



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Educação
Faculdade de Educação
EducaSaúde



DANIELLE SCHIO ROMEIRO ROCKENBACH

SALA DE AULA:
NARRATIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL

Porto Alegre
2010

DANIELLE SCHIO ROMEIRO ROCKENBACH

**SALA DE AULA:
NARRATIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Especialização apresentado como requisito para obtenção do grau de Especialista pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Analice de Lima Palombini

Porto Alegre
2010

DANIELLE SCHIO ROMEIRO ROCKENBACH

**SALA DE AULA:
NARRATIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Especialização apresentado como requisito para obtenção do grau de Especialista pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 10 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Analice de Lima Palombini – UFRGS – Orientadora

Ana Paula Tibulo – Parecerista

Rose Tschiedel – Coordenação de mesa

Porto Alegre
2010

Dedico este trabalho aos meus alunos,
personagens principais de todas as minhas narrativas.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Analice de Lima Palombini pela sua orientação, incentivo e oportunidade de aprendizado.

Ao EducaSaúde pela oportunidade dada aos profissionais da Educação de desvendar o universo da Saúde Mental Coletiva.

Aos colegas de Especialização pela generosidade na troca de experiências.

RESUMO

O presente trabalho tem o propósito de narrar experiências vividas em sala de aula, e fora dela, que proporcionaram uma reflexão acerca da interface entre Educação e Saúde Mental. A partir do conceito de Saúde Mental Coletiva, das reverberações da reforma psiquiátrica e do acompanhamento terapêutico, traçam-se as relações com a Educação. Questiona-se a lacuna existente na formação dos pedagogos em relação a Saúde Mental.

Palavras-chave: Educação. Pedagogia. Formação de professores. Saúde Mental Coletiva. Reforma psiquiátrica. Acompanhamento terapêutico.

SUMÁRIO

1	SITUANDO AS NARRATIVAS: INTRODUÇÃO	7
2	SAÚDE MENTAL COLETIVA: QUE MUNDO É ESSE?	9
3	UMA PEDAGOGA IMERSA NA SAÚDE MENTAL: NARRATIVAS	16
4	O QUE UMA RECÉM CHEGADA SE ATREVE A DIZER?	29
	REFERÊNCIAS	35
	ANEXO A – Portfólio da autora.....	38
	ANEXO B – Visita a exposição Eu Sou Você no HPSP.....	55
	ANEXO C – Música registrada por aluna na exposição Eu Sou Você no HPSP.....	58
	ANEXO D – Reportagem publicada no jornal Zero Hora.....	59
	ANEXO E - Reportagem publicada no Diário do Nordeste sobre a exclusão de pacientes com esquizofrenia no mercado de trabalho.....	60
	ANEXO CD – Vídeos e vinheta.....	63

1 SITUANDO AS NARRATIVAS: INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão é uma espécie de “diário de bordo”. Contém medos, incertezas, sofrimento, mas, principalmente, aprendizado. Fazem parte deste diário textos, fotos, colagens, enfim, as minhas narrativas de sala de aula ao fazer a interface entre educação e saúde mental. Tateei por muitas idéias de pesquisa para realizar o trabalho final.

Cheguei a elaborar dois projetos sem dar continuidade a nenhum deles. Após muito tempo de angústia percebi que eu, minha formação e minha atuação profissional eram o objeto da minha pesquisa. O que tento realizar nestas linhas é uma retrospectiva do que vivenciei durante a Especialização, mas, principalmente, quais foram as reverberações disso na docência que desempenho.

Quando iniciei o curso de Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva, buscava aprender sobre “doenças”. Imaginava, na minha visão onde o diagnóstico era fundamental, que sairia diplomada em transtornos psíquicos e deficiência mental. É provável que o caminho tivesse sido muito mais fácil se fosse trilhado tal qual eu o havia idealizado. Porém, felizmente fui surpreendida pelos mestres, pelas leituras e pelos colegas. Como?

No início do curso fui apresentada à figura da mandala (FIGURA 1), pela professora Sandra Fagundes, que a relacionou ao EducaSaúde¹. Mandala é a palavra sânscrita que significa círculo, uma representação geométrica da dinâmica relação entre o homem e o cosmo.

¹ O EducaSaúde teve sua proposta de criação aprovada pelo Conselho de Unidade da Faculdade de Educação em 30 de novembro de 2005, conforme Ata nº 256. A imagem do EducaSaúde é uma mandala, que quer dizer “círculo mágico”. As atividades do EducaSaúde envolvem a mobilização de práticas em rede, a que denominamos Rede Científica. Essa Rede segue um formato mais contemporâneo na ciência, tecnologia e inovação, como as “redes de conversações”, as “arenas transepistêmicas” ou as “redes de translação”, como sugeridas por autores que discutem a “produção dos saberes”, mobilizando a “autopoiese de indivíduos e suas redes” e orientando-se pela “atenção cartográfica”. O “problema” de estudo e investigação do EducaSaúde é a Educação e Ensino da Saúde – a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e a Educação em Saúde Coletiva.

FIGURA 1



A pergunta que me inquietava era: o que isso tem a ver com saúde mental? Foi uma longa estrada até desconstruir em mim a legitimação do saber médico-psiquiátrico e ressignificar o meu olhar para a saúde mental. Por vezes me senti como no livro “Alice no País das Maravilhas”², sem entender os enigmas que se apresentavam. Após um tempo, deixei para trás a fixação em diagnósticos e passei a me preocupar com o cuidado com a vida.

Leonardo Boff (2005) declarou o seguinte:

Ler significa reler e compreender. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê é necessário saber como são seus olhos e qual a sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura. A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiência tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação. Sendo assim, fica evidente que cada leitor é sempre um co-autor. Porque cada um lê e relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita. (p. 2)

Minha leitura do Curso foi feita a partir de “onde os meus pés pisam”, ou seja, a sala de aula. Daí o título desta narrativa “Sala de aula: narrativas de educação e saúde mental”. Depois de desacomodar meu olhar lendo sobre reforma psiquiátrica, atenção psicossocial e promoção da saúde mental, minha preocupação passou a ser: qual é o meu papel a partir de agora na Educação?

² O livro conta a história de uma menina chamada Alice, que cai numa toca de coelho e é transportada para um lugar fantástico, povoado por criaturas peculiares e antropomórficas, revelando uma lógica do absurdo característica dos sonhos.

