportar suas racionalidades e práticas como sendo globalmente válidas e aplicáveis, denunciando seu caráter colonizador (SARACENO, 2014; MILLS, 2014; ORTEGA, WENCESLAU, 2019).

Apesar do DALY ter sido uma ferramenta importante que deu destaque às doenças mentais aumentando a atenção e os recursos destinados a ela nos níveis local e internacional (SARACENO, 2014), por sustenta-se no manual de Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV), ele reforçou a compreensão da doença mental como um desequilíbrio bioquímico cerebral que, portanto, pode ser reestabelecido por meio da administração de psicotrópicos. Nesse sentido, a complexidade da experiência de sofrimento fica limitada aos domínios da doença mental, cujos limiares entre o que é saudável e patológico são definidos a partir dos parâmetros de normalidade das culturas hegemônicas.

A justificativa de que o cérebro é um constituinte biológico universal, presente em todos os corpos humanos, e que ele sedia os desarranjos que produzem a doença mental, significa compreendê-lo como denominador comum do sofrimento. Nessa compreensão, o fator cultural apenas determinaria as variações de como a doença mental se expressará em diferentes países, desconsiderando que estes possuem construções sociais próprias sobre o sofrimento, não pautadas necessariamente na doença. (MILLS, 2014)

Portanto a globalização do modelo biomédico despolitiza o sofrimento ao subtraí-lo da sua dimensão cultural e social. Assim, instaura-se o movimento de que crises econômicas e políticas sejam vividas e “tratadas” como crise individual e que as tecnologias farmacológicas avancem nos espaços de cuidado como sendo soluções rápidas, eficazes e transversais (BIEHL, 2011; MILLS, 2014, SARACENO, 2014).

¹³ China Mills é professora na University of Sheffield, no Reino Unido. Iniciou seu percurso na Saúde Mental Global junto ao grupo de Vikram Patel, um dos idealizadores do movimento, mas tornou-se uma grande crítica do movimento após acompanhar intervenções de SMG na Índia, promovidas por ONGs. Com o suporte da etnografia, detalha os abusos éticos cometidos em nome dos “direitos humanos” e a complexidade por trás da experiência de sofrimento. Engajada com o movimento de usuários, defende a participação dos usuários e suas comunidades no processo de decisão e construção das práticas de cuidado, que podem se situar para além do campo da saúde.

No entanto, esses projetos “científicos-assistenciais” não conseguem garantir a qualidade da intervenção quando as redes interpessoais e as dinâmicas locais não são atentamente e eticamente levadas em consideração (BIEHL, 2008, 2011, 2013; AMARANTE, TORRE, 2010).

O fato é que as abordagens do tipo da “bala mágica” são cada vez mais a norma em saúde global – isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde. (BIEHL, 2011, p. 267)

Apesar da popularização do modelo biopsicossocial e do fato dos determinantes sociais de saúde comporem os discursos e a literatura da SMG, suas intervenções ainda estão focadas no diagnóstico e no tratamento farmacológico da doença mental. Um fator explicativo para isso, atribuído por Mills (2014) e Saraceno (2014), é que as pesquisas realizadas no âmbito da SMG, usadas para dar sustentamento científico às práticas propostas pelo movimento, estão mais concentradas nas testagens de medicações do que na avaliação de práticas que consideram o fator cultura.

Não por acaso, os autores supracitados realçam que a indústria farmacêutica compõem declaradamente o *hall* de agentes do movimento de SMG, sendo uma das maiores financiadoras das pesquisas na área. O compromisso das indústrias com o lucro corrompe e encobre publicações cujas medicações não produzem efeito significativo ou produzem efeito nocivo, distorcendo a veracidade das evidências científicas - incluindo prejuízos de medicações psicotrópicas observadas em pesquisas com crianças e antidepressivos (MILLS, 2014).

Essa comunhão de interesses entre o Estado e o capital faz parte da lógica neoliberal. Manifestada pelo discurso da eficácia, da relação custo-benefício e da contenção de gastos públicos, “não vem representada como uma escolha ideológica, mas como a ‘realidade’” (SARACENO, 2014, p. 188), levando a crer que o subfinanciamento da saúde é inevitável. Na verdade, trata-se de uma escolha política dos governos ao priorizar o lucro em detrimento do bem-estar coletivo ou, transformar a saúde em lucro sem se importar com os “custos” pagos pelos usuários e sobreviventes da psiquiatria, em suas formas de violência escancaradas (hospital psiquiátrico) ou veladas (MILLS, 2014).

É verdade que o discurso da saúde global se torna cada vez mais influente e penetrante, e também é verdade que os sofrimentos locais que deveriam se beneficiar dela, parecem não gozar desta expansão, a qual, ao contrário, parece mais uma resposta às exigências da economia globalizada do que às necessidades locais de saúde e equidade. A oferta de saúde não é desenhada sob a necessidade dos cidadãos, são os cidadãos que devem delinear as próprias necessidades para caber na oferta dos sistemas de saúde (SARACENO, 2014, p. 189).

Presenciamos, portanto, um grande paradoxo da SMG em seu propósito de suprir a lacuna assistencial: sob o argumento da defesa dos direitos humanos tem-se criado ofensas aos próprios direitos humanos; sob o estandarte da atenção ao sofrimento e da promoção de cuidado em saúde, tem-se produzido sofrimento, sintomas, estigma e “descuidado” (BIEHL, 2008; MILLS, 2014). Ou como exemplifica Heider Moura¹⁴ em seu trabalho sobre decolonialidade da saúde mental: “a mão que bate é a mesma que afaga”.

Parece possível traçar um duplo movimento aqui, o sofrimento causado pela lógica neoliberal de reformas e desigualdades é nominada como doença através de lentes biopsicossociais, abrindo espaço para intervenções individuais e frequentemente farmacêuticas, que por sua vez, são parte da mesma lógica neoliberal, a qual pode ter causado o sofrimento inicialmente (MILLS, 2014, p. 50).

Portanto, fica evidente que o cenário da SMG é complexo, envolve interesses de diversos atores, entre eles, usuários, familiares, comunidade, Estado, indústria farmacêutica, organizações internacionais, pesquisadores e todos aqueles que se sentem mobilizados pela discussão.

Diante das contradições identificadas, os usuários têm, cada vez mais, conquistado espaço na cena global, por meio de movimentos como a Rede mundial de usuários, ex-usuários e sobreviventes da psiquiatria, o *Mind Freedom International*, os Ouvidores de

¹⁴ Heider Moura é assistente social formado pela Universidade de Pernambuco e residente multiprofissional em Saúde Mental. Estuda decolonialidade da saúde mental e os sentidos dos sofrimentos, utilizando narrativas e aportes da teoria Queer. Não chegou a publicar seu trabalho por conta de um processo depressivo, como ele mesmo caracteriza e coloca abertamente em sua pesquisa, abrindo-se na ideia de “lugar de fala” de quem sofre e de quem é também pesquisador. Nossa troca de mensagens por e-mail alimentou minhas reflexões e apesar de não poder citá-lo formalmente por sua pesquisa não ter sido publicada, explico aqui sua contribuição.

Vozes, o movimento pelo *recovery* e pelo *empowerment*¹⁵, além de diversas iniciativas e mobilizações locais. As pautas são diversas mas explicitam a necessidade de participação desses atores na construção e avaliação de propostas de cuidado, na reorganização dos serviços de saúde, na elaboração de políticas sociais e de saúde mental e na condução de pesquisas científicas, não somente como sujeitos pesquisados (MARQUES et al, 2013; PRESOTTO et al, 2013; MILLS, 2014; SARACENO, 2014; CUNDA, ZANCHET, CHASSOT, 2017).

Uma outra necessidade levantada pelos embates e que tende a enriquecer a Saúde Mental Global é a produção de pesquisas localmente situadas, culturalmente sensíveis e socialmente empoderantes. Tratam-se de pesquisas atentas à dimensão sociocultural do cuidado, validando as dinâmicas, crenças, valores, linguagens e práticas locais; de modo a considerar, ao interno da multiplicidade das experiências humanas, os modos singulares que cada contexto compreende e lida com o sofrimento, tendo em conta a permeabilidade entre as culturas (BIEHL, 2011; MILLS, 2014; ORTEGA, WENCESLAU, 2019).

Portanto, emerge a necessidade da realização de pesquisas de cooperação internacional no campo da saúde, cujo planejamento se dê de forma compartilhada, horizontal e centrado na realidade local, fazendo uso de metodologias que produzam diferentes tipos de evidência e que considerem as experiências das pessoas na sua complexidade, para além do enfoque nos “problemas de saúde” (BUSS, FERREIRA, 2010; BIEHL, 2011; MILLS, 2014; FERLA, GUIMARÃES, 2016; FRANCO, CECCIM, 2016).

Tendo como direção tais premissas e reflexões, a proposta desta pesquisa é contribuir com o debate sobre a Saúde Mental Global por meio de duas estratégias: 1) acessando o cotidiano e as experiências dos atores envolvidos no cuidado em saúde mental em localidades do Brasil e da Itália; 2) construindo uma experiência de cooperação internacional que não se limite à ideia de importação de ideias ou reprodução de modelos tidos como mais avançados.

¹⁵ Movimentos baseados na ideia de *recovery e empowerment* levantam a questão da participação como orientadora da mudança de paradigma na atenção psiquiátrica, de modo a “afirmar a autonomia do usuário como um norte ético, o território e o cotidiano como lugares e tempos privilegiados para o cuidado, e a construção de formas autônomas de superação das limitações impostas pelo sofrimento mental”. (PRESOTTO et al, 2013, p. 2838)

Assim, a seguir serão apresentados o objetivo deste estudo e a metodologia de pesquisa utilizada que permitiu ir ao encontro dessas estratégias.

3. OBJETIVOS

Identificar similaridades, particularidades e paradoxos em torno do cuidado em saúde mental emersos do processo de troca de saberes e de práticas ao interno de uma experiência de cooperação internacional, dando destaque para as reflexões acerca da realidade brasileira.

Identificar, por meio da perspectiva decolonial, possíveis relações entre o movimento da Saúde Mental Global e as práticas de cuidado em saúde mental nas localidades brasileiras pesquisadas.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo se configura como uma pesquisa de natureza qualitativa, colaborativa e de abordagem etnográfica, inserida em uma pesquisa-ação maior, fruto de um projeto de cooperação internacional entre Brasil e Itália, envolvendo pesquisadores da Universidade Federal de São Carlos e da Università degli Studi di Perugia (MARCOLINO, 2016).

A pesquisa qualitativa contemporânea reconhecendo a complexidade e multidimensionalidade dos fenômenos relativos ao humano, permite-se sustentar no dinamismo de diferentes metodologias para reunir indícios em torno do fenômeno em foco (BOSI, 2014). Assim, este capítulo versará sobre os múltiplos qualificadores desta pesquisa qualitativa, visando desvelar sua composição metodológica.

Cecilio, Carapinheiro e Andrezza (2014) defendem a importância de assumir, com humildade, a “ignorância” do pesquisador, que poderá ser convertida em saber no decorrer da entrada em campo e na disponibilidade do pesquisador em deslocar-se do seu próprio conhecimento.

É a postura de se colocar diante da incerteza da realidade, do já sabido, de se aventurar na busca de algo novo, não conhecido, que pode caracterizar o não saber do investigador. Tal posição propiciará a descoberta, advinda do próprio trabalho de campo, de novidades que, com o devido e cuidadoso tratamento metodológico, poderão contribuir para a interpretação dos achados e a enunciação de outros e novos conceitos que ajudarão no entendimento do objeto investigado (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014, p. 26).

4.2 A abordagem colaborativa

Esta pesquisa pauta-se na produção de conhecimento de modo compartilhado entre pesquisadores e participantes, no sentido de que todos os atores, a partir do seu universo vivencial, possam contribuir para a condução do seu delineamento, assim como para a composição dos conteúdos da pesquisa.

A pesquisa colaborativa demanda que os processos de reflexão crítica e de produção de conhecimento sejam conduzidos de modo partilhado entre pesquisadores e participantes, a partir do qual, “calcados em decisões e análises construídas por meio de negociações coletivas, tornam-se co-parceiros, co-usuários e co-autores de processos investigativos delineados a partir da participação ativa, consciente e deliberada” (IBIAPINA, 2008, apud SOUZA, MENDES, 2017, p.26).

No que se refere à cooperação entre Brasil e Itália, é importante ressaltar que a pesquisa não pretendeu se configurar como um estudo comparativo. Mas sim, embasado no referencial das Comunidades de Práticas (CoP), buscou-se criar um espaço que favorecesse as trocas entre os participantes do mesmo país (*inside*) e entre um país e o outro (*between*).

Wenger (1998) nos elucida que a CoP se constitui a partir do engajamento mútuo de pessoas em um empreendimento articulado, no qual a negociação de sentidos e o compartilhar e produzir repertórios – conhecimentos, modos de fazer, instrumentos, histórias – são o eixo condutor. A constituição e desenvolvimento de uma CoP implica em um processo de participação ativa que constrói e molda o conhecimento o tempo todo, através do diálogo consigo mesmo e com os demais e encoraja os participantes a refletirem, pesquisarem, analisarem e avaliarem coletivamente suas próprias ações, valores e conhecimentos.

As Comunidades Virtuais de Práticas (CoP) ampliam as possibilidades de participação, pois não limita a interação aos limites geográficos (MARCOLINO, FANTINATTI, GOZZI, 2018). Uma CoP pode ser composta por membros periféricos (iniciantes ou colaboradores) e membros totais (mais experientes), que devem ser compreendidos por uma perspectiva dinâmica e situada, “todos nós somos periféricos ou experientes em alguma coisa”, isto é, temos maior ou menor posse de significados sobre determinada temática ou experiência - característica que potencializa a troca e que pode tornar tal processo enriquecedor.

Além disso, a produção de conhecimento em torno de práticas de cuidado revelam a potência do processo reflexivo para desvelar os saberes implícitos a fim de alcançar uma transformação fruto de uma ação consciente, o que implica muitas vezes desafiar protocolos e normas rígidas que afastam o profissional da saúde de uma atuação significativa e potente. A reflexividade surge como elemento que pode enriquecer o cuidado e que, portanto, deve ser

incentivada na pesquisa, ao possibilitar “decifrar os códigos”, ou seja “considerar juntos a nuvem invisível que permeia a vida cotidiana e a prática cotidiana e, a partir deste local, visualizar novas possibilidades juntos” (KINSELLA, 2012, p. 46).

4.3 A abordagem etnográfica

A fim de conduzir a pesquisa pelo percurso metodológico que melhor dê forma e fluidez às experiências que buscamos investigar, a abordagem etnográfica foi eleita pela sua atenção microscópica de trabalhar com informações de modo situado e relacional. Tal perspectiva possibilita desenvolver um olhar complexo sobre o campo, trabalhando sobre suas contradições e ambiguidades, a partir de conteúdos visíveis e implícitos.

Hammersley e Atkinson (1995) descrevem a etnografia como método de investigação social que busca retratar o cotidiano dos atores, em suas atividades e perspectivas, como forma de compreender os significados que dão forma e conteúdo aos processos sociais. Desse modo, prima pela produção da teoria a partir da prática.

Esses autores localizam o pesquisador em seu papel de observador participante, compreendendo-o como parte do mundo social que pretende investigar, que tem a oportunidade de desconstruir seus preconceitos e aprofundar suas compreensões a partir do processo de adensamento com o campo e do exercício de reflexividade. “Agimos no mundo social e ainda somos capazes de refletir sobre nós mesmos e nossas ações como objetos nesse mundo. [...] Esta não é uma questão de compromisso metodológico, é um fato existencial” (HAMMERSLEY, ATKINSON, 2007, p. 25).

Ao produzir uma análise de processo, o pesquisador acompanha as transformações do campo incorporando os olhares das pessoas com quem entra em relação, de modo a transitar por perspectivas diversas que contribuem para o deslocamento do olhar e para a construção de compreensões plurais sobre os fenômenos, em oposição à univocalidade e à construção de consenso. Em seu processo de análise, a etnografia favorece um momento de extensividade (parte exploratória e descritiva) e de intensividade (condensação, articulação), nas quais afunilam-se os achados de acordo com os objetivos e as escolhas teóricas da pesquisa.

A abordagem etnográfica possui a potência para fazer emergir o conhecimento que normalmente não é compartilhado, por meio da atenção microscópica sobre as práticas (ação dos atores específicos em relações específicas), discursos (assuntos específicos dirigidos a pessoas específicas em situações específicas) e objetos (cadeias de sentido, potência de agenciamento). Capturar os “burburinhos” e “miudezas”, ou seja, os conteúdos que habitam o campo informal da comunicação, não incluídos no discurso oficial, torna emergente conteúdos importantes de serem desvelados para análises mais complexas e profundas da compreensão e interação com o campo.

No caso de uma pesquisa que envolve dois países, a abordagem etnográfica foi eleita por oferecer aportes importantes para trabalhar com os imaginários, as idealizações, a exotividade do outro, de modo a buscar a polifonia, a alteridade, problematizando aquilo que parece óbvio e encontrando as linhas de fuga para ampliar nossa compreensão dos fenômenos.

Nesse contexto, o campo de investigação pode ser material ou imaterial e pode agregar diferentes fontes de dados. Especificamente em relação ao campo virtual, Hammersley e Atkinson (2007) trazem que o desenvolvimento das tecnologias digitais expandiu a concepção de campo na pesquisa etnográfica, levantando novas possibilidades e desafios para as pesquisas. Destacam que no campo virtual “os processos de negociação, interação e formação de identidades também são ‘reais’. Não há distinção fundamental entre ambientes ‘virtuais’ e ‘reais’ em termos sociais, e a pesquisa na era digital precisa levar isso em conta”. (HAMMERSLEY, ATKINSON, 2007, p. 139)

Um instrumento essencial para o desenvolvimento de pesquisas com abordagem etnográfica é o diário de campo. O diário de campo é um dispositivo de intervenção e análise, que possibilita o registro das observações, percepções, angústias e reflexões por parte do pesquisador, assim como é um espaço em que o mesmo coloca à disposição da pesquisa sua subjetividade (NETO, 2004; LIMA, MIOTO, DAL PRÁ, 2007). Possui um caráter descritivo e analítico-reflexivo que permite um distanciamento dos automatismos mentais por meio de um exercício sistemático e rigoroso que une teoria e prática (MARTINS, 2016).

4.4 A escolha do campo

O campo desta pesquisa abarcou o trânsito por múltiplos territórios: os territórios das cidades de Araraquara e São Carlos, mais especificamente os domínios dos serviços de saúde mental; os territórios da cidade de Perugia, no qual estivemos presencialmente, e de Gubbio; os encontros presenciais do grupo brasileiro, realizados nas dependências da Universidade Federal de São Carlos; e os ambientes virtuais nos quais os participantes brasileiros e italianos interagiram.

Por que Araraquara, São Carlos, Perugia e Gubbio?

A escolha do campo tem origem nos vínculos criados na pesquisa precedente a partir da vinda dos antropólogos italianos da região de Perugia para o Brasil com a finalidade de desenvolver a pesquisa “Políticas, cidadania e redes comunitárias de saúde mental: um programa de pesquisa cooperativa e intercâmbio cultural entre a Itália (região de Úmbria) e Brasil (Municípios de São Carlos, Araraquara e outros no Estado de São Paulo)”.

Essa pesquisa, realizada entre 2011 e 2014, fez parte de um programa de cooperação do governo italiano com o governo brasileiro, chamado “Brasil Próximo”. Esse programa, organizado e financiado pelo setor de relações internacionais da região umbra, sustentava o intercâmbio de italianos para algumas cidades brasileiras pré-selecionadas, a fim de colaborar com o desenvolvimento social, tecnológico e científico das mesmas.

Nesse sentido, as cidades de Araraquara e São Carlos foram escolhidas pelo grupo de antropólogos italianos devido ao seu potencial de desenvolvimento científico, já que constituíam um forte pólo universitário envolvendo três grandes universidades públicas brasileiras (UFSCar, USP e Unesp), assim como Perugia que também sediava duas importantes instituições de ensino na região da Umbria, a Università degli Studi di Perugia e a Università per Stranieri.

Um outro fator foi a presença de um pesquisador italiano já inserido nas cidades citadas, que colaborou com as primeiras articulações dos pesquisadores italianos com as instituições de ensino superior e com os serviços de saúde de Araraquara e São Carlos.

4.5 O planejamento da pesquisa

A constituição da CoP, como campo para a pesquisa, operacionalizou-se por meio de um Curso de Atualização em Saúde Mental Comunitária, oferecido como atividade de extensão universitária (PROEX/UFSCAR 23112.002601/2018-22). Tal configuração implicou na produção científica imbricada em um processo de aprendizagem: uma aprendizagem situada em uma comunidade de prática, composta por diversos participantes e seus universos culturais. Desse modo, compreende-se que qualquer construção teórica de novas premissas seja subserviente à prática e decorra da imersão na prática, produzindo reverberações na mesma, de modo a ativar o potencial transformador do fazer científico.

A equipe de pesquisa das universidades foi composta pela coordenadora do projeto, por docentes do Laboratório de Pesquisa em Terapia Ocupacional e Saúde Mental (LaFollia) do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, pelos pesquisadores parceiros da Università degli Studi di Perugia, e por mim, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. A equipe também contou com participações pontuais de dois convidados, uma docente do departamento de Educação da UFSCar e um pesquisador italiano residente em Chicago.

O Curso de Atualização em Saúde Mental Comunitária foi organizado coletivamente, em cinco encontros de planejamento, entre os meses de abril a agosto de 2018. Participaram dessas reuniões as equipes brasileiras e italianas de pesquisadores (em interações virtuais), e também um grupo de profissionais brasileiros que, no desentendimento de que o curso já havia começado, integraram-se à preparação do próprio curso - fato que intensificou a perspectiva colaborativa da pesquisa.

O objetivo dessas reuniões foi compartilhar ideias, definir os referenciais teóricos e os eixos metodológicos da pesquisa, além de pensar estratégias para produção de dados que favorecessem as trocas entre os dois países. Assim, tais encontros versaram sobre o estudo e a discussão dos referenciais teóricos-metodológicos da pesquisa (Epistemologia da Racionalidade Prática, Comunidade de Prática e Identidade, Etnografia e Análise de dados por meio de softwares de pesquisa qualitativa) e sobre como operacionalizá-la.

Nesse processo, alguns questionamentos nos moviam: Quem seriam os possíveis participantes? Qual o nosso campo de pesquisa? São dois campos, pensando-o como campo

físico/território/país, ou se trata de um campo virtual, em que o cuidado em saúde mental une as duas localidades? Que ferramentas virtuais poderíamos utilizar? Como criar pertencimento no espaço virtual para que as trocas fluam e as diferenças culturais não sejam uma barreira? Como criar uma aproximação entre os participantes de modo que o cotidiano dos mesmos possa emergir nas interações? Como mediar a questão do idioma? De que modo essa pesquisa pode ser pensada para ressoar na prática?

O formato projetado para o curso, que será apresentado adiante, também precisou levar em consideração um importante aspecto, desvelado pela participação de um dos profissionais nas reuniões de planejamento: “as pessoas ficam adoecidas porque não têm espaço para discutir a prática”. Nessa direção, a CoP foi sendo pensada como um espaço que pudesse acolher a necessidade de ouvir a própria voz e agregar novas vozes na reflexão sobre como temos exercido ou gostaríamos de exercer o cuidado em saúde mental nos tempos atuais.

Diante disso, foi definido como posicionamento ético-político dos pesquisadores e como princípio da pesquisa que o curso pudesse oferecer um espaço de escuta, reflexão e trocas, comprometido em identificar os recursos pessoais e coletivos dos participantes e respeitar os limites e as formas de participação de cada um. A proposta foi a de constituir um espaço de fortalecimento que se contrapusesse ao cenário de esgotamento referido pelos trabalhadores.

4.6 Os participantes da pesquisa

Nas reuniões preparatórias, definiu-se que além da participação de profissionais e gestores de serviços de saúde mental, usuários e familiares também seriam convidados a participar. A proposta era a de unir as diferentes perspectivas que envolvem a produção do cuidado em saúde mental, e refletir conjuntamente sobre suas dificuldades e potências.

Segundo Presotto et al (2013), experiências internacionais de *recovery* e *empowerment* têm impulsionado a participação de familiares e usuários em pesquisas científicas brasileiras a partir dos anos 2000, não somente como “sujeitos de pesquisa”, mas como “autores do conhecimento produzido na atenção psicossocial”, compartilhando saberes e orientando o

processo investigativo. Portanto, a inclusão de usuários e familiares nessa pesquisa, que se propôs debater formas de cuidar e ser cuidado em saúde mental, foi embasada na necessidade de conhecermos as reflexões, percepções e sentires dessas pessoas a partir de seu lugar de fala (FONTANA, 2017).

Em relação à participação dos profissionais, definimos que seriam convidados os profissionais que estivessem envolvidos diretamente com o cuidado em saúde mental, contemplando *a priori*, trabalhadores de serviços de saúde especializados em saúde mental e da atenção básica.

Estabelecemos, como requisitos para participação, o interesse pelo tema “cuidado em saúde mental no Brasil e na Itália”, a disponibilidade de participar das atividades propostas do curso (encontros presenciais, atividades de campo e virtuais) e a disposição para refletir sobre sua própria prática de cuidado. Não foi definido número mínimo ou máximo de participantes, de modo que o curso pudesse atender a todos os interessados, tanto na Itália quanto no Brasil.

Foi realizado um contato prévio com os gestores de saúde mental dos municípios brasileiros e italianos envolvidos, de modo que ficou acordado que as atividades presenciais e virtuais requeridas pelo curso poderiam ser realizadas em horário de trabalho. Entendemos que essa articulação com a gestão era de extrema importância para possibilitar o acesso dos profissionais ao curso e potencializar as ressonâncias práticas que o curso poderia significar.

4.7 O convite aos participantes e a inserção no campo

Após o contato e convite aos gestores, realizamos o contato com os profissionais de saúde dos serviços especializados em saúde mental e da Atenção Básica de São Carlos e Araraquara: CAPS ad, CAPS ij, CAPS II¹⁶, USF, UBS, NASF, setor de psiquiatria hospitalar, ambulatório de saúde mental adulto, ambulatório de saúde mental infante juvenil.

Os convites para o curso no Brasil foram feitos presencialmente por mim e pela coordenadora do projeto mediante agendamento e visitas na reunião de equipe dos serviços. Nas reuniões, apresentamos a proposta do curso, fizemos uma lista com os possíveis interessados, esclarecemos dúvidas e acolhemos sugestões sobre os melhores dias e locais

¹⁶ Os territórios investigados não contam com serviços territoriais comunitários de hospitalidade integral para crise (Caps-III).

para os encontros presenciais, e também sobre como fomentar a participação de usuários e familiares.

Além disso, também divulgamos convites virtuais pelo aplicativo Whatsapp^R. No que se refere à participação de usuários e familiares, o convite se deu de forma presencial na reunião do Fórum de Saúde Mental de São Carlos e, principalmente, de modo indireto, por meio das equipes dos serviços que se dispuseram a divulgar o curso para usuários e familiares.

Na Itália, esse processo de convite aos participantes foi realizado pelos pesquisadores parceiros da *Università degli Studi di Perugia*, Dalila Ingrande e Massimiliano Minelli, que entraram em contato telefônico e via e-mail com as gestoras da saúde mental de Gubbio e Perugia, com profissionais das instituições de saúde e saúde mental, e membros de associações e cooperativas que desenvolviam práticas de saúde mental comunitária.

Para a participação no curso, utilizou-se um formulário online, disponível no Google Forms^{17R}. Esse formulário continha questões de caracterização dos participantes, dos serviços de atuação, das expectativas sobre o curso e duas questões abertas referentes à experiência de cuidar e ser cuidado. Esse questionário semiestruturado visava produzir dados a respeito das práticas de cuidado exercidas pelas pessoas, e a percepção das mesmas sobre a efetividade deste cuidado, inclusive no que tange às experiências pessoais de ser cuidado. (Figura 1)

Figura 1 – Formulário online de inscrição no curso



A imagem mostra a interface de um formulário online no Google Forms. O cabeçalho do formulário é verde com um padrão geométrico abstrato. No topo, há uma barra de navegação com o título 'ficha de inscrição profissionais', ícones de voltar, favoritos e configurações, e um botão 'ENVIAR'. Abaixo, há uma barra de progresso com 'PERGUNTAS' e 'RESPOSTAS 38'. O conteúdo principal do formulário é branco e contém o título 'Curso de Atualização em Saúde Mental Comunitária' e o subtítulo 'Ficha de inscrição para profissionais'. O texto de boas-vindas informa que o formulário tem 22 questões e leva cerca de 20 minutos para ser preenchido, além de mencionar o termo de consentimento.

¹⁷ O Google Forms é um aplicativo de administração de pesquisas, incluído no pacote de escritório do Google Drive^R, que por sua vez é um serviço de armazenamento de sincronização de informações desenvolvido pela companhia americana multinacional de tecnologia Google.

Fonte: *Print screen* Formulário online, elaborado pela própria autora

4.8 A estrutura do Curso de Atualização em Saúde Mental Comunitária: o projeto maior

O Curso de Atualização em Saúde Mental Comunitária propôs criar um espaço de interação entre trabalhadores da saúde mental, gestores, usuários e familiares, italianos e brasileiros. Seu objetivo foi fomentar a troca de saberes e de experiências a respeito do cuidado em saúde mental, por meio de atividades presenciais e virtuais que pudessem disparar reflexões a partir do contato com uma outra realidade.

Para os objetivos da pesquisa maior, o projeto do curso previu duas etapas. A primeira etapa realizou-se ao longo de quatro meses, de setembro a dezembro de 2018, com três fases de desenvolvimento. Essa primeira etapa contou com a realização de encontros presenciais, atividades virtuais e atividades de campo, buscando fomentar reflexões em torno das seguintes questões: como podemos representar a nossa realidade?; o que queremos aprender com a outra realidade?; o que aprendi/aprendemos com as trocas?

E a segunda etapa foi desenvolvida entre março e dezembro de 2019 e caracterizou-se como uma pesquisa-ação movida pela pergunta: o que queremos transformar na nossa realidade? As pesquisadoras acompanharam os profissionais de um serviço especializado de saúde mental - o CAPS ad - no processo de identificação de necessidades, planejamento de estratégias de intervenção e avaliação processual das ações realizadas, com enfoque em promover a assembleia do serviço como espaço decisional e participativo.

Na sequência, pretende-se apresentar a estrutura do curso, destacando os locais dos encontros presenciais, as ferramentas virtuais utilizadas, e o desenvolvimento das três fases da primeira etapa do curso, com os produtos reflexivos que foram solicitados aos participantes.

4.8.1 Local dos encontros presenciais

Durante a etapa de planejamento, foi oferecida aos participantes a possibilidade de realizar os encontros presenciais nos próprios serviços. No entanto, definiu-se que o local que

sediaria as reuniões da CoP seriam a Universidade Federal de São Carlos, no Brasil, e a *Università degli Studi di Perugia*, na Itália, devido ao seu valor social e ao seu compromisso ético em ser acessível à comunidade.

Para que essa escolha não significasse um impedimento à vinda/participação de usuários e familiares, nos comprometemos em atender possíveis demandas de transporte por meio da verba destinada ao projeto - o que acabou não sendo necessário, dado que não tivemos usuários inscritos entre os participantes brasileiros, e a familiar inscrita custeou seu transporte.

4.8.2 Ferramentas virtuais

A escolha de quais ferramentas virtuais seriam utilizadas foi uma tarefa demorada, na qual o grupo se debruçou a estudar e compreender como tais ferramentas, e quais delas, poderiam favorecer a ampliação da comunicação, base para promover as trocas. Dentre as possibilidades de uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC), optou-se por uma aproximação da proposta de *Estar Junto Virtual* (PRADO, VALENTE; 2002).

Esta perspectiva busca oferecer propostas voltadas para a construção do conhecimento por meio do envolvimento e acompanhamento constantes, a partir dos quais possa acontecer um "processo de um aprender com o outro, por meio de um processo reflexivo, de forma que todos possam pensar sobre seu fazer cotidiano, compartilhando 'no' e 'com' o grupo experiências, dúvidas, hipóteses e avançando na compreensão e sistematização de saberes." (RINALDI, REALI; 2013, p. 179)

Para isso, a estrutura que sustenta as interações precisa ser flexível e adequar-se às necessidades dos participantes, assumindo-se o desafio de decidir processualmente sobre alterações nas ações formativas e investigativas (RINALDI, REALI; 2013). Assim, para a escolha das ferramentas, a equipe de pesquisa optou por aplicativos simples e intuitivos, e que, preferencialmente, fossem de uso cotidiano de muitas pessoas.

Desse modo, optou-se por situar o curso no *Ambiente Virtual de Aprendizagem da UFSCar (AVA)*¹⁸, plataforma virtual onde foram disponibilizadas informações sobre o funcionamento do curso, a composição da equipe de pesquisa, o cronograma de atividades, e as diferentes atividades e materiais para o desenvolvimento das três fases do curso (Figura 2). Todas as informações foram escritas em português e em italiano.

Figura 2 - Página da sala virtual do curso no AVA



Fonte: *Print screen* plataforma virtual, elaborada pela própria autora

Outra ferramenta virtual escolhida foi um *grupo fechado no Facebook*¹⁹ para que os participantes pudessem compartilhar os materiais produzidos acerca da sua própria realidade e interagir com os demais participantes (Figura 3). O uso da ferramenta *Google Tradutor*²⁰ foi amplamente divulgada, solicitando-se que todas as postagens fossem feitas em português e em italiano.

¹⁸ O Ambiente Virtual de Aprendizagem da UFSCar (AVA) (<https://ava.ead.ufscar.br>) funciona com o Moodle, um sistema de gerenciamento da aprendizagem, gratuito e com código aberto (<https://en.wikipedia.org/wiki/Moodle>).