2 SAÚDE MENTAL COLETIVA: QUE MUNDO É ESSE?

Antes de prosseguir com o relato cabe destacar e esmiuçar alguns conceitos fundamentais quando se trata de Saúde Mental Coletiva. O primeiro deles é o da reforma psiquiátrica, que tem como base a desinstitucionalização e começa a se articular no Brasil na década de 90. Conforme registra Stamm (2008):

Quando falamos em desinstitucionalização, entendemos que trata-se de um movimento de desconstrução do modelo manicomial para dar ao ser humano o cuidado que lhe foi negado ao longo dos anos. Entendemos também que o pensamento deve convergir para um modelo de atenção à saúde mental, que tenha resolutividade nas questões que envolvam o doente mental, propiciando a estes uma oportunidade de reabilitação no contexto cultural e familiar que pertencem. (p. 3)

Na perspectiva da reforma há a desconstrução do paradigma médico-psiquiátrico e o compromisso com o cuidado das pessoas no território. A professora Simone Frichembrüder, durante uma das aulas da disciplina “Saúde Coletiva e Educação na Saúde Mental”, abordou três princípios para uma clínica antimanicomial:

- Princípio da singularidade: “conduzir” o tratamento de forma tal que o sujeito siga o caminho que lhe é próprio, levando em consideração seu pertencimento a uma dada cultura;
- Princípio do limite: “fazer caber” o “louco” na cultura, significa fazer um convite a ela para conviver com o “diferente”, reinventando seus limites;
- Princípio da articulação: estabelecer parcerias e o diálogo com outros segmentos sociais que sustentam a exclusão da loucura.

A repercussão desse movimento potencializa as formas singulares de atuação dos profissionais de saúde mental. Além disso, permite que tais profissionais não se limitem a área da psiquiatria. Abre-se a possibilidade de um trabalho multiprofissional, onde há espaço para enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, artistas plásticos, educadores físicos e pedagogos. A reforma inicia um processo até então

inimaginável (embora sonhado) nos serviços de saúde mental. Como apontam Gonçalves e Sena (2001):

[A reforma] tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. (p. 50)

As certezas e verdades se deslocam de um lugar único, o saber médico-psiquiátrico, e passam a ser discutidas e postas em xeque por uma equipe. Como conseqüência, o atendimento aos usuários não se restringe apenas à medicalização. No entanto, como todo processo que se inicia não quer dizer que ele se efetive ao mesmo tempo em todos os lugares e do mesmo modo.

Através dos relatos dos colegas de Curso, que também atuavam como residentes nos serviços de saúde mental de Novo Hamburgo, São Leopoldo e Viamão, pude perceber que o caminho ainda é longo. Nem sempre se consegue atuar em equipe e nem sempre os profissionais do serviço estão “desinstitucionalizados”. Não basta um documento para que se oficialize um novo modo de pensar. É preciso “desinstitucionalizar” mentes e conceitos arraigados.

Prova de que não é fácil lidar com uma nova perspectiva é a sensação que eu tive no início da Especialização. Era como se estivesse invadindo um território estrangeiro; o que uma pedagoga poderia fazer em Saúde Mental Coletiva? Olhando para trás, percebo que esse sentimento acabou por bloquear minha aprendizagem nas primeiras semanas, tal era minha dificuldade em me enxergar numa equipe multiprofissional de saúde mental.

Quando a professora Maria Cristina Carvalho nos apresentou em sala de aula o plano terapêutico singularizado, a sensação “peixe fora d’água” voltou. Mas aceitei o desafio e confesso que, a partir da missão de elaborar um PTS, minhas aprendizagens acerca da Saúde Mental começaram a se consolidar.

Formamos um grupo multidisciplinar e iniciamos um trabalho que não foi nada fácil, porém essencial. A partir de uma situação prática, pude vivenciar as

discussões de equipe, os erros, os acertos, as incertezas e até o sofrimento de cada profissional envolvido. Um dos textos que o grupo de trabalho releu para elaborar o PTS trazia a seguinte citação:

A outra cena é tomada do texto de Carlos Viganò (1999), “A construção do caso clínico em saúde mental”. Viganò conta de um rapaz que foge de um centro para jovens psicóticos, na periferia, e vai para o centro da cidade. A equipe se reúne e pensa sobre o que fazer, decidindo que dois membros da equipe o procurem, mas não lhe digam nada, deixando-o onde estiver. Eles o encontram passeando pelo centro e lhe oferecem um sorvete, que ele aceita. Depois, os dois despedem-se do rapaz dizendo um „até amanhã”. Viganò conta, então, que o rapaz retornou à instituição no mesmo dia, passando a enxergar a equipe e o serviço de outra maneira. Não era mais um lugar de onde fugir, de maneira que teve que começar a se perguntar o que estaria fazendo ali. (PALOMBINI, 2005, p. 88)

Na cena relatada, ninguém era o detentor da razão, a preocupação era com aquele jovem. Em nenhum momento a equipe deixou de vê-lo como sujeito desejante. Tentamos realizar trabalho similar no PTS. Naquela equipe de trabalho, pude sentir o significado da presença de uma pedagoga; não como alguém que lança um olhar fragmentado, apenas sob o viés da Educação; mas como alguém que, acima de tudo, preocupava-se com a promoção da saúde mental e com o cuidado com a vida.

Lembrei dos inúmeros casos relatados pelos professores da instituição em que atuo, em que, supostamente, os alunos tinham problemas de saúde mental e, portanto, deveriam ser encaminhados para o psiquiatra. Percebi que, mesmo sem trabalhar na rede de saúde, poderia fazer a diferença em sala de aula para muitos alunos como Reginaldo, conforme narrado abaixo:

A história de Reginaldo, terrível, é paradigmática. Quem já andou pelas escolas brasileiras sabe quantos Reginaldos encontrou. Crianças normais, até que alguém, com a autoridade do lugar social que ocupa, a encaminha para o Serviço de Saúde, solicitando um eletroencefalograma a partir de seu prédiagnóstico. Pouco a pouco a dúvida vai se instalando na família. Aquela mãe que, ao ser entrevistada, afirmara “...eu não entendo, porque acho que quando uma pessoa é ruim da cabeça, não tem raciocínio

para nada”, e aquele pai que antes lutava para defender a normalidade de seu filho começam, ambos, a desacreditar de sua capacidade de avaliar ...“quem sabe a professora está certa e meu filho não aprende porque é mesmo doente e nós é que não víamos?”, devem perguntar-se ambos. Assim vai se fechando o cerco e a própria criança, no caso o Reginaldo, como tantos Reginaldos, ao não conseguir fazer dever, admite, desesperada: “Eu sei, eu sei que sou doido, vou passar no médico e precisar ficar internado uns dez anos.” Seus colegas de classe, seus irmão, quando querem atacá-lo, afirmam com desdém: “Bem que a professora fala que tem problema.” (COLLARES; MOYSES, 1996, p. 67)

Logo em seguida, concentrei meu olhar sobre o acompanhamento terapêutico³, que surge imbricado na reforma psiquiátrica:

É nesse sentido que afirmamos ser o AT uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. E o seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma. (PALOMBINI, 2007, p. 131)

Inicialmente pensado para usuários psicóticos e toxicômacos, a prática do acompanhamento terapêutico invade a cidade, saindo do espaço “reservado” para os pacientes da saúde mental, como hospitais e clínicas. O at está nas ruas, nos parques, nas praças, nas igrejas, nos cinemas, em todos os espaços. Isso não representa uma mudança apenas para os usuários acompanhados, mas também para quem acompanha. Palombini (2006) sublinha muito bem a questão ao colocar que “o acompanhamento terapêutico produz efeitos notáveis também no processo de formação profissional daqueles que se dispõe a ser acompanhantes”. (p. 118)

Apresento, a seguir, um dos desdobramentos da prática do at. No texto “Do AT à radiodifusão como estratégia de ocupação da cidade”, Analice

³ Autores que escrevem sobre acompanhamento terapêutico tem optado por convencionar o uso da sigla AT para acompanhamento terapêutico e de at para acompanhante terapêutico. (PALOMBINI, 2004, p. 17)

Palombini, Karol Cabral e Márcio Belloc⁴ (2009) socializam as experiências vividas por usuários e trabalhadores dos serviços de saúde mental em Porto Alegre, com a Rádio Potência Mental, e em Barcelona, com a Rádio Nikosia. Mas, sobretudo, mostram que o Acompanhamento Terapêutico habita a cidade. Por meio das ondas do rádio se coloca na cidade histórias antes reservadas apenas para a clínica.

Numa clínica em movimento “o AT⁵ é feito dos acontecimentos que emergem da interação com os espaços e tempos da cidade” (2009, p. 4). Assim, a experimentação do rádio no AT é resultado desse encontro com a cidade. O primeiro relato do artigo é da experiência em Barcelona, onde está situada a Rádio Contrabanda FM, “uma rádio livre, não comercial, na qual diferentes coletivos ou pessoas levam seus programas aos seus ouvintes” (2009, p. 4).

Um destes coletivos é a Rádio Nikosia, há cinco anos seu objetivo é lutar contra o preconceito sofrido por aqueles que estão em sofrimento psíquico. Diferente da sua rádio-mãe⁶, a Nikosia não utiliza o ambiente manicomial para transmitir seu sinal e sim a cidade, com tudo o que a permeia.

O coletivo dela é composto por quem outrora viveu em confinamento nos manicômios, mas que hoje vive e respira a cidade, seja com suas famílias ou em residências com suporte. A barreira que enfrentam não é composta por grades, e sim pela necessidade de definição e diferenciação entre normal e louco.

Em outras palavras, sua intervenção consiste em “tomar de assalto as ondas radiofônicas e constituir um espaço de luta e resistência, pela afirmação da diferença no coração da cidade” (2009, p. 5). “A Rádio Nikosia está na cidade, mas propõe uma outra forma de ocupá-la, sem necessariamente ter que fazer o selvagem jogo que a cidade capitalista impõe” (2009, p. 6).

O segundo relato dos autores contempla a experiência de Porto Alegre com o Coletivo de Rádio Potência Mental⁷, criado por alguns residentes em

⁴ Os três autores atuaram como docentes no curso de Especialização.

⁵ Acompanhamento Terapêutico.

⁶ Radio LT22 La Colifata de Buenos Aires.

⁷ O “Coletivo de Rádio Potência Mental” existe desde 2006 quando um grupo de residentes em Saúde Mental do Ministério da Saúde (POA), de funcionários e moradores do SRT Morada São

Saúde Mental Coletiva e usuários da rede de saúde mental do município. A Radio Nikosia foi a inspiração para o programa transmitido às sextas-feiras na Rádio Comunitária da Lomba do Pinheiro⁸ (FM 87,9).

Reorganizada em 2008, participam dela usuários, estudantes e trabalhadores de saúde mental, e também estudantes e profissionais da área da comunicação. Além de promover o diálogo sobre saúde mental, todos os assuntos de interesse comum são discutidos. Assim como a sua “rádio-inspiração”, o programa está inserido na cidade, dando voz à periferia, e não no hospício. E da mesma forma seu papel é o da resistência aos estigmas e preconceitos.

Nesse espaço “não encontramos este conhecimento prévio sobre o sujeito, possibilitando que ele possa ser para além do enfermo, que possa se apresentar de distintas maneiras, favorecendo a ocupação de outros lugares sociais” (2009, p. 7). O relato de um dos participantes da Rádio, José, resume a importância do projeto: “ele se tornava cada vez menos loucura e cada vez mais José” (2009, p. 8).

Em Barcelona e em Porto Alegre, Nikosia e Potência Mental realizam mais do que clínica, mais do que AT. A radiodifusão, neste caso, tornou-se terapêutica, mas é sobretudo um ato político, uma resistência. Os programas “ocupam a cidade, sentem, vivem a cidade cotidianamente, tentando fazer caber o seu jeito de ver o mundo, a sua forma de encarar a vida” (2009, p. 8). Deixam, assim, sua marca na cidade.

A comunicação comunitária surge como resposta a uma necessidade de conquistar espaço em um meio conhecido por carregar interesses econômicos e políticos. Não é tarefa fácil se apropriar da mídia e, mais do que isso, articular resistência. A comunicação é o elemento pelo qual é possível transformar o ser humano em sujeito da sua própria história, vivendo uma relação dialética, que o conduz a uma consciência crítica e a uma transformação.

Pedro e do SRT Morada Viamão e usuários de serviços da rede substitutiva de POA iniciam uma intervenção na Rádio Comunitária Lomba do Pinheiro (FM 87.9).

⁸ Vinheta do programa em arquivo anexo no formato MP3.

Em CD que acompanha este trabalho (ANEXO CD) está o vídeo⁹ produzido pelo Coletivo de Rádio Potência Mental para divulgar o projeto. Como fica claro nas imagens, a rádio atua como um dispositivo estratégico na Reforma Psiquiátrica para além dos espaços convencionais de saúde. Após ouvir a vinheta do programa, a música “Se o rádio não toca”, de Raul Seixas, é o pano de fundo para instigantes imagens.

O segundo vídeo¹⁰ inserido no CD (ANEXO CD) narra a experiência da Radio Nikosia, inserida na cidade viva, sem muralhas visíveis, tendo que enfrentar, porém, abismos culturais. Para uma sociedade perpassada por estigmas a idéia de “loucura como filosofia de vida”, como colocado por uma participante do projeto, é definitivamente, a maior “loucura”. Carlos Larrondo, diretor da rádio-mãe LT22 La Colifata de Buenos Aires destaca o diferencial da Nikosia. Ela não está no espaço manicomial, mas no coração da cidade. Seu objetivo não é terapêutico mas mesmo assim consegue sê-lo.

O enigma que comecei a desvendar a partir deste momento era: o que uma pedagoga imersa na saúde mental poderia fazer?

⁹ <http://www.youtube.com/watch?v=m5Lv-NxeoJs>

¹⁰ <http://www.youtube.com/watch?v=R8PARr77St4&feature=related>

3 UMA PEDAGOGA IMERSA NA SAÚDE MENTAL: NARRATIVAS

Seguindo com o “diário de bordo”, preciso colocar que não trabalho na rede de saúde mental e, portanto, não estava conseguindo visualizar como aplicar o que havia aprendido com tanta dificuldade. Foi quando, através das aulas, conheci o trabalho do acompanhante terapêutico conforme registrei acima. Descobri que não preciso estar dentro de um ambiente institucional de saúde para trabalhar com promoção da saúde mental.

Conforme aponta Palombini:

Podemos definir Acompanhamento Terapêutico como uma clínica sem muros que se realiza no espaço aberto do urbano, acompanhando cotidianos de vida de forma a favorecer o estabelecimento de laços entre o sujeito acompanhado e o território por ele habitado. O acompanhamento terapêutico busca alargar os modos de habitar a cidade, para que nela a diferença possa ter lugar. (2008, p.13)

Não desempenho atividades de acompanhante terapêutico, porém, esta visão “além muros” mudou minha maneira de ver o trabalho do professor em sala de aula. Tenho alunos em sofrimento psíquico, outros que flertam com drogas, e ainda outros que vivem a “montanha-russa” da adolescência. Cruzar os braços seria cômodo, afinal, a escola de hoje valoriza muito mais conteúdo do que competência. Entretanto, decidi sair da minha zona de conforto e procurar novas formas de ensinar. Utilizei como bússola o conceito elaborado por Fagundes (1995):

[Saúde Mental Coletiva é um] processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (p. 57)

Antes de detalhar minhas atividades docentes, é imprescindível registrar qual dispositivo foi essencial para o meu aprendizado em saúde mental.

Obviamente as aulas, os professores e a interação com os colegas foram essenciais, porém, tenho plena certeza de que o caminho percorrido não seria o mesmo sem o portfólio. Segundo Villas-Boas (2008, p. 37) é “um dos procedimentos de avaliação condizentes com a avaliação formativa”.

É importante, pois “os alunos declaram sua identidade, isto é, mostram-se não apenas como alunos, mas como sujeitos dispostos a aprender. Sua história de vida e suas experiências são conhecidas e valorizadas”. Villas-Boas (2008, p. 41). Exemplifico meu portfólio em documento anexo (ANEXO A), embora não fique evidente a sua totalidade, já que foi feito em formato eletrônico. O material reúne músicas, livros, filmes, peças publicitárias, textos trabalhados em aula, artigos pesquisados via internet e e-books. O objetivo não é simplesmente armazenar este acervo, mas fazer com que ele seja dinâmico e vivo na medida em que me dá suporte para continuar desbravando o mundo da saúde mental, ainda tão novo para mim.

Sou docente de aprendizagem profissional (programa Jovem Aprendiz), meus alunos têm entre 14 e 24 anos e vivem em situação de vulnerabilidade social. Todos desejam a mesma coisa: uma oportunidade de trabalho. Logo, o componente “Mundo do Trabalho” é algo aguardado com ansiedade por eles. No plano de trabalho, o primeiro conhecimento apontado é “globalização”. Tive, então, minha chance de iniciar o processo de mudança da minha prática.

Ao invés de me concentrar nos nichos de mercado mundiais e blocos econômicos, desenvolvi o tema através do olhar do consumo excessivo, abordando os transtornos alimentares e até o desejo e necessidade pelas drogas ilícitas. A produção dos alunos foi muito rica, conseguindo expressar o que lhes angustiava em um mundo tão rápido, desigual e “quase” interligado. Uma aluna relatou: “não sei mais o que fazer! Vejo na TV as modelos e quero ser igual, mas não consigo”. Um aluno de 18 anos declarou que “as drogas são condenadas pelas pessoas, mas o remédio para emagrecer não”.

Outra experiência vivida permitiu maior reflexão sobre meu trabalho. O trajeto da maioria dos meus alunos até a escola incluía no roteiro a “Estação São Pedro”, ou seja, o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Não raro os alunos

comentavam sobre o local como “o lugar de gente louca”, ou, ainda, demonstravam medo relatando “não esperar o ônibus naquela estação”. A representação que eles tinham do local era de que ali habitavam pessoas que não podiam, de maneira alguma, ter contato com as pessoas “normais”.

Ao tomar conhecimento da Exposição “Eu Sou Você”¹¹, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, decidi levar minhas turmas para visitação. O primeiro passo foi obter a aprovação da atividade pela coordenação pedagógica da instituição. Após o êxito desta etapa, tive que enfrentar o assombro dos alunos diante da proposta.