¹⁹ <https://www.facebook.com>.

²⁰ <https://translate.google.com>.

Figura 3 - Página do grupo fechado no Facebook



Fonte: *Print screen* da página Facebook do grupo, elaborada pela própria autora

Além dessas ferramentas, foram criados grupos em aplicativo de comunicação virtual (*WhatsApp*²¹) para otimizar a comunicação entre os participantes, confirmando os horários e locais dos encontros presenciais e a descrição e o prazo das atividades a serem realizadas. Esse meio de comunicação também foi pensado como canal para que os participantes pudessem fazer registros em áudio (*podcasts*) de suas reflexões, podendo compartilhá-los no grupo ou individualmente com as pesquisadoras, recurso que foi utilizado somente na segunda etapa do curso.

Outra ferramenta virtual utilizada foi o *Google Docs*²² que permite que várias pessoas tenham acesso ao documento de texto, além de poder comentar e editar o documento. Na pesquisa, essa ferramenta foi utilizada para que os participantes do curso tivessem acesso às sínteses que a equipe de pesquisa fazia de cada encontro presencial (mais detalhada adiante), e pudessem fazer comentários, com sugestões de inclusões ou modificações no documento, com a finalidade de constituir relatórios que funcionassem como uma narrativa coletiva.

4.8.3 O desenho do curso

²¹ Serviço gratuito de mensagens e serviço de Voz sobre IP (VoIP), de propriedade do Facebook^R (<https://en.wikipedia.org/wiki/WhatsApp>).

²² Google Docs (<https://www.google.com/docs/about/>) é um editor de texto incluído no pacote de escritório de software gratuito oferecido pelo Google^R.

O curso foi organizado em três fases, e cada fase continha três tipos diferentes de atividades: encontros presenciais, atividades de campo e atividades virtuais.

Os encontros presenciais tinham por objetivo possibilitar a interação entre os participantes do mesmo país, fomentando o processo de negociação de significados em torno de temáticas emergentes no próprio grupo, decorrentes do processo de trocas, da realização das atividades virtuais e de campo.

As atividades de campo caracterizaram-se como atividades desenvolvidas nos contextos dos participantes, e que visavam dar maior visibilidade às especificidades da realidade de cada um. Assim, múltiplas metodologias de apreensão da realidade poderiam ser utilizadas, tais como filmagem, gravações de áudio, reflexões coletivas no ambiente de trabalho, produção de textos.

As atividades virtuais constituíram-se como atividades realizadas nos diferentes ambientes virtuais proporcionados pelas ferramentas online utilizadas na pesquisa, como: assistir aos vídeos; postar e comentar no grupo fechado do Facebook; ler e comentar os relatórios no Google Docs.

Fase 1 - Quem somos?

A Fase 1 foi elaborada para comportar um encontro presencial para apresentação dos participantes, discussão inicial sobre as expectativas de participação, e apresentação da proposta da primeira atividade de campo (produção de um vídeo para apresentação de cada realidade) e das primeiras atividades virtuais: a) assistir os vídeos selecionados e produzidos pela equipe de pesquisa para apresentar de forma geral algumas questões sobre a realidade de cada país, e comentar no grupo do Facebook; b) validar o relatório do encontro presencial, após sua elaboração pela equipe de pesquisa.

Para apresentar a realidade brasileira e italiana, de modo geral, foram escolhidos quatro vídeos sobre os sistemas de saúde brasileiro e italiano²³ (Quadro 1) já disponíveis no

²³ Você já ouviu falar bem do SUS?: https://www.youtube.com/watch?v=C2YRU_lvW4Y&list=PLVk6RD13oLXVTSdRRvuwcZqWNPtfklkof&index=2&t=0s; Política de Saúde Mental e Direitos Humanos: <https://www.youtube.com/watch?v=56tOYJqPsMM&list=PLVk6RD13oLXVTSdRRvuwcZqWNPtfklkof&index=2>; Direito à saúde e serviços de saúde: <https://www.youtube.com/watch?v=cKnPgCzkWhI&list=PLVk6RD13oLXVTSdRRvuwcZqWNPtfklkof&index>

Youtube^{R24}. Os vídeos foram postados no AVA, com um arquivo de áudio com a tradução na outra língua.

Quadro 1 - imagens ilustrativas dos vídeos sobre os sistemas de saúde brasileiro e italiano

 <p>#BenfitoriaSérieSUS #RádioTube #Facebook VOCÊ JÁ OUVIU FALAR BEM DO SUS? 159.973 visualizações</p>	 <p>Política de Saúde Mental e Direitos Humanos 37.622 visualizações · 2 de set de 2016</p>
<p>Vídeo sobre as potencialidades do SUS</p>	<p>Vídeo sobre a reforma psiquiátrica brasileira e a defesa dos Direitos Humanos.</p>
 <p>Diritto alla salute e servizi sanitari 8.042 visualizações · 19 de out de 2012</p>	 <p>40 Anni di Servizio Sanitario Nazionale: i punti di forza e le criticità della legge 3.957 visualizações · 20 de abr de 2018</p>
<p>Vídeo do percurso de uma usuária na rede de serviços do sistema de saúde italiano.</p>	<p>Vídeo de avaliação do sistema de saúde italiano após 40 anos de implantação.</p>

Fonte: elaborada pela própria autora

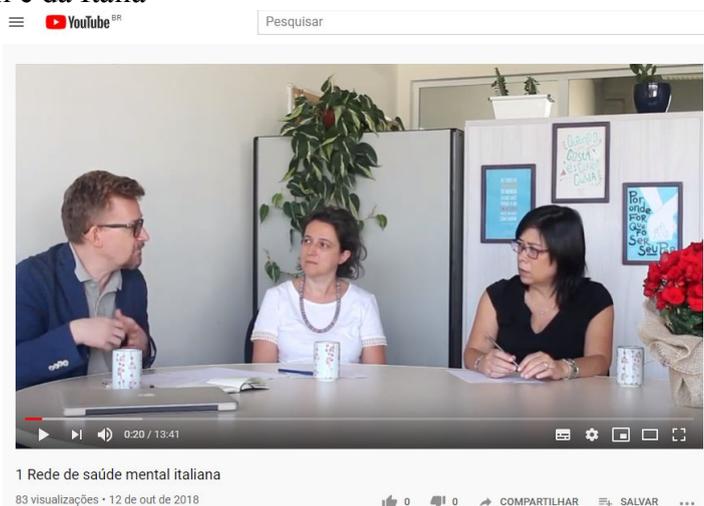
Além desse material, produzimos um vídeo no qual pesquisadores, da equipe de pesquisa com inserção nas duas realidades, puderam apresentar pontos de intersecção e de relevância nas duas realidades: 1) a rede de saúde mental italiana, 2) a rede de atenção psicossocial brasileira, 3) a presença do hospital psiquiátrico no Brasil, 4) o cooperativismo

≡3; 40 anos do Sistema de Saúde italiano: os pontos de força e as problemáticas da lei: <https://www.youtube.com/watch?v=5g31gEgBzml&list=PLV6k6RD13oLXVTSdRRvuwcZqWNPtfklkof&index=4>.

²⁴ Youtube é um sítio eletrônico gratuito para compartilhamento de vídeos (<https://en.wikipedia.org/wiki/YouTube>)

social e a economia solidária na saúde mental brasileira e 5) a política de saúde mental brasileira e italiana na atualidade (Figura 4).

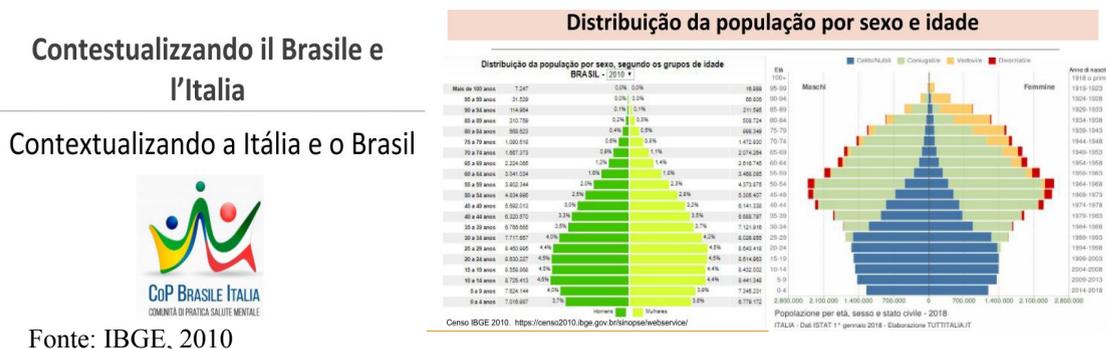
Figura 4 – Vídeo produzido pela equipe de pesquisa sobre temas relacionados à saúde mental do Brasil e da Itália



Fonte: elaborado pela própria autora

Outro material elaborado, foi uma apresentação em slides contemplando a questão da extensão territorial, perfil sócio-demográfico e epidemiológico, políticas de saúde mental e rede de serviços dos dois países (Figura 5).

Figura 5 – Slides sobre o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, políticas de saúde mental e rede de serviços do Brasil e da Itália



Fase 2 - O que queremos aprender com a outra realidade?

A Fase 2 constava de um novo encontro presencial para discussão da experiência de produção do vídeo de apresentação da sua realidade e das reflexões provenientes do material postado pelos colegas do outro país. Esse encontro presencial também teve por objetivo elencar questões de aprendizagem a serem encaminhadas para os participantes do outro país. A atividade de campo dessa fase constituiu-se em responder as questões que o grupo do outro país encaminhou. As atividades virtuais abarcavam: a) postar o material elaborado em resposta às questões dos colegas do outro país; b) assistir ou ler o material que os participantes do outro país encaminharam em resposta; c) validar o relatório do encontro presencial, após sua elaboração pela equipe de pesquisa.

Fase 3 - O que aprendi/aprendemos com as trocas?

Na terceira fase, um novo encontro presencial estava previsto para discussão da experiência do curso. A escrita de uma narrativa sobre o processo vivido e a validação do relatório do encontro presencial foram as atividades virtuais elaboradas.

4.9 Instrumento de produção dos dados

A produção de dados se deu nos serviços de saúde e outros territórios das cidades de Araraquara, São Carlos, Perugia e Gubbio, e nos espaços presenciais e virtuais da Comunidade de Práticas, e contou com os seguintes instrumentos:

- 1) Formulário online de inscrição no curso.
- 2) Os materiais informativos, narrativos e audiovisuais produzidos pelos participantes para apresentar suas respectivas práticas de cuidado e compartilhados no facebook.
- 3) Os relatórios coletivos dos encontros presenciais, produzidos pelas pesquisadoras com colaboração dos participantes.
- 4) O diário de campo da pesquisadora, que acompanhou todo o processo da pesquisa.

4.10 Aspectos éticos da pesquisa

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar²⁵, sob o número de parecer 2.538.858.

Os participantes eram livres para encerrar a participação em qualquer momento como especificado no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 1). Mas por se tratar também de um curso de atualização, definimos que a certificação seria dada aos que participassem de, no mínimo, 75% das atividades propostas.

Como a pesquisa previa que os participantes fizessem um registro em fotos ou vídeos sobre a sua realidade, distribuimos aos profissionais termos de cessão de imagem que deveriam ser assinados pelos usuários dos serviços de saúde (caso participassem dos vídeos) declarando seu consentimento em aparecer nas fotografias e filmagens.

Também foi acordado com todos que os materiais produzidos pelos participantes e compartilhados ao interno dos espaços virtuais da CoP não seriam publicados fora deste espaço, por questões de sigilo e privacidade.

Todos os nomes apresentados nesta dissertação são fictícios. As instituições são citados somente na caracterização dos participantes da pesquisa e aparecem de forma generalizada ao longo da dissertação.

4.11 Análise dos Dados

Os dados foram organizados e analisados por meio do software NVIVO, cujo uso é indicado no caso de pesquisas que envolvem numerosos e variados tipos de dados, como áudios, imagens, vídeos e textos, pois ele oferece condições de criar um mapa em que os materiais da pesquisa podem ser acessados e integrados com facilidade (GUIZZO, KRZIMINSKI, OLIVEIRA, 2003; SEAWRIGHT, 2016).

²⁵ O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar regulamenta a participação dos participantes brasileiros, sendo que a participação dos participantes italianos está sujeita à avaliação do comitê de pesquisa correspondente na Itália.

Após uma primeira fase de inserção e organização dos materiais – que já implica o início do processo de análise dos dados – cada material é analisado individualmente seguindo as prerrogativas da Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010). Os conteúdos escritos/narrativos foram subdivididos em trechos de acordo com seu conteúdo e cada trecho foi nomeado com temas descritivos que sintetizam a ideia ali contida.

Para a análise dos dados desta pesquisa, a nomeação dos temas priorizou a estrutura “agente + ação + objeto”, conservando as palavras e conceitos-chaves expressas pelos próprios participantes, de modo a promover uma leitura dos dados com forte conexão com o campo. Esse processo também foi realizado com os materiais audiovisuais, de modo a individualizar períodos dos vídeos e dos áudios e nomeá-los.

Ao final, esses temas, provenientes de diferentes materiais, foram agrupados e reorganizados de modo a compor grandes categorias.

A primeira etapa da análise dos dados contemplou a descrição do desenvolvimento do curso e das dinâmicas ao interno da CoP, e a segunda, mais reflexiva, deu-se por meio de uma articulação dos temas visando elucidar as similaridades e particularidades do cuidado em saúde mental, atentando para seus desafios e potências.

Portanto, a segunda etapa de análise requereu um novo tratamento nos dados, possibilitando reagregar os temas sob direcionamento dos objetivos da pesquisa e buscando trabalhar as categorias a partir dos nós, ou seja, dos pontos de tensões emersos, os quais mobilizaram os participantes e as pesquisadoras.

Portanto, foi adotado a perspectiva de identificar as tensões e a partir da descrição situacional das mesmas, compondo um olhar móvel sobre elas, agregando e transitando entre as diferentes perspectivas provenientes de diferentes sujeitos e fontes de dados. Desse modo, a partir do deslocamento do olhar, buscou-se compor uma análise complexiva que permitisse realçar as associações e reflexões produzidas a partir da interação entre os participantes.

4.12 Apresentação dos resultados

Os resultados serão apresentados em três capítulos. O primeiro deles, quinto capítulo, abarcará resultados descritivos do processo, incluindo o início da inserção no campo, com os

convites aos potenciais participantes do curso nos diferentes espaços; a caracterização de quem se inscreveu para o curso; e o transcorrer da primeira etapa do curso.

O sexto capítulo é mais analítico e versa sobre o conteúdo das interações na CoP, com destaque para o imaginário, dos brasileiros sobre a Itália e dos italianos sobre o Brasil, e suas transformações no aprofundamento das trocas.

O sétimo apresenta as similaridades, singularidades e paradoxos em relação ao cuidado em saúde mental nas duas realidades.

Por fim, o oitavo capítulo apresenta as relações da Saúde Mental Global com as localidades brasileiras pesquisadas, identificando situações de colonialidade e iniciativas decoloniais.

5 A PESQUISA EM AÇÃO: CONVITES, EXPECTATIVAS E PROCESSO

5.1 A inserção no campo: os convites

As visitas às reuniões de equipe dos serviços se seguiram durante todo o mês de junho e início de julho de 2018.

Depois de algumas tentativas, percebi que era interessante iniciar minha fala perguntando quem da equipe tinha conhecido os “antropólogos italianos”. Desse modo, consegui mapear minimamente os circuitos constituídos por Massimiliano, Dalila, Michelangelo e Laura no período em que estiveram aqui, o que também me possibilitou identificar como a pesquisa realizada por eles ressoava atualmente na nossa, principalmente no que tange ao grande interesse dos profissionais em participar do curso.

Nas equipes cujos membros conheciam os antropólogos, havia uma certa euforia em participar e uma preocupação em garantir vaga, que não se diluiu mesmo quando expliquei que não se pretendia fazer seleção dos participantes e que o curso visava contemplar a todos. Alguns conflitos também emergiram nesse momento, como o descontentamento de alguns membros das equipes a respeito do repasse realizado pelos profissionais que tiveram a oportunidade de ir para a Itália sob financiamento da pesquisa precedente. Entretanto, mesmo evocando antigas tensões, elas pareceram ser mobilizadoras para a participação no curso.

Ainda que superficialmente, foi possível apreender algumas dinâmicas que permeavam o cotidiano de trabalho dos serviços visitados que, no entanto, viviam um momento de ruptura da dimensão habitual da rotina provocada pelos jogos da copa mundial de futebol. Esse fato gerava novos conteúdos para as reuniões de equipe, que tentavam construir um calendário provisório de trabalho diante da imprevisibilidade das partidas de futebol, e também por um clima de esvaziamento nos serviços nos períodos que precediam algum jogo.

Percebo que as reuniões de equipe são os bastidores da produção do cuidado e revelam aspectos da relação entre as pessoas e delas com objetos, como o relógio de ponto do ambulatório, citado algumas vezes pelos trabalhadores como elemento opressor do trabalho.

Repasso os passos de Massimiliano e Dalila e me pergunto que impressões tiveram... e reconheço que a sensação de ser bem-vinda neste lugar vem dos vínculos que eles construíram.

5.2 A formação dos grupos

Após o levantamento inicial dos interessados por meio do convite aos serviços e via Whatsapp, retomamos os contatos em agosto e enviamos por email um link de inscrição para o curso, no formato de um formulário google, contendo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLR) e o questionário semiestruturado.

Importante ressaltar que o uso do Whatsapp como meio de divulgação acabou agregando ao curso pessoas que não trabalhavam em serviços especializados de saúde mental e na atenção básica, mas cuja atuação estava vinculada ao cuidado em saúde mental. Assim, por exemplo, docentes e servidores técnico-administrativos da universidade, envolvidos com a questão da saúde mental universitária, puderam se juntar ao grupo.

Os pesquisadores italianos consideraram mais adequado propor as questões do questionário semiestruturado em forma de diálogo durante o primeiro encontro presencial italiano. Eles avaliaram que uma aproximação virtual anterior ao encontro presencial, nesse primeiro momento do curso, poderia não ser convidativa para os participantes italianos, podendo distanciar aqueles que não possuíam muito manejo com as tecnologias. Já no contexto brasileiro, os formulários do google são mais usuais e contávamos com uma grande motivação e curiosidade dos participantes em darem continuidade à interação com os famosos “antropólogos italianos”.

No Brasil devido ao grande número de inscritos e à nossa preocupação em proporcionar tempo e espaço para fomentar uma interação de qualidade entre os participantes, oferecemos a possibilidade das pessoas se dividirem em duas turmas, de acordo com a disponibilidade em participar dos encontros presenciais. Para isso, incluímos no formulário google uma questão que possibilitou a escolha do melhor dia para participarem dos encontros: o grupo A, com reuniões mensais às terças à tarde, e o grupo B, às quartas de manhã. Na Itália, formou-se apenas um grupo, o grupo C, que se reunia às quartas pela manhã.

5.3 Caracterização dos participantes

No Brasil, 38 pessoas se inscreveram para participar da pesquisa, respondendo ao questionário online (formulário de inscrição), mas somente 29 participaram da CoP, sendo 23 do gênero feminino e 6 do gênero masculino; 9 participantes de Araraquara e 20 de São Carlos.

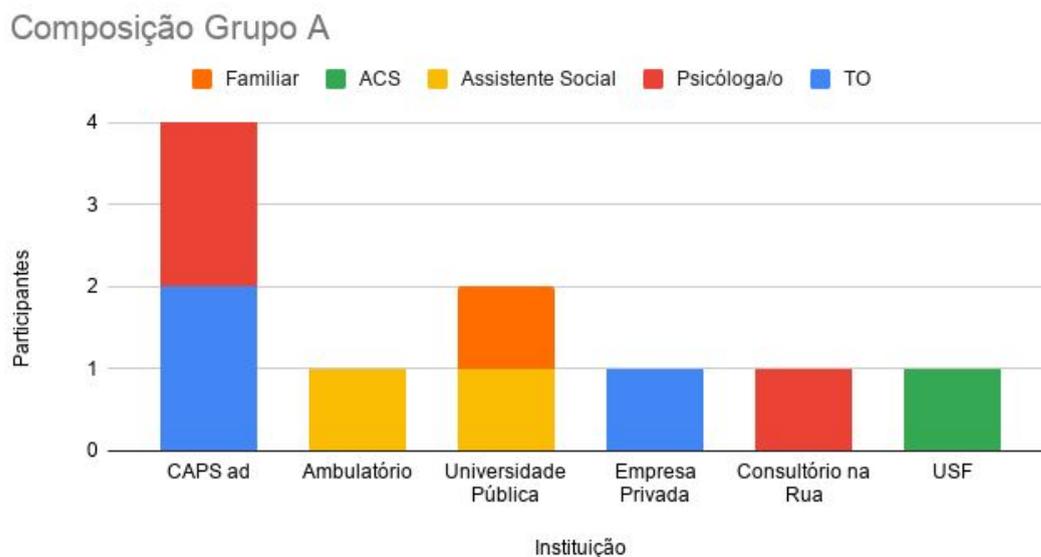
Os participantes foram: 1 familiar, 22 profissionais e 6 gestores, sendo 2 eram gestoras da coordenação de Saúde Mental dos municípios e 4 supervisores dos serviços. Os profissionais e gestores compuseram um grupo com 12 psicólogos, 8 terapeutas ocupacionais, 4 assistentes sociais, 1 agente comunitária de saúde, 1 médica psiquiatra e 2 enfermeiras, sendo que uma delas, embora tivesse concluído sua formação de nível superior, exercia a função de técnica de enfermagem.

Os participantes foram originários das seguintes instituições:

- Araraquara: CAPS II, Centro de Referência Ambulatório de Saúde Mental do Adulto (CRASMA), gestão da saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde.

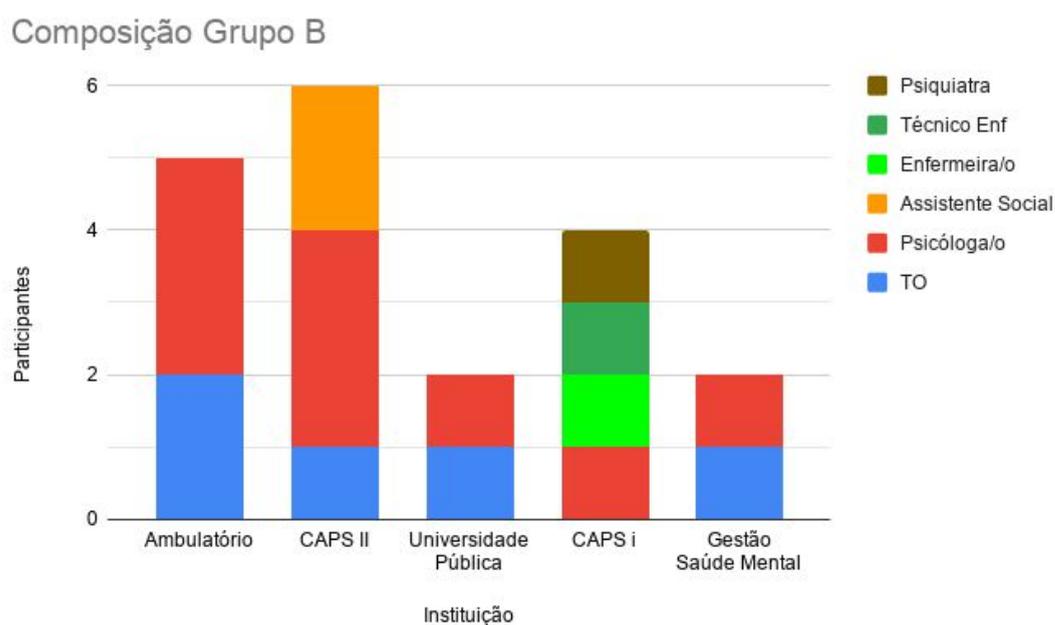
- São Carlos: CAPS II, CAPS ad, CAPS i, empreendimento econômico solidário Recriart, Consultório na Rua, Ambulatório Médico de Especialidades, Universidade de São Paulo, Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Liga da Leitura da UFSCar, Unidade de Saúde da Família (USF), setor de Saúde do Colaborador de empresa privada, clínica de internação involuntária, Seção de Apoio em Saúde Mental do Departamento de gestão e cuidado ambulatorial da prefeitura municipal.

O grupo A foi composto por 10 participantes (Gráfico 1), sendo 2 terapeutas ocupacionais e 2 psicólogas de um CAPS ad, 1 assistente social de um serviço ambulatorial, 1 assistente social que trabalha na assistência à saúde do corpo universitário de uma universidade pública, 1 terapeuta ocupacional que trabalhava com saúde do trabalhador em dependência química em uma empresa privada e em uma clínica de internação involuntária, 1 psicólogo de um Consultório na Rua, 1 agente comunitária em saúde e 1 familiar.

Gráfico 1 - Composição do grupo A

Fonte: elaborado pela própria autora

O grupo B, com 19 participantes (Gráfico 2), reuniu 2 terapeutas ocupacionais e 3 psicólogos de um serviço ambulatorial; 2 assistentes sociais, 3 psicólogos e 1 terapeuta ocupacional de um CAPS II; 1 psicóloga de um serviço de assistência em saúde mental à comunidade ao interno de uma universidade pública; 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 1 psiquiatra e 1 psicólogo de um CAPSi, 1 terapeuta ocupacional gestora da saúde mental do município de São Carlos; 1 psicóloga gestora de Saúde Mental do município de Araraquara; e 1 terapeuta ocupacional voluntária em projetos de saúde mental de uma universidade pública.

Gráfico 2 - Composição do grupo B

Fonte: elaborado pela própria autora

Na Itália, formou-se um grupo com 31 participantes, sendo 20 do gênero feminino e 11 do gênero masculino. Participaram: 1 familiar, 1 pessoa da comunidade, 4 estudantes de psicologia (dentre essas 6 pessoas, 3 eram voluntárias de associações), 4 integrantes do Grupo de Ouvidores de Vozes, 21 profissionais, dentro os quais 5 eram gestores (2 gestoras da saúde mental dos municípios e 3 supervisores de serviço). Entre as profissões representadas tivemos: 5 operadores sociais, 2 educadoras, 4 enfermeiros, 1 psicóloga, 2 assistentes sociais, 2 médicos generalistas e 5 psiquiatras.

Os participantes foram originários das seguintes instituições: Universidade, Departamento de saúde mental (responsável pela gestão da rede de serviços de saúde mental); serviços de saúde mental adulto e serviço psicológico para jovens (os quais funcionam na estrutura do *Centro di Salute Mentale*); estruturas residenciais e propostas habitativas

(*Comunità Terapeutico Riabilitativa, gruppo famiglia, gruppo appartamento*); serviços semi-residenciais (*Centro di Accoglienza Diurno e Unità di Convivenza*); serviço de pronto atendimento (*guarda medica*); serviço de saúde voltado para a atenção básica (*Centro di Salute²⁶ e medico di base*); serviço para tratamento de dependência química (*Servizi per le Tossicodipendenze*); projetos de inserção social e de promoção de bem-estar às pessoas com sofrimento mental (associações de usuários e familiares experts²⁷ e cooperativas); grupo de Ouvidores de Vozes²⁸.

Apesar da composição da rede institucional de saúde mental italiana ter uma certa similaridade com a brasileira, a questão da participação de usuários e familiares italianos deu-se de forma mais numerosa, devido à existência de associações e cooperativas que desenvolvem um trabalho de participação social junto a usuários e familiares.

O nosso contato com o grupo C, italiano, ocorreu por meio da mediação com os pesquisadores parceiros da *Università degli Studi di Perugia*, Massimiliano e Dalila, em contatos constantes por meio de emails, mensagens via Whatsapp, reuniões virtuais e relatórios dos encontros. Nesse processo, buscou-se conhecer quais dinâmicas se estabeleceram, quais temas emergiram de suas discussões, como se dava o envolvimento dos participantes com as atividades propostas e demais atualizações que julgássemos importante. Além disso, no último encontro presencial do grupo C, pudemos estar presente, Taís e eu, devido à nossa presença na Itália para fins de pesquisa e cooperação.

5.4 Expectativas sobre o curso

As expectativas dos participantes sobre o curso foram analisadas a partir das informações colhidas por meio do questionário de inscrição no curso e por meio das falas dos participantes durante o primeiro encontro presencial.

Sobre os participantes italianos, enquanto alguns ainda não tinham uma ideia clara sobre o curso e esperavam descobrir no seu decorrer, outros chegaram animados e cheios de expectativas: “espero muito desse projeto!”. Grande parte dos participantes esperavam que o

²⁶ <http://www.uslumbria1.gov.it/servizi/centri-di-salute>

²⁷ <http://www.lefatichediercole.it/index2.htm>

²⁸ que não se reconhecem necessariamente como usuários de saúde mental, mas como pessoas que possuem em comum experiências de ouvir vozes, independente da explicação causal que cada um atribui.

curso significasse uma oportunidade de sair da rotina, da pressão do trabalho, da ação sem reflexão, para ter um espaço não rígido e não institucional de trocas, no qual fosse possível suspender a dimensão habitual do cotidiano para questionar a própria prática, colocando em reflexão o próprio ponto de vista a partir do estranhamento produtivo gerado pelo contato com realidades diversas, seja com o Brasil ou com a realidade dos colegas locais.

Muitos também manifestaram o interesse na possibilidade de contar a própria história para um interlocutor externo, dando destaque às transformações políticas em curso que têm reconfigurado a saúde mental italiana, com expectativas de que o processo de contar “possa construir uma transformação de consciência que impacte o nosso agir”. Para além do que se poderia aprender com o outro país, os participantes também referiram interesse de conhecer e se aprofundar na composição e funcionamento da rede de cuidado local, com a expectativa de que o próprio curso pudesse fomentar as conexões dessa rede.

No que tange ao grupo brasileiro, existia um grande interesse no curso diante da possibilidade de interagir com a Itália, dado o seu papel de referência para a nossa reforma psiquiátrica, e pela possibilidade de conhecer práticas inovativas que se contrapusesse aos modelos tradicionais de cuidado. O desejo de aprimorar a prática profissional e aumentar a articulação com os diferentes pontos da rede a fim de melhorar a oferta de cuidado também apareceu como uma expectativa frequente, inclusive no sentido de que o curso pudesse significar uma construção coletiva que amparasse práticas profissionais menos solitárias.

5.5 O transcorrer do curso

Os encontros presenciais tiveram aproximadamente três horas de duração cada um. Foram realizados em frequência próxima a vez por mês, nas dependências da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no Brasil, e na Università degli Studi di Perugia (UniPG), em Perugia. Os encontros aconteceram de forma assíncrona entre os dois países, ou seja, cada grupo se reunia presencialmente de forma separada e depois compartilhava suas percepções e reflexões com os outros grupos por meio das ferramentas virtuais disponibilizadas.

Os encontros presenciais foram gravados com registrador de áudio com permissão dos participantes, e possuíam a seguinte estrutura: a) Apresentação da proposta pelas

pesquisadoras; b) Amplo momento para discussão entre os participantes; c) Espaço de negociação coletiva, no qual o grupo buscava definir como desenvolver as atividades virtuais e de campo previstas. Todas as reuniões contaram com um momento inicial no qual as pesquisadoras traziam um elemento disparador da discussão (apresentação, vídeo, reflexão), no entanto a maior parte do tempo era dedicada às trocas entre o grupo.

O primeiro encontro presencial contou com a apresentação da pesquisa/curso, assim como uma contextualização sócio demográfica e sanitária dos dois países preparada pelos pesquisadores. Na sequência, abrimos espaço para discussão, no qual os participantes expuseram suas expectativas e interesses em compor o curso e suas curiosidades e imaginário sobre o outro país. Por fim, foi combinado como cada grupo apresentaria sua prática de cuidado ao outro país, acordando a possibilidade de utilizarem mais de uma forma de registro (foto, narrativa ou vídeo) e estipulando o prazo da entrega.

Para que os participantes se conhecessem entre si, o grupo A e o grupo B realizaram um vídeo em que cada um se apresentava para o grupo italiano²⁹, que por sua vez se apresentou por meio de uma foto com os membros do grupo. No fim da primeira reunião do grupo B também foi possível fazer uma chamada online com a Itália, que estava iniciando sua reunião, dado a diferença de fuso horário de quatro horas.

Sobre as combinações para a apresentação da realidade brasileira, o grupo A levantou questionamentos: mostrariam a rede de cuidado como um todo, incluindo as redes informais, ou a rede institucional?; apresentariam os serviços aos quais pertencem ou os serviços que compõem a rede da cidade?; fariam um único registro ou um registro mais coletivo, por grupos? Assim, a reflexão sobre como apresentar nossa realidade se desenrolou a partir da pergunta “o que eu gostaria que fosse mostrado na Itália?”. E uma das participantes foi categórica, “eu quero ver o fluxo, o movimento, queria um vídeo narrado, concreto, como as pessoas chegam, o que acontece”. Também sugeri de apresentarmos somente os serviços das pessoas que estão presentes aqui, “porque falar de um serviço que a gente não está inserido para apresentar para um outro país, corre o risco de cometermos alguma gafe...”

Portanto, decidiram que o grupo poderia usar e misturar vários recursos, de modo que a maioria decidiu pelos vídeos, dois trabalhadores disseram se sentir mais à vontade para

²⁹ Fizemos uma brincadeira de traduzir para o italiano como cada um gostaria de se apresentar e depois de um tempo de treinamento da pronúncia gravamos o vídeo.

usarem fotos e, por fim, as pesquisadoras combinaram de ajudar Adelaide, uma familiar, a fazer um depoimento em forma de áudio sobre sua experiência de cuidar no âmbito da sua família.

O próprio grupo se regulou, considerando as possibilidades, chamando a atenção para o que era viável, e atentos em envolver Adelaide, já que ela não apresentaria um serviço, mas a sua experiência de cuidado a partir do lugar de familiar.