Utilizei como estratégia o filme O Corte¹². Após a exibição organizamos um debate através do qual afloraram várias representações da loucura, tais como “achei que louco nascia louco”, “louco não tem remédio” ou “tem gente que se faz de louca para fazer maldade”. Quando perguntei a eles como

¹¹ A exposição Vidas do Fora: Eu sou Voc e   uma realização do Museu da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). O evento inaugura as atividades do Museu em local externo à universidade, nesse caso, o mais antigo hospital do campo da saúde mental no Estado, fundado há 126 anos. A mostra traz a público documentos históricos do HPSP e obras expressivas de quatro pacientes psiquiátricos, selecionadas a partir do Acervo da Oficina de Criatividade do HPSP. Esse Acervo figura como campo de pesquisa para docentes e estudantes universitários de Artes e Psicologia desde 2001. As quatro coleções, selecionadas por seu potencial est tico e expressivo, vêm sendo submetidas, atualmente, a procedimentos de catalogação, armazenamento e digitalização, devendo compor, em breve, um banco de dados eletrônico. Somando cerca de cem mil obras, o Acervo faz parte do que se considera um significativo patrim nio cultural do Estado, propiciando um importante material para problematizações referentes às relações entre arte, loucura e sociedade. O recorte realizado pelas curadoras Blanca Brites e Tania Mara Galli Fonseca enfatiza essas formas de resistência criativa, apresentando ao público um conjunto de pinturas, desenhos, escritos e bordados. São trabalhos realizados por artistas-pacientes que,   margem do social, inventam modos de expressar seu mundo. O título da mostra, Eu sou Voc e, refere-se a uma frase produzida por um desses artistas, em uma das obras guardadas no Acervo. A ideia da mostra é produzir uma espécie de sopro inspirador para que, pelo acesso às produções plásticas, o público tenha condições e motivos para pensar criticamente as habituais fronteiras entre o normal e o patológico. Fronteiras essas que, como os muros do antigo hospital, nos fazem produzir uma espécie de apartheid social e afetivo, instituido nas segmentações sócio-culturais entre os considerados normais e os portadores de sofrimento psíquico.

¹² Bruno Davert (José Garcia) era um profissional realizado, marido exemplar e pai de f milia feliz. Trabalhava há 12 anos na mesma indústria de papel, o que lhe permitia manter um nível de vida alto, com a casa e o carro dos sonhos da classe média. A mudanç  da sede da empresa para a Europa do leste, para cortar os custos, elimina o emprego de Bruno. Ele se v  submetido ao humilhante ritual do envio de currículos que quase nunca recebem respostas, das entrevistas de seleção cheias de truques dos hoje todo-poderosos gerentes de Recursos Humanos. E sucessivamente fracassa. Bruno entra, então, num processo lento e gradual de loucura. Convence-se de que o único modo de obter um novo emprego   acabar com a concorrência – o que ele faz, literalmente, matando um a um executivos desempregados de perfil semelhante ao seu.

avaliavam o trabalho do HPSP, um dos alunos disse “se não fosse o São Pedro pra onde os loucos iam?” Outro disse: “eles não podem viver no mesmo lugar que a gente”.

Combinamos que retomaríamos o debate após a visita à exposição. Diferente de outras atividades externas tive que aguardá-los na estação de ônibus. Após a chegada de todos, dirigimo-nos para a entrada do hospital. Era um dia muito frio e caía uma chuva fina. Enquanto nos encaminhávamos para o local, um aluno comentou que “ali os caminhos pareciam ser em preto e branco”.

Durante o trajeto nos encontramos com alguns moradores do hospital e fomos cumprimentados, para espanto dos alunos, como soube posteriormente. A visita foi surpreendente para eles (ANEXO B), os principais comentários eram “como foram capazes de fazer obras tão bonitas?” Foi difícil fazê-los entender que as pinturas e demais trabalhos apresentados não tinham necessariamente um significado, um porquê. Os resquícios da modernidade ainda falam alto, mesmo na mente de adolescentes, e tudo precisa ser feito com um objetivo.

À medida que se sentiam à vontade no local, queriam ver mais, adentrar mais na instituição. Um grupo de alunos fez isso e, por conta própria, conseguiram autorização para visitar o local onde funciona a Oficina de Criatividade. Uma das participantes estava lá e conversou com os alunos. Estes fizeram uma roda em torno dela, ansiosos para ouvir suas narrativas. Aqueles que demonstravam medo dos “loucos” agora disputavam um pouco de espaço perto deles.

Na exposição há um espaço para intervenção dos visitantes, e os alunos não se privaram disso. Agregaram ao mural desenhos, pinturas, poemas e frases que fizeram na hora. Uma das alunas registrou o trecho de uma música que diz “só os loucos sabem”. (ANEXO C). Foi rechaçada pelos seus colegas, que agora chamavam os loucos de artistas. Ela respondeu “eles não deixam de ter problemas, mas podem saber mais que a gente, talvez a gente é que não saiba entender o que eles têm a dizer”.

Após a visita os alunos produziram textos de estilo livre sobre a exposição. Seguem abaixo trechos da sua escrita:

“Sempre quando eu passava pela frente do Hospital São Pedro, imaginava pessoas se agredindo, pessoas em celas, atiradas, gritando, quebrando os equipamentos.”

“Eles são pessoas normais com algum problema psicológico. Agora sei que eles têm sentimentos e pensamentos. Suas pinturas são lindas”.

“Eu imaginava pessoas agressivas, que não tinham nenhuma chance de viver em sociedade. Agora percebi que eles podem se recuperar. Louco é se negar a compreender o próximo.”

“Loucos mesmo são os que largaram eles lá, como se fossem um problema sem solução.”

“Obs: se todos somos diferentes será que existe louco?”

“Pensei em como as pessoas que ficaram lá dentro levam a vida, quais suas perspectivas. Pensei em como a sociedade exclui as pessoas. Também pensei em mim, lá conheci uma menina chamada Maíra, era uma das monitoras da exposição, tinha 18 anos, como eu, cursa a faculdade de Artes Plásticas, assim como eu gostaria de fazer nesta idade, mas não consegui, talvez não tenha conseguido me adaptar e fiquei para trás, assim como as pessoas que estavam internadas lá. Vendo ela, pensei no título da exposição: Eu sou você”.