Quanto ao grupo B, o maior entrave foi se cada equipe apresentaria o seu serviço ou se apresentariam a rede de cada cidade. O grupo tentava definir junto o que seria melhor, mas percebi que na opinião dos participantes apresentar a rede emergia como algo mais adequado e fidedigno a se fazer. Intervi no sentido de que não existe uma opção mais acertada do que a outra e que optar por apresentar somente cada um o seu serviço não tinha menos valor do que apresentar a rede, mas que era justamente apresentar algo que está mais próximo a nós, que é a própria experiência. Desse modo, o grupo B decidiu apresentar cada participante o seu serviço, podendo variar o uso dos recursos.

Em relação ao grupo C, italiano, várias perguntas foram sendo colocadas na tentativa de conduzir o processo de decisão sobre o que apresentar. Houve uma discussão sobre o desafio de apresentar uma saúde mental respeitando a pluralidade de sujeitos ali presentes, nesse sentido a pergunta “quem somos?” pareceu ser muito vaga. Apresentar o panorama institucional também foi uma possibilidade levantada.

A discussão então girou em torno da pergunta “o que fazemos?” e “quais são nossas práticas exemplares?”. No entanto, essa última ideia foi contraposta com a discussão de que as boas práticas são sempre situadas e não generalizáveis. Por fim, decidiram apresentar a rede considerando suas tensões e incluindo as conexões informais que se dão para além do âmbito da saúde, enfatizando qual o capital social que cada um, como profissionais e principalmente como pessoas, traz para o cuidado.

A escolha dos registros também contemplou narrativas, fotos e vídeos.

O período que se seguiu foi destinado à produção dos materiais pelos participantes e a um intenso trabalho de tradução e legendamento por parte das pesquisadoras, no qual o conteúdo foi traduzido e revisado pelos pesquisadores bilíngues, e, por fim, inseridos no

grupo do Facebook, cabendo aos participantes visualizarem os materiais produzidos pelos colegas, fazerem comentários e esclarecerem possíveis dúvidas.

O segundo encontro presencial reservou um tempo inicial para assistir os materiais produzidos pelos participantes do outro país, a fim de que servissem como disparador da discussão e de modo a garantir que todos pudessem partir de um ponto comum. Foram compartilhados 15 materiais audiovisuais por parte dos participantes italianos no grupo fechado no Facebook, sendo 8 vídeos, 2 textos narrativos, 2 registros fotográficos e 3 folhetos de divulgação de eventos locais, sob a temática da saúde mental comunitária, nos quais os participantes estavam envolvidos. No Brasil, foram compartilhados 10 vídeos e 2 documentos informativos sobre os serviços (Apêndice 2).

Após assistir os produtos, partimos para um momento de discussão, no qual foi possível compartilhar as impressões sobre os materiais e elaborar reflexões e questões sobre temas que o grupo sentiu necessidade de maior aprofundamento. Ao fim do encontro tínhamos uma lista de perguntas elaboradas por cada grupo sobre a outra realidade (Apêndice 3). Coube à equipe de pesquisa sistematizar as perguntas, agrupando as que foram produzidas pelos grupos brasileiros (A e B), destacando as questões de maior interesse para o grupo, e traduzindo-as para o outro idioma.

Feito isso, o documento com as perguntas brasileiras foi enviado ao grupo italiano enquanto o documento com as perguntas italianas foi enviado ao grupo brasileiro, a fim de que os participantes pudessem ler e selecionar as questões que gostariam de contribuir com a resposta, considerando o interesse manifestado pelo outro país. Esclarecemos que o objetivo não era responder a todas as perguntas, mas nos aprofundarmos em algumas, de modo que aquelas que fossem mais pontuais pudessem ser postadas e respondidas pelo Facebook.

No Brasil, optamos por organizar um *encontro presencial extraordinário* a fim de oferecer a oportunidade para que as perguntas fossem respondidas coletivamente, de forma que o processo de refletir e construir as respostas também fosse realizado em grupo, articulando os diferentes olhares e fomentando novas reflexões. A presença, nesse encontro, foi opcional e as pessoas que não puderam vir, enviaram suas contribuições virtualmente.

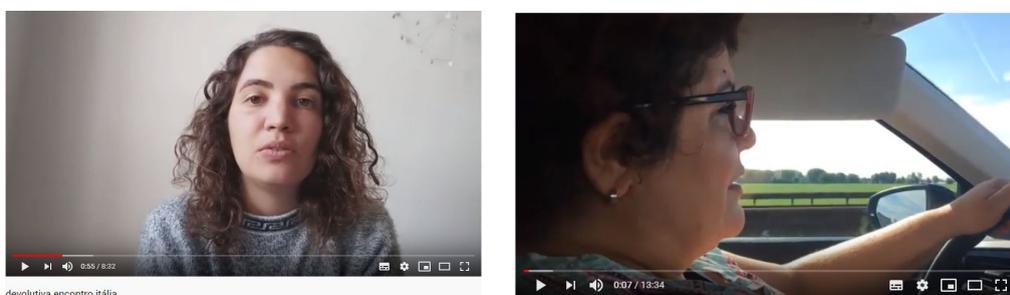
Esse encontro unificou os dois grupos brasileiros, que se dividiram em mini grupos para responderem às questões sobre as quais sentiam maior propriedade, de acordo com a

experiência prática de cada um. Finalizado o processo de resposta, as pesquisadoras fizeram a tradução do documento e enviaram para os participantes do outro país.

O *último encontro presencial*, portanto teve como objetivo discutir as respostas obtidas e fazer uma avaliação do curso.

Vale ressaltar que no decorrer dos encontros também foram compartilhados alguns vídeos-síntese, produzidos pela equipe de pesquisa, que tinham como finalidade mediar a comunicação entre o grupo italiano e brasileiro, articulando as discussões que estavam ocorrendo nos dois países, que inclusive já compunham a análise processual dos dados.

Figura 6 - Vídeos-síntese produzidos pela equipe de pesquisa



Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 2 - síntese do andamento do curso em suas fases

	ETAPA PREPARATÓRIA
	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição da equipe de pesquisadores - Fundamentação teórico-metodológica e posicionamento ético-político da pesquisa - Escolha das ferramentas virtuais - Inserção no campo: visitas aos serviços e convite aos participantes
1ª	1º ENCONTRO PRESENCIAL: <i>quem somos?</i>
F A S E	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da pesquisa/curso - Apresentação dos dados sociodemográficos e epidemiológicos, políticas de saúde e redes de saúde mental dos dois países - Discussão das expectativas sobre o curso e imaginários sobre a Itália - Acordos sobre como apresentar a própria realidade (atividades de campo e virtual) - Produção de vídeo de apresentação dos participantes brasileiros ao grupo italiano
	2º ENCONTRO PRESENCIAL: <i>o que queremos aprender com a outra realidade?</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Visualização dos materiais produzidos pelos participantes italianos e discussão entre o grupo - Elaboração de perguntas aos colegas italianos com finalidade de aprofundar as temáticas de maior interesse
	3º ENCONTRO PRESENCIAL (extraordinário)
	<ul style="list-style-type: none"> - Produção coletiva (grupo A e B) das respostas às perguntas elaboradas pelo grupo italiano
	4º ENCONTRO PRESENCIAL: <i>o que aprendemos com as trocas?</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura e discussão sobre as respostas italianas às perguntas brasileiras - Avaliação do curso
2ª	<i>O que queremos transformar na nossa realidade?</i>
F A S E	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões presenciais com duas equipes de serviços de saúde mental para elaboração e implantação de um plano de intervenção, a partir das necessidades identificadas na 1ª fase da pesquisa

5.6 Nota sobre a relação com as ferramentas virtuais

Embora o uso de ferramentas virtuais tenha sido compreendido como oportunidade de sustentar um contato contínuo com a Itália e de fazer uso mais propositivo das mídias sociais, no início, gerou insegurança e resistência inicial por alguns participantes, ou por não aderirem às mídias sociais ou mesmo por ser o primeiro contato com algumas das ferramentas virtuais.

Aos participantes que demonstraram menor manejo com as tecnologias, as próprias equipes se disponibilizaram a auxiliá-los, levantando a possibilidade de assistirem os vídeos juntos ou compartilhando a conta no Facebook para os que não tinham. Durante as negociações sobre o uso das tecnologias foi importante ressaltarmos que cada um poderia decidir o modo no qual iria interagir nos ambientes virtuais, se iria acompanhar de modo mais contínuo ou se iria separar um momento específico da rotina para concentrar as atividades. Era importante que cada um se sentisse à vontade para criar o seu modo de participar e de interagir com as ferramentas virtuais, inclusive deixamos aberta a possibilidade de sugestões de novas ferramentas ou modulações no uso das ferramentas sugeridas.

Duas profissionais destacaram que o uso do grupo fechado do facebook com a finalidade de promover a interação entre Brasil e Itália era uma oportunidade de potencializar o uso dessa ferramenta, no sentido de garantir uma circulação de informações mais cuidadosa – respeitando a privacidade dos membros do grupo –, e também produtiva, em relação ao conteúdo dessas informações, que segundo elas, contrastavam com as notícias desanimadoras referentes ao cenário atual pré-eleições. Em relação a isso, uma outra participante falou da dificuldade de permanecer no Facebook pelas questões políticas do país, mas que decidiu manter pelo curso.

A primeira que se manifestou foi Magda dizendo que pra ela essa interação virtual parecia bastante desafiadora e enigmática, por considerar que os encontros presenciais proporcionam riquezas que não podem ser vivenciadas num ambiente virtual, mas reconheceu o ambiente virtual como uma possibilidade de fomentar trocas que não aconteceriam de outro modo, já que não temos recursos para proporcionar uma viagem à Itália, disse ela. Referiu que as tarefas da CoP “deixam a gente mais ativo”, pois o processo de planejar, fazer os vídeos é um modo de mobilizar o serviço e gerar trocas, com a possibilidade de envolver familiares e usuários. Enfim, declarou-se, de modo bastante entusiasmada, estar aberta para experimentar. (Trecho do 1º relatório presencial)

No início, depois que vocês apresentaram como seria o curso, a minha vontade era de sair correndo! Por mais que eu tenha acesso à internet, assusta, porque fiquei imaginando o tempo que eu teria que usar pra aquilo. Mas aí foi mais tranquilo.

Quanto mais a gente puder aproveitar esses espaços de juntar pesquisa com atuação... pra gente ter crítica... a gente é uma equipe que quer isso, tanto quer que estamos aqui, em peso. (Fala de uma participante no relatório do último encontro presencial)

Foi excelente! Porque eu caminhava na esteira e ia ouvindo e vendo os vídeos pelo celular! (Fala de uma participante no relatório do 2º encontro presencial)

Apesar de haver um desejo dos participantes e dos pesquisadores de vivenciar uma troca/intercâmbio encarnada, ou seja, de pôr o corpo num outro lugar do mundo e sentir diretamente os cheiros, as cores, as texturas da Itália, os ambientes virtuais foram compreendidos como possibilidade de acesso e interação com “o mundo do outro”.

Nesse sentido, a proposta da CoP é parte de um processo importante de sustentar as portas abertas de um profícuo “inter-câmbio” (que começou bem antes de Basaglia e que continua acontecendo), pensando esta palavra como a possibilidade de “cambiare” [*cambiare* em italiano significa transformar] - a nós e ao nosso contexto – a partir da “inter-ação”, ou seja, da relação e da ação. E fazendo isso de forma a ampliar o acesso e o envolvimento de outras pessoas a essa oportunidade.

E foi nesse contexto que as trocas aconteceram. O material produzido por essas trocas será apresentado a seguir.

6 IMAGINÁRIOS DOS PARTICIPANTES

Para apresentar estes resultados, articulei-os na forma de um diálogo coletivo, que supera a espacialidade e linearidade temporal na qual os encontros aconteceram. Busquei trabalhar as tensões emersas desse diálogo a partir de situações vivenciadas pelos participantes, ao interno da CoP ou por meio das narrativas trazidas por eles sobre o seu cotidiano, de modo a integrar os aspectos micro e macrosociais. Além disso, busquei agregar as potencialidades visualizadas pelos participantes, a fim de conservar a complexidade dos temas e construir linhas de fuga para os desafios encontrados. Esta dinâmica também foi utilizada no capítulo 8 que, especificamente, contou com alguns aprofundamentos teóricos.

Assim, neste capítulo, apresentarei os imaginários emersos no processo de trocas na CoP: 1) o imaginário, dos brasileiros sobre a Itália, 2) o imaginário dos italianos sobre o Brasil, 3) suas transformações no aprofundamento das trocas.

6.1 Imaginários dos brasileiros sobre a Itália

Existia num primeiro momento uma grande curiosidade por parte dos participantes brasileiros em compreender como se dava o cotidiano de cuidado na Itália. A conversa se desenvolvia espontaneamente explicitando o imaginário que os participantes brasileiros tinham da Itália e os temas de interesse sobre o curso.

Surgiram dúvidas mais gerais sobre qual é o valor do salário mínimo, quanto tempo dura a licença maternidade, se eles possuem planos de saúde privados, o que significa ter uma empresa gerenciando as questões de saúde (empresa sanitária local). Surgiram também dúvidas mais específicas em relação ao funcionamento dos serviços e da equivalência dos mesmos com os brasileiros: qual era o quadro de funcionários e a estrutura dos serviços de saúde mental, onde são desenvolvidas as ações de cuidado, se o *trattamento sanitario obbligatorio* equivale ao nosso compulsório, como a saúde mental se insere na Atenção Básica e de que modo a arte e a cultura fazem parte do projeto terapêutico italiano. Também houve particular interesse em saber como é trabalhada a questão da dependência de álcool e

outras drogas, como se dá a assistência em saúde mental a crianças e adolescentes e como funciona o trabalho do operador social.

Com frequência surgiam nos diálogos dos grupos brasileiros comentários sobre como a Itália é evoluída em relação ao Brasil. Essa percepção se sustentou também nos encontros seguintes e foi reforçada pela interação com os materiais audiovisuais e narrativos produzidos pelo grupo italiano, que traziam as experiências de cuidado em saúde mental comunitária de Perugia e Gubbio. Esses materiais, em especial os vídeos, foram alvo de admiração por parte dos grupos brasileiros, seja pelo conteúdo exposto (as práticas de cuidado), seja pela linguagem artística utilizada.

Portanto, a percepção inicial construída pelos brasileiros a partir das trocas foi que a Itália contava com uma rede abundante de recursos e uma política de saúde mental já bastante consolidada, cujos princípios já estavam interiorizados nos profissionais e na sociedade, o que resultava em práticas mais comunitárias, com maior protagonismo dos usuários e familiares e menor estigmatização da figura do louco. Enquanto no Brasil, compreenderam que, com o fato do processo de reforma psiquiátrica ter se dado mais recentemente e com um intervalo grande entre o período de mobilização social que conquistou o Sistema Único de Saúde, havia uma dificuldade em construir práticas voltadas para o empoderamento de usuários e familiares e a noção de periculosidade do louco ainda persistia mesmo entre os profissionais da saúde.

Eu tinha a imagem de algo ideal: quando tem crise, tem carro na porta e médico o tempo todo. O trabalho territorial mesmo, meio que tudo já pronto! E aqui, vemos o desafio muito grande! (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Quando visitei os serviços na Itália, a quantidade de recursos humanos é muito maior! [...] dois pacientes internados para uns sete, oito médicos! [...] enquanto um está acompanhando a pessoa no território, o outro está atendendo no serviço. (fala de um profissional brasileiro no relatório do encontro presencial)

Outros fatores que geraram entusiasmo no grupo era o grande espaço que a arte, com seu potencial socializante, ocupava nas propostas de cuidado, e o quanto a saúde mental italiana estava infiltrada no território, de modo que as pessoas podiam participar de vários espaços de convívio que não estavam somente no âmbito da saúde. Em contraposição, se

discutiu que no Brasil o foco da atenção está em fomentar o acesso das pessoas aos serviços em vez de fortalecer os vínculos comunitários, e de cuidar da doença mental mais do que da saúde mental.

Por que a gente fica querendo trazer a arte pra dentro do serviço em vez de ir a onde a arte acontece? (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

O associativismo italiano, iniciativa de cidadãos de se organizarem voluntariamente em associações sem fins lucrativos, assim como a figura do operador social, profissional sem formação técnica que realiza um trabalho de articulação entre o território e os serviços especializados, foram compreendidos como particularidades italianas importantes para fomentar práticas desinstitucionalizadas e próximas às necessidades dos usuários.

Por fim, também teve destaque na fala dos participantes brasileiros o modo como as práticas de saúde mental fomentam o empoderamento de usuários e familiares, compreendendo-os como protagonistas do cuidado.

A comunidade respeita mais o usuário na Itália. Tinha a sensação de que a cidade era um manicômio aberto, eles lidam com o outro com mais igualdade, se você vê uma pessoa surtando na rua o tratamento é diferente, aqui já vai no porrete, aqui já vai direto pro CAPS, pro hospital psiquiátrico, chama a polícia. (Fala de um profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Olhar para os produtos apresentados para caracterizar a realidade italiana gerou um movimento nos participantes brasileiros de identificarem as contradições e fragilidades que permeiam nossas práticas de cuidado, foram elas: o fato do nosso trabalho estar centrado no espaço físico das instituições de saúde; experiências restritas no âmbito do habitar; intervenções que tutelam os pacientes; a existência de uma rede pouco articulada que implica no aumento de medicação dos usuários como forma de lidar com a ausência de suporte social; a presença de protocolos e processos burocratizantes nos serviços de saúde que desestimulam a participação de usuários e familiares no cuidado, e geram sobrecarga, solidão e adoecimento entre os profissionais.

Um dos aspectos mais expressivos que emergiram das trocas, na opinião de ambos os grupos, brasileiros e italiano, foi o quanto a representação do cuidado em saúde mental de São

Carlos e Araraquara ficou centrada na estrutura física dos serviços, pouco capturando a participação de usuários e a dinâmica das atividades que se desenvolvem ao interno desses espaços. Enquanto, em Perugia e Gubbio, o cuidado foi apresentado no território, nos espaços comunitários, contemplando o percurso e a interação das pessoas nos espaços urbanos e habitativos, em eventos externos e nas oficinas terapêuticas.

Isso gerou duas questões nos grupos brasileiros: será que não temos práticas potentes para mostrar? Se temos, porque escolhemos valorizar a estrutura física?

Algumas suposições foram levantadas pelos próprios participantes: o fato da estrutura física nova do serviço significar uma conquista de um espaço próprio, amplo, construído para aquele fim nos moldes do Ministério da Saúde, que se contrapunha às casas alugadas e improvisadas que são uma constante nos serviços públicos de saúde; a facilidade de não filmar os usuários para não precisar assinar o termo de cessão de imagem, revelando nossa dificuldade em fomentar a participação de usuários e familiares; a falta de tempo dos profissionais para fazer o registro diante das numerosas demandas de trabalho; o serviço como espaço seguro, no seu sentido arquitetônico e simbólico, de acolhimento e proteção aos usuários contra o preconceito da sociedade.

Portanto, a troca dos materiais produzidos pelas duas localidades serviu de substrato importante para as discussões. Destaco três questões centrais emersas das problematizações levantadas pelos participantes brasileiros acerca do cuidado em saúde mental:

- Qual tem sido a articulação dos serviços com a comunidade?
- Qual o espaço para o protagonismo dos usuários e familiares?
- Afinal estamos cuidando da saúde mental ou da doença mental?

*- O que te faz pensar que eles estão mais avançados?
- Porque pelo que eu já sabia e vendo os vídeos... até a produção dos vídeos foi diferente! A oficina de arte: eles fizeram uma música! Eles abriram o hospital psiquiátrico e colocaram a cidade dentro! [...] Me parece que eles entendem a saúde mental não como a gente. A gente foca muito na doença, e eles na saúde mental. (Diálogo entre duas profissionais brasileiras durante o encontro presencial)*

Deixa eu contar uma coisa narcisista. Eu me senti tão mal quando vi aqueles vídeos da Itália... Eu me senti tão idiota! Gente, olha aquilo! Os recursos, como eles fazem?! Que bonito! Como eles comunicam! Será que a gente comunicou assim também?" (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Figura 7 - Vídeo produzido por usuários e profissionais do laboratório musical de um Centro de Acolhimento Diurno de Gubbio.



Fonte: *printscreen do vídeo*

Este último depoimento, dito em tom de confissão por uma participante, foi decisivo ao revelar os pensamentos e sentimentos implícitos referente ao processo de comparação entre Brasil e Itália, inclusive por parte das pesquisadoras, que também foram afetadas pelas produções, como cito no meu diário:

Enquanto o pessoal se ajeita em torno da mesa, começo a organizar os vídeos no computador que assistiríamos no tempo inicial do encontro.

Por facilidade os dividi por cidade, iniciando com o vídeo de “Marci” (Figura 7), que certamente foi um dos que mais me marcou. Ficamos todas boquiabertas com a superprodução! Eu sabia que ia ser impressionante e pensei que talvez deveria ter deixado por último para que não desse a impressão de que os outros vídeos ficaram “fracos”.

Importante dar atenção a esse julgamento, que passaria despercebido se eu não o admitisse para mim mesma. A princípio o reconheço como um julgamento meu, mas por não duvidar que outras pessoas também pensaram assim, estou atenta para verificar se ele é extensão de um pensamento social. E nesse sentido, é necessário problematizá-lo para não cair na comparação reducionista do tipo “esse foi bom, esse foi ruim”.

Cada um conta a sua experiência a partir dos recursos midiáticos e vivenciais (e incluiria a variável “tempo disponível para produção”) que possui, portanto me parece importante refletir sobre essa hierarquização de experiências que a comparação provoca. (Trecho do meu diário de campo)

A fala da participante explicitou as questões de ego envolvidas no processo de troca, e ao fazer isso, contribuiu para problematizarmos a idealização que construímos sobre a Itália e

sobre o próprio processo de aprendizado ao interno da CoP, nos ajudando a refletir que a troca produtiva não é imune a desconfortos, pois é no contato com o outro que construímos novas referências sobre como nos enxergamos.

6.2 Os imaginários dos italianos sobre o Brasil

Por sua vez, o grupo italiano também criava seu imaginário sobre a realidade brasileira e levantava dúvidas sobre como o hospital psiquiátrico coexiste com a rede de atenção psicossocial, como se dá a relação da saúde mental com a diversidade religiosa brasileira e seus modos espirituais de lidar com os transtornos psíquicos, como funcionavam os grupos nos serviços e sob qual embasamento teórico, e elocubravam se a Política de Atenção Básica suportaria às investidas do atual governo.

Eles ficaram bastante impressionados, a partir do material produzido pela Agente Comunitária de Saúde da USF, com a mobilidade dela pelo território, mas também questionaram se havia uma ambiguidade no seu papel, no sentido de que, em vez de atuar como ponte entre a comunidade e a equipe, ela poderia agir como delatora do que acontece no bairro.

A figura do Agente Comunitário de Saúde é muito estimulante: não é o serviço territorial que espera os usuários ao interno dos seus espaços, mas o contrário, ele se locomove, se transfere, está atento a monitorar aquilo que acontece ao interno da própria comunidade na qual pertence. (Fala de um profissional italiano no relatório do encontro presencial)

Um outro ponto de admiração foi o caráter coletivo da saúde pública brasileira, tanto no que se refere à Atenção Básica e suas ações voltadas para a família, para a comunidade, para a escola; quanto o grande uso dos grupos como ferramenta de cuidado.

A presença de poucos psiquiatras na rede com carga horária de trabalho significativamente inferior em relação aos outros profissionais foi compreendida como uma potência brasileira, pois, segundo o grupo italiano, isso significava que o psiquiatra possuía um papel marginal nos serviços o que sugeria que as práticas fossem menos médico centradas. Outro fator que alimentou essa percepção foi o fato de que na Itália o cargo de gestão é ocupado necessariamente por profissionais médicos, enquanto no Brasil, não existe essa condição.

Por exemplo, no CAPS de São Carlos, em uma equipe com 16 profissionais, tem só um psiquiatra que cumpre somente 20 horas semanais. O psiquiatra com certeza tem um papel central no hospital psiquiátrico, mas parece que as figuras de referência no que podemos chamar de psiquiatria comunitária brasileira são outras: o cuidado diz respeito a uma articulação de profissionais da saúde e da assistência social que possuem papéis e intervenções diversas. Na Itália, o sistema é ainda médico centrado, ou melhor, psiquiátrico-centrado. (Fala de um profissional italiano no relatório do encontro presencial)

Por fim, foi apontado que a estrutura da rede de saúde mental brasileira parecia ser mais coesa e articulada, envolvendo adultos, crianças e adolescentes, e a questão do sofrimento psíquico e da dependência química.

As problemáticas são trabalhadas juntas. No nosso contexto, ao contrário, existe uma grande dificuldade de juntar os vários pedaços. [...] Os serviços parecem não ter a mesma facilidade de contato e comunicação, que em muitos casos seria essencial. (Fala de um profissional italiano no relatório do encontro presencial)

A partir dessas reflexões, os participantes italianos se colocaram duas questões essenciais:

- Como ressignificar a atenção básica na Itália de modo a construir percursos menos individuais e voltados para a promoção e prevenção da saúde?
- Como responder à necessidade de construir/fortalecer o trabalho interdisciplinar e as redes entre os serviços?

6.3 O aprofundamento das trocas

Ao passo em que as interações iam se aprofundando e diante do nosso trabalho como pesquisadoras de compartilhar as impressões que cada grupo estava compondo sobre o outro, foi possível trabalhar a questão dos imaginários buscando desromantizar a realidade oposta, de modo que fosse possível reconhecer, em si e no outro, os desafios e as potências – comuns e particulares – de cada localidade. Importante dizer que esse trabalho sobre os imaginários também foi feito sobre nós mesmas, pesquisadoras, cujos imaginários também compuseram o campo de estudo, e cujo processo de compreensão e dissolução dos mesmos se deu em companhia com os participantes da pesquisa e sob afetação dos mesmos.

Sobre a admiração dos brasileiros pelos vídeos, os participantes italianos esclareceram que a maioria dos materiais foram produzidos pelos operadores sociais, cujo campo de atuação é o território, mas que não totaliza as práticas de saúde mental. Ficou oculta a parte do cuidado que se dá intra-muros, como exemplifica a fala de uma gestora italiana:

Ninguém de nós achou interessante representar uma consulta psiquiátrica ou um atendimento de psicoterapia. Teve esse interesse de representar experiências e vivências [do território] que não são marginais, mas que ficam no limite... enquanto permaneceu encoberto para os brasileiros o aspecto mais comum da saúde mental, que é também o mais problemático neste momento atual. (Fala de uma gestora italiana no relatório do encontro presencial)

No que tange à política de saúde mental italiana, o grupo referiu que está diante de um novo cenário em que as rachaduras no estado de bem-estar social estão cada vez mais visíveis e isso tem redimensionado os recursos econômicos e profissionais. O processo de privatização das Unidades Sanitárias Locais em 1990, que passaram a se chamar “Empresas Sanitárias Locais” fazem parte deste processo. Concluem que a saúde mental, de um papel muito importante que tinha há 40 anos, não possui mais a mesma visibilidade e reconhecimento.

Em relação ao protagonismo dos usuários, uma gestora esclarece que apesar de ser um dos pilares da política nem sempre é operacionalizado. Um participante do grupo de Ouvidores de Vozes complementa que apesar da sua experiência no curso ter sido interessante, destacou que ela também foi difícil, principalmente em relação a se expressar. Explica que o medo de ser julgado pela sua condição requer que se estabeleçam relações de confiança entre o grupo para que expressão seja possível e confortável. Por fim, declara que sentiu que os usuários tiveram um papel secundário no curso, revelando os desafios presentes no processo de incluir familiares e usuários na mesa em que se debate e constrói o cuidado.

Trago um trecho do documento produzido pelos italianos em resposta às perguntas brasileiras, em que especificam essas questões:

O grupo concorda que o processo de construção e implantação da lei 180 [Lei Basaglia] não está concluído, já que muitas questões ainda precisam ser resolvidas. Em primeiro lugar, a atual situação sociopolítica e cultural é muito diferente daquela em que a lei da reforma sanitária foi aprovada (havia uma grande ebulição social e política que favoreceu a mudança) e isso dificulta dar continuidade aos conceitos e princípios da lei em questão. Além disso, no nível regional, há diferenças significativas em relação à gestão da saúde e à da saúde mental em particular, incluindo a implantação da lei 180 e a reorganização dos serviços.

Além disso, persistem o preconceito e o estigma em relação aos usuários de saúde mental na sociedade e entre os próprios profissionais de saúde. "Somos todos iguais ou ainda há loucos?"

Ocorre que, nos serviços públicos, é negado aos usuários de saúde mental o acesso à assistência à saúde de forma geral, pois a dificuldade em se relacionar aumenta o risco das suas necessidades de saúde, decorrentes de possíveis disfunções orgânicas, não serem reconhecidas e, conseqüentemente, não receberem tratamento médico (um problema também mencionado pela OMS como um dos mais persistentes e urgentes no campo da saúde mental).

Os usuários também estão frequentemente ausentes dos lugares onde a saúde mental é discutida e dos processos de tomada de decisão. (Resposta coletiva produzida pelos participantes italianos às perguntas brasileiras)

Quando compartilho com o grupo brasileiro a admiração dos italianos pelas fotos apresentadas pela ACS, que retratam o trabalho de ressocialização de um usuário de um bairro periférico da cidade, realizado em parceria com residentes e estagiários de uma universidade pública, ela responde descontraidamente que isso aconteceu porque o usuário não ia até a unidade, se ele fosse, seria atendido no serviço!

A percepção italiana de que nosso trabalho é mais multidisciplinar por possuir menos médicos foi confrontada por alguns participantes brasileiros que ressaltaram a diferença entre não ter médico por opção, porque faz parte do projeto terapêutico, ou porque há poucos médicos na rede e devido ao desinteresse dos mesmos em trabalharem no SUS.

- A gente fica clamando por médico. Nós não temos, mas queremos.
- Nenhum médico quer se formar pra trabalhar no SUS. (Fala de dois profissionais brasileiros no relatório do encontro presencial)

Concluo que apesar de termos sinalizado, no início do curso, que o intuito da pesquisa não era o de generalizar afirmações sobre os países ou buscar uma equivalência direta entre eles, mas construir deslocamentos de perspectivas que nos auxiliassem a capturar a complexidade dos contextos em questão, tanto nós, pesquisadoras, como os participantes, fomos construindo compreensões sobre as trocas que não chegaram, e nem se pretendeu chegarem, a um consenso. Tais compreensões se amadureceram no percurso, desfolhando as camadas mais superficiais dos imaginários e criando identificações, a partir da desconstrução da identidade pré-fixada e generalizada sobre o outro, como nos traz Mia Couto, escritor moçambicano: "o que nos faz ser pessoa não é o bilhete de identidade. O que nos faz pessoas é aquilo não cabe no bilhete de identidade".

As falas dos participantes brasileiros a seguir, desvelam tal processo de amadurecimento e aprofundamento diante do que foi possível elaborar, refletir, a partir do contato com o outro:

Levo comigo deste curso o quanto a Itália tem dificuldades parecidas com as nossas, apesar de eu achar que eles estavam a 'anos-luz' de nós. (Avaliação final de uma profissional brasileira sobre o curso)

No filme Cinema Paradiso [filme italiano] que mostra o louco da praça, parece que ele é tão integrado, parece que a Itália ama o louco! 'Deixa ele ser o dono da praça!' Eu acho tão legal, mas não é bem assim né... (Fala de uma profissional brasileira referente ao fato de terem transferido um serviço de acolhimento a usuários de drogas do centro para a periferia de Perugia, por razão de "incômodo público")

Não estamos aqui pra comparar, mas para trocar e podemos aprender com a Itália a promover o empoderamento dos usuários e familiares, que já está mais consolidado. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Sobre a fala recorrente nos encontros de que “a grama do vizinho é mais verde”, ao fim do curso, alguns profissionais fizeram uma autoavaliação de que, diante das poucas oportunidades de formação, os espaços como a CoP acabam servindo, num primeiro momento, como oportunidade de “chorar carência” e lamentar as fragilidades. Mas justificaram que esse movimento cabia na primeira etapa do curso, que teve cunho mais exploratório de levantar as problemáticas, que poderiam ser trabalhadas de modo mais propositivo na segunda etapa do curso.

Basaglia (2000), durante as Conferências Brasileiras, foi insistente ao defender que não veio trazer um modelo e que a solução para os problemas vem da discussão e do trabalho coletivo, partindo da própria realidade e de seus sujeitos. Dois participantes brasileiros também se manifestaram nessa direção:

O que a gente tem aqui não é só uma transposição do modelo italiano. (Fala de um profissional brasileiro no relatório do encontro presencial)

Uma profissional brasileira diferencia a rede italiana da brasileira e sinaliza os avanços da nossa política e a particularidade do SUS, “a gente tem uma coisa a mais, porque a gente teve um outro desenho, a partir das nossas próprias condições de precariedade, não sei se é melhor ou pior, é um outro desenho”. (Trecho do relatório do encontro presencial)

Finalizo essa síntese apontando que a troca intercultural possibilitou trazer para o alcance dos olhos questões que só emergem a partir do encontro com o outro, quando temos a oportunidade de expor a nossa realidade e fazer novas leituras sobre ela agregando percepções externas e permitindo transformar-se, assim como reconhecer nossos recursos, como trazem duas participantes sobre o processo de trocas ao interno da CoP:

Pra gente a rede tem sido o maior desafio, e eles enxergaram como uma potência! E mesmo que a gente tenha muitas dificuldades a gente tem as potências. Às vezes a gente deixa de reconhecer e valorizar o que de bom a gente tem. (Fala de uma supervisora brasileira no encontro presencial)

Queria só compartilhar um pensamento: acredito que o confronto com realidades diversas seja sempre enriquecedor, seja para alimentar o pensamento e “roubar” ideias, seja para conseguir olhar com olhos diferentes a própria realidade e se dar conta dos seus grandes recursos. (Trecho de uma narrativa produzida por uma profissional italiana e compartilhada no ambiente virtual)

7. OS PARADOXOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DIÁLOGOS ENTRE BRASIL E ITÁLIA

Como síntese do processo de trocas apresento as particularidades de cada localidade a respeito do cuidado em saúde mental, assim como as similaridades que emergiram entre elas. Essas similaridades foram levantadas fazendo interagir os diálogos brasileiros e italianos a respeito das temáticas que tiveram maior ressonância nos grupos e que conversam com o objetivo desta pesquisa, dando destaque para as reflexões acerca da realidade brasileira.