Em relação ao último comentário citado, registro para reflexão as palavras de Fonseca (2007):

Podemos visualizar a Oficina de Criatividade como um certo espelho do outro, sempre situado do “lado de lá”, superfície que pode nos conduzir a ultrapassagens das fronteiras, levando-nos, fazendo desabar nosso pensar logocentrado. (p. 143)

Ao ler as narrativas dos alunos, lembrei-me do trabalho feito por Miriam Alves e Marcio Malavolta, publicado no livro “O fazer em saúde coletiva”. O estudo feito por eles “propõe a construção de intervenções facilitadoras da interação social ente os moradores da Vila São Pedro e os moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro”. (2002, p. 158). As narrativas sobre o que é o louco em muito se assemelhavam com o que meus alunos tinham como representação, ou seja, “o louco que pega, o louco que briga, o louco que faz maldade”. (2002, p. 173).

Entretanto, seus textos também evidenciavam uma mudança de discurso, ainda que não completamente definida. Diante de experiências como as

relatadas acima, percebo que o educador e, em especial, o pedagogo, estão sendo chamados à mudança.

Quero dizer que a comunidade está pedindo ao pedagogo que exerça hoje outras funções, outros papéis. [...] Para ouvir esse grito é preciso nos colocar à sua escuta. Exige, portanto de nós uma atenção que é uma atenção às necessidades da nossa sociedade, aos seus problemas, às suas angústias e inquietações. (GADOTTI, 2005, p. 54)

Inquietei-me refletindo acerca dos três princípios para uma clínica antimanicomial já citados neste texto: princípio da singularidade, princípio do limite e princípio da articulação. Não seria muito bem-vinda uma intervenção pedagógica nas escolas que os levasse em conta? Obviamente não da maneira acadêmica como são apresentados aqui, mas de forma que permeassem o currículo e o ambiente escolar, a começar pela equipe diretiva.

Acompanhamento terapêutico é um termo praticamente desconhecido entre os profissionais da Educação que não têm ligação com o campo da saúde mental. Entretanto, no espaço escolar não é raro encontrar um catálogo de diagnósticos para alunos: hiperativos, psicóticos, deficientes mentais.

Nos debates atuais sobre a Educação, a escola é vista em sérias dificuldades que acarretam graves conseqüências sociais. Ao atravessarmos os portões de seu estabelecimento, encontramos o ambiente escolar imerso em problemas tidos como de indisciplina, em dificuldades de aprendizagens, fracasso escolar, em desvalorização da prática de ensino realizada outrora pelos professores. A escola tornou-se palco de problemas relacionados às mais variadas formas de violência (agressões físicas entre aluno e professor, aluno e aluno; prédios escolares depredados, destruição de mobiliário escolar, a discriminação) de tráfico e uso de entorpecentes no interior dos pátios escolares, além do porte de armas pelos estudantes, a dita “delinqüência infanto-juvenil”. (Gayotto, 2001; Guzzo, 2001) Também há impasses no que diz respeito às novas políticas de inclusão das diferenças no contexto escolar. Encontramos, além disso, na saída dos portões escolares, um montante significativo de crianças e jovens que não podem ter acesso ao aprendizado oferecido por essa instituição. Temos, assim, o problema da evasão escolar, ponto de preocupação e discussão de pesquisadores da área educacional. Essa é uma pequena listagem de alguns dos problemas enfrentados pelos educadores das escolas de ensino

fundamental e médio que, nem de longe, pode esvaziar a caldeira escolar em ebulição. (REIS; WERNNER, 2008, p. 1)

É inegável o fato de que há uma lacuna enorme na formação dos educadores. Não afirmo que todos deveriam ser at, porém, deveriam conhecer o termo e o seu significado. Por quê?

Podemos conceber que esse plano do impessoal – que advém no “entre”, fora que atravessa o corpo sem órgãos – é o que vigora no AT, quando o acompanhante é levado a desprender-se de sua subjetividade empírica, abdicar do seu eu, para acolher a estranheza da psicose nessa zona de indeterminação povoada de afetos que excedem qualquer vivido, permitindo-se seguir os desvios de uma linha de fuga – linha do fora –, transpondo-a e, ao mesmo tempo, tornando-a “vivível, praticável, pensável. Fazer dela tanto quanto possível, e pelo tempo que for possível, uma arte de viver.” (PALOMBINI, 2007, f. 170)

Seguindo o espírito moderno, as escolas transformaram-se em empresas, os alunos em clientes, e os professores em gerentes. Se um aluno-cliente não é do tipo padrão em notas, comportamento e atitudes, muitos educadores não hesitam em rotulá-lo com algum tipo de distúrbio, pois não pode ser considerado “normal”.

Os serviços de orientação educacional passam a se ocupar desses dissidentes da ordem, a conferenciar com mães e pais, a produzir registros em livros de ocorrência, a encaminhar para serviços especializados aqueles com os quais não sabem mais lidar. Já chamamos essas crianças de “desatentas”, “indisciplinadas”, “bagunceiras”. Hoje lhes inventamos um rótulo: são as “portadoras de déficit de atenção” ou as “hiperativas”. (BUJES, 2009, p. 200)

Esquecem-se do aluno que não cumpre suas tarefas escolares e que sustenta a si e seus irmãos vendendo drogas; da aluna que dorme na sala de aula porque tem que cuidar dos irmãos menores à noite, pois a mãe sai para vender seu corpo; e da aluna que se declara bissexual e é rechaçada pelos próprios professores.

Os alunos considerados fora do padrão geralmente são encaminhados para serviços de apoio pedagógico. Quando esses serviços não dão conta de “normalizar” tais alunos, estes são encaminhados para a rede de saúde mental. Faz-se interessante o comentário de Klein e Hattge (2010):

Esses encaminhamentos, muitas vezes, podem ser entendidos como um escape, um alívio para o professor, que acreditará na possibilidade de salvação do aluno e, ao mesmo tempo, do desenvolvimento de seu trabalho. Recebendo esse atendimento especializado, se o aluno persiste em sua não aprendizagem, isso é sinal de que o professor fez tudo em sala de aula e, mesmo recebendo essa suposta ajuda, o aluno não consegue aprender. Assim, passa-se para o aluno a causa das dificuldades, centrando-se nele o problema da não aprendizagem. (p. 22)

Quais são as representações da loucura que os professores têm? Estão contribuindo para a promoção da saúde mental ou para encher os consultórios psiquiátricos? Conseguem se ver fazendo parte de um processo de inclusão de alunos com transtornos graves na escola? E, finalmente, consideram a possibilidade de participar no trabalho de acompanhamento terapêutico em experiências como a exemplificada abaixo?

Em 1997, a equipe do Núcleo de Referência em Psicoses (NRP) da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae, do qual faço parte, estabeleceu convênio de parceria com o Núcleo “As psicoses e suas instituições” para tratar da escolarização de crianças com transtornos graves, com graves sofrimentos psíquicos ou com transtornos globais do desenvolvimento e as crianças psicóticas e autistas, que eram atendidas nas Oficinas Terapêuticas da Clínica Psicológica da PUC, ou seja, a escolarização dessas crianças em classes regulares do ensino público. Desde então passamos a acompanhar processos de inclusão de crianças e jovens com transtornos graves nas escolas e a desenvolver ações, estratégias e dispositivos na produção de práticas inclusivas, articulando saúde e educação, sendo o AT uma delas. (SERENO, 2006, p. 168)

Mesmo que um professor não desempenhe oficialmente a tarefa de at, o que fará ao receber um aluno com sofrimento psíquico? Reproduzirá o discurso médico-psiquiátrico? As narrativas de vida dos alunos passam pela escola e é nela que muitas ganham significado e se legitimam. Tem-se aí a oportunidade

do debate e da reflexão acerca da loucura. Por que não fazê-lo? Saúde mental se faz em todos os espaços da cidade.

Ora, o movimento pela reforma psiquiátrica tem implicado o deslocamento do espaço de atuação dos profissionais: o trabalho em saúde mental incide cada vez mais sobre um espaço que é excêntrico ao hospital, inserindo-se no contexto das trocas sociais estabelecidas na comunidade local. Abandona-se o confinamento entre muros, a clausura dos gabinetes, e ocupa-se o bairro, a rua, a praça, a igreja, o bar da esquina. Esse deslocamento força uma mudança na postura dos profissionais envolvidos. No espaço vivo, cambiante, múltiplo, da cidade, não é mais possível manter a atitude padrão. (PALOMBINI, 2008, p. 47)

No primeiro semestre deste ano, na mesma instituição em que atuo, foi recepcionada uma turma oriunda dos projetos Vivendo e Reaprendendo¹³ e Geração POA¹⁴, através de pedido feito pela Superintendência Regional do Trabalho e Emprego. Oito alunos, com idades entre 22 e 34 anos, desejavam capacitação profissional e uma oportunidade de ingresso no mercado de trabalho. O curso ministrado é voltado para pessoas com sofrimento psíquico grave e admite apenas alunos que estejam em tratamento. Não fui professora titular desta turma, mas acompanhei algumas atividades e reuniões.

Os alunos demonstraram excelente desempenho e adequação profissional, algo muito difícil de aflorar nas turmas regulares. Além disso, se mostram preocupados com problemas sociais e algo que lhes angustia muito é a possibilidade de não serem efetivados na empresa após o período de prática.

¹³ O Centro de Prevenção e Intervenção nas Psicoses tem como ação o Projeto Vivendo e Reaprendendo, que se propõe à reabilitação psicossocial particularmente dos pacientes com esquizofrenia e outras transtornos mentais graves. O Centro foi criado por um grupo de profissionais de saúde mental, com longa experiência em instituições públicas. Trata-se de um serviço inteiramente gratuito, aberto à população, independente da faixa econômica. As atividades foram iniciadas no final de 1999 e se mantêm funcionando regularmente sem suporte financeiro efetivo. O local onde se realizam as atividades é cedido por uma organização religiosa, mas não é definitivo. Todos os trabalhadores são voluntários e o material utilizado é adquirido através da colaboração direta da comunidade, da rede social informal e do que é arrecadado em eventos promovidos com este fim.

¹⁴ A GerAção-POA é um grupo que promove a inclusão social investindo na geração do trabalho e renda através da economia solidária, tem apoio e assessoria da Oficina de Geração de Renda da SMS/PMPA.

Por outro lado, mostram-se felizes por terem a oportunidade de trabalhar e de se qualificar, como evidenciam os seus relatos:

“Espero muito que com este curso eu consiga ter um salário e que seja uma porta para futuros empregos”.

“Pretendo terminar o curso e começar a trabalhar logo”.

“Estou muito animado e ansioso para trabalhar no Zaffari. O que eu for receber eu irei ajudar minha família pagando as despesas de casa.”

“Gostei muito do curso e aprendi muita coisa interessante. E fiz muitas amizades.”

“Gostei muito das aulas e de fazer este curso. E gosto muito de meus colegas e professores. Nunca faltei as aulas, nunca cheguei atrasado. Eu sou ótimo aluno e amigo de todos”.

“Na primeira aula de Informática que tivemos eu disse a mim mesma: estou rodada! Achei que não conseguiria passar e perderia o emprego. Mas o XXX foi um excelente professor, soube explicar com paciência e entendeu minhas dificuldades.”

“Quando tivemos aula de matemática com o professor XXX achei que seria uma péssima aluna, pois eu sempre fui péssima em matemática. Mas me saí super bem e pela primeira vez na vida fui uma excelente aluna de matemática!”.

“No decorrer de todo o curso eu vi que podia mais, que podia fazer, que podia aprender, que podia e conseguia escutar, ler, entender, fazer parte de um grupo.”

A experiência deste grupo foi estampada na reportagem de capa do Caderno de Empregos (Empregos & Oportunidades) do jornal Zero Hora, no dia 23 de maio de 2010 (ANEXO D). Sob o título “Persistência sem limites”, o relato deixou claro que capacitação profissional e oportunidade de trabalho são o que desejam.

O espaço das aulas foi o espaço “além muros”, o lugar onde estavam incluídos não pela doença, mas pelo objetivo em comum. A receita médica continua acompanhando-os, mas agora não está colada à sua subjetividade. Bem mais presentes nas narrativas dos alunos estão a carteira de trabalho e os direitos do trabalhador. Não só os alunos passaram por mudanças, os profissionais também precisaram construir novas formas de atuação, como já previsto pelos teóricos da reforma psiquiátrica.

Mas, na perspectiva da integralidade, não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento.

Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados. (MATTOS, 2004, p. 1413)

Uma das alunas do curso, ao elaborar o seu perfil, registrou o seguinte:

“Me considero uma pessoa normal, porém não tão esperta para conseguir um trabalho. Gostaria de poder conseguir um trabalho onde eu me sinta bem neste ambiente. [...]”