Esses pontos de intersecção entre as localidades brasileiras e italianas desvelam dilemas comuns no âmbito do cuidado em saúde mental nos dois países e serão trabalhados mais à frente evidenciando seus paradoxos. São eles: a) o subfinanciamento do sistema público de saúde, o avanço da privatização e a implicação das eleições para a saúde mental; b) a centralidade da psiquiatria no cuidado e sua representação no binômio herói-vilão; c) a relação entre a ausência de redes de suporte social e práticas manicômiais: “CAPS sem rede é manicômio” d) a falta de conectividade entre as redes (intra-equipe, inter-equipe e entre as equipes e as comunidades): as tecnologias, o tempo e o sofrimento coletivo; e) o desafio de construir um cuidado territorial com enfoque na promoção da saúde mental.

Portanto, em relação às particularidades italianas, identificamos: o relevante papel que a arte ocupa nas práticas de cuidado em saúde mental das localidades pesquisadas; as iniciativas de associativismo que fomentam práticas desinstitucionalizadas e participativas; a concretização do fechamento dos hospitais psiquiátricos do país; a existência de uma atenção especializada comunitária, que conta com uma figura articuladora entre o serviço e o território, o operador social; o fato de que os serviços responsáveis pelas questões de dependência de álcool e outras drogas não compõem diretamente a rede de saúde mental; e por fim, o desafio emergente em que os serviços de saúde mental se encontram, de produzir um cuidado respondente às necessidades da numerosa população migrante que tem se instalado na Itália, proveniente principalmente do norte da África e Oriente Médio.

Sobre este último item, especificamos que a intensificação dos movimentos migratórios têm reconfigurado o perfil dos cidadãos italianos como etnicamente plural, trazendo diversas embates culturais, mas também a oportunidade de despsiquiatrizar as

práticas de cuidado e de afirmar a pluralidade cultural como potência para construir uma saúde mental que seja de fato comunitária e que afrente as trincheiras e fronteiras existentes entre as pessoas.

Em relação às particularidades brasileiras, destaco o desafio de superar uma lógica de cuidado ainda marcada pela violência institucional e pelo cuidado encarcerado, cuja presença do hospital psiquiátrico é o maior expoente; a potência da Economia Solidária em fomentar relações horizontais e práticas emancipadoras no âmbito do cuidado e do trabalho; o papel da universidade pública em dar suporte aos serviços de saúde e à comunidade; o caráter coletivo da nossa Atenção Básica, cujos serviços contam com uma figura importante de articulação com o território, o Agente Comunitário de Saúde; as iniciativas de matriciamento em saúde mental como forma de articular a atenção especializada e a Atenção Básica; a instituição das práticas integrativas e complementares de saúde no SUS; e a permeabilidade entre as questões de saúde mental e de espiritualidade/religiosidade (como por exemplo as religiões espíritas e de matrizes africanas e indígenas, que consideram o fato de uma pessoa ouvir vozes não necessariamente como sintoma de doença mental, mas como percepção do mundo espiritual).

Neste capítulo os resultados são apresentados em interação com algumas contribuições da literatura, avançando na discussão de algumas questões pontuais e possibilitando seu aprofundamento.

7.1 O subfinanciamento do sistema público de saúde, o avanço da privatização e a implicação das eleições para a saúde mental

Tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, quanto o Sistema Sanitário Nacional (SSN) italiano são sistemas de saúde públicos e universais, pautados nos valores de equidade e gratuidade, cuja conquista se deu por meio de lutas sociais que marcaram também o movimento de democratização do país, com o fim da ditadura no Brasil e do fascismo na Itália. Encaixam-se numa reforma do tipo *big bang*, ou seja, uma mudança significativa e sistêmica (OLIVEIRA, DALLARI, 2016), que marcou o fim das pensões, no Brasil, e das mútuas, na Itália, ou seja, a saúde deixou de ser um bem privado, em que apenas trabalhadores contribuintes poderiam acessá-la, para se tornar um bem público, direito de

todos e responsabilidade do Estado. A descentralização da atenção em serviços territoriais, com foco na prevenção, defendendo uma concepção de saúde pautada nos determinantes sociais e com incentivo ao controle social foram estratégias adotadas nos dois países como forma de superar o modelo hospitalocêntrico (BERLINGUER, TEIXEIRA, CAMPOS, 1988).

Um outro ponto em comum aos dois sistemas é a precarização do sistema público associado ao avanço da iniciativa privada. Apesar dos dois países não terem conseguido barrar, em suas legislações de saúde, a complementariedade do setor privado em relação ao sistema público, a Itália vivenciou a implantação do ticket sanitário, um sistema em que usuários, acima de uma determinada faixa de renda, devem coparticipar dos custos da saúde, suprimindo o princípio de gratuidade do SSN (OLIVEIRA, DALLARI, 2016).

A partir do relato dos participantes brasileiros foi possível perceber que a iniciativa privada tem exercido um papel bastante invasivo sobre a saúde pública, ora como concorrente, sob a ótica de que a qualidade da assistência se dá mediante pagamento; ora como parasita, em que recursos públicos são destinados a instituições que nem sempre estão alinhadas com os princípios das políticas de saúde (como exemplo, as comunidades terapêuticas³⁰); e ora como administradora, via terceirização da gestão de serviços públicos que têm ficado sob responsabilidade das Organizações Sociais de Saúde (OSS³¹).

A redução de recursos humanos e materiais, os baixos salários e ausência de planos de

³⁰ As comunidades terapêuticas (CTs) foram regulamentadas em 2015 por meio da Resolução nº1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) (<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%201.%20de%2019%2008%202015.pdf>), que as definem como entidades prestadoras de acolhimento à pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa. No entanto, têm sido problematizadas desde então devido ao modelo de cuidado que preconizam, pautado na abstinência, no isolamento social, na longa permanência (9 a 12 meses) e em atividades baseadas na reforma moral dos sujeitos, dado o caráter religioso da maioria das comunidades. Segundo Maria Paula Gomes dos Santos, no Boletim de Análise Político-Institucional sobre Políticas de Drogas, de dezembro de 2018, (http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8846/1/Bapi_18.pdf#page=83) as CTs são incompatíveis com as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003), que pregam o cuidado em liberdade, em equipamentos situados no próprio território de moradia e/ou trabalho dos usuários, segundo a lógica da redução de danos. Apesar dessa incoerência, as CTs recebem verba pública proveniente da saúde, com vistas a um significativo aumento por iniciativa do atual governo.

³¹ As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado gerenciando serviços de saúde, e se pautam em indicadores de qualidade, produtividade e avaliação econômico-financeira (<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>). Sua presença tem se expandido no estado de São Paulo, e costumam fazer a gestão de Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), entre outros serviços.

carreira no SUS, a falta de apoio da gestão ou gestões baseadas na eficiência foram levantados como fatores que interferem na qualidade da assistência aos usuários e provocam frustração e desânimo nos trabalhadores, gerando um movimento migratório de profissionais para a iniciativa privada, principalmente da categoria médica, de modo que o trabalho na saúde pública acaba se tornando um complemento, “umas horas a mais no fim do dia” (fala de uma profissional brasileira no encontro presencial).

Duas trabalhadoras do CAPS ad de São Carlos, relataram várias iniciativas que elas ajudaram a construir no passado, quando existia um apoio e financiamento maior por parte da gestão, como a viagem com os usuários do CAPS para a bienal de arte em São Paulo e o “Intercaps”, que reunia usuários de vários serviços de saúde mental da cidade para jogos em diferentes modalidades esportivas, apresentações de dança, desfile de moda e exposição de quadros. Também contaram que havia uma banda do serviço que fazia a abertura de eventos da cidade.

A gente vai e volta dependendo do governo. Eu tinha total apoio do governo. A gente fechava a rua pra fazer festa junina e o prefeito ia na festa dançar! E a festa do CAPS tinha que bater com a agenda dele se não ele ficava bravo, porque ele queria ir! Isso é apoio, é tá junto. Por isso a gente cresceu, porque todo ano a gente tinha ônibus pra ir pra bienal, pra ir pro Intercaps, tinha recurso pra fazer festa de aniversário todo mês... Tinha uma vontade política, era muito diferente. Agora a gente tá fazendo vaquinha pra comprar enxada pra horta, a gente não tem material. São outros tempos, não adianta ficar com nostalgia, mas a questão do apoio político interfere, porque te prende de fazer as coisas, te burocratiza. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Um outro profissional comentou que a existência de um setor privado forte contribui para que o SUS se configure como uma assistência para pobres. Nas suas palavras “eu vi o sus nascer e é inegável que ele encolheu [...] A gente atende os pobres, mas se não tomarmos cuidado, a gente corre o risco de matar os pobres”, se referindo ao enfraquecimento das especialidades e, em específico, ao da psicoterapia como modalidade de atendimento nos serviços públicos.

No entanto, as debilidades também estão presentes no sistema privado, como nos conta uma outra profissional, que acompanhou o tratamento de sua mãe pelo convênio particular, sendo que este se negou a seguir uma conduta indicada pelo médico do plano de

saúde, que havia solicitado a repetição quinzenal de um exame para ajustar a dosagem da medicação: “isso que ela é de convênio! O convênio não entra em contato com o médico particular. A briga fica para quem? Para o usuário, para a família. Minha mãe podia ter morrido! Eu tenho que brigar.”

Sua fala suscita a reflexão de que o direito à saúde não está garantido nem mediante pagamento, ele é acessado por meio da reivindicação e da briga.

Em relação à expansão das OSS, uma profissional que trabalhou por um tempo em um ambulatório sob gestão de uma OSS, foi convidada pelo grupo a contar sua experiência. Como ponto positivo, ela relatou a supervisão dos gastos dos recursos, o fato dos indicadores de qualidade se darem a partir da avaliação dos usuários, e a implantação da política de humanização (para o tripé usuário-trabalhador-gestor). Uma outra participante acrescentou que, na época, a implantação da OSS significou a ampliação das vagas para algumas especialidades médicas que, devido à grande demanda de usuários, estavam há muito tempo sem a oferta de atendimento.

No entanto, a participante também afirmou que a eficiência desse sistema é sustentada com base em baixos salários, cobranças sem investimento em qualificação e ausência de planos de carreira que fragilizam seus trabalhadores. Citou também que, muitas vezes, passava o dia atendendo demanda de saúde mental dos próprios funcionários, principalmente os mais vulneráveis, que tinham remuneração mais baixa, e entre os quais prevalecia o discurso “fique feliz que você está trabalhando e aguenta a pressão”.

A participante apontou para a diferenciação do vínculo empregatício entre a equipe: enquanto os médicos eram contratados como pessoas jurídicas, os demais profissionais estavam sob regime CLT; além da existência de um processo, já em andamento, de “quarteirização”, ou seja, a empresa terceirizada (OSS) contrata serviços de outra empresa para os serviços de limpeza, portaria, segurança.

Santos (2013) aponta que a consolidação do projeto econômico neoliberal nos anos 1990 no Brasil, reforçou ideários contrários aos princípios universalistas da reforma sanitária, priorizando um projeto privatista da saúde pautado na contenção dos gastos públicos e na produtividade. Os sujeitos passam a ser vistos como consumidores, e a saúde é compreendida como produto comercializável de acesso aos que podem comprá-la, perdendo a conotação de

direito. Denuncia que esse movimento se intensificou em 2007 com a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, enfraquecendo as ações de controle social do SUS.

O projeto do grande capital aponta a saúde não como direito universal, mas como um serviço que pode ser comprado no âmbito do privado. A saúde torna-se mercadoria, vista como fonte de lucro e acumulação de capital. Nesse sentido, vivencia-se um processo de privatização do SUS com os chamados novos modelos de gestão, que fortalecem a autonomia do mercado com abertura à iniciativa privada para os serviços de saúde. Isto é, vivencia-se a privatização da saúde pública no Brasil (SANTOS, 2013, p.238).

O imaginário coletivo de que o serviço público é inferior ao privado acaba legitimando a “necessidade” da intervenção da iniciativa privada, que agindo sob os interesses do capital, enfraquece o próprio sistema público. Esse imaginário transparece na pesquisa de Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014), ao acompanharem os percursos dos usuários nos sistemas formais e informais de saúde e explicitam suas percepções sobre os diferentes pontos de acesso ao cuidado:

A consulta particular é mais gratificante e eficaz, na medida em que é paga e, assim sendo, a ideia subjacente é a de que o direito à saúde fica a salvo de qualquer incumprimento, já que passa a ser regulada pelo mercado e o doente passa a ser consumidor, logo, a fazer os direitos e deveres que lhe estão associados, que não identifica no processo de trabalho em saúde [público] (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014, p. 154).

Na Itália, a privatização também se expandiu sob o argumento da eficiência. Os participantes italianos, em resposta escrita às perguntas do grupo brasileiro narraram como se deu o processo de reforma sanitária e psiquiátrica especificamente na região da Umbria, relatando como o processo de privatização lentificou e prejudicou a implantação das reformas³². Relataram que os primeiros anos da reforma na Umbria, de 1978 a 1980, foram marcados por um alinhamento entre os movimentos políticos e a sociedade civil, o que resultou num momento de efervescência social, em que muitas mudanças foram impulsionadas, apesar de terem sido implementadas num governo com posicionamentos diferentes das forças políticas

³² O grupo italiano identificou que a figura de Franco Basaglia teve um grande impacto sobre a transformação da saúde mental no Brasil, inclusive na parte legislativa da reforma psiquiátrica, no entanto nos lembram que a experiência basagliana na zona de Trieste é apenas uma das muitas experiências da reforma psiquiátrica na Itália.

que promulgaram a lei.

De 1985 em diante, uma lacuna se instalou entre a administração municipal e os profissionais dos serviços. Essa dissociação entre gestão e trabalhadores se acentuou em 1990, com a lei que privatizou os serviços de saúde, na qual as Unidades de Saúde Locais passaram a ser chamadas de Empresas de Saúde Locais.

A privatização trouxe vários desafios para concretizar os ideais da reforma, como a compartimentalização dos serviços que gerou uma grande dificuldade de comunicação entre a rede; a racionalização dos gastos que levou a uma redução do quadro de profissionais e dos atendimentos domiciliares; setorização de associações, privilegiando associações focadas em temáticas restritas, que prejudicava a articulação com outras associações e iniciativas do território; e fragilização do vínculo entre os trabalhadores das cooperativas e os trabalhadores dos serviços de saúde mental, cuja relação passou a ser mediada pelas Empresas Sanitárias Locais sob uma ótica empresarial.

A análise feita pelo grupo italiano é de que as mudanças instauradas revelam, para além da falta de recursos, uma transformação no modelo de sociedade e a decadência do estado de bem-estar social.

Nesse contexto de reflexão em torno do modelo de sociedade, a primeira etapa desta pesquisa ocorreu no momento das eleições presidenciais brasileiras de 2018. A reunião da CoP do mês de outubro, precedeu em poucos dias as eleições. Um dos candidatos fortemente alinhado às políticas neoliberais e ao conservadorismo moral, sob grande aprovação da opinião pública, destacava-se nas pesquisas, causando polarização entre os eleitores.

No Brasil, alguns participantes estavam reagindo com assombro e indignação.

Na Itália, as eleições brasileiras foram postas em debate por Carol, uma participante nascida no Rio Grande do Sul e naturalizada italiana, que defendeu que “não se pode pensar os caminhos da saúde mental comunitária sem que exista conhecimento sobre a política”. Ela produziu um material narrativo criando paralelos entre o atual momento político brasileiro e a operação “mãos limpas”, uma operação de combate a corrupção que ocorreu na Itália em 1990. Tal operação incriminou o partido socialista italiano e levou Berlusconi ao poder, candidato de direita, eleito sob o pretexto de livrar o país da corrupção.

Luta contra a corrupção que vira movimento populista e nada honesto; luta contra as minorias em favor dos interesses de algumas maiorias; luta contra o inimigo comum da esquerda e a grande ameaça do “comunismo”; luta a favor da família tradicional e contra qualquer tipo de sexualidade “estranha” à moral católica; fomentação do ódio e da agressividade nos cidadãos. Reflito muito sobre quem está em maior dificuldade, a Itália ou o Brasil, mas essa partida negativa que tenho na cabeça está bem difícil de ser decidida. Infelizmente, nossas histórias estão ligadas e tempos difíceis pairam sobre meus dois países, o de origem e o de adoção. Espero que pequenos movimentos como o nosso, que promovem a reflexão, a troca de experiências e a promoção da saúde mental comunitária, possam representar pequenas ações para semear tempos melhores. (Trecho do material narrativo produzido por uma participante da Itália)

O documento impressionou os participantes brasileiros e levou-os a discutirem os pontos em comum, destacando “o partido que não chama mais partido”, “um movimento de direita que se coloca como popular e ganha espaço pelo discurso de ser contra a corrupção”, “desafios comuns em relação ao desmonte do sistema de saúde”.

Uma das profissionais brasileiras se mostrou bastante mobilizada com o texto e contou o quanto ela e as pessoas do seu círculo de amizades, que são contra as propostas do candidato, têm sentido um medo paralisante, e o quanto espaços como o da CoP têm sido importantes nesse momento, como forma de apoio e reflexão coletiva.

No que diz respeito à Itália, Taís e eu tivemos a oportunidade de participar presencialmente da última reunião do grupo italiano no momento em que processos eleitorais se aqueciam por lá. O clima era de suspensão das atividades usuais, algumas pessoas estavam num árduo trabalho de reforçar seus candidatos, e outras numa tentativa de analisar as possibilidades para fazer uma boa escolha.

Na Itália, em minha visita à horta terapêutica, conheço Filippo, um homem na faixa dos 50 anos, bastante ativo e comunicativo, que se aproximou de mim na hora da pausa do café e compartilhou suas preocupações sobre as eleições, como relato no meu diário:

Senti uma curiosidade por parte de alguns participantes em relação à minha presença e pudemos interagir mais durante o café, sobretudo com Filippo.

Falamos principalmente de política, das eleições para prefeito, conselheiros comunais e parlamentares europeus. Filippo tomava a frente da conversa, expressando com indignação e desânimo a avaliação de seus últimos votos. Disse já ter sido eleitor da esquerda, centro esquerda, centro direita, *cinque stelle...* e que ao fim, teve sempre suas expectativas decepcionadas, relatando um caso específico de um candidato que conhecia pessoalmente, inclusive sua família, todos comprometidos com os valores cristãos, e que fez uma gestão péssima se envolvendo em um escândalo.

Disse que nunca votou e, “se deus quiser”, não vai votar na extrema direita, porque apesar de usarem o nome de deus e os símbolos da igreja (beijar crucifixo, buscar

legitimação com o papa), Filippo não acredita que aquilo que defendem está em coerência com os valores católicos, inclusive menciona que nem o papa é de acordo com Salvini. Diz isso fazendo referência aos imigrantes que devem ser acolhidos, porque os italianos também fazem seus movimentos pela Europa. Comento que Itália também teve a Líbia como colônia, e que nesse momento histórico os colonizados buscam reconstruir a vida seguindo os rastros deixados pelos colonizadores.

Se via que esse era um assunto que mobilizava Filippo e que mesmo expressando suas críticas políticas a todos, porém com pouco envolvimento dos outros, confessou sussurrando para mim e Marcello que votou no *cinque stelle*, ganhando súbito empatia de Marcello, que também disse ter votado nesse partido.

Eu estava muito interessada em escutar Filippo, seja pela emoção do seu discurso, seja pelos detalhes históricos vividos por ele que me davam a oportunidade de agregar sua perspectiva ao meu exercício de compor um entendimento sobre as eleições. E principalmente porque reconheci, naquele momento de interação mais profunda, o espelho da conversa que tivemos no grupos A e B sobre as eleições no Brasil, às vésperas das mesmas. Lembro claramente de Luci, mobilizada pela carta de Carol, dizendo das suas indignações e paúras, e depois de Lourdes, igualmente indignada de que seus conhecidos e, provavelmente, muitos dos que estavam no nosso encontro eram “bolsominions”.

Notei que as eleições brasileiras e italianas eram um evento, um evento comum, de tendências globais para a direita, que mobilizavam os participantes dos dois países.

O cenário das eleições no Brasil e na Itália foi compreendido pelos participantes como uma tendência global para a extrema direita, com pautas neoliberais e moralmente conservadoras, gerando sensação de impotência entre os que não compactuam com essa lógica.

No entanto, Michelangelo, antropólogo italiano que participou da pesquisa no Brasil e do último encontro presencial italiano, fez uma provocação no sentido de não nos acomodarmos no pessimismo e não justificarmos o cenário político desanimador como causa de imobilidade. Nos incitou a desenvolver uma coerência cotidiana, por meio do exercício de autoconsciência, de trazer para a prática aquilo que alimenta nossos ideais, buscando alinhar o fazer e o pensar. Para finalizar o argumento, Massimiliano evoca a fala de Basaglia quando seu plano de abrir os manicômios soava a delírio para os mais céticos: “contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”.

Percebemos, portanto, que entre os grupos houve um movimento de olhar para os aspectos políticos como forma de compreender e situar os desafios vivenciados no âmbito do cuidado, principalmente no que se referiu às implicações das decisões governamentais nas políticas de saúde e nas condições de trabalho e de vida das pessoas. No entanto, como lidar com essas questões de modo que a nossa leitura sobre os acontecimentos e,

consequentemente, a nossa atuação sobre eles, não seja pautada no desempoderamento? Como, a partir do entendimento sobre o local e o global, podemos identificar rachaduras nas compreensões e práticas hegemônicas?

7.2 Psiquiatria: entre o binômio herói-vilão

O papel da psiquiatria no cuidado foi um tema bastante emergente nas discussões tanto entre os participantes brasileiros quanto italianos. Início este tópico apresentando Rúbia, uma jovem e comunicativa psiquiatra brasileira, cujas reflexões serviram de referência para o grupo B, o qual se manifestou em concordância com várias de suas falas, retomando suas expressões no decorrer da reunião e nas reuniões seguintes.

Ela inicia dizendo “eu vou ser sincera, sendo a única psiquiatra aqui no grupo, achei que vocês nem iam me aceitar!”. O grupo prontamente responde que imploram pela presença de psiquiatras em espaços multiprofissionais e comentam a dificuldade de manter o profissional psiquiatra na rede pública, principalmente pela concorrência com o setor privado, que oferece estímulos mais vantajosos que o SUS. “Psiquiatra tem que caçar com lanterna”³³, diz uma gestora brasileira.

Sua participação contribuiu para que refletíssemos sobre a lógica do cuidado médico-centrado para além da visão maniqueísta de culpado/vítima e herói/vilão, exemplificando situações que nos ajudaram a identificar dinâmicas que perpetuam essa lógica, no qual todos estão envolvidos e são responsáveis.

Depois de assistidos os materiais produzidos pela Itália, Rúbia foi a primeira a se manifestar dizendo que achou muito interessante a quantidade de atividades que é possível desenvolver sem o psiquiatra estar à frente. Compartilhou no grupo, a partir da sua experiência de trabalho, que se a equipe multidisciplinar está fortalecida, a demanda pelo médico reduz significativamente, com implicações positivas para usuários e equipe. No entanto, quando a equipe está desarticulada, acaba acionando o médico com mais frequência, sobrecarregando-o e fomentando uma centralidade do seu papel (em detrimento do papel do

³³ Apesar da contribuição significativa, Rúbia participou somente de um encontro da CoP, e num encontro posterior uma das gestoras informou que ela havia saído do CAPS onde trabalhava.

coletivo), e da sua conduta, que conseqüentemente, acaba focalizando a doença, o diagnóstico e a medicação como proposta de cuidado.

E brinca: “na minha equipe ninguém gosta de mim, eles gostam do meu carimbo!”, se referindo ao fato das próprias equipes criticarem condutas medicalizantes, mas, no calor do trabalho, acabarem exigindo do médico esse tipo de intervenção.

Uma profissional confirma essa contradição, reconhecendo que as equipes precisam dar suporte para a transformação do paradigma e que, muitas vezes, ficam empurrando os casos para os médicos para que eles prescrevam. O grupo em concordância, exemplifica com falas de cobrança que costumam dizer aos médicos no cotidiano de trabalho: “você vai deixar a receita pronta, né?”, “já tá atrasada a agenda”.

Uma profissional acrescentou que a ausência do médico também pode mobilizar a equipe a buscar articulação com a rede, como ocorreu no CAPS onde trabalha, no qual realizaram um trabalho muito mais intersetorial quando estavam sem médico no serviço. Entretanto, quando pergunto se a falta de médico pode ser trabalhada como potência para uma prática mais interprofissional, alguns trabalhadores discordam e um deles argumenta: “Pode ser uma potência a ser desenvolvida, mas parece ser um disfarce... pois apesar dos nossos médicos não serem gestores, ainda somos muito médico-centrados”.

O trabalho interdisciplinar e o fortalecimento das redes de suporte social são, portanto, apontados como estratégias para afrontar a hegemonia da psiquiatria no cuidado em saúde mental.

Uma profissional do ambulatório conta que seu serviço organizou um evento de integração entre trabalhadores e usuários em homenagem ao dia da saúde mental e que, apesar de alguns psiquiatras terem recusado desmarcar as consultas, outros se disponibilizaram com tranquilidade em fechar a agenda e participar com o resto da equipe do café da manhã, da gincana, cantando e jogando truco com os pacientes. Apesar de uma forte cultura médica de que a saúde só é produzida dentro do consultório, ela defende que iniciativas como essa contribuem para romper velhas práticas a favor de novas propostas de cuidado. “Isso é cultural, mas quando os médicos vão vendo que é possível, eles vão saindo daquela rotina”.

Apesar do esforço dos profissionais, eles mencionam que medidas políticas como a implantação da CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde), que regula a

internação dos usuários encaminhados pelas USFs e pelos CAPS, passaram a requerer exclusivamente o aval do médico, subvalorizando as decisões dos profissionais não-médicos e da equipe.

Abro um pequeno parênteses para agregar a contribuição de Cecilio, Carapinheiro e Andrezza (2014) que defende que a regulação é um campo de conflitos e disputas, muito mais do que um simples “ordenamento burocrático-administrativo”. Os atores sociais, sejam eles usuários ou profissionais, estão sempre mudando as regras do jogo e instituindo novos modos de regulação, “indicando que a regulação é um processo permanentemente instituinte e, por isso mesmo contínuo palco de mudanças”. Ou seja, a regulação é passível de regulação (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014, p. 90).

Outra questão foi que, apesar dos psiquiatras dificilmente ocuparem o cargo de gestão, prevalece sua palavra final, como quando decidem se o paciente vai continuar em atendimento no serviço ou se vai ser encaminhado, sobrepondo sua vontade aos fluxos institucionais da rede. Essa conduta foi criticada pelos profissionais, que, no entanto, também referiram se beneficiar delas, como o caso de uma paciente que foi encaminhada a um outro serviço, mas continuou em atendimento psicológico no serviço de origem, a pedido do psiquiatra. A psicóloga de referência do caso disse “eu achei ótimo porque ela tinha um vínculo excelente comigo!”.

Uma gestora italiana argumenta que quando se fala de saúde mental comunitária, *recovery*³⁴, empoderamento, inserção social, o papel dos psiquiatras que prescrevem medicação deveria ser secundário, no entanto, prevalece esse paradoxo. Apesar de, em menor número que os outros profissionais das equipes, tanto na Itália quanto no Brasil, o psiquiatra se mantém no baricentro dos serviços territoriais, assim como suas condutas, que tem se resumido à prescrição de psicofármacos.

Em ambos países, surgem exemplos de como a psiquiatria continua a desempenhar

³⁴ *Recovery* é um conceito na área da saúde mental, introduzido no cenário internacional no final da década de 80 a partir do movimento de pessoas com experiência de doença mental que defendem a possibilidade de recuperação. Em outras palavras, *recovery* se refere a um “processo pessoal e único de mudança de valores, sentimentos, objetivos, habilidades e papéis. [...] é uma habilidade de dar um novo significado para vida apesar das limitações do adoecimento psíquico, envolvendo a superação do estigma para conseguir exercer a cidadania”. (ANASTÁCIO, FURTADO, 2012, p. 75) . ANASTÁCIO, C. C., FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4 , n.9, p. 72-83, 2012. (<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2126/2919>)

uma função de normatização e controle. Mesmo na Itália, o médico que teve um papel muito importante nos anos 70 durante a reforma sanitária italiana, atualmente vivencia o auge de uma formação biologicista e prescritiva. O trabalho coletivo, interdisciplinar, também é visualizado como oportunidade da psiquiatria se transformar na direção de produzir práticas cuidadoras, em detrimento da manutenção do seu mandato de controle e da sua pobreza disciplinar.

A gente vê que é essa a resposta que a nossa sociedade dá pra tudo, pro luto, pra tristeza, pra frustração, a gente tem que tentar construir um outro entendimento... (Fala de uma supervisora brasileira no relatório do encontro presencial)

Precisamos reconhecer o quanto é normatizadora nossa sociedade. Porque, se uma pessoa faz xixi na avenida principal, chama o CSM [Centro de Saúde Mental]. E se a pessoa for simplesmente mal educada? E se simplesmente ele teve um desentendimento com o cara do bar e quis fazer uma provocação? É estreito o espaço entre a normalidade e a anormalidade. Agora, a questão que eu queria colocar é o quanto estamos sendo invasivos como ‘sanità’ e não como ‘salute’³⁵. (Fala de um enfermeiro italiano no relatório do encontro presencial)

Esta última frase traz uma questão central para pensarmos o cuidado na sua complexidade e “desinstitucionalidade”. No vocabulário italiano existem duas palavras para o que compreendemos como saúde: *sanità* e *salute*. *Sanità*, em um dos seus significados, diz respeito à rede institucional de serviços de saúde, enquanto *salute*, é usado de modo mais amplo para se referir a bem-estar, ao bem comum. Nesse sentido, a fala acima, nos convida a refletir sobre o quanto o campo institucional da saúde, ou ‘sanità’, tem invadido os espaços de cuidado e de bem-estar, ressaltando que, da mesma forma que o sofrimento não é só psiquiátrico, o cuidado também não é só “*sanitario*”.

Especificamente em relação à psiquiatria, também discutiu-se o quanto ela tem avançado nos espaços comuns da vida, de modo que paira sobre a figura do psiquiatra uma grande expectativa social de resolutividade de problemas de qualquer ordem, gerando uma banalização das práticas psiquiátricas, chamadas a “administrar a marginalidade e curar o mal comportamento” (fala de uma gestora italiana) e, revelando uma tendência social de buscar

³⁵ Referência original: “*Allora la domanda che ponevo è quanto siamo invadenti come sanità, non come salute?*”

um “salvador da pátria”, um “herói”, que promova uma solução imediata para as questões de saúde e sociais.

A gente coloca a responsabilidade pela nossa saúde na mão dos outros. (Fala de uma profissional brasileira)

Enquanto a gente não assumir a potência do coletivo, de coletivizar o cuidado, a gente vai ficar sempre patinando, de ficar criando essas expectativas e depois se decepcionar. Por que quem é que pode corresponder a isso [à nossa expectativa]? Nenhum psiquiatra, nenhum gestor, nenhum presidente... (Minha fala durante o encontro presencial)

No bojo da discussão sobre normalidade e respostas de tipo causa-efeito, emergiu a temática da fronteira entre questões de saúde e questões sociais, trazida pelos profissionais do CAPS i e também pela ACS. Esses profissionais falaram do grande número de crianças e adolescentes em uso e abuso de substâncias que são encaminhadas judicialmente para o CAPS i. A tentativa de identificar quais casos deveriam permanecer em atendimento no serviço e quais deveriam ser encaminhados para outros equipamentos da rede revelou uma fragilidade brasileira, mas também italiana, de lidar com as questões da infância e da adolescência, principalmente no que tange à dependência química.

A gente tá organizando eventos com a rede [intersetorial] pra tirar [do CAPS i] as crianças que têm questões de álcool e drogas, deixando só as que têm problema de saúde, porque isso [uso de substâncias] não é um problema de saúde, é um problema social! [...] Aí o juiz faz uma carta de internação, mas não precisa de internação, ele não precisa de medicação, ele precisa de pai, ele precisa de mãe, ele precisa ocupar o tempo, ele não tá doente, a gente precisa promover a saúde! (Fala de uma profissional do CAPS i no relatório do encontro presencial)

Eles acham que tudo é psiquiatra, psiquiatra, psiquiatra... porque eles querem dopar o problema, eles não querem resolver o problema, eles querem dopar pro menino parar de traficar, parar de roubar. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Uma gestora italiana conta que, em Perugia, a partir de um trabalho realizado no espaço da rua, identificaram-se, nos últimos dois anos, muitos casos de jovens, com frequência menores de idade, usuários de heroína inalável e injetável. E completa:

As intenções são de criar uma super rede, que na verdade é uma pirâmide, porque é a partir das diversas especialidades e dos diversos sujeitos que se busca compor um olhar sobre as complexas necessidades de saúde dos adolescentes. Quando se fala

de adolescente estamos falando de questões amplas, como se está no mundo, como ser feliz... (Fala de uma gestora italiana no relatório do encontro presencial)

Os dilemas da saúde mental na infância e na adolescência colocam um grande desafio para os serviços, que se veem diante da responsabilidade inadiável de articular a rede e construir leituras e práticas complexas, não patologizantes, e que considerem a participação desses jovens na escolha do cuidado que precisam e desejam.

7.3 Suporte social e práticas manicomiais: “CAPS sem rede é manicômio!”

A discussão sobre a rede também permeou inúmeros momentos durante as reuniões da CoP. A constatação dos participantes brasileiros de que nossa atuação profissional está focada nos dependências das instituições levantou uma série de problemáticas sobre o risco de institucionalização do cuidado. Risco que se concretiza na lógica do trabalho focado no acesso dos usuários aos serviços em vez de fortalecer seus laços comunitários, e de querer trazer os recursos da rede para dentro dos serviços em vez de ir onde os recursos estão: a arte, a cultura, o trabalho.

Aqui no Brasil a gente leva os usuários pro serviço, nos vídeos que a gente viu os profissionais vão até o território, isso é uma lógica diferente, o cuidado não se dá dentro do serviço, ocorre dentro da comunidade, aí você tem esse amparo porque vai criando uma rede de relações que suportam. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Rúbia, psiquiatra, cita um dos vídeos italianos que mostrava o processo de transição de um jovem usuário que deixaria de morar em uma residência terapêutica³⁶ e passaria a morar sozinho em um apartamento no centro da cidade (Figura 8). Ela notou que a mudança se deu de modo bastante apoiado, tanto pelos operadores sociais quanto pelos outros usuários

³⁶ A Itália possui uma série de modalidades habitativas, algumas administradas pelos serviços de saúde, outras por cooperativas, o que possibilita uma diversidade de iniciativas que varia de acordo com a região e com o território. Dentre elas as comunidades terapêuticas reabilitativas, as comunidades sócio-reabilitadoras, os grupo-apartamento, os grupo-família, entre outras. Um projeto de meu conhecimento é o da ONG “Città del sole”, em Perugia, que realizava um trabalho de mediação entre estudantes universitários e usuários da saúde mental da mesma faixa etária, de modo que se abria um processo seletivo para que jovens universitários morassem junto a usuários da saúde mental em casas alugadas na cidade, em que os estudantes não pagariam aluguel e em contrapartida se responsabilizariam de estarem presentes na casa em alguns períodos noturnos.

da casa, que acompanharam todo o processo do jovem desde a procura do novo apartamento. Ressaltou o fato de que os usuários que moram sozinhos continuam em acompanhamento por meio de visitas periódicas à residência terapêutica ou quando são visitados em suas próprias casas pelos operadores sociais.

Figura 8 - Vídeo de um serviço habitacional para pessoas com transtorno mental em Perugia.



Fonte: *printscreen* do vídeo italiano compartilhado no ambiente virtual

Em sua experiência de cuidado, destacou que se o usuário possui redes frágeis, por meio das quais não é possível garantir um suporte, ela como psiquiatra, acaba medicando mais: “eu assumo efeitos colaterais para não assumir alguns riscos”. Em contrapartida, quando existe um suporte social, sua contribuição pode se dar de outras formas, mais livres e menos medicamentosas.

Por fim, Rúbia problematiza que “CAPS sem rede é manicômio”, ou “capscômio” como sugere uma outra participante, levantando a ausência de redes como um indicador de práticas manicomiais, que pode ocorrer inclusive ao interno de serviços que historicamente simbolizaram a conquista do movimento antimanicomial.

Nesse sentido, Saraceno (2014) contribui:

Nos limitaremos a constatar que se a ausência ou ineficiência de serviços de saúde mental territoriais significa uma carência grave, a presença destes, por sua vez, não significam por si só uma garantia suficiente da existência de um sistema de assistência psiquiátrico de boa qualidade (SARACENO, 2014, p. 90).

A ideia de que o manicômio não está nas paredes ou nas trancas das portas das instituições, mas na mentalidade das pessoas, foi levantada em outros momentos dos encontros. Foram discussões que revelaram que a luta por um cuidado ético e de qualidade não pode ser travada somente por profissionais da saúde, mas envolve um complexo processo de transformação social, no qual usuários e familiares devem ser protagonistas.

A relação dos profissionais com usuários e familiares também foi levantado como ponto de criticidade, ao ser caracterizada muitas vezes por um paternalismo que demarca o lugar de poder do profissional na sua condição de dar respostas, reforçando relações de tutela em oposição às emancipatórias.

Às vezes a gente, como profissionais, nós não abrimos mão do usuário, de dar autonomia do cuidado. A gente faz questão de manter as pessoas dentro dos espaços, se o paciente não está comparecendo, ele precisa voltar pra cá. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Isso também foi observado por outro profissional, que argumentou que no âmbito da inserção pelo trabalho existe uma tendência de incapacitar os usuários, diante do esforço de aposentá-los em vez de inseri-los. No entanto, o grupo assinalou que os desafios que permeiam o trabalho estão relacionados a aspectos contextuais que refletem a questão social do país, inclusive seus agravamentos diante do aumento do desemprego.

Apesar da dificuldade relatada de fazer trabalho de geração de renda, uma profissional brasileira trouxe sua experiência com um projeto de Economia Solidária de São Carlos, que foi compreendido como potência pelo grupo, também devido às relações mais horizontais que são construídas entre as pessoas envolvidas.

Os participantes referem que uma lógica participativa com vínculos mais horizontais afronta a formação profissional tradicional que muitos tiveram, pois esta foi pensada para responder a uma prática clínica num setting reservado e prega por um distanciamento entre profissional e usuários que, no entanto, deve ser revista quando o cenário de atuação é o território. Nesse sentido, as relações não partem de um pressuposto e as questões como passar

o telefone, facebook, dar carona, compartilhar informações pessoais, precisam ser negociadas entre os atores.

A gente precisa entender que quando a gente trabalha com saúde mental a gente tá trabalhando com a saúde, que está em vários contextos e não só no consultório psiquiátrico, e aqui a gente ainda tem a coisa de cuidar da doença [burburinho de concordância do grupo]. Para o profissional, não estar dentro de uma sala com a agenda é muito desconfortável. Estar no território, estar fazendo contato com a comunidade, estar fazendo uma visita... não são todos os profissionais que se sentem à vontade e entendem que isso é promoção da saúde. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Também foi citada a fragilidade das modalidades de moradia da realidade brasileira, exemplificando o caso de Araraquara, que possui duas residências para pessoas com transtorno mental. No entanto, ambas são vinculadas ao hospital psiquiátrico local.

O habitar, junto com o trabalho e as relações sociais, é um dos eixos estratégicos da reabilitação psicossocial proposta por Saraceno. Em sua conceitualização, o habitar pressupõe haver uma moradia, mas se distingue de simplesmente morar num lugar outro que não a instituição fechada. O habitar carrega o sentido de apropriação, de pertencimento, de exercer poder sobre determinado espaço, de escolher como organizá-lo material e simbolicamente e compartilhá-lo com outros, de forma a ativar desejos e aumentar a contratualidade (MORATO, 2019).

Enquanto não for possível responder a essa necessidade, o hospital psiquiátrico continuará servindo de casa, porque ele se configura como uma solução simples que responde a uma multiplicidade de questões complexas.

O fato do hospital psiquiátrico continuar funcionando como um recurso da rede determina os percursos de cuidado dos usuários pelo território, como, por exemplo, em Araraquara, que segundo o relato dos participantes, para muitas pessoas a internação no hospital psiquiátrico acaba sendo a primeira oferta de cuidado, o que é visto com pesar pelos profissionais devido às marcas indelévels que essa experiência produz na vida dessas pessoas.

Na fala de Berlinguer (1988), a dificuldade de desmontar o modelo hospitalocêntrico é que “os hospitais, uma vez construídos, são ocupados”, e Basaglia (2000) também contribui: “devemos destruir a opção da internação, porque se a tivermos vamos continuar usando-a”.

Nesse sentido, uma gestora italiana observa que os participantes italianos poderiam ter

contribuído de forma mais significativa à realidade brasileira apresentando como eles afrontam a crise aguda sem internação.

No que diz respeito às intervenções em saúde mental nos hospitais gerais, Saraceno (2014) problematiza que se o hospital não está relacionado com outros dispositivos, atua com função paliativa de sedação da crise, remediando, literalmente, a assistência que deixou de ocorrer no nível de atenção primário e/ou especializado e servindo como *contenitore*, em seus dois sentidos em português, o de recipiente, receptáculo de um problema, e o de contenção. E reforça que a dificuldade em oferecer um cuidado territorial acelera os percursos da hospitalização.

Entretanto, para além dos buracos na rede de atenção psicossocial da realidade brasileira, há também as dissonâncias entre os pontos existentes da rede, evidenciadas na CoP principalmente pelas relações conflituosas intra e inter-equipe. A dificuldade de trabalhar em rede emergiu não só nos conteúdos das falas dos participantes, mas também nos próprios conflitos que ocorreram ao interno da CoP. As críticas direcionadas a alguns serviços e profissionais revelaram dinâmicas de acusação e defesa que permeiam a relação entre instituições, mais especificamente entre os sujeitos que as compõe.

Isso ficou bastante visível no grupo brasileiro quando Rúbia, conta que teve contato com alguns clínicos gerais que encaminhavam pacientes para o nível especializado não porque o caso requeria urgência, mas como forma de “se livrar”, justificando que o caso “não é meu”.

O sentimento por trás disso não é o da urgência, mas é o do ‘não é meu’. Por mais angústia que gera na gente você quer é se livrar. [...] Esse é o perigo! O CAPS é lindo enquanto estiver na comunidade [...] Mas enquanto a gente pensar ‘não é meu’ e tiver lugar pra mandar, isso na prática é um manicômio. (Fala de Rúbia, psiquiatra brasileira, no relatório do encontro presencial)

Nesse momento, uma participante perguntou ao grupo que motivos eles enxergavam para explicar o porquê de alguns profissionais não se responsabilizarem pelo cuidado. O grupo saiu em disparada, falando ao mesmo tempo, uns repetindo as falas dos outros, outros repetindo suas próprias falas, mas todos respondendo à pergunta na voz dos tais profissionais descompromissados: “Porque não é meu!” Alguns disseram com veemência. E outros

acrescentaram, do tom mais acusativo para o mais compreensivo: “porque eu não quero”, “porque eu não sei lidar”, “porque eu tenho medo”.

O tom de acusação prevaleceu e o grupo levantou algumas razões principais para o encaminhamento desresponsável ocorrer: a falta de vontade do profissional e uma formação fragmentada.

- *Alguns não têm formação, mas outros é resistência.*
- *Acho que a gente tem uma formação fragmentada.*
- *A resistência faz a fragmentação. Formação teve mas a minha característica de não querer pôr a mão, de não querer ouvir é uma característica pessoal, tem pessoas que não querem! (Diálogo entre duas profissionais brasileiras no encontro presencial)*

Em outra ocasião conversamos sobre situações e conflitos que vão marcando historicamente como os serviços interagem entre si e o quanto é difícil “limpar” esses ruídos que acabam afetando o vínculo e a comunicação entre os profissionais. Assim, procedimentos cotidianos, como altas e encaminhamentos, acabam virando motivo de desentendimento entre os serviços, que por sua vez, criam lacunas na rede de suporte dos usuários.

Também entre o grupo italiano surgiram desentendimentos sobre a fragmentação entre os serviços, como no caso apresentado por uma profissional em que serviços que funcionam no mesmo prédio, porém em andares diferentes, não se conversavam. Esse exemplo foi rispidamente contrariado por uma psiquiatra supervisora de um dos serviços. Ao final da discussão, uma participante italiana sintetizou a opinião prevalente no grupo:

É curioso que num lugar em que se trabalha juntos, onde todos se conhecem e compartilham até assuntos coletivos do sistema, o pior problema é a falta de rede... é um sintoma coletivo... há sempre uma lacuna. (Fala de uma supervisora italiana no relatório do encontro presencial)

Uma gestora brasileira também citou a dificuldade de interlocução com outras secretarias que argumentam com frequência “este é um problema de saúde”. Sua fala ajudou a encontrar saídas para essa questão:

O que eu vejo é que a gente nunca pode dizer ‘não é meu’, a gente tem que dizer ‘é nosso’. [...] se não fica aquela coisa dual, ‘eu mandei pra você, é seu agora, não é mais meu’. Eu não entendo assim, eu acho que ele é nosso, quem encaminha também é responsável. Mas uma coisa que eu fico preocupada, que eu vejo em

todos, inclusive na gente, é uma dificuldade de escuta. Se a gente sentasse com o coração um pouco mais aberto ao que a outra pessoa está falando, a gente resolveria as coisas mais rapidamente. (Fala de uma gestora brasileira no relatório do encontro presencial)

Alguns participantes italianos sugeriram que para construir um real trabalho em equipe é necessário que nos enxerguemos para além dos papéis profissionais, de modo que cada um seja valorizado pelos saberes e atitudes que vão além do que se é esperado daquele cargo.

Uma participante brasileira também argumentou nessa direção:

As pessoas trabalham de forma muito solitária dentro da sua prática, dentro das suas angústias [...] e o tanto que as pessoas estão adoecendo... a gente que trabalha na área da saúde está adoecendo. [...] a gente tem que construir espaços de construção coletiva [...] em que cada um chega do jeito que é, chega despido de uma técnica, pronto para experimentar alguma coisa, [...] para além das técnicas da saúde. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Contribuindo com essa reflexão, dois participantes, um brasileiro e outro italiano, trouxeram, respectivamente, que o cuidado está muito focado no profissional, e que precisamos “reconhecer a potência de qualquer pessoa em ajudar no processo de recuperação de outra pessoa”, assim como, compreender que “nós, como pessoas, somos os recursos da rede”.

Essa reflexão levantou uma contradição entre alguns participantes do grupo B, pois ao mesmo tempo em que havia um movimento de defender o papel profissional para não perder a identidade no trabalho, reforçava-se a necessidade de “mandar os protocolos pra puta que pariu” (fala de uma profissional brasileira durante o encontro presencial), porque dificultavam o trabalho criativo, sensível às habilidades dos profissionais e às necessidades dos usuários.

Basaglia (2000) também nos ajuda a refletir sobre a insegurança dos profissionais em perderem sua identidade profissional, ao seu ver é necessário defender o enfraquecimento dos papéis e da identidade para viver o risco da transformação. Portanto, aceitar a contestação, validar positivamente o conflito e a crise, suspender o julgamento são formas de abrir espaço para as tensões e para a contradição, e é nesse espaço que se pode criar o novo. Ao falar da resistência dos psiquiatras no processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos nos faz refletir sobre nossas resistências cotidianas de ir além do que já está instituído, e da

necessidade de “perdermos a nossa tranquilidade” em prol da escolha ética de compartilhar o poder e desconstruir o status quo.

É certamente uma situação masoquista, porque a destruição da instituição cria uma situação anômala, uma perda de identidade, e agora o problema é ir trabalhar no território, sem identidade. Mas a identidade se reconquista no momento em que se encontra a possibilidade de conhecer as necessidades reais e cotidianas das pessoas, não aquelas fabricadas pelo manicômio. [...] Cada vez é uma perda e um ganho de identidade. Nessa dialética e nessa contradição está o novo tipo de trabalho: o médico, o psiquiatra perderam a tranquilidade, porque a tranquilidade do médico é a morte do doente (BASAGLIA, 2000, s/p.).

Portanto, mudar o modo de produção do cuidado requer a produção de novas subjetividades, o que significa questionar alguns pressupostos, que ao mesmo tempo em que retiram a estabilidade da relação entre profissional-usuário, profissional-profissional, agregam complexidade a elas. A emergência de se construir e fortalecer redes parece manifestar uma necessidade de reagregação dos sujeitos na direção de produção de um cuidado que desmanche a conformação institucional, que aprisiona as pessoas em identidades rígidas, seja na qualidade de paciente ou profissional.

A possibilidade de poder exercer uma prática inventiva que comporte nossas potencialidades, habilidades e desejos foi referida por duas participantes que contaram que quando se dispõem a sair dos protocolos e das práticas instituídas de cuidado ouvem dos seus colegas “lá vai ela inventar moda de novo...” e “a terapeuta é mais louca que os loucos quando inventa essas coisas”.

As frases acima colocam o profissional e o louco em um lugar comum, no lugar de quem sonha com o que ainda não é real e teima em desafiar a carece de um sistema que prefere a moda antiga.

7.4 Wifi on, mas sem conexão de rede: as tecnologias, o tempo e o sofrimento coletivo

Parece faltar rede entre os vários serviços que trabalham no mesmo território, em um momento histórico em que, paradoxalmente, os meios de comunicação estão cada vez mais numerosos e velozes. (Fala de um profissional italiano no relatório do encontro presencial)

Uma questão central que permeou várias discussões dos encontros brasileiros foi o quanto as tecnologias têm moldado e condicionado a nossa vivência do tempo e o quanto isso tem repercutido na maneira como vivemos o cotidiano, as relações e o cuidado.

Tudo é imediato, as informações são imediatas, tudo é muito rápido hoje! Todo mundo tá online 24h, todo mundo tem que responder em 5 min se não está atrasado, e isso tem gerado muita ansiedade [...], então tem gerado muito essa lógica do tratamento, não da prevenção, [...] mas do cuidado à doença. Enquanto isso lota os serviços especializados, não só na saúde mental. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

É visível que as tecnologias têm aberto o horizonte das escolhas cotidianas, com infinitudes de ofertas a todo instante: milhões de informações, milhões de possibilidades de ações, mas com pouco tempo. Ou melhor, com o tempo de sempre, que agora parece ser insuficiente para a lista de tarefas que precisam ser ticadas na agenda.

O lazer e o trabalho se misturam no mesmo aplicativo. O sono, o descanso, o lazer parecem não ser mais imaculáveis. São também colocados no processo de escolha, escolhas difíceis, mas feitas a todo momento, com suas respectivas repercussões (CRARY, 2016).

Para os participantes da CoP, essa lógica do imediatismo também se reflete no cuidado, manifestado pelo tom de urgência, socorrismo, encaminhamento, e se contrapõe à lógica da promoção e prevenção, como evidenciam as falas a seguir, ocorridas durante o encontro presencial:

— [...] a questão do imediatismo, essa cultura do encaminhamento ‘eu encaminho, resolve ali, já dá a consulta’.

— E pra quem serve esse tipo de coisa? Porque não necessariamente a pessoa melhora ou melhora mais rápido...

— Acho que serve pra gente não se frustrar, porque essa coisa de se frustrar permeia todas as relações. A juventude não pode mais se frustrar hoje se não se mata, e os profissionais também não. Porque você lidar com a doença, com a dificuldade, com o conflito... a gente não tá preparado, a gente quer resolver aquilo ali naquele momento, acho que essa ansiedade faz parte do coletivo. (Fala de três participantes brasileiras no relatório do encontro presencial)

Da mesma forma que se você não responde rápido minha mensagem você tá atrasada, se a pessoa senta e começa a chorar eu já acho que tem que ir pro psiquiatra, eu nem consigo ouvir. Às vezes a pessoa não está boa por outro motivo, mas você já acha que tem que ir no psiquiatra. (Fala de uma gestora brasileira no relatório do encontro presencial)

O grupo sinalizou que essa falta de tempo gera sobrecarga nos profissionais e a necessidade de se fazer escolhas difíceis em relação ao cuidado. Um exemplo foi dado por uma terapeuta ocupacional de um serviço ambulatorial que considera importante para o cuidado de um dos usuários passear de ônibus com ele pela cidade. Ela contou que fez essa escolha mas que, no entanto, sabe que esse tempo fora do serviço acaba deixando outras pessoas desassistidas. Portanto, os profissionais se veem tendo que optar entre duas ações igualmente importantes, mas que não cabem no espaço de tempo do trabalho, como aponta uma supervisora brasileira:

Essa é a nossa miséria no Brasil! Porque é verdade que tem muita gente precisando dela [TO], que ela vai fazer falta [no serviço], mas também é verdade que as 4 horas de ônibus são muito necessárias pra aquele usuário. A gente lida com as duas realidades que comem a gente. Às vezes a gente como profissional tem que escolher [...] Não é sempre que a gente vai conseguir andar as 4h de ônibus, mas quando der a gente precisa ir. (Fala de uma supervisora brasileira no relatório do encontro presencial)

A centralidade das tecnologias no nosso cotidiano têm trazido novas demandas e desafios para o contexto dos participantes. No entanto, é importante olhar para esse fenômeno buscando compreender a sua complexidade para além da moralidade do certo e do errado, ou seja, sem demonizá-lo, mas capturando as novas percepções e significados que seu uso permite construir sobre o tempo, as distâncias, as relações, as conexões. Lembrando aqui que essa pesquisa se utilizou do campo virtual para favorecer um diálogo entre dois pólos do oceano.

As novas configurações da vida moderna estão se constituindo, que novas configurações de saúde mental nós vamos produzir?

Os dilemas atuais da saúde mental parecem deflagar ainda mais a irrisória distância entre o sofrimento do paciente e o sofrimento do profissional da saúde, sugerindo um sofrimento coletivo e que, portanto, também deve ser afrontado em coletividade. Esse sofrimento/adoecimento apareceu de modo mais explícito no relato pessoal de Adelaide, a única familiar do grupo, quando expôs com clareza sua vulnerabilidade perante os desafios da sua vida. Reporto uma dessas situações do meu diário:

Adelaide é uma senhora loira de expressão tranquila e receptiva, sua feição parecia sediar um esboço de sorriso. Trabalha há 18 anos como voluntária em um projeto da

universidade voltado ao estímulo à leitura e ao apoio à aprendizagem de crianças com necessidades especiais. “Me coloco no lugar de familiar” e conta do alcoolismo do filho e do esposo e de uma irmã com esquizofrenia, que faleceu recentemente.

Nas suas falas, com frequência se desculpa por trazer elementos da sua vida pessoal “eu trouxe coisa que não era pra falar aqui”, mas que são bem recebidas pelo grupo, que compreenderam que sua participação trazia o desafio e a potência de tornar os conteúdos discutidos ao interno da CoP dialogáveis com a vida das pessoas. [...]

Estávamos em uma acirrada discussão sobre a questão do aumento de consumo de benzodiazepínicos e o quanto isso significava uma medicamentação do cuidado e uma busca por saídas rápidas para os problemas.

Quando a discussão já se encaminhava para o final Adelaide se inscreve pra falar e começa “vou confessar uma coisa...”. Conta que devido às dificuldades que está passando por conta do alcoolismo do filho começou a tomar meio comprimido de benzodiazepínico que sobrou da cartela da sua irmã, já falecida. “Tenho medo de ficar viciada, mas preciso dormir”.

O relato de Adelaide, a partir do seu lugar de fala, nos dissolve... É como se ela desvelasse com humildade e sinceridade aspectos comuns da vida de todos.

Sua fala suscita micro-confissões e uma profissional do meu lado esquerdo diz “mas quem de nós, profissionais, nunca tomou remédio pra dormir?”

E outra pessoa, se manifesta “você diz ‘eu confesso’ como se fosse um crime, você não está fazendo nada de errado!”

Alguém pergunta a idade de Adelaide, 75, e diante da resposta o grupo se manifesta em consenso: “ah!... então aproveita”, “isso! Aproveita”!

O grupo dava legitimidade à Adelaide como se ela tivesse passado da faixa de risco.

O sofrimento/adoecimento dos profissionais foi trazido de forma generalizada em primeira pessoa do plural, ou a partir da história do outro, em terceira pessoa do singular, como a história contada por uma gestora, que está cuidando de um psiquiatra da rede com sofrimento intenso que não está conseguindo trabalhar e tem pegado constantes afastamentos e inclusive, se automedicado. Percebi, em sua fala, que esse cuidado tem sido necessário, importante, mas também desgastante, porque, como ela mesmo disse, fora a demanda enorme de usuários, os profissionais também precisam ser cuidados.

Ela expôs o fato de que criticamos o médico pelo poder que exerce, mas pouco vemos o quanto ele também sofre as consequências desse poder, como a grande responsabilidade pode gerar adoecimento, e citou que conhece vários médicos adoecidos por essa questão. Isso colocou os psiquiatras, figuras máximas procuradas para as resoluções em saúde mental, no lugar de pessoas comuns, não imunes ao sofrimento por possuírem melhores condições materiais de vida. Sofrem por questões da sua própria condição, como a grande expectativa e responsabilidade depositada sobre eles, que vem acompanhada de grande cobrança.

Esse sofrer comum entre psiquiatras e demais profissionais de saúde, e entre profissionais da saúde e usuários, diz de certa forma, sobre a insustentabilidade de

determinadas formas de cuidado que não cuidam de fato das pessoas envolvidas. Isso nos provoca a olhar a saúde mental das pessoas para além das categorias que elas ocupam, mas a partir do que nos é comum: a vulnerabilidade humana ao sofrimento e nossa capacidade de lidar com ele.

Portanto partir do que nos é comum parece ser o modo mais coerente e propositivo de construirmos o senso de ‘comunitário’, ou seja, daquilo que se refere à experiência do comum, do partilhado, para que a partir dessa identificação seja possível enxergar os potenciais passos que podemos dar rumo à construção de uma saúde mental de fato comunitária, que não descuide das pessoas envolvidas no cuidado, sejam elas usuários, profissionais, familiares, gestores, cidadãos.

Esmiuçar o sentido de velhas e usuais palavras se faz necessário para encontrar nelas o sentido, a direção, das transformações que pretendemos construir. Quando uma palavra é institucionalizada em políticas e discursos, ela, ao mesmo tempo que cumpre seu papel de reforçar ideias e caminhos, arrisca tornar-se banal, alienada, ou por vezes o oposto do que se pretende comunicar. É necessário reconquistar constantemente seus significados, engravidá-las dos sentidos que se deseja expressar. Parece ser um contínuo exercício de coerência em manter alinhada a palavra e a prática. Nesse sentido, o que estamos entendendo por saúde mental? Um enfermeiro italiano sugere uma definição:

Estava pensando que quando a universidade manda os estagiários na enfermaria, a primeira pergunta que eles fazem sempre é “o que ele tem?”, ao invés disso eu pergunto “o que você vê?” e no fim das contas, o que eles veem são pessoas.[...] A saúde mental, ou aquilo que chamamos de saúde mental, é um bem-estar que conseguimos construir cada dia, com um café, com os amigos ou com um belo livro. (Fala de um profissional italiano no relatório do encontro presencial)

Uma psiquiatra italiana enfatiza a dificuldade de desestigmatizar e esclarecer toda a vez que:

As pessoas são pessoas e não, doentes e não-doentes. [...] Não se compreende que o sofrimento não é só psiquiátrico. Estamos nos tornando sempre menos tolerantes, e este é o cenário que devemos afrontar. Nesse último período arriscamos de retornar à psiquiatria de antigamente, existe uma emergência social e recorreremos sempre ao psiquiatra para recuperar, curar. (Fala de uma participante italiana no relatório do encontro presencial)

Como construir um sistema de cuidado sustentável, pautado nos valores de interdependência e coletividade, em detrimento dos valores liberais individualistas, que avance na proposta de promover saúde mental, compreendida como uma dimensão da vida de todos?

Contatore, Malfitano e Barros (2017) levantam a necessidade de resgatar a dimensão social/ontológica do cuidado, que se baseia na concepção de que o cuidado é inerente da existência humana, que por meio de pactos de solidariedade, reciprocidade e coesão social zela-se pela sobrevivência dos sujeitos.

Portanto, cuidar é necessidade, responsabilidade e possibilidade de todos, de modo que o papel de cuidador não é fixo e nem terceirizado na figura do profissional da saúde.

7.5 O cuidado no território e a promoção da saúde

Existia uma grande admiração italiana pela Atenção Básica brasileira, que se deu a partir do conhecimento prévio de alguns participantes, mas também do material produzido pela ACS Márcia, no qual contou sobre sua intervenção de reinserção social de um usuário que não saia de casa.

No grupo, Márcia contou sobre como identifica as demandas de saúde mental do território; a importância do matriciamento como oportunidade de formação *in locus* e de suporte técnico e emocional às ACS; o trabalho articulado entre a equipe da USF, do NASF, dos serviços especializados como o CAPS, e a parceria com a Universidade; e o trabalho de prevenção e promoção da saúde mental de jovens junto à escola do bairro.

Ela esclareceu que a distribuição dos casos entre as ACS não segue um critério geográfico de distribuição por área (como deveria ser usual na proposta da Saúde da Família), mas se dá levando em consideração o perfil de cada ACS. Por exemplo, conta que assumiu alguns casos de saúde mental, pois suas colegas tinham dificuldade para lidar:

Cada uma tem sua habilidade, um perfil de cuidado. Eu gosto de trabalhar com saúde mental. Quando elas têm muita dificuldade, eu faço, porque teve muitas meninas que adoeceram por conta dessas questões [lidar com questões de saúde mental dos usuários. Conta do caso em que 3 ACS foram agredidas por um paciente com esquizofrenia e duas ficaram bastante fragilizadas] [...] ou por ter problema de saúde mental na família elas ficam fragilizadas. Quando a gente vê que não dá conta a gente pede pra um colega. Então a gente vai se organizando entre nós, porque a

gente não tem uma formação técnica. A partir das experiências de cuidado a gente vai vendo o que cada uma tem afinidade.[...] a gente tem que saber um pouco de cada coisa e vai aprendendo na prática. (Fala da ACS no vídeo em resposta às perguntas do grupo italiano)

Os casos que geram maior dificuldade para a equipe são levados para as reuniões de matriciamento com o NASF, que acontecem quinzenalmente - estratégia reconhecida como muito potente por Márcia. Ela citou que vários casos identificados na escola de crianças que se automutilavam foram resolvidos por meio de uma escuta qualificada orientada pelo NASF, evitando, dessa forma, encaminhamentos para o nível especializado. Também contou como o NASF a ajudou a lidar com uma situação difícil e o quanto valorizou esse aprendizado:

O que eu aprendi hoje de saúde mental foi tudo com eles [residentes multiprofissionais e NASF]. Uma vez fui fazer uma visita e a moça falou que ia se matar, eu cheguei no posto chorando, em prantos, porque eu tinha certeza que no outro dia quando eu voltasse lá ela ia tá morta. Ai a psicóloga fez um matriciamento comigo que eu carrego para a vida toda... E a partir disso eu fiz visitas diárias até que ela ficasse bem. [...] Talvez eu não teria essa oportunidade se eu não tivesse uma equipe multiprofissional... porque se a gente só encaminha, como eu vou saber o que o outro faz? Não tem como saber. Ali a gente compartilhava e eles ensinaram um pouquinho pra gente de cada coisa. (Fala de Márcia, ACS, no relatório do encontro presencial)

Márcia relatou que suas intervenções no âmbito da saúde mental acontecem de forma bastante articulada com o CAPS, por meio da realização de visitas domiciliares para compreender o porquê do usuário não estar frequentando o CAPS e para controlar e/ou administrar a medicação, quando necessário. Enfatizou que cada caso demanda negociação com a família, organização da equipe e ativação da rede. Ressaltou que algumas dessas visitas são realizadas junto dos profissionais do CAPS a fim de traçar um plano de cuidado no território para os usuários que não querem frequentar o CAPS.

Outro parceiro no trabalho em saúde mental de Márcia é a universidade pública. A USF recebe estudantes de diferentes cursos de graduação (com destaque para medicina e terapia ocupacional) e residência multiprofissional. Ela contou que por meio dessa interação foi possível agregar novas perspectivas e contribuições trazidas por alunos e professores e, em contrapartida, oferecer um espaço de formação aos estudantes próximo ao contexto de vida das pessoas, desmistificando o preconceito sobre a periferia pela vivência partilhada com seus moradores e desvelando a dimensão social por trás das questões de saúde.

Mas, além da admiração dos italianos pelo trabalho de Márcia, existiu, por sua vez, uma grande admiração dos participantes brasileiros pela saúde mental comunitária italiana, principalmente pelos materiais produzidos pelos operadores sociais que apresentaram experiências de cuidado de empoderamento e integração social de usuários por meio da arte.

Portanto, as trocas mobilizaram os participantes italianos a refletirem sobre como produzir uma Atenção Básica que cuide da saúde mental, pois, nas referidas cidades italianas, a Atenção Básica é focada no indivíduo, exercida principalmente por médicos (clínico geral e pediatra) e de caráter curativista. Enquanto na experiência brasileira temos uma Atenção Básica comunitária, coletiva, multiprofissional, com vistas à promoção e prevenção da saúde e com uma figura profissional importante de articulação comunitária, o ACS.

A atenção básica é o nosso diferencial, apesar da saúde mental deles ser comunitária. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Em relação ao nível especializado de atenção à saúde mental, temos na Itália uma saúde mental comunitária, cujas atividades são realizadas no território, ou seja, nos espaços da cidade, com uma figura articuladora importante, o operador social. Já nas referidas cidades brasileiras, temos uma saúde mental especializada mais institucional, cujas ações estão restritas aos espaços das instituições e à grade de atividades oferecidas, para as quais o hospital psiquiátrico continua sendo um ponto da rede.

Existia nos dois contextos um deslumbramento do trabalho realizado no território e das figuras protagonistas desse cuidado: o ACS, no Brasil, e o operador social, na Itália. Ambas figuras profissionais sem formação técnica especializada.

No entanto, Márcia contestou: “é muita gente falando que a gente é importante, mas pouca gente dando importância”. Também contou que a maioria dos ACS não faz relato nos prontuários porque não se sente importante, “sinal de que a gente não tá se sentindo valorizado”. Também problematizou a sobrecarga relacionada às muitas tarefas administrativas; o fato de morar na comunidade e estar exposta às suas demandas fora do seu horário de trabalho; e a falta de envolvimento dos profissionais de nível superior no cuidado, principalmente na área da saúde mental, pois demanda muito tempo para a construção de vínculos e, diferentemente de outras áreas, não possui protocolos de atendimento.

Contou que apenas os profissionais de nível superior são pagos para receber os estudantes das universidades na USF, sendo que muito do acompanhamento aos estudantes é realizado pelos ACS, que não recebem por isso. Uma outra participante levantou a contradição existente em se defender uma horizontalidade de saberes sendo que certos saberes recebem um salário maior.

A fala dos operadores sociais italianos participantes da pesquisa também foi nesse sentido. Criticaram a falta de valorização e referiram que, apesar de comporem redes importantes de associativismo e de compartilharem o cotidiano com os usuários, sentem-se excluídos das redes formais de saúde:

Os operadores sociais, em grande parte ausentes nesta mesa, estão fora da rede formal. Possuem redes informais, redes de associativismo. Vivemos o cotidiano com os pacientes, mas não temos comunicação fluida entre os núcleos menores. Precisaria tentar reconstruir a rede a partir dos operadores sociais, porque estamos fora. Podemos ser propositivos, podemos levar práticas dentro dos serviços, espero que esse contexto abra possibilidades reais para criar uma história autêntica de rede. Necessitaria falar sobre a prática real que encarnamos no nosso trabalho. (Fala de uma operadora social italiana no relatório do encontro presencial)

Os participantes levantaram vários pontos que refletem o desafio de realizar um cuidado no território, seja no âmbito da Atenção Básica, seja na atenção especializada. Uma gestora brasileira acrescentou que apesar de a Atenção Básica possuir um papel essencial na articulação do cuidado, muitas vezes sua ação está focada em programas preestabelecidos como campanha de vacinação, prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão.

Outra crítica explicitada no grupo por alguns participantes, abarcou a implantação da Saúde da Família como fruto de um desmantelamento do SUS, com finalidade de contenção de gastos, acarretando um grande desmonte das especialidades sem que, contudo, a Atenção Básica se tornasse resolutiva. Exemplificaram que, por mais que a conduta do ambulatório seja estabilizar o quadro do paciente e depois dar alta para que ele continue em acompanhamento na Atenção Básica, na prática, os usuários retornam para o ambulatório em menos de 6 meses, sob a justificativa, do médico de família, de que precisam de avaliação e assistência especializada.

A política diz 'dá alta e manda pro território'. E nós fizemos! E eles voltam! O médico do território - aquele que aceita! - diz 'eu vou ficar com ele mas só por 6

meses, ele precisa de uma avaliação psiquiátrica, ele precisa voltar pra atenção especializada`. E é assim, voltou tudo! E hoje eles voltam em menos de 6 meses. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Aqui no Brasil isso é uma falácia! Eles escondem dados que dizem que é assustador, até vacina de criança, que era excelência, tá tudo bagunçado. [...] Eu acho que eles conseguiram que as equipes brigassem e um modelo foi sendo enfiado goela abaixo, um modelo pior, não que o modelo de Estratégia de Saúde da Família é ruim, mas o desmonte de especialistas é ruim. (Fala de um profissional brasileiro no relatório do encontro presencial)

Maicon, um dos profissionais do ambulatório, psicanalista assumido, disse que a psicanálise é sua lente de enxergar o mundo, que lhe possibilita muitas leituras, mas que também possui seus pontos cegos. Argumentador, posicionou-se politicamente com frequência nas discussões e assumia uma figura importante/articuladora dentro da sua equipe. Possuía um modo particular de se colocar, embasadas em muitos dados, principalmente numéricos, frutos de pesquisas prévias.

Citou, de modo preciso, quantos pacientes eram atendidos pelos médicos de família por dia: 40 consultas, “é muito ruim!”. E problematizou que a diminuição de psiquiatras na rede não significou práticas de saúde mental menos medicamentosas, pois houve um aumento considerável no consumo de benzodiazepínicos em Araraquara com a entrada dos médicos de família.

Antigamente o ambulatório tinha 6 psiquiatras e era criticado por medicalizar demais, de repente não consegue manter psiquiatra, vai enxugando, sucateando, aí abre um programa novo, a Saúde da Família, aí passou a ter 29 prescritores de psicotrópico. (Fala de Maicon, profissional do ambulatório)

Sua crítica encontra convergência em Saraceno. Em sua experiência como trabalhador da Organização Mundial da Saúde, relata que apesar de todo incentivo internacional e nacional para que a saúde mental fosse integrada ao nível primário de atenção, inclusive por parte do movimento da Saúde Mental Global, em muitos países de média e baixa renda a atenção básica é ativada como estratégia diante da ausência de recursos especializados, e em muitos contextos têm significado o aumento da cobertura, sem contudo conseguir oferecer um cuidado qualitativo. E como um dos obstáculos cita a alta carga de trabalho dos profissionais da AB, que devem lidar com demandas gerais de saúde e as de saúde mental.

Frequentemente a integração da saúde mental no nível primário se traduz como um simples aumento do volume de atividades, isto é, do número de acesso [ao serviço], das consultas e das prescrições de psicofármacos. Desse modo, não surge o risco que o grande esforço fruto da tentativa de veicular ao nível comunitário respostas eficazes à necessidade de saúde mental se traduza simplesmente como emprego massivo de psicofármaco? (SARACENO, 2014, p. 88)

Cecilio, Carapinheiro e Andrezza (2014) nos ajudam a problematizar os desafios da Atenção Básica a partir do questionamento de formulações idealizadas e da necessidade de deixarmos-nos conduzir pelo olhar e pelo agir dos usuários.

Qual é a quimera da atenção básica? Qual o sonho fugidio que parece nunca se realizar apesar de tudo que temos investido nela nos últimos anos? Uma ampla rede de serviços, próxima dos usuários, de acesso universal, resolutive, produtora de um cuidado integral, promotora de cidadania e consciência sanitária. Uma rede de serviços que, funcionando a pleno vapor e de modo como o movimento sanitário há anos prescreve, esvaziaria os pronto-socorros, reduziria drasticamente a demanda por atendimentos com especialistas e a realização de tantos e tantos procedimentos diagnósticos considerados desnecessários. Por isso, uma melhor compreensão da dinâmica real de funcionamento da rede básica, para além das nossas formulações idealizadas, das nossas propostas de tantos anos, de nossos “mantras” e de nossas certezas, se impõe (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014, p. 54).

Nesse sentido, Adelaide contribui, a partir da sua vivência pessoal como usuária do SUS, dizendo sobre a grande rotatividade de médicos no postinho (Unidade de Saúde da Família) e o quanto isso leva a um descomprometimento deles em relação aos pacientes. Citou o caso de sua irmã com esquizofrenia, que chegou ao ponto em que os médicos só renovavam a receita, sem fazer avaliação do estado dela. Devido a essa grande rotatividade ela disse que se sentia sem referência, pois todo ano trocava o médico, a equipe, e “só eu fico”.

Tava falando dos psiquiatras que visam o lucro, eles preferem atender no consultório. A gente percebe que nos postinhos de saúde, às vezes contrata um médico, não dá tempo das pacientes criarem vínculo com aquele médico. Dá impressão que ele foi lá por um tempo só porque não achou coisa melhor [...] No caso da minha irmã com esquizofrenia, ele nem sabia o que ela tinha, não sabia se a dosagem tava boa ou não, ele simplesmente só copiava a receita. E isso era uma dificuldade muito grande pra gente, porque a gente não sabia se tava tomando certo, às vezes ela ficava muito molona, às vezes muito esperta... (Fala de uma familiar brasileira no encontro presencial)

Também contou de um episódio em que foi ao centro de saúde e, não contendo sua angústia, começou a chorar na sala de espera, pois as pessoas a olhavam e não falavam nada, “pode ser que nenhuma daquelas pessoas pudesse resolver meu problema, mas poderiam só me olhar e falar comigo. Me senti invisível”. “A gente trabalha no automático...” uma profissional disse.

Adelaide, em sua necessidade de cuidado que está no nível do sensível, da acolhida, do humano, mostra os caminhos possíveis do fluir.

Adelaide se desculpou várias vezes nos encontros da CoP, dizendo que sempre acaba puxando para o lado pessoal. Certo dia, em especial, o grupo falou em um uníssono bagunçado que era exatamente essa a contribuição que desejávamos e esperávamos dela, no seu papel de familiar e usuária do SUS. O que permitiu a Adelaide finalizar: “Que bom que eu consigo contribuir para vocês verem quem está do outro lado”.

Trabalhar no território e de modo atento às necessidades das pessoas se apresenta como um desafio complexo. Nesse sentido, os participantes relatam a burocracia como algo que dificulta exercer um trabalho móvel. Citam vários exemplos em que, na tentativa de realizarem atividades externas do serviço, demoradas, numerosas e desgastantes negociações precisam ser feitas para conseguir transporte, autorização, refeição, liberação do serviço...

Se você precisa de um carro você precisa agendar uma semana antes. Mas aí o evento acaba às 17h e o motorista só trabalha até as 16h... ou senão, o motorista só pode levar e não pode buscar... mas aí os pacientes não vão. (Fala de uma supervisora brasileira no relatório do encontro presencial)

A burocratização do trabalho foi bastante discutida nos grupos. Entre os profissionais do ambulatório ela foi exemplificada pelo relógio de ponto, referido como uma presença viva e opressora que condiciona o modo como o ambiente de trabalho é vivenciado.

Mehry (2013) nos ajuda a pensar estratégias para esses desafios a partir do conceito de o trabalho vivo, defendendo que o cuidado é relacional, acontece no encontro com o outro, na liberdade de construir práticas que se baseiem na autonomia, no vínculo e que respeitem as subjetividades desejantes. Nesta lógica, os trabalhadores podem utilizar seus desejos como potência para experimentar novos processos de trabalho, e sua criatividade para afastarem-se dos automatismos burocráticos das políticas de saúde.

Outro ponto de criticidade levantado foi que, apesar da existência de políticas que fomentam o cuidado em saúde mental no território, há uma lógica biomédica que prioriza protocolos e procedimentos técnicos definidos, em settings específicos, por serem mais visíveis do que o trabalho subjetivo, e portanto, mais fáceis de serem contabilizados.

Eles querem volume de atendimento, volume de prescrição que é um raciocínio comum. [...] um CAPS cheio de crianças enche os olhos de todo mundo [...] só que o nosso foco é trabalhar com elas na comunidade, só que isso é mais subjetivo, é menos visível, aí não aparece nos dados concretos, aí parece que a gente não tá trabalhando, que a gente tá esquivando. (Fala de uma profissional brasileira no relatório do encontro presencial)

Essa invasão da lógica produtivista no cuidado dificulta a efetivação de práticas territoriais e promotoras de saúde. Uma participante conta que quando trabalhava como auxiliar de dentista via que os políticos davam preferência por distribuir próteses dentárias do que fazer campanhas de escovação nas escolas, “porque dá mais ibope. [...] Por isso que a gente esbarra na promoção e na prevenção, porque a gente gosta de ficar pondo band-aid”.

Por fim, é possível compreender que existe um desejo dos participantes em construir um cuidado móvel, no território. Nesse sentido, para conseguirmos desinstitucionalizar o cuidado de fato, talvez nos ajude refletir a definição de territórios para além de espaços físicos, mas como sendo os lugares onde as relações acontecem.

7.6 Considerações finais sobre esse capítulo

Pudemos perceber que as trocas expressaram uma busca pelo enfrentamento da fragmentação, seja em relação ao outro, mas também em relação a si mesmo (a cisão do eu pessoal e do eu profissional³⁷).

Apesar dos profissionais terem enfatizado o desejo por capacitações e cursos de formação como forma de lidar com os desafios da prática, nos questionamos se a potência desses espaços é o saber técnico compartilhado ou a possibilidade da partilha em si, de estar em relação, de formar-se junto.

³⁷ Apesar de eu não ter explorado essa questão, os profissionais referiram em vários momentos uma tendência, mas também um conflito, ao tentar definir fronteiras entre a vida pessoal e a vida profissional.

Muito foi dito sobre a solidão e sobre o desejo de se estar próximo das pessoas, sejam elas colegas de trabalho ou usuários. Essa noção de proximidade foi construída a partir de duas variáveis: território e comunidade. Território no sentido vivo, desprotocolado, cheio de imprevistos, que desafie as identidades rígidas e onde a criatividade possa se expressar; e comunidade no sentido de rede, apoio, conexão, pertencimento a algo comum, que nos identifica sem nos igualar.

As políticas nesse caso podem ser aliadas em construir caminhos de investimento coletivo e criar contextos favoráveis a agregações e, se tratando do processo de reforma sanitária e psiquiátrica brasileira e italiana, elas também representam uma conquista social, pois ambas foram fruto de um movimento de democratização e luta por direitos. No entanto, as políticas são, inevitavelmente, expressão de instituição de práticas que não alcançam o campo do cotidiano por decreto, mas que precisam ser reconquistadas continuamente, por uma série de atos micropolíticos, que por sua vez envolvem afetos e sentires que habitam o campo das relações.

Mais do que refletir as estratégias de cuidado num nível cognitivo acredito que a comunidade de prática possibilitou uma vivência de cuidado, tanto para Adelaide³⁸ que expressou de modo bastante declarado os ressoares dos encontros da CoP na sua vida, quanto para os profissionais que manifestaram que esse espaço significou oportunidade de voz, escuta, bem-estar e resistência ao cenário político desanimador; sem excluir os momentos de mal estar e tensões que, contudo, também levam ao aprendizado. Há uma grande complexidade em construir diálogos diante de expectativas, imaginários e perspectivas múltiplas de sujeitos múltiplos, que se identificam e se diferenciam para além dos marcadores de nacionalidade e papel profissional.

Mas a possibilidade de seguir as interações que emergem desse encontro me permitiu acompanhar e participar dessa grande “alquimia”, parafraseando uma participante, em que os elementos interagem, se repelem, se modificam, e às vezes também explodem!

³⁸ Na avaliação final do encontro, Adelaide se manifesta agradecida dizendo que os encontros da CoP a ajudaram a construir um diálogo mais compreensivo com o filho e a mobilizaram a se aprofundar sobre o Grupo de Ouvidores de Vozes. Em ocasião de reunião com as profissionais do CAPS ad (referente à segunda etapa da pesquisa), elas nos contam que têm encontrado Adelaide com frequência pelo serviço e que ela voltou a escrever poesias, tendo se apresentado no Sarau da Primavera, organizado pelo CAPS ad, com uma poesia de reconhecimento e encorajamento às pessoas com dependência química que estão em busca de cuidado.

A comunidade de prática na sua concepção fluida da rotatividade dos papéis de membros experientes e membros periféricos nos ajuda a compreender o aprendizado em seu dinamismo, num desafio constante de mudar de lugar, deslocar o olhar, ora mostrar, ora assistir, ora falar, ora ouvir, ora enxergar as próprias fragilidades, ora se enxergar como potência.

Nesse sentido, acredito que a pesquisa identificou questões globais do cuidado em saúde mental sem se descuidar dos componentes micropolíticos que situam e se expressam no cotidiano das pessoas e que fornecem elementos concretos para provocar transformações nessa lógica.

Finalizo com a frase que inaugurou a escrita do meu diário de campo e que serve adequadamente como conclusão desse processo de trocas:

Quando a gente vai preparado pra falar é um exercício grande o de ouvir e observar. A possibilidade de oferecer um espaço de troca requer a auto-permissão e a coragem pra se dizer “não sei, podemos descobrir”. São com as reflexões sobre a reciprocidade do aprender e do ensinar que eu inicio esse diário.

8 A SAÚDE MENTAL GLOBAL: MECANISMOS DE COLONIALIDADE E POSSIBILIDADES DECOLONIAIS

Os resultados desta pesquisa derivam-se em possibilidades rizomáticas de discussão, no entanto, para construir esse capítulo e responder aos objetivos colocados, me ative na relação entre os achados e o movimento de Saúde Mental Global. A partir da perspectiva decolonial, identifiquei nas localidades pesquisadas mecanismos de colonialidade relacionados a propostas hegemônicas de cuidado, centradas na psiquiatria e na sua conduta, que são impulsionadas pelas vias da globalização, na qual as lógicas neoliberais também pegam carona.

Também me debrucei em identificar nos resultados da pesquisa, as possibilidades de desconstrução desses mecanismos, contando com aportes teóricos da decolonialidade da SMG, do bem viver, dos saberes menores e do agir leigo.

Portanto, este capítulo se propõe a apresentar 1) as ressonâncias da Saúde Mental Global no Brasil; 2) colonialidade na saúde mental: marcadores e desvios; 3) o cotidiano, o contexto e os atores locais como potências para enfrentar a hegemonia no cuidado; 4) os desafios encontrados na interação Brasil - Itália: comparação ou cooperação?; 5) o Brasil entre o reconhecimento de maioria e a defesa da decolonialidade: necessidade de ouvir os saberes menores; 6) o terceiro espaço na cooperação internacional, na prática e na pesquisa.

Para isso, utilizei novamente o software NVIVO, numa nova aba, onde inseri os resultados da pesquisa e os fichamentos das leituras que me suportaram nas reflexões, integrando os dados teóricos e empíricos por meio da criação de novas categorias. Essas categorias me ajudaram a construir um texto que possibilitasse uma transcendência teórica, sem perder a conexão com o campo.

8.1 Saúde Mental Global e suas ressonâncias no Brasil

Apesar do Brasil compor a categoria de países de média e baixa renda, ele não recebe intervenção direta do movimento de Saúde Mental Global, diferentemente da Índia, por

exemplo, que recebe doações e assistência de países de alta renda e é palco de atuação de uma multiplicidade de organizações não-governamentais (ONGs) (MILLS, 2014).

Essa falta de articulação entre a SMG e o Brasil se verifica na escassa produção nacional sobre o tema (ORTEGA, WENCESLAU, 2015a; ORTEGA, WENCESLAU, 2015b; MENEZES et al, 2018; ORTEGA, WENCESLAU, 2019), cujas pesquisas estão concentradas no Centro Rio para a Saúde Global³⁹, um grupo de pesquisadores vinculados ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro que tem pautado discussões sobre como o Brasil, por um lado, pode compor a agenda do movimento global e, por outro, pode colaborar com os debates em cena, principalmente nesse momento de tensionamento em que a SMG tem recebido diversas críticas por defender a eficácia e a replicabilidade universal de pacotes padronizados de intervenção, elaborados e propostos por países “desenvolvidos” (ORTEGA, WENCESLAU, 2019).

Mas nem por isso, essas tendências hegemônicas no âmbito do cuidado se desviaram do Brasil. Nos resultados da pesquisa percebemos o quanto as lógicas neoliberal e médico-centrada estão presentes nas práticas cotidianas e nos discursos dos participantes.

A implantação e difusão das Organizações Sociais de Saúde; a forte presença da assistência privada que atrai os médicos do SUS; o imaginário construído socialmente de que o SUS é para pobre e seu uso predominante por essa população; o corte de gastos da saúde pública e a falta de apoio por parte das administrações locais; a ausência de plano de carreira, de valorização salarial e de incentivo à formação continuada para os trabalhadores; a forte presença de uma lógica produtivista que prioriza o volume de atendimentos e protocolos por serem mais contabilizáveis que o trabalho subjetivo; foram questões trazidas pelos participantes que dizem da propagação de mecanismos neoliberais pelas vias da globalização, marcando a retração da responsabilidade do Estado (na concepção de Estado mínimo), o aumento do protagonismo da iniciativa privada e a centralidade do discurso da eficácia e do custo-benefício (FORTES RIBEIRO, 2014; BODINI, 2016; MARTINO et al, 2016).

Em relação à lógica médico-centrada, os resultados trouxeram o quanto o psiquiatra continua sendo uma figura central no cuidado, mesmo nos serviços territoriais. O desejo por psiquiatras no serviço; a expectativa implícita de que ele/a, por meio das tecnologias

³⁹ Mais informações no site <http://centroriosaudeglobal.org/>

farmacológicas, possa responder a situações de sofrimento, mesmo aquelas ligadas à marginalidade ou ao comportamento desviante; a valorização da técnica e da tecnologia em detrimento da dimensão relacional do cuidado; a autoridade da sua palavra mesmo não ocupando o cargo da gestão; o corporativismo presente ao não entrarem em discussão entre si e deixarem esse papel para os demais profissionais da equipe; o fato de ganharem um incentivo financeiro para receber os estagiários da universidade no serviço, enquanto os ACS, que mais acompanham os estudantes, não recebem... Tudo isso diz da manutenção da assimetria de poder entre médicos e demais profissionais e usuários (BASAGLIA, 2000; BERLINGUER, TEIXEIRA, CAMPOS, 1988).

A questão da eleição de um candidato conservador na presidência do Brasil também foi compreendida como parte de uma onda de governanças conservadoras na Itália, EUA, América Latina, com riscos para as políticas sociais. Assim como a infiltração das tecnologias no cotidiano das pessoas, que tem afetado a maneira como as relações e o tempo são vividos: em uma expansão das conexões por meios das mídias sociais, sem que isso signifique aumento da conectividade; e em um aceleração constante que têm gerado ansiedade coletiva e uma urgência em lidar, ou melhor, se livrar, das frustrações e do sofrimento.

E não podemos esquecer que a própria reforma psiquiátrica brasileira, o incentivo para a construção do modelo brasileiro de Primary Health Care e a expansão da cobertura de assistência em saúde (Atenção Básica) e em saúde mental, são parte de um movimento internacional, conduzido principalmente pela OMS, sob inspiração de experiências norte-americanas e europeias (entre elas a italiana), como forma de garantir a assistência sob o lema “saúde para todos”, e se contrapor a formas de assistência que ofendem os direitos humanos (SARACENO, 2014).

Portanto, essa introdução apresenta a conexão da realidade brasileira com o cenário internacional, contextualizando a implicação de alguns agentes externos no nosso contexto, deixando claro a influência que o ocidente teve e tem sobre nós, seja para propagar um modelo hegemônico de economia, vida, saúde e cuidado, seja para subverter o próprio modelo hegemônico em questão (psiquiatria democrática).

Caminharei com as contribuições da perspectiva decolonial da saúde mental, a fim de questionar - tendo presente o lugar do Brasil como ex-colônia - que leituras temos feito, e

podemos fazer, sobre nossos modos de cuidar, de existir e de contar a própria história, que permitam identificar os elementos de colonialidade presentes? O que contamos sobre nós? Que práticas valorizamos? Que atores ainda permanecem marginais na discussão e na produção do cuidado em saúde mental?

8.2 Colonialidade na saúde mental: identificando marcadores e desvios

Implicada no desenvolvimento está a ideia de uma homogeneização dos percursos de vários povos do planeta, orientado por um manual de instruções padronizado e rumo a um destino comum, um estágio mais evolutivo para se atingir uma maior maturidade. Essa meta tornou-se uma missão que, em nome da civilização, colonizou e submeteu inúmeras comunidades a uma proposta de ocidentalização do mundo. Essa imposição de uma cultura local (europeia -norte americana) em escala global – protagonizada pelo mercado, Estado e pela ciência, como “potências universalizantes - significou, como toda monocultura, uma perda significativa da diversidade por meio da homogeneização de arquiteturas, linguagens, costumes, modos de vida, desejos e sonhos (ACOSTA, 2016).

Em seu livro “Decolonizing Global Mental Health” (Decolonizando a Saúde Mental Global), China Mills identifica as formas coloniais com as quais o norte global opera no sul global no campo da saúde mental e argumenta que uma das lógicas operantes na colonialidade é a incapacidade de enxergar o outro na sua diferença e singularidade, vendo apenas uma projeção de si mesmo. Na saúde mental, isso se reflete quando os países de alta renda projetam sobre os países de média e baixa renda que desejam ajudar, a sua própria imagem, ou seja, enxerga neles os mesmos problemas mentais, os mesmos cérebros com os mesmos desequilíbrios bioquímicos. E por consequência, sua oferta bem-intencionada de cuidado se dará no sentido de suprir aquilo que esses países não têm: o conhecimento, o acesso ao tratamento, a solução adequada (MILLS, 2014).

Reside nessa ausência de alteridade - ao se totalizar o mundo sob o ponto de vista de apenas um observador - uma pobreza, pois não enxerga a pluralidade das experiências humanas, e também uma perversidade, pois subtrai dessas experiências o que não consegue entender, transformando em sintoma aquilo que extravasa das suas fronteiras normativas. Isso resulta num processo de desumanização (entendido como a exclusão de experiências desviantes do leque das experiências humanas), que desintegra e oclui experiências, às vezes, com a mesma intensidade que o próprio sofrimento (MILLS, 2014).

A complexidade cultural, social, política atrelada ao sofrimento é reduzida ao biológico, ao desajuste bioquímico cerebral, que define a doença e a vida que vale a pena ser vivida: uma vida genérica, sem sintomas, conduzida quimicamente por psicotrópicos.

Desse modo, Mills desvela os modos no qual a psiquiatria utiliza do seu mandato colonial, expressando diferentes formas de violência, das mais tradicionais às mais modernas: o encarceramento em instituições de longa permanência; a exclusão social a partir do estigma do diagnóstico; a atribuição de crises individuais a questões que são de caráter coletivo-econômico-social; a medicamentação indiscriminada; a validação do que é verdade, real, moral e legítimo; e, por fim, em fazer acreditar que é o caminho mais adequado, ou viável, ou único, para lidar com o sofrimento (MILLS, 2014).

Portanto, na visão de Mills, a lacuna (*gap*) em questão – proposto pela SMG - não está em promover acesso, mas se trata de uma lacuna precedente, de compreender como cada localidade, com suas respectivas crenças, racionalidades e dinâmicas, constrói sentido sobre o sofrimento e práticas para lidar com ele. Como exemplo cita a medicina ayurvédica indiana, que compreende o sofrimento como uma desordem no nível das relações, em que o papel do tratamento é “restaurar a harmonia perdida entre a pessoa e sua comunidade” (p. 27). Um outro exemplo é o termo *burden*, que atribui uma conotação negativa ao fato das doenças mentais gerarem incapacidade. O tom pejorativo se justifica somente nas sociedades que tem o indivíduo como centro e a independência como valor, mas em outras organizações mais comunitárias, o sofrimento é visto como uma necessidade do outro, e uma possibilidade de interconectividade entre as pessoas (MILLS, 2014).

Mills deixa claro que não se trata de uma luta contra a psiquiatria, o problema é o fato da psiquiatria ser exercida como prática hegemônica, emudecendo outras práticas de cuidado e ameaçando a integridade das experiências. A psiquiatria possui uma propositividade social se estiver alinhada com os interesses coletivos, resistindo à cooptação por parte dos interesses privados e das abordagens hierárquicas que reforçam seu entrelaçamento com a colonialidade. Cita Fanon que defende que a psiquiatria deveria ser como qualquer outra terapia exercida entre duas pessoas livres.

Portanto, olhar para a saúde mental tendo a decolonialidade como chave de leitura, contribui para que possamos identificar que iniciativas, a nível global ou local, no norte ou no

sul, estão operando como oclusores de experiências. Não se trata de exterminar práticas contrárias às nossas, mas de defender a pluralidade, reconhecendo as singularidades sem anulá-las, patologizá-las ou mercantilizá-las, num exercício contínuo e ético de alteridade (MILLS, 2014).

Em relação ao contexto brasileiro, apesar de todo o esforço dos movimentos de desinstitucionalização de colocar a doença entre parênteses, compreender o sujeito na sua existência-sofrimento, considerar os aspectos sociais, políticos, econômicos como determinantes do processo de saúde das pessoas e suas comunidades (SARACENO, 2014), a doença ainda é imperativa e, responder às “questões sociais” que atravessam a experiência de sofrer permanece pouco praticado.

Quando os participantes da pesquisa trazem o quanto estamos focados em tratar a doença, ao invés de promover saúde; problematizam a quantidade de crianças e adolescentes que são encaminhados para o CAPS para serem medicados e tratados da sua marginalidade; quando Adelaide diz que encontrou consolo ao descobrir, pelo grupo de alcoólicos anônimos, que o alcoolismo de seu marido era doença e não sem-vergonhice; quando os profissionais referem seu sentimento de angústia e solidão profissional por meio da expressão “estamos adoecidos”; em todas essas situações a psicopatologia é evocada para dar nome ao que sentimos e ao que os outros sentem. E a questão em jogo é que reproduzimos em escala local, nas relações familiares, profissionais, sociais, os mesmos mecanismos coloniais que se operam entre nações.

Portanto, ao compreendermos o sofrimento como doença mental estamos utilizando uma concepção do norte global, que não totaliza as concepções existentes. Ao mesmo tempo em que essa concepção oferece uma via de compreensão de si, como Adelaide mesmo trouxe, ela aciona uma série de atalhos que demarcam e encurtam o caminho entre as experiências de vida e o diagnóstico, e entre o diagnóstico e a medicação.

Os diagnósticos demonstram pouca eficácia terapêutica pois poupam os usuários da possibilidade de construir sentidos sobre a própria experiência, como parte do processo de cuidado (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014); poupam os profissionais da oportunidade de participar desse processo e também construir novos sentidos sobre suas experiências; produzem e cristalizam pessoas em identidades fictícias e patológicas que geram

estigmas, exclusão e, por vezes, mais sofrimento (SARACENO, 2014); e atribuem ao outro, o poder de contar a nossa história, às vezes de modo resumido e não representativo (MILLS, 2014).

Mills chama a atenção que a linguagem é um importante marcador da colonialidade. Por meio de vocabulários estrangeiros, atribuídos ou auto-referidos, tornamo-nos estranhos a nós mesmos a partir do julgamento do outro, em um processo de objetificação, na qual passamos a nos apresentar como o outro nos vê (MILLS, 2014).

Ortega e Wenceslau (2019) relatam que em pesquisas realizadas no final da década de 1980, a respeito do sofrimento mental de pessoas da classe baixa do nordeste brasileiro, notou-se que a expressão “doença dos nervos” - explicação técnica dada pelos profissionais dos serviços de saúde locais - era utilizada pela maioria dos usuários para caracterizar angústias, que, segundo os pesquisadores, estavam intimamente atreladas a questões de pobreza, sobrecarga de trabalho e violência doméstica e sexual. (COSTA, 1987, 1989; DUARTE, 1988 apud ORTEGA, WENCESLAU, 2019).

Biehl (2004), em pesquisa etnográfica realizada no Brasil em centros de testagem para HIV, problematiza o imaginário que move a busca das pessoas por diagnóstico, como sendo uma tecnologia que expressa uma verdade biológica e que independe de um contato relacional entre usuário e técnico. Dessa forma, uma série de questões complexas que movem as inquietações das pessoas (adultério, incesto, estupro, prostituição, construção da própria sexualidade e da identidade de gênero) são minorizadas e lidas como fatores de risco, e por sua vez, geram mecanismos de significação que moldam as identidades sociais dessas pessoas.

Será que ao nos apegarmos a esses diagnósticos, a essas versões assimiladas sobre nossa experiência de sofrer e de viver, não estamos nos vendo com os olhos colonizadores? Não estamos nos desapropriando de fazer uma leitura orgânica sobre nossas experiências? Não estamos pegando um atalho explicativo, e as vezes alienante, que conduz fortemente o cuidado para os domínios da medicina e do medicamento? E que em vez de fornecer ferramentas para lidar com o sofrimento, acaba por fortalecer a sensação de desajuste individual, frente a um contexto social insalubre? Enfim, será que é possível construir sentidos mais gentis e respeitosos à nossa experiência?

Uma outra consequência do uso assíduo de diagnósticos para identificar transtornos mentais pelo mundo é que aumenta-se significativamente o número de doentes, justificando a suposta epidemia da doença mental, altamente transmissível pelas vias da globalização.

Surgem daí vários problemas: singularidades culturais desviantes são patologizadas; sofrimentos decorrentes de traumas coloniais, desigualdades sociais e incompatibilidade com o sistema social vigente são tratados individualmente (quando deveriam mobilizar ações coletivas de emancipação); e um “estado de emergência” se instala em nome da contenção dos prejuízos provocados pela doença mental (incapacidade, dependência, improdutividade, morte precoce), justificando formas de cuidado violentas, em nome da urgência (MILLS, 2014).

O próprio estado de exceção [doença] se tornou normativo. [...] A doença mental pode ser lida como uma reação ‘normal’ à (des)ordem – uma resposta saudável à doentia globalização do neoliberalismo (MILLS, 2014, p. 133).

Um exemplo disso, foi contado por Adelaide, em forma de um pedido de ajuda, em uma das nossas conversas pelo grupo do whatsapp da CoP. O filho, que já estava em sofrimento e fazendo uso contínuo de bebida alcoólica, bateu a cabeça por conta do estado de embriaguez e, falando em se matar, tomou vários remédios junto com a cerveja. Era final de semana, o CAPS ad não abria. As profissionais do grupo orientaram Adelaide a levá-lo na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), chamando o SAMU caso fosse necessário. O SAMU chegou mas seu filho resistiu em entrar na ambulância, ficando agressivo e pegando uma faca. O SAMU chamou a polícia para levá-lo algemado, quando os policiais chegaram repetiram diversas vezes à Adelaide que se o filho pegasse a faca de novo, não iriam esperar ele “atacar”, iam atirar na cabeça dele. O filho, vendo a polícia entrou na ambulância, ficou algumas horas na UPA tomando medicação e voltou pra casa à pé.

Na segunda vez que o filho caiu, era domingo, mas Adelaide não chamou o SAMU: disse que tinha medo de acontecer o mesmo que a outra vez. Nos ligamos pelo whatsapp, pesquisei na internet os sinais que ela deveria estar atenta caso o tombo tivesse gerado um traumatismo na cabeça, e após essas orientações iniciais passamos 40 minutos pensando juntas o que motivava o filho a viver e formas menos sofridas dela lidar com o sofrimento do filho.

Com a experiência de Adelaide é inevitável não pensar o quanto a urgência, ou melhor dizer, o imediatismo, segundo as palavras dos participantes da pesquisa, pode significar descuidado e/ou novos traumas. Nos diálogos da CoP surgem mais exemplos: o usuário que não é ouvido na sua tristeza, no seu choro, mas é rapidamente encaminhado para o psicólogo ou o psiquiatra, que supostamente saberá o que fazer; ou quando o serviço, não tendo como dar suporte à crise, abre o percurso de internação no hospital psiquiátrico; ou o usuário que é medicado pois sua família não tem condição de oferecer suporte; ou quando cogita-se enviar um usuário, que está ameaçando se matar, de uber, para um serviço especializado.

Habita nessas situações uma série de mecanismos coloniais: o usuário ter sua história resumida a um diagnóstico, os profissionais fazerem uso desse diagnóstico para se comunicarem com o usuário e sua família, entre si e, principalmente com o médico; esses diagnósticos fazerem parte da formação médica brasileira, e terem como origem dois manuais criados pela OMS (CID-10) e pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV).

A questão da medicação também é central no debate da colonialidade e apareceu na pesquisa nas seguintes falas: na prescrição indiscriminada dos clínicos gerais que trabalham nas USF; no caso da psiquiatra que medica o usuário como forma de conter os riscos que não encontram amparo social; na expectativa social de que a medicação possa dar conta dos adolescentes “marginais”, ou minimamente, dope o problema; no caso do psiquiatra da rede que tem se automedicado como forma de suportar o sofrimento; e na experiência de Adelaide, que também tem se automedicado para conseguir dormir, com os comprimidos restantes da irmã, já falecida.

O não conseguir dormir de Adelaide está relacionado com uma série de fatores relacionados às questões familiares. Questões complexas que não conseguem ser resolvidas até o momento em que Adelaide vai dormir. A vida acorda Adelaide. A vida mantém Adelaide acordada. Quem ajuda Adelaide a resolver ou ressignificar essas questões pra que ela consiga dormir?

Ontem à noite minha ex-nora disse que o meu neto estava ameaçando se suicidar. ‘Mas o que eu vou te falar?’ Acender uma vela e entregar para deus. E avisei o meu filho que é pai dele. Ele culpa a mãe, ‘só você que tem direito de ter depressão?’ e ele já toma medicação. E a mãe dela também tem esquizofrenia. Ele vai no neurologista e na psicóloga, mas nem sempre tem dinheiro para pagar [...] O que a gente faz numa situação dessa? (fala de Adelaide em um dos encontros presenciais)

Distribuir comprimidos se torna uma ação absurdamente mais simples do que olhar para a complexidade das questões em pauta, disse Saraceno (2014). Desse modo, o comprimido tem ocupado o lugar das relações, da rede de apoio, do enfrentamento coletivo das desigualdades sociais e dos sofrimentos comuns.

É entretanto urgente interrogar-se sobre os riscos de psiquiatrizar os conflitos sociais, as insatisfações e rancores da juventude, a desigualdade e as contradições sociais e econômicas. [...] A psiquiatria arrisca descontextualizar o sofrimento, e com o otimismo da linguagem comum, nomeado de universalismo biomédico, se cancelam as diferenças culturais, as peculiaridades dos contextos sociais e políticos, as condições econômicas, para celebrar uma universalidade da doença psiquiátrica e das suas expressões tranquilizantes, mas indemonstráveis (SARACENO, 2014, p. 59).

A questão é que “toda crise da sociedade desemboca nas enfermarias dos hospitais”, apesar disso, não podemos delegar à psiquiatria a resolução dos problemas sociais da humanidade (BERLINGUER, TEIXEIRA, CAMPOS, 1988). Faz-se necessário coletivizar o processo de construção de compreensões e formas de cuidar do sofrimento, de modo que a escolha do tipo de cuidado não se limite a uma escolha individual diante de uma opção limitada de alternativas. Mas que esse processo decisional se amplie às comunidades locais como forma de identificar coletivamente geradores de sofrimento e construir formas participativas de responder a eles, que reinvente o quadro de alternativas ofertadas. Dessa forma, resgatando a dimensão ético-política do cuidado.

Por fim, os autores citam a tutela como mais um dos marcadores da colonialidade na saúde mental. Sob o discurso do empoderamento, que se tornou um termo politicamente correto mas pouco praticado, ações paternalistas continuam se propagando em sua benevolência, sem questionar a assimetria no poder e a manutenção do status quo (SARACENO, 2014).

A participação, portanto, deve superar o desejo implícito do trabalhador/gestor de que o usuário atenda à sua expectativa de participação. A participação não se dá por decreto nos espaços previamente estabelecidos para ela, mas a partir do abandono das expectativas que fazemos sobre o outro, à nossa imagem e semelhança, nessa tendência sempre colonizadora de, na melhor das intenções, achar que aquilo que se oferece como cuidado é aquilo que o outro precisa. Desse modo, estamos sempre projetando nossas necessidades sobre o outro, nos

poupano de um encontro autêntico, que de fato gere transformação e aprendizado, ao invés de repetição e coerção.

Portanto não se trata de “dar voz” ou “fazer participar”, mas de dar licença para que os devires minoritários possam se expressar e contar a sua versão da história. Não é que eles estiveram calados até hoje, mas fomos nós que não soubemos escutar e enxergar suas manifestações. Nesse suposto silêncio, muitos pegaram a palavra no lugar deles:

Às vezes são seus próprios familiares, às vezes são os psiquiatras. Tanto os primeiros como os segundos afirmam conhecer os interesses dos usuários. A verdade é que ninguém pode falar pelo outro sem confundir os próprios interesses com o interesse do outro. A mesa da decisão em saúde mental deve ser composta de usuários, familiares, profissionais de saúde e sociedade civil: cada um tem expectativas e interesses legítimos, mas se trata sempre do próprio interesse (SARACENO, 2014, p. 128).

Uma das falas que têm repercutido globalmente é a do (PANUSP – Pan-African Network os Users and Survivors of Psychiatry), que em declaração escreveram:

Não pode haver saúde mental sem a nossa expertise. Nós somos os conhecedores e ainda nos mantemos como um recurso inexplorado no cuidado em saúde mental. Nós somos os experts. Nós queremos ser ouvidos e participar inteiramente nas nossas decisões de vida (declaration PANUSP, 2011, apud MILLS, 2014 p.143)

Na manifestação do usuário, abre-se espaço para a contradição, para a negociação, para a dialética, para o movimento (BASAGLIA, 2000). Na concepção de Cecilio, Carapinheiro e Andreatza (2014), o usuário não é fabricado nos moldes das políticas sonhadas, o usuário é fabricante de caminhos. Movidos pelo sofrimento e pela fragilidade inerentes à condição humana, traçam circuitos, conectando territórios e atores, em busca cuidado, vínculo, explicações para os seus sentires, bem-estar, fim da dor, um jeito próprio de andar na vida. Com esse “agir leigo”, que não é por nada pejorativo, dão forma ao seu mapa de cuidado, numa perspectiva muito parecida com a de território existencial.

Ao reconhecermos [...] um agir “leigo”, deslocamos a usual concepção pejorativa para uma concepção ativa, criativa e legítima da palavra “leigo”, o que confere ao “saber leigo” o estatuto de um conhecimento válido e produtivo para desencadear modos de agir, a partir das experiências sociais vivenciadas pelos usuários na busca pelo cuidado à saúde e, portanto, não filiado unicamente ao conhecimento científico

ou profissional especializado (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014, p. 116).

No modo do agir leigo, a rede não existe a priori, mas ela é construída no movimento real das pessoas em busca de suas necessidades, por vezes a contragosto dos gestores e profissionais. O desenho dessas redes são singulares para cada sujeito. Apesar de alguns caminhos serem mais batidos e percorridos por já estarem instituídos burocraticamente e socialmente, cada mapa é um caleidoscópio, que não se repete em exatidão: são incapturáveis na sua andança. Portanto, se o esforço dos gestores e dos trabalhadores da saúde for cavar estradas e construir largas rodovias de asfalto entre esses pontos da rede, certamente terão muitas frustrações ao não considerar a potente capacidade de escape e fluidez dos usuários para além do percurso instituído. É necessário considerar os desvios, as novas trilhas, para além da concepção de rebeldia gratuita ou ignorância, mas como um ato decolonial de defender seu modo de existência e abrir um espaço no mundo para instaurar sua leitura da realidade.

Quando Adelaide traz suas demandas pessoais nos encontros da CoP, contando timidamente sobre os problemas do filho e suas tentativas de busca por cuidado para ele, ela está, na verdade, dando-nos uma oportunidade de nos desinstitucionalizarmos dos nossos discursos e do nosso lugar de saber, e de transformar o espaço da pesquisa em espaço de cuidado. Muitas vezes não sabíamos o que dizer diante das situações difíceis da sua vida que ela relatava - e o quanto melhor seria se a gente tivesse sabido menos e inventado mais, junto com ela -, mas isso significava uma oportunidade para olhar e participar do desenho do seu mapa de cuidado.

Ao buscar cuidado para o filho, Adelaide também buscava cuidado para si, descobrindo e abrindo os caminhos na sua rede. Nos encontro da CoP, quando ela trazia suas demandas, apresentávamos algumas vias já prontas: a assistente social da empresa onde o filho trabalhava para recorrer à demissão do mesmo; a USF do seu bairro, onde poderia pedir encaminhamento para um especialista para o filho; o CAPS ad, onde algumas profissionais do grupo trabalhavam; a UPA e o SAMU, no caso de crise aguda do filho; o contato telefônico do centro de Valorização da Vida, que oferece apoio emocional na tentativa de evitar o suicídio.

Mas a vontade do filho de buscar tratamento também agenciava as conexões, de modo que a UPA e o SAMU se mostraram repelentes; as consultas com médicos especialistas, do SUS e do particular, foram pouco ativadas; e o CAPS ad se tornou sobretudo, um ponto de cuidado para Adelaide, que participava dos grupos de família e dos eventos organizados pelo serviço, inclusive retomando a prática de escrever poesias e se apresentando nos saraus da instituição e em outros espaços da cidade.

A medicação para dormir e o grupo de alcoólicos anônimos também são elementos do seu mapa, fornecendo condições concretas e subjetivas para o enfrentamento de seus desafios.

A universidade tem papel ativo⁴⁰ na vida de Adelaide, além de sediar seu trabalho como voluntária em um projeto de apoio educacional a crianças com dificuldade de aprendizagem, e dos próprios encontros da CoP, também começou a participar de um projeto de extensão que oferece oficinas semanais de socialização de pessoas com mais de 60 anos, voltados à saúde mental e à felicidade.

O whatsapp e o facebook também foram territórios de cuidado. Foi por onde Adelaide pediu e recebeu ajuda, que vinham em forma de informações, esclarecimentos sobre o funcionamento da rede, divulgação de eventos e palestras online (dentre eles o de Ouvidores de Vozes, no qual ela mostrou particular interesse). Foi por onde conversamos sobre o filho, sobre sua família, sobre como tínhamos passado o fim de ano. Foi por onde pensamos estratégias de lidar com o sofrimento por meio da troca de materiais virtuais: vídeos com explicações alternativas sobre a dependência de substâncias, foto de folhetos espíritas sobre como lidar com o suicídio numa perspectiva espiritual, mensagens otimistas, e as suas poesias.

Apesar de se desculpar por nos escrever de fim de semana e por solicitar as profissionais do CAPS por meio desse contato direto/pessoal que a CoP possibilitou, Adelaide mostrava as vias por onde o cuidado pode fluir: pelo afeto, pelo vínculo, pela disposição à partilha e pelo não julgamento. Segundo Pelbart “o julgamento impede a chegada de qualquer novo modo de existência” (p. 402), pois ele se apresenta como declarante da normatividade, e esta, por sua vez, é, uma das oclusoras da experiência.

⁴⁰ A universidade pública foi referida por vários participantes como sendo uma potencialidade da realidade local.

Nesse seu transitar experimental que combina elementos de diferentes ordens, Adelaide nos ajuda a habitar de sentido vivo (fazendo referência ao conceito de trabalho vivo de Mehry) algumas palavras frequentemente utilizadas nas discussões da CoP: território, comunidade, rede.

Onde é o território? Quem é a comunidade? Por que a rede não funciona?

A rede que não funciona é a rede idealizada na expectativa dos trabalhadores e gestores, pois os sujeitos estão constantemente fazendo conexões entre espaços públicos, privados, sanitários, religiosos, movendo e construindo os mapas da cidade com os próprios pés. Portanto, seria mais sustentável que, como instituições de saúde, prestássemos atenção a essas andanças, mais do que propor, sem muita negociação, percursos e ritmos homogeneizados à caminhada.

Nesse sentido, o território não se define a priori, não é um lugar fixo, uma área de abrangência, mas ele se constitui a partir do movimento das pessoas por espaços físicos e simbólicos, onde se dão os encontros e se constrói pertencimento e processos de subjetivação. São os territórios existenciais (BORGES, 2015; FURTADO et al, 2016; YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018).

Para os trabalhadores o território foi convocado como a possibilidade um trabalho móvel/maleável, que se dê fora da instituição de saúde em articulação com os dispositivos da cidade, onde seja possível produzir um cuidado desinstitucionalizado, e cujo ACS aparece como referência. Mas é importante, que os trabalhadores considerem que “para cada proposta das práticas da Atenção Psicossocial haverá um território com sua singularidade e uma multidão de territórios existenciais” (YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018, p. 182).

Trata-se, de salvar as palavras da abstração, da sua desconexão com o concreto; do seu esvaziamento ou cristalização de sentido; tendo como guia os atores do cuidado e os agenciamentos que eles operam. Como defende Latour, não se deve perder a chance de conhecer a diversidade de motivos que levam ao agir no mundo (LATOUR, 2012).

8.3 O cotidiano, o contexto local e seus atores: forjando o poder

Olhar para as experiências e narrativas dos participantes da pesquisa nos permitiu apreender as potências, os imprevistos, os modos criativos com o qual eles lidam com a falta de recursos, com a burocracia, com a rigidez do processo de trabalho, com os conflitos relacionais, com os sofrimentos da vida. Em uma compreensão que vai na contramão do vitimismo e da despotencialização dos mesmos diante do cenário neoliberal e médico-centrado.

Portanto existe uma complexidade que habita o cotidiano e o contexto local das pessoas. Esse espaço-tempo sedia uma série de operações de captura e escape à captura, de opressões e resistências, abarca diversos atravessamentos de sentires, práticas, lógicas e discursos, que mesmo sendo opostos, coexistem.

Portanto, o cotidiano e o contexto local são o “quando” e o “onde” se dá o enfrentamento dos processos globalizantes/hegemônicos que atravessam a dimensão do cuidado (BIEHL, 2008, 2011; GAMA, FERRER, ONOCKO-CAMPOS, 2014; MILLS, 2014; SARACENO, 2014; FERLA, GUIMARÃES, 2016; FRANCO, CECCIM, 2016; YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018). É o tempo-espaço no qual os agenciamentos são feitos, e é por meio da sua inerente materialidade que conseguimos mapear as conexões ativadas pelos seus atores (LATOURE, 2012). O pensamento de Latour nos ajuda e repropor a compreensão do global e do local para além da dualidade já conhecida, desmistificando o global como uma entidade transcendental que existe a priori ou que está para além do alcance da nossa intervenção, argumentando que ele só existe como manifestação concreta/encarnada no contexto local e, portanto, produto de agenciamentos.

É na complexidade do cotidiano e do contexto local que conseguimos compreender que não há profissões essencialmente vilãs (psiquiatria) ou resolutivas (ACS) (BORGES, 2015), nem modelos padronizados de boas práticas, nem lugares/territórios que são terapêuticos por si só. Os sentidos vão sendo construídos e desconstruídos a partir das relações. Essa perspectiva relacional nos ajuda a lidar com as bipolaridades conceituais e as fixações identitárias que apareceram ao longo dos resultados, e nos ajuda a reconhecer um movimento constante que fazemos de, lutar pela instituição de práticas, políticas e discursos quando elas nos parecem relevantes, e lutar pela sua destituição quando elas se enrijecem a

ponto de constranger o fluxo do que não cabe no instituído. Parece que o ser humano cria padrões com a mesma dedicação que busca rompê-los para não se deixar capturar.

O local também é referido como o espaço em que a ‘democracia profunda’ se manifesta e é ao mesmo tempo construída. O conceito, de Appadurai citado por Saraceno (2014, p. 166), significa a democracia mais próxima, ou seja, aquela que se expressa e se constrói nas práticas cotidianas, nas relações familiares e de amizade. É a infiltração da democracia pública nas comunidades locais e é também a possibilidade de reconstruí-la a partir da base.

Na mesma direção, temos o conceito de autocentramento, originado nas comunidades ameríndias do bem viver, que defende o desenvolvimento das forças endógenas de modo a “ir gestando localmente espaços de poder real, verdadeiros contrapoderes de ação democrática nas esferas política, econômica e cultural” (ACOSTA, 2016).

Ambos conceitos defendem a experiência de poder como algo que deve ser vivido pelas pessoas no cotidiano e não em um evento eleitoral esporádico, e que esse fortalecimento local, versus uma “democracia representativa a partir da institucionalidade estatal”, pode contribuir para a redemocratização da democracia.

Por fim, Mills sintetiza que o local abriga uma grande potência de desconstruir práticas decoloniais:

As estruturas para entender e responder ao sofrimento mental precisam ser “caseiras”, “artesanais”, ao interno dos contextos locais nos quais o sofrimento emerge, privilegiando o saber daqueles que vivem a experiência de sofrimento e possibilitando intervenções baseadas na colaboração comunitária, na auto e mútua ajuda. Tais estruturas devem ser capazes de dar suporte ao entrelaçamento entre questões socioeconômicas e o sofrimento (crises político-econômicas com crises individuais) e tentar entender o sofrimento a partir do significado pessoal e político (MILLS, 2014, p. 149)

8.4 A interação Brasil - Itália: comparação ou cooperação?

Um dos marcadores mais visíveis da colonialidade veio representado pela admiração dos participantes brasileiros de que a Itália era mais avançada na implantação da sua política e de que o tratamento aos usuários da saúde mental era mais civilizado.

Uma admiração que também identifiquei nos diálogos do livro *Conferenze Brasiliane*. Durante o evento, Basaglia foi questionado várias vezes sobre qual seria a saída para os desafios da realidade psiquiátrica brasileira, e se recusou em responder em todas elas. Ao invés disso se manifestou contra a exportação de um modelo italiano, mas a favor dos encontros como uma oportunidade de sair do provincialismo, de partilhar testemunhos, de fazer deslocamentos de perspectiva:

Seria ridículo se eu desse uma resposta para o contexto social em que vocês trabalham [...] Nós não queremos modelos de psiquiatria italiana ou americana, não desejamos uma situação de imperialismo, ao contrário, pensamos que o problema psiquiátrico possa ser resolvido “brasilianamente”. E brasilianamente quer dizer internacionalmente (BASAGLIA, 2000, s/ p).

Qual seria então o “jeitinho brasileiro” de responder aos desafios globais relacionados à saúde mental que se manifestam na nossa realidade?

Na minha experiência de intercâmbio na Itália, ouvia frequentemente alguns conterrâneos descreverem, às vezes com pesar, às vezes com vergonha, esse nosso “defeito”. Depois de alguns meses comecei a ficar profundamente incomodada com esse tom auto-depreciativo que a expressão trazia, ao aludir a essa nossa malandragem, a esse “instinto” de querer tirar vantagem sobre os outros. De certa forma, ela parecia dizer da nossa incivilidade, da nossa falta de modos e isso soava como se estivéssemos nos julgando com os olhos do colonizador. Olhando para o passado de colonização do Brasil, me lembrei a quantas imposições ideológicas fomos expostos, construindo nossos modos de organização – ainda que com muita resistência e antropofagismo – sob inspiração dos modelos europeus, para não dizer goela abaixo. O sistema de exploração colonial deu seus frutos: Brasil é um dos países de maior desigualdade social do mundo. E a esse ponto eu me pergunto, se o jeito brasileiro não faz parte da herança do pensamento extrativista, um ato de reprodução da lógica colonial de tirar vantagem; ou se não é, paradoxalmente o seu oposto, um ato decolonial, de resiliência, que busca encontrar formas criativas de fluir pelos aparatos burocráticos.

Portanto, eximindo essa expressão do tom pejorativo que lhe foi atribuído, reflito, sob estímulo de Basaglia, sobre como podemos exercer autonomia no processo de compreender e propor soluções ao sofrimento e aos desafios da saúde mental. O termo autonomia não é usado aqui como independência, mas a partir do seu sentido etimológico grego (“auto” e

“norma”), ou seja, como criar uma normativa própria, para reger a si mesmo, a partir do encontro com a norma do outro (heteronomia). Portanto, como podemos nos deixar inspirar pelo modo de existência do outro sem assimilá-lo colonialmente mas, como nos incentiva o movimento antropofágico, mastigando e deglutindo junto com os saberes locais para criar algo que é singular, mas que não é individual, pois foi construído a partir do encontro com o outro.

A antropofagia é um movimento cultural que marcou o modernismo brasileiro, na década de 1920, cujo maior expoente foi Mario de Andrade. Foi celebrada como uma saída para a questão de identidade brasileira em relação ao imperialismo europeu e norte-americano ao defender que a cultura externa não deve ser imitada, mas deglutida junto com as culturas internas dos ameríndios, dos afrodescendentes, dos eurodescendentes, dos descendentes de orientais. O conceito do antropofagismo é evocado por Ortega e Wenceslau (2019) para defender como o Brasil pode se inserir nos debates da SMG fazendo atenção aos seus componentes culturais e de como estes, por sua vez, devem ser levados em conta nas práticas dos serviços de saúde.

Na direção de marcar a autonomia da nossa construção, alguns participantes defenderam que a reforma psiquiátrica não é só a “transposição do modelo italiano”, mas é “um outro desenho”, construído a partir das nossas precariedades e potências.

Essas falas encontram suporte na discussão de Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), que defendem o conceito de Saúde Mental Coletiva, ou seja, a partir de diferentes contribuições histórias de reformas psiquiátricas ocorridas nos Estados Unidos, na Inglaterra, na França, na Itália; das contribuições teóricas do materialismo histórico, da psicanálise e da filosofia da diferença; e das experiências locais dos CAPS e NAPS, o Brasil concretizou um jeito próprio de produzir saúde mental: a atenção psicossocial. A atenção psicossocial engloba e se diferencia da reabilitação psicossocial italiana graças à nossa articulação com a Saúde Coletiva e, portanto, à construção de ferramentas próprias como a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular, as tecnologias leves, a articulação com a Atenção Básica e os espaços instituídos de participação social.

Mas construir uma saúde mental decolonial exige de nós uma tarefa extra: ouvir os saberes menores que foram pisoteados no processo de colonização brasileira e que seguem

ainda pouco visíveis para a massa que ruma distraída na direção do desenvolvimento. Abaixo, trago algumas problematizações sobre isso.

8.5 O Brasil entre a maioria e a decolonialidade: necessidade de ouvir os saberes menores

Segundo Saraceno, no seu livro em que analisa criticamente o movimento de SMG⁴¹, a experiência brasileira é reconhecida internacionalmente como avançada, por ter sido produto de uma reforma complexa, de conquista de um sistema de saúde público, com uma legislação progressista, ampla cobertura da assistência primária e especializada e com uma queda significativa no número de hospitais psiquiátricos. Isso tudo considerando a grande extensão de seu território e a quantidade populacional.

Para além da Europa, o único país que desenvolveu uma política nacional sistemática de reforma que dura mais de 20 anos, foi e é, sem dúvida, o Brasil (p. 78). [...] Talvez seja a única [experiência] de excelência que tenta ser complexa (envolver todo os setores do sistema) e ubiqüitária (cobrir todo o país). Apesar de ser mais uma tendência do que uma realidade, não há dúvidas que o Brasil pode ser considerado um país modelo entre os de média e baixa renda e, também, um país capaz de ensinar algo de útil aos países de alta renda (SARACENO, 2014, p. 110).

De modo a evitar um pessimismo sem proposição e um otimismo sem crítica, é imprescindível reconhecer e celebrar os avanços da política de saúde brasileira, relevando o lugar das mobilizações sociais nas conquistas referidas. Mas também é necessário identificar os nós históricos que ainda amarram nosso presente a um passado colonial.

Nesse sentido, Pelbart (2016), com as contribuições de Foucault, faz provocações importantes ao questionar uma linearidade evolutiva entre os países, que vai do menos avançado ao mais avançado, do menos civilizado ao civilizado, da minoridade à maioria. Explora a maioria em dois sentidos, como uma medida que se impõe por toda parte, mesmo não correspondendo a uma maioria numérica; e como um saber adulto, maduro,

⁴¹ O livro analisa algumas contradições no discurso e na prática da SMG, como a globalização do modelo biomédico da psiquiatria e a exclusão dos sujeitos e populações na criação e implementação dos projetos de saúde mental. “A OMS, apesar de fazer parte deste contradição, é porém o único organismo internacional que tenta conservar uma visão menos reducionista das ações em saúde mental” (SARACENO, 2014, p. 10).

responsável - o futuro de toda criança. “Quem se oporia à defesa de autonomia, à exigência de pensar por si mesmo, à reivindicação de livrar-se da tutela, da dependência, da delegação de atitude e do pensamento? Quem se oporia à saída da menoridade?” (PELBART, 2016, p. 225).

Ele nos adverte do risco de, ao desejarmos nos tornarmos maiores e maioria, uma gama de devires minoritários que fogem do padrão majoritário “homem-branco-macho-racional-urbano-europeu-consumista” são silenciados, ignorando a “quantidade psicopolítica” desses devires – devir mulher, devir criança, devir animal, devir índio, devir negro, devir trans, devir louco: “O pequeno é a sede irredutível das forças, o local dos desvios, o locus da diferença” (PELBART, 2016, p. 226).

É justamente onde tudo parece fazer sentido e garantir um consenso saudável, é aí que talvez tudo mereça ser revirado ainda uma vez [...] não parece claro que sempre que nos pedem maioridade, maturidade, seriedade, responsabilidade, nos estão cobrando obediência, servidão, assujeitamento ao que se pressupõe como maioridade? Não esconde a exigência de maioridade [...] uma subserviência a um padrão dito maior, dominante, hegemônico? Será que a maioridade não representa, um ideal de servilidade e sujeição a uma suposta humanidade natural ou moral, ou pelo menos, viável, em todo o caso já dada e constituída? O desafio mais radical não consistiria precisamente, ao contrário, em escapar de uma maioridade que nos é imposta individual e coletivamente, como um ideal, uma natureza, um progresso ou um destino, e cujo questionamento corre o risco, sempre, de parecer aos olhos dos “maiores” como leviana, irresponsável, irracional, para não dizer infantil, desarrazoada? (PELBART, 2016, p. 226)

Ainda em seu livro, Pelbart cita um conto/metáfora de Souriau que conversa com a questão da invisibilidade do devir menor. Uma criança passa muito tempo organizando alguns objetos em cima da mesa da mãe. Quando esta chega, distraída, pega um objeto que precisa, guarda o outro em seu ‘devido’ lugar, desfaz a ordem dada pela criança, provocando-lhe choro intenso, que tenta consolar dizendo que não tinha visto “que era alguma coisa”. A questão que se coloca não é o fato da mãe não ter visto os objetos, ela os vê, tanto é que os move de lugar. O que ela não vê é que eles são a manifestação do ponto de vista da criança. Ela não vê que ali existe um ponto de vista.

É o pragmatismo da percepção que, ao privilegiar as realidades sólidas e manifestas, desqualifica a pluralidade das perspectivas, dos planos de existência. Ao invés de sacrificar a positividade existencial de “populações inteiras de seres” no altar de uma Verdade, seria o caso de multiplicar o mundo a fim de as acolher – donde o esforço

em mobilizar conceitos diversos para garantir a pluralidade e distinção entre os modos de existência, sem deles fazer etapas de um único processo evolutivo, universal (PELBART, 2016, p. 395).

Essa história nos mobiliza a aumentar o grau da nossa lente pra enxergar os pontos de vista, os modos de existência que escapam dos olhares distraídos, nossos, dos profissionais da saúde mental, das entidades internacionais, do movimento de Saúde Mental Global. É necessário, como cita Cunda, Zanchet, Chassot (2017) parafraseando José Paulo Paes no epitáfio de Manuel Bandeira, fazer do menormenormENORMEnor!

Um desses saberes menores é o do bem viver. De origem nas comunidades indígenas latino-americanas, não tem uma tradução única e se coloca como conceito aberto, justamente por se caracterizar contra-hegemônico e defender a pluralidade de experiências e de nomeação dessas experiências (ACOSTA, 2016).

O bem viver se caracteriza como proposta decolonial ao colocar em relevo saberes e práticas marginalizadas, histórias de lutas e resistência locais, que se somam às contribuições provenientes de diversas latitudes na intenção de questionar a colonialidade do poder operante na ideia de desenvolvimento. Trata-se de “não mais propor alternativas de desenvolvimento, mas alternativas ao desenvolvimento” (ACOSTA, 2016, p. 85).

Alguns saberes indígenas não possuem uma ideia análoga à de desenvolvimento: não existe a concepção de um processo linear de vida que estabeleça um estado anterior e outro posterior, a saber, de subdesenvolvimento e desenvolvimento, dicotomia pela qual deveriam transitar as sociedades para a obtenção de bem-estar, como ocorre no mundo ocidental. Tampouco existem conceitos de riqueza e pobreza, determinados, respectivamente, pela acumulação e pela carência de bens materiais (ACOSTA, 2016, p. 71).

“O bem viver se baseia em noção de vida em que todos os seres (humanos e não humanos) existem sempre na relação entre sujeitos, não entre sujeitos e objetos, e de nenhuma maneira individualmente” (ESCOBAR apud ACOSTA, 2016, p. 79). Portanto, há um deslocamento da perspectiva etnocêntrica para a sociobiocêntrica, que busca reatar o ser humano do seu divórcio com a natureza, de modo que o cuidado com a existência de todos os seres se reflita na sobrevivência da humanidade.

Sua cosmovisão defende a pluralidade de experiências, a reciprocidade e complementariedade entre os seres, a solidariedade, sustentabilidade e a integralidade.

Opondo-se à ideia de acumulação, exploração, consumismo, individualismo e competitividade.

O espaço mental em que as gentes sonham e atuam está ocupado hoje em grande medida pelo imaginário ocidental. Os vastos sulcos da monotonia cultural que herdamos são, como em toda monocultura, tanto estéreis quanto perigosos. Eliminaram variedades de seres humanos e converterem o mundo em um lugar desprovido de aventura e surpresa. O “outro” desapareceu com o desenvolvimento”. 81 (ACOSTA, 2016, p. 81)

Trouxe minimamente alguns elementos da proposta do bem viver, a fim de nos mobilizar sobre as formas possíveis de pensar e praticar o cuidado como projeto emancipador, além das propostas de alternativas já conhecidas.

8.6 O terceiro espaço na cooperação internacional, na prática e na pesquisa

Para lidar com os desafios éticos que a colonialidade na saúde mental nos apresenta, Mills sugere a abertura de um terceiro espaço ao interno da SMG, onde as diferenças entre as culturas não sejam niveladas nem hierarquizadas, mas consideradas em suas singularidades, a fim de defender a diversidade de compreensões e práticas sobre o cuidado em saúde mental. Desse modo o *gap* não é uma lacuna a ser fechada por meio da aplicação de pacotes psiquiátricos, mas é justamente esse vão no qual a contradição consegue se expressar e os impasses e paradoxos são visualizados e acolhidos, forjando - sem universalizações e consenso - novas metáforas, novos conceitos, novas relações, calcadas na ética. O terceiro espaço, portanto, é uma fronteira, “um lugar de entendimentos híbridos, que possibilita que outras formas de respostas ao sofrimento sejam encontradas, formas que podem perturbar a psiquiatria” (MILLS, 2014, p.138).

Tomei consciência desse espaço durante as traduções dos materiais que foram intercambiados ao interno da CoP, quando me deparei com palavras e expressões em italiano que não tinham um equivalente direto em português (*presa in carico*), ou que seu uso não nos diziam muita coisa, ou ainda significavam justamente seu oposto (*tutela*). A liberdade de poder escrever no meu diário de campo com as palavras que me vinham primeiro, usufruindo dos dois vocabulários, também marcaram esse sincretismo.

O terceiro espaço abre-se, portanto, como numa dobra, quando a palavra não tem como ser traduzida imediatamente, mas precisa de aproximação, deslocamento, tempo e negociação sobre o seu sentido, que define a cooperação internacional não como a soma de dois países, mas como a *mescolância* (mistura + *mescolanza*), na qual se criam novos sentidos e novas palavras: as “gírias internas” da CoP Brasil Itália.

O terceiro espaço é onde as identidades se afrouxam, onde o que é natural e exótico é contestado, onde os imaginários têm a oportunidade de serem descamados, dando possibilidade de se encontrar verdadeiramente com o outro, para além das nossas projeções e interpretações.

É um espaço, como pudemos vivenciar ao longo da pesquisa, também de desconforto, mal entendido, constrangimento, vergonha alheia, mas sobretudo, aprendizado. Esses conteúdos já existem, trata-se de criar conscientemente um espaço para que eles sejam vistos e expressados.

O conceito de Mills encontra ressonância no discurso de Basaglia quando defende a criação de um espaço de tensão onde é possível enfraquecer os papéis e as identidades, aceitar a contestação e a propositividade da crise, suspender o julgamento, construir a dialética, o movimento, para poder criar algo pra além do que se conhece (BASAGLIA, 2000), ou nas palavras dos participantes brasileiros, “inventar moda”, ser mais “louca que o louco”.

Sem pretender liberar o mundo da loucura, mas liberar da loucura sua potência de delirar o mundo, numa *folia* generalizada, numa vidência coletiva que extrapola os contornos da realidade

para nela apreender suas virtualidades, inteiramente reais porém ainda não desdobradas. [...] Não é o futuro, nem o sonho, nem o ideal, nem o projeto perfeito, porém as forças em vias de redesenharem o real. O vidente pode ser o artista, o pensador, a singularidade qualquer, o anônimo, o pobre, o autista, o louco – em todo caso, aquele que, à sua maneira, chama por um modo de existência por vir (PELBART, 2016, p. 414).

Há também em Pelbart uma referência ao terceiro espaço:

Tal como há um modo autista, haveria um modo esquizofrênico, um modo índio, um modo oriental, um modo negro, um modo artista? Ou ao contrário, é justamente para arrebentar tais clichês, e a tipologia caricata e identitária que os sustenta, que seria preciso insistir no ‘entre’? Pois trata-se de se instalar nos entremodos, nos entremundos, nas passagens, transições, viradas, deslizamentos, cruzamentos e reviravoltas de perspectiva, até mesmo nas ‘negociações’ entre modos e mundos. [...]

é no entrecruzamento com tais modos de existência diversos, nos entremundos, que algo pode ser gestado ou cuidado (PELBART, 2016, p. 401).

Concluo que o terceiro espaço pode/precisa ser aberto nas experiências de cooperação internacional, dentro e fora do movimento da SMG (MILLS, 2014); na relação entre saberes menores e maiores, ancestrais e modernos (ACOSTA, 2016); na relação entre usuários-fabricadores (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014) e trabalhadores-desejantes (MEHRY, 2013).

Para além dos cenários da prática, da cooperação, o terceiro espaço precisa também ser aberto na pesquisa, de modo a fazer conversar o saber da experiência cotidiana e o saber acadêmico-científico. Para isso, é imprescindível que os saberes menores possam compor as pesquisas do lado de dentro da academia, ou seja, como pesquisadores, a partir do seu lugar de enunciação e representatividade, num ato de profanar a ciência, isto é, “devolver ao livre uso - dos homens comuns -, tudo aquilo considerado sagrado e que pertenceria apenas aos deuses” (CUNDA, ZANCHET, CHASSOT, 2017, p. 159).

Apesar desta pesquisa ter pretendido envolver usuários e familiares na reflexão sobre o cuidado em saúde mental, constatamos que para além do convite formal à participação, muitos outros passos seriam necessários para tornar esse espaço acessível e habitável para essas pessoas, como nos lembra um participante do grupo de Ouvidores de Vozes de Gubbio ao explicitar a necessidade de um ambiente acolhedor que favorecesse a expressão. Portanto, identificamos essa questão como um limite do nosso trabalho, mas também uma direção para pesquisas futuras.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa construiu diálogos entre Brasil e a Saúde Mental Global, por meio da perspectiva decolonial e a partir de uma experiência de trocas de experiências e saberes entre Brasil e Itália apoiada no cotidiano dos participantes envolvidos. Dessa forma foi possível apreender as similaridades e particularidades entre as localidades dos dois países, identificando os desafios comuns que compõem o cenário global na área da saúde: a predominância do modelo médico-centrado e o avanço da lógica neoliberal que ameaça os sistemas públicos. Fazendo um aprofundamento na realidade brasileira, foi possível identificar os mecanismos coloniais que marcam a assimilação de um modelo externo hegemônico de saúde mental, que define como compreendemos, nomeamos e lidamos com nossas experiências de sofrimento (diagnósticos, compreensão de sofrimento como doença, busca de supressão dos sintomas por meio da medicação, relações de tutela).

Ao mesmo tempo, as referências teóricas utilizadas, da decolonização em saúde mental, do bem viver, do agir leigo, nos ajudaram a identificar as iniciativas, concretas e possíveis, de transgredir a esses mecanismos e construir práticas decoloniais em saúde mental pautadas no contexto local, no cotidiano e nos saberes menores.

Considero que a riqueza desta pesquisa foi discutir desafios globais fazendo atenção ao cotidiano dos participantes e promovendo uma troca intercultural, que possibilitou trazer para o alcance dos olhos questões que só emergem a partir do encontro com o outro, quando temos a oportunidade de expor a nossa realidade e fazer novas leituras sobre ela, agregando percepções externas, que maleabilizam conceitos, fronteiras e a distância entre pessoas, práticas e países.

Este trabalho portanto, faz um convite a construções antropofágicas no campo da pesquisa e das práticas em saúde mental, provocando-nos a dar passagem para outras racionalidades que podem enriquecer os debates ao produzir deslocamentos de perspectiva. Assim como acredito que trouxe contribuições importantes para os debates que se aquecem em torno da Saúde Mental Global.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo. Autonomia Literária, Elefante, 2016. p. 264.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- ASSAD, M. L.; ORTEGA F. Usos de referências biológicas em publicações de Saúde Mental Global. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1409-1428, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.1977
- BARRETT, T. et al. Nurses are the key to improving mental health services in low-and middle income countries. **Int. Nurs. Rev.**, Geneva, v. 56, n. 1, p. 138-141, mar. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19239528>>. Acesso em: 17 out. 2019.
- BASAGLIA, F. **Conferenze brasiliane**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: _____. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133. 1968
- BERLINGUER, G. TEIXEIRA, S. M. F., CAMPOS, G. W. S. Reforma sanitária: Itália e Brasil. Ed Hucitec, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. São Paulo, 1988.
- BEZERRA JR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019.
- BIEHL, J. Ciência, tecnologia e saúde mental. In: LEIBING, A; CAMARGO JR, K. R. (org) Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil. Ed Nau, Rio de Janeiro, 2004.
- BIEHL, J. Care and disregard. In: FASSIN, D. (Ed.). **A companion to moral anthropology**. [S.l.]: John Wiley & Sons, 2012. p. 242-263. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118290620.ch14>>. Acesso em: 17 out. 2019.

BIEHL, J. Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social - desejo. **Revista de Antropologia**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 413-449, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27285>>. Acesso em: 17 out. 2019.

BIEHL, J. Human Pharmakon: Symptoms, Technologies, Subjectivities. In: GOOD, B. J. *et al.* **A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities**. [S. l.]: Wiley-Blackwell, 2010. p. 213-231. 2013

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 257-296, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019.

BODINI, C.; STEFANINI, A. Salute Globale: uno scenario conflittuale. In: FERLA, A. A.; STEFANINI, A.; MARTINO, A. **Salute globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia**. Porto Alegre: Rede Unida; Bologna: CSI-Unibo, 2016.

BORGES, S. A. C. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 107-113, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1012>

BOSI, M. L. M., Desafios atuais para a pesquisa qualitativa: considerações no cenário da saúde coletiva brasileira. **Forum Sociológico**, [online], v. 2, n. 24, p. 19-26, 2014. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/sociologico/996>>. Acesso em: 17 out. 2019.

BUSS, P. M., FERREIRA, J. R.. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **RECIIS R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 93-105, mar., 2010. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/710>>. Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

BROWN, T.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 2006, p. 623-647. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. São Paulo, Hucitec, Fapesp, 1 ed, 2014. 198 p.

CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. J.. Relatos de experiência y investigación narrativa. In: LARROSA, J. *et al.* **Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación**. Barcelona: Laertes, 1995. p. 11-59.

CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. Personal Experience Methods. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Methods of collecting and analyzing empirical materials**. 3. ed. California: Sage Publications, 1998. p. 413-427.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553-563, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13 – 44.

CRARY, J. 24/7: Capitalismo tardio e os fins do sono. São Paulo: Ubuntu Editora, 2016, 144 p.

CUNDA, M. F.; ZANCHET, L.; CHASSOT, C. S. Os saberes menores e a profanação acadêmica: os sentidos da experiência. **Rev. Polis e Psique**, 7(2): 153 – 175, 2017.

CUNHA, M. I. Conta-me agora: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 23, n. 1-2, jan 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>.

DELGADO, P. G. Conferência de Abertura: Economia Solidária e Saúde Mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, 2005. p. 15-30. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Sm%20e%20economia%20solid%20E1ria.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019.

FERLA, A. A.; GUIMARÃES, C. F.. La salute globale in Brasile. In: FERLA, A. A.; STEFANINI, A.; MARTINO, A. **Salute globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia**. Porto Alegre: Rede Unida; Bologna: CSI-Unibo, 2016.

FONTANA, M. G. Z. “Lugar de fala”: enunciação, subjetivação, resistência. **Conexão Letras**, Volume 12, nº 18; 2017.

FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0366.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019. DOI: 10.1590/S0104-12902014000200002

FRANCO, T. B.; CECCIM R. B. (Org.). **Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; Bolonha: CSI Unibo, 2016.

FURTADO, J. P.; ODA, W. Y.; BORYSOW, I. C.; KAPP, S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(9): 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00059116>

GAMA, C. A. P.; FERRER, A. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T., Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C.. O software QSR Nvivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 53-60, jan. 2003. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4437>>. Acesso em: 17 out. 2019.

HAN, C. Symptoms of another life: time, possibility, and domestic relations in Chile's credit economy. **Cultural Anthropology**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 7-32., fev. 2011. Disponível em: <<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1548-1360.2010.01078.x>>. Acesso em: 17 out. 2019. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2010.01078.x>

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnography: principles in practices**. London; New York: Routledge, 1995. 2007

HUCKSON, S.; DAVIES, J. Closing evidence to practice gaps in Emergency Care: The Australian Experience. **Acad. Emerg. Med.**, Malden, v. 14, n. 11, p. 1058-63, nov. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17704351>>. Acesso em: 17 out. 2019. DOI: 10.1197/j.aem.2007.06.015.

KINSELLA, E.A.; PITMAN, A. (Ed.). **Phronesis as Professional Knowledge: Practical Wisdom in the Professions**. [S. l.]: Sense Publishers, 2012. p. 35–52.

LATOURETTE, B. Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: Edufba; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/1048>>. Acesso em: 17 out. 2019.

LUSSI, I. A. O. Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. doi:10.11606/T.22.2009.tde-29102009-135550. Acesso em: 2018-07-30.

- MARTINS, L. M. **O diário de campo como dispositivo para análise de implicação em pesquisa**. 2016. 126 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/handle/10/6815>>. Acesso em: 17 out. 2019.
- MAMEDE, F. V.; ESSER, M. A. M. S. Photovoice: uma proposta para a pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.
- MARCOLINO, T. Q. **Comunidade virtual de prática**: educação permanente para o cuidado em saúde mental em uma parceria Brasil-Itália. São Carlos: [S. n.], 2016.
- MARCOLINO, T. Q.; LOURENCO, G. F.; REALI, A. M. M. R. “Isso eu levo para a vida!”: aprendizagem da prática profissional em uma Comunidade de Prática. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 411-420, out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0099>.
- MARCOLINO, T. Q.; FANTINATTI, E. N.; GOZZI, A. P. N. F. Comunidade de prática e cuidado em saúde mental: uma revisão sistemática. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 643-658, ago. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00112>
- MARQUES, C. C.; PALOMBINI, A. et.al. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. **Mnemosine**. vol.9, nº1, p. 106-126. 2013.
- MARTINO, A. Globalizzazione ed effetti sulla salute. In: FERLA, A. A.; STEFANINI, A., MARTINO, A. **Salute globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia**. Porto Alegre: Rede Unida; Bologna: CSI-Unibo, 2016.
- MARTINO, A.; GUIMARÃES, C. F.; MARTA, B. L.; FERLA, A. A., SINTONI, F., NICOLI, M. A. La Costruzione del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva come Strumento di Lavoro in Salute tra Italia e Brasile. p.193-220. In: FRANCO; CECCIM (org.) **Prassi In Salute Globale: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia**. Ceccim, 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; Bolonha: CSI- Unibo, 2016. 250 p.
- MEHRY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MENEZES, A. L. A., MULLER, M., SOARES, T. R. A., FIGUEIREDO, A. P., CORREIA, C. R. M., CORRÊA, L. M., ORTEGA, F. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa. **Cad. Saúde Pública**; 34(11), 2018.

MILLS, C. Decolonizing global mental health: the psychiatrization of the majority world. New York: Routledge. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORATO, G. G. Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental. Repositório UFSCar. Tese de doutorado. 2019.

MURPHY, A. L.; GARDNER, D. M.; KUTCHER, S. P.; MARTIN-MISENER, R. A theory-informed approach to mental health care capacity building for pharmacists. **Int. J. Ment. Health Syst.**, Melbourne, v. 8, n. 46, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254206/>>. Acesso em: 17 out. 2019. DOI: 10.1186/1752-4458-8-46

NETO, O. C.. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social**. 23. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamim e da antropologia médica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>.

ORTEGA, F.; WENCESLAU, L. D. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(11):2255-2257, 2015b.

_____. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: The “silencing” of culture. **Transcult Psychiatry** 0(0) 1–23. 2019. DOI: 10.1177/1363461518824433.

OLIVEIRA, M. C., DALLARI, S. G. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: a reforma da reforma – a adoção do Ticket Sanitario. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.895-901, 2016. DOI 10.1590/S0104-12902016164264

PELBART, P. P. O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento. 2 ed, São Paulo: n-1 edições, 2016.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, [online],

v. 16, n. 14, p. 2067-76, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>.

PRADO, M. E. B. B.; VALENTE, J. A. A. Educação a distância possibilitando a formação do professor com base no ciclo da prática pedagógica. In: MORAES, M. C. **Educação a distância: fundamentos e práticas**. Campinas: Unicamp/NIED, 2002.

PRESOTTO, R. F., SILVEIRA, M., DELGADO, P. G. G., VASCONCELOS, E. M. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2837-2845, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000008>

RINALDI, R. P.; REALI, A. M. M. R. Educação online e desenvolvimento profissional de formadores: reflexões e apontamentos. **REVEDUC - Rev. Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 7, n. 2, 2013, p. 173-194. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/755>>. Acesso em: 17 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.14244/19827199755>

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

RODRIGUES, J. M.; PEIXOTO JR, C. A Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis** [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 291-310, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100016>.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 223-279

SANTOS, M. A.. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009>.

SARACENO, B. Discorso globale, sofferenze locali. Analisi critica del movimento di salute mentale globale. Italia. Il saggiaatore. 2014.

SEAWRIGHT, J. Better Multimethod Design: the Promise of Integrative Multimethod Research, **Security Studies**, [online], v. 25, n. 1, p. 42-49, fev. 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09636412.2016.1134187>>. Acesso em: 17 out. 2019. <https://doi.org/10.1080/09636412.2016.1134187>

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1169-1187

SOUZA, C. T. R.; MENDES, E. Revisão Sistemática das Pesquisas Colaborativas em Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, Marília, v. 23, n. 2, p. 279-292, jun. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382317000200009>.

WALKER, J.S.; BRUNS, E.J.; CONLAN, L; LAFORCE, C. The National Wraparound Initiative: a Community of Practice approach to building knowledge in the field of Children's Mental Health. **Best Practices in Mental Health**, Chicago, v. 7, n. 1, p. 26-45, jan. 2011. Disponível em: <<https://depts.washington.edu/wrapeval/sites/default/files/publications/The%20National%20Wraparound%20Initiative%20A%20communit.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019.

WENGER, E. **Communities of practice learning, meaning and identity**. Cambridge: Cambridge, 1998

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-32, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.

YASUI, S. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.2, abr.-jun. 2011, p.585-589.

YASUI, S; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*; 8(1): 2018, 173 – 190.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

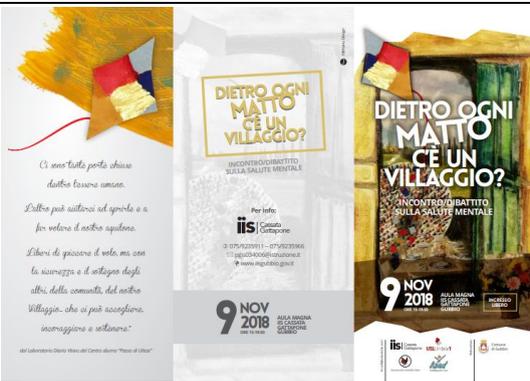
Você está sendo convidado para participar de um Curso de Atualização em Saúde Mental Comunitária, inserido na pesquisa “Comunidade virtual de Prática: Educação Permanente para o cuidado em saúde mental em uma parceria Brasil-Itália”, que pretende compreender aspectos do cuidado em saúde mental na perspectiva dos participantes e compreender o processo de construção de conhecimento a partir da participação em uma Comunidade virtual de Prática (CoP), em uma experiência de educação permanente e cooperação internacional. Este curso propõe um espaço de interação entre trabalhadores da saúde mental, gestores, usuários e familiares brasileiros e italianos, fomentando a troca de saberes e de experiências a respeito do cuidado em saúde mental. O envolvimento no curso requer a participação em: 3 encontros presenciais, em formato de roda de conversa, de duas horas e meia de duração cada, que ocorrerão de setembro a dezembro de 2018 na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a realização de atividades virtuais como ler sínteses dos encontros presenciais, postar de produções escritas e/ou áudio-visuais e comentar o que os demais postarem. O áudio dos encontros presenciais será gravado para orientação dos pesquisadores, e sua identidade será mantida em sigilo, de modo que a divulgação dos dados não possibilite sua identificação. Toda e qualquer imagem, áudio ou vídeo que venha a ser gravada somente será divulgada publicamente caso você autorize. Os possíveis riscos desta pesquisa envolvem sentimentos de desconforto ou constrangimento em falar sobre sua experiência e expor suas reflexões. Lembramos que sua participação não é obrigatória, podendo desistir do curso a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo. No entanto, por se tratar de um curso de atualização, receberão certificado de conclusão aqueles que participarem de pelo menos 75% das atividades propostas. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Estaremos disponíveis para esclarecer possíveis dúvidas, pelo contato com Taís Quevedo Marcolino, coordenadora do projeto, (16) 981755696; ou com Isabela Paschoalotto Marques, mestranda do Programa de PósGraduação em Terapia Ocupacional, (18) 981310269. Ou pelo e-mail copvirtualbrit@gmail.com.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e manifesto meu interesse em participar.

APÊNDICE 2

QUADRO COM OS MATERIAIS PRODUZIDOS PELOS PARTICIPANTES ITALIANOS

	<p>Vídeo produzido por usuários e profissionais do laboratório musical de um Centro de Acolhimento Diurno de Gubbio em homenagem a uma usuária. (A letra, a música e o vídeo são produtos coletivos do grupo)</p>
	<p>Vídeo com entrevistas de usuários do Centro de Acolhimento Diurno de Gubbio sobre a relação entre o bem-estar e as atividades artísticas desenvolvidas ali, que fomentam a expressão, a compreensão de si e a inclusão social.</p>
	<p>Vídeo do Laboratório de Hortoterapia em um parque público de Perugia. O projeto é gerenciado por uma cooperativa social em parceria com a Empresa Sanitária Local.</p>
	<p>Vídeo do enfermeiro e da psiquiatra do Centro de Saúde Mental de Perugia indo para visita domiciliar.</p>
	<p>Vídeo de experiências habitacionais inovadoras e outras iniciativas de empoderamento e participação em saúde mental desenvolvidas por um grupo constituído por profissionais, usuários, familiares e voluntários das associações de alguns municípios da região de Perugia.</p>

	<p>Vídeo de um serviço habitacional para pessoas com transtorno mental (Comunidade terapêutica de reabilitação) em Perugia, no qual apresenta o cotidiano das pessoas e a interação delas com a cidade.</p>
	<p>Vídeo de divulgação de um evento organizado pela Comunidade Terapêutica reabilitativa de Gubbio que contou com apresentações musicais de diversos atores pertencentes ao serviço, à escola e à cidade em geral.</p>
	<p>Vídeo sobre histórias de 3 usuários e seus circuitos dentro e fora da rede de serviços, relatadas a partir do acompanhamento longitudinal por parte de operadores sociais.</p>
	<p>Folder de divulgação de evento “Atrás de cada louco há uma comunidade”, organizado por alguns participantes da CoP em comemoração dos 40 anos da reforma psiquiátrica italiana.</p>
 <p>PROGRAMMA SCIENTIFICO</p> <p>8.30 Registrazione dei partecipanti 9.00 Saluto delle Autorità</p> <p>I SESSIONE Moderatore: Dott. Palmiro Rigamelli</p> <p>9.30 Organizzazione del DSM USL Umbria1 Dott.ssa Cinzia Venturi 9.50 Dal contenitivo al riabilitativo Dott. Stefano Anticaglia</p> <p>10.10 Psichiatria di Comunità: un modello per favorire l'inclusione sociale Inf. USM PG Centro Giuseppe Ciacci</p> <p>10.30 Discussione 11.00 Break</p> <p>II SESSIONE Moderatore: Dott. Roberto Facchetti</p> <p>11.30 La competenza relazionale come strumento assistenziale Dott. Silvio Matesco</p> <p>11.50 Funzione preventiva. Sportello d'ascolto: l'esperienza di Assisi Bastia Coord. Inf. Gaetano Patrizi</p>	<p>Folder de divulgação de evento sobre o papel da enfermagem na assistência em saúde mental. Também em comemoração aos 40 anos da reforma psiquiátrica.</p>

 <p>Abbiamo deciso di promuovere una CONFERENZA NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE con un percorso a tappe attraverso l'Italia partenza Cagliari 10 dicembre 2018 arrivo a</p> <p>Roma 14, 15 giugno 2019</p> <p>Sapienza Università di Roma Facoltà di Economia (via del Castro Laurenziano, 9)</p> <p>L' Appello per la Conferenza</p>	<p>Folder de divulgação da Conferência Nacional de Saúde Mental, cuja chamada é "Liberdade, direitos e serviços para a saúde mental".</p>
	<p>Fotos da participação do Grupo de Ouvidores de Vozes de Gubbio no encontro nacional "Trabalhar criativamente com as vozes", 2018.</p>
	<p>Fotos da participação de um usuário do serviço de saúde mental de Gubbio no festival de "Arte Irregular", em que foi premiado.</p>
<p>Brasile vs Italia: una partita a ribasso</p> <p>Perfino Marine Le Pen ha preso le distanze da Bolsonaro, il candidato che probabilmente diverrà il prossimo presidente (mi dispiace, la tastiera proprio si rifiuta ad inserire la maiuscola in questo caso) del Brasile. Salvini invece si è precipitato il giorno stesso delle prime votazioni a fare un tweet, in cui diceva #gobolsonarogot. È da tanto che rifletto sui tanti punti che uniscono i miei due Paesi, quello di origine e quello di adozione, tra passato e presente, e oggi è arrivato il momento di scriverci qualche riga.</p> <p>Prima di iniziare, un brevissimo riassunto, per chi non ne fosse già al corrente, delle uscite del "coiso" (ovvero "coso", come viene chiamato da chi stenta a credere che un tale soggetto sta veramente per guidare un Paese dalle dimensioni continentali). Senza tanti giri di parole, riporto le traduzioni di alcune delle sue dichiarazioni: "Secondo me è giusto che le donne guadagnino meno degli uomini, perché rimangono incinte"; "Preferirei un figlio morto in un incidente d'auto piuttosto che un figlio frocio"; "Ho avuto quattro figli maschi, poi mi sono un attimo distratto ed è venuta una femmina"; "Il problema durante la dittatura militare è che hanno solo torturato invece di uccidere"; "Se vinco, le popolazioni indigene non avranno più neanche un centimetro di terra"; "Difenderò solo le maggioranze, non le minoranze!"; "Spazzeremo via quelli di sinistra" (facendo le mosse della mitragliatrice); "Se non vengo eletto, prenderò il potere con la forza". Potrei andare avanti per ore, ma mi sa che ho dato l'idea. Tra l'altro rende spesso omaggio a Ustra, un generale dell'esercito famoso per la crudeltà con cui torturava i prigionieri durante la dittatura, e arrivava perfino ad obbligare i figli ad assistere alla tortura delle proprie madri.</p> <p>Viviamo tempi bui, in Brasile ed in Italia. Mi considero una persona abbastanza ottimista, ma in questo momento mi viene difficile vedere la luce in fondo al tunnel. Non solo perché qua i ponti e i tetti crollano e</p>	<p>Narrativa reflexiva de uma participante italiana (nascida no Brasil) sobre a relação entre Brasil e Itália sob o ponto de vista da política.</p>

Publicazione di Domenico Balberio alla rivista Altrapagina

Nell'Italia degli anni '60 e '70 attraversata dalle lotte per la chiusura del manicomio (dell'istituzione totale, per utilizzare l'efficace espressione del sociologo americano Erving Goffman) e per restituire dignità e diritti ai sofferenti psichici, l'Umbria (in particolare Perugia e la sua provincia) ha un ruolo fondamentale. Come scrive lo storico inglese John Foot ne "La Repubblica dei matti" <<Dal 1965 Perugia fu sede di un movimento per la riforma della sanità mentale tra i più efficaci in Italia, e forse nel mondo. Una coalizione tra amministratori, infermieri, pazienti e psichiatri riuscì non soltanto a riformare il gigantesco sistema manicomiale della città, ma anche a costruire alternative per sostituirlo sull'intero territorio dell'Umbria>>. In quella coalizione di cui parla Foot uno dei protagonisti è Tullio Seppilli, morto due anni fa, il 23 agosto del 2017. Seppilli ha insegnato all'Università di Perugia Etnologia, poi Antropologia culturale e poi Antropologia medica e Etnopsichiatria, costituendo nel lontano 1956 l'Istituto di Etnologia e Antropologia culturale poi confluito come Sezione antropologica nel Dipartimento Uomo e Territorio, che ha diretto fino al 2000. Tra coloro che portano avanti il lascito umano e culturale di Seppilli c'è Massimiliano Minelli. Anche Minelli è un antropologo, anche lui insegna

Artigo publicado por um participante do curso em uma revista italiana a respeito da experiência de participação na Comunidade de Prática.

QUADRO COM OS MATERIAIS PRODUZIDOS PELOS PARTICIPANTES BRASILEIROS

	<p>Vídeo sobre o trabalho de reinserção social de um usuário da USF de um bairro periférico de São Carlos que não saia de casa, realizado por uma ACS em parceria com o NASF e estudantes da UFSCar.</p>
	<p>Vídeo com organograma da Rede de Atenção Psicossocial de Araraquara.</p>
	<p>Vídeo sobre o Ambulatório de Saúde Mental Adulto de Araraquara</p>
	<p>Vídeo sobre o Centro de Atenção Psicossocial II de Araraquara</p>

	<p>Vídeo sobre o serviço de assistência à saúde ao interno da Universidade de São Paulo, São Carlos.</p>
	<p>Vídeo sobre o programa de Saúde do Colaborador, voltado para questões de dependência química, na empresa privada de construção civil em São Carlos.</p>
	<p>Vídeo sobre atividades desenvolvidas por um empreendimento de economia solidária, Recriart, de São Carlos.</p>
	<p>Vídeo sobre o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de São Carlos.</p>

 <p>E AGORA TENHO MEU FILHO, QUE TAMBÉM É ALCOÓLATRA, MAS QUE NÃO ACEITA SE TRATAR. ELE ACABOU DE DESCOBRIR QUE ESTÁ COM CIRROSE HEPÁTICA. ELE ME PREOCUPA MUITO, POIS VIVE PRECARIAMENTE, COM TODAS AS CONSEQUÊNCIAS QUE O ALCOOLISMO ACARRETA.</p>	<p>Vídeo com depoimento de uma familiar sobre sua experiência de cuidado com os membros de sua família.</p>
	<p>Vídeo sobre o funcionamento da Unidade de Saúde Escola, da Universidade Federal de São Carlos.</p>
<p>• Horário de funcionamento:</p> <p>Segunda a sexta das 07:00 as 17:00 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Público alvo: adultos (acima de 18 anos). • Equipe: <ol style="list-style-type: none"> 2. Assistentes Sociais (30h semanais) 1. Auxiliar de Enfermagem (40h semanais) 2. Atendentes (1. de 30h e 1. de 40h semanais) 1. Administrativo (20h semanais) 1. Enfermeira (40h semanais) 1. Médica Psiquiatra (20h semanais) 3. Psicólogos (40h semanais) 2. Serviços Gerais (40h semanais) 1. Supervisor (40h semanais) 1. Terapeuta Ocupacional (30h semanais) 2. Técnicos de Enfermagem (40h semanais) 	<p>• Orari di apertura:</p> <p>Dal lunedì al venerdì dalle 07:00 alle 17:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinatari: adulti (oltre 18 anni). • Squadra: <ol style="list-style-type: none"> 2. Assistenti sociali (30 ore di lavoro settimanali) 1. Assistente infermieristico (40 ore settimanali) 2. Assistenti (1. di 30h e 1. di 40h a settimana) 1. Amministrativo (20 ore settimanali) 1. Infermiera (40 ore settimanali) 1. Psichiatra medico (20 ore settimanali) 3. Psicologi (40 ore settimanali) 2. Servizi generali (40 ore settimanali) 1. Supervisore (40 ore settimanali) 1. Terapista occupazionale (30 ore settimanali) 2. Tecnici infermieristici (40 ore settimanali)
<p>CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL</p>  <p>CENTRO DI ATTENZIONE PSICOSSOCIALE INFANTO-GIOVANILE</p>	<p>Documento sobre o Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil de São Carlos.</p>



Apresentação do CAPACITA AME. Grupo de Educação Permanente em Saúde promovido pelo Serviço Social para todos profissionais da instituição.

Vídeo reflexivo sobre as atividades voltadas à saúde mental, desenvolvidas no Ambulatório Médico de Especialidades de São Carlos.

APÊNDICE 3

LISTA DE PERGUNTAS PRODUZIDAS PELOS PARTICIPANTES BRASILEIROS

Em negrito estão as questões que os participantes demonstraram maior interesse que fossem respondidas.

1. Partindo da nossa admiração pelo trabalho realizado pelos italianos fora dos espaços das instituições, ficamos curiosos a respeito de como eles conseguiram trabalhar no território, com a comunidade. Que dicas eles têm pra gente “sair de dentro”?
2. A resistência e o associativismo: Partindo dos desafios políticos que eles já passaram (e nós estamos passando) que estratégias de resistência usaram/usam para defender a lei 180? O associativismo foi uma dessas estratégias?
3. A partir da reflexão de que no Brasil os Ambulatórios foram transformados em CAPS de modo pouco resolutivo, nos indagamos sobre qual a articulação dos serviços especializados com o que existia antes desses serviços serem implantados? Como foi essa transição?
4. **Como é a questão do cuidado em álcool e drogas com crianças e adolescentes?”**
5. **Como os usuários circulam nos serviços e nas cooperativas? Como eles transitam por esses espaços? E como é a rotina de trabalho dos profissionais da saúde e operadores sanitários no dia-a-dia? Como se dá a relação de trabalho entre operadores sociais e profissionais na construção do cuidado. (a dúvida persiste?)**
6. Como o paciente da saúde mental é cuidado na ABS lá? *“Aqui no Brasil independente do paciente estar com dor de barriga, o serviço de saúde mental é acionado”.*
7. Gostaríamos de saber mais sobre como funciona o grupo de ouvidores de vozes.
8. Partindo da colaboração existente no Brasil entre universidades e serviços, existe essa colaboração das universidades com os serviços de saúde na Itália? Se sim, como se dá?
9. Dado que é uma questão universal, a Itália tem alguma política particular para lidar com o suicídio?
10. *“Vimos num vídeo que a pessoa ficou 10 anos em uma residência terapêutica lá [...] Aqui no Brasil, somos muito quadradinhos com isso”* Que recurso mantém essa estrutura? Quem paga esse custo? Como são escolhidas essas casas? As nossas residências terapêuticas equivalem às comunidades terapêuticas deles?
11. Gostaríamos de saber um pouco mais sobre os recursos humanos na Itália. (podemos especificar melhor essa pergunta?)

LISTA DE PERGUNTAS PRODUZIDAS PELOS PARTICIPANTES
BRASILEIROS

1. Por que vocês escolheram representar o trabalho em saúde mental principalmente por meio dos espaços físicos?
2. Como as mudanças nas políticas de saúde mental deste último período no Brasil têm afetado a prática de vocês?
3. **Como a Atenção Básica (no caso, a USF) identifica e trabalha as questões de Saúde Mental no território? E como é feita a articulação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental especializada? Em específico, como é o trabalho do ACS nesses casos? Como faz para identificar as situações que precisam de intervenção em Saúde Mental? Pelo seu fácil acesso as famílias o ACS arrisca exercer também um papel de delator do que ocorre na comunidade? Como se dá o trabalho dos profissionais de formação superior na Atenção Básica/no território?**
4. Os diferentes tipos de CAPS possuem estratégias de trabalho integradas entre si?
5. **Como acontece os grupos nos serviços? Como eles são estruturados, como funcionam? Seguem algum modelo/orientação?**
6. **Sobre a assistência à crise: Quantos leitos são ocupados para internação e quais serviços abrigam esses leitos? Como funciona o cuidado em situações de crise? Em que situações elas acontecem? Como e quando a emergência é acionada? Quanto tempo dura a internação? Em quanto tempo as pessoas voltam às suas casas? Existe uma rede de estruturas residenciais além do hospital psiquiátrico? A fim de superar o hospital psiquiátrico, existem ideias e projetos que se aproximam da experiência das comunidades terapêutico-reabilitativas (mostradas nos vídeos produzidos pela Itália)?**
7. Como os serviços trabalham com a questão do duplo diagnóstico (comorbidade)? Existem serviços específicos ou rede de serviços que se ocupam desses casos? Se sim, como eles funcionam e como são organizados?
8. **Sobre o trabalho multidisciplinar: Qual é o papel da/o assistente social na saúde mental? Qual o papel dos psiquiatras ao interno dos serviços de saúde mental, ou melhor, no processo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico? O papel destes profissionais também é decisivo assim como na Itália?**
9. Quais os marcos históricos e legislativos que marcaram o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira?
10. Como é a relação entre a área da saúde e a área da assistência social no cuidado em saúde mental? Existem situações em que o cuidado envolve os dois setores (do ponto de vista dos recursos econômicos e humanos)? ou existe uma clara divisão entre eles? Como a saúde mental se coloca entre o “social” e a “saúde”? E a questão da dependência química, como se coloca entre o “social” e a “saúde”?

11. Segundo a percepção de vocês, como a comunidade, as pessoas, os cidadãos de Araraquara e São Carlos reagem às pessoas com sofrimento mental? São acolhedores, distantes, tolerantes, abertos...?