De onde vem a representação de que não é “esperta para conseguir um trabalho”? Talvez dos discursos que legitimam mitos, como o de que esquizofrênicos não aprendem, não têm relações sociais e não podem trabalhar. (ANEXO E). As pesquisas na área de saúde mental desmascaram estes estigmas: o trabalho tem papel fundamental como atividade que possibilita a remuneração, o sentir-se útil, e proporciona a interação com outros.

É interessante destacar a auto-avaliação feita por um dos alunos:

“Eu sou um cara honesto, engraçado. Às vezes estou bem e às vezes estou meio mal.”

Boa parte da população mundial poderia se descrever de tal maneira. Não faz sentido reduzir as pessoas ao seu diagnóstico. A sua subjetividade vem antes da doença, e não querem ser considerados como incapazes pela sociedade. Querem ser reconhecidos pelo que são, e isso inclui a palavra “trabalho”. Além da satisfação em relação ao encaminhamento para a prática profissional, a família também foi envolvida no processo, e cabe relatar suas percepções:

“Além da felicidade que foi proporcionado para toda a família, foi notória a satisfação que meu filho sentia com sua participação no curso.”

“Mesmo com diagnóstico de esquizofrenia, conseguiu com este curso achar uma nova realidade, uma luz para o caminho, que achávamos que estava perdido.”

“O curso proporcionou o retorno do meu filho a tão esquecida atividade de aprendizado. Aumentou sua socialização com a família, com aumento de sua auto-estima.”

“Hoje sou surpreendido com atitudes de meu filho que achava que ele não fosse capaz, vejo uma nova pessoa que apresenta sempre um fato novo.”

“Só vejo pontos positivos, falo isso com total segurança, pois já convivi com ele sem nenhuma atividade, apenas com medicação. Sua vida era diferente, posso dizer até triste. A partir do curso melhorou significativamente. Posso dizer que ele voltou a normalidade, teve sua dignidade resgatada”.

“Meu filho se tornou mais confiante, sua auto-estima cresceu muito. Percebo uma evolução evidente no seu dia a dia.”

“Meu filho está mais motivado em relação à vida e ganhando certo senso de responsabilidade”.

“O preparo que ele está recebendo e a experiência concreta do primeiro emprego deverão abrir portas mais à frente.”

“O principal ponto positivo é a oportunidade dada ao aluno de reverter um quadro desfavorável e ingressar no mercado de trabalho.”

“Com relação aos aspectos positivos do curso, tenho a salientar a qualificação dos profissionais responsáveis pelos conhecimentos ministrados aos alunos, pois para tratar com pessoas portadoras de transtorno somente podem ser pessoas especiais.”

Atualmente os oito alunos da turma estão realizando a prática. Há reuniões periódicas para que eles relatem como está sendo a experiência. Alguns se adaptaram com facilidade, como o que contou o seguinte: “os clientes chegam a brigar para serem atendidos por mim”. Outros estão, aos poucos, conseguindo seu espaço. Todos estão envolvidos agora no projeto “formatura”, que será realizada no dia 04 de novembro de 2010.

As narrativas expostas aqui me mostraram o quanto foi e está sendo importante estudar Saúde Mental Coletiva. Também sinalizam a necessidade de continuar trilhando este caminho, seja através de aulas, pesquisa, leitura ou socialização das experiências. Os educadores não podem fechar os olhos para a realidade escolar e continuar rotulando os alunos com diagnósticos. Lembrando as palavras de Gadotti (2005, p. 89): “a educação é obra criadora. Para criar é necessário mudar, perturbar, modificar a ordem existente.” Por que não começar agora?

Lembro das palavras do professor Ricardo Burg Ceccim (2007) sobre educação rizomática:

Como rizoma, ensinar e aprender se prolongam um pelo outro como efeito das interações afetivas e produção de desenvolvimento de si e dos entornos. [...] Desejo de uma educação rizomática, contágio-educação que mobilize conexões de uma reforma geral da subjetividade. (p. 12)

A partir deste ponto é preciso expor algumas inquietações e encaminhamentos em relação a articulação entre Saúde Mental e Educação, especialmente no que se refere à formação dos educadores.

4 O QUE UMA RECÉM CHEGADA SE ATREVE A DIZER?

Estou engatinhando na saúde mental coletiva, e falta muito para dar os primeiros passos. Entretanto, mesmo como recém chegada, atrevo-me a colocar algumas inquietações. Todas giram em torno da formação dos graduados em Pedagogia e das implicações disso na rotulação dos seus futuros alunos. O primeiro ponto a colocar é que a grade curricular do referido curso não conta com nenhuma disciplina que possa dar conta de, pelo menos, apresentar a saúde mental coletiva.

Tradicionalmente, as faculdades de educação têm se organizado em torno de disciplinas convencionais ou de categorias disciplinares ou administrativas. Nesse tipo de divisão intelectual do trabalho, os/as estudantes geralmente têm poucas oportunidades para estudar questões sociais mais amplas através de uma perspectiva multidisciplinar. (SILVA, 1995, p. 87)

Que significado tem a saúde mental coletiva para a escola? De que forma o louco é representado naquele espaço? Conforme Fagundes (p. 68), “se os serviços de saúde e suas práticas têm poder sobre a vida das pessoas, é possível transformar esse poder em potência de vida, provocador de projetos de presente”. A escola também exerce poder sobre as pessoas, quem dera pudesse exercer “potência de vida”. A questão da saúde na escola é limitada àquelas temáticas que foram estabelecidas como problemas típicos da adolescência: gravidez e drogas. Fora isso, há espaço apenas para algumas campanhas do Ministério da Saúde (dengue, influenza).

Esta falta de capacitação de profissionais para atuarem na Educação e Saúde escolar, inviabiliza sua execução no contexto escolar, apresentando-se apenas como uma tentativa de contornar os problemas de saúde existentes na escola. Assim, sem a devida capacitação para trabalhar com Educação e Saúde, tais profissionais acabam reproduzindo o conhecimento biologicista fragmentado e incompleto, que ainda recebem durante a formação acadêmica. (LIMA, 1996, p. 37)

Ao mesmo tempo em que não têm capacitação adequada, há inúmeros professores proliferando seus “diagnósticos” por aí:

A educação é, obviamente, um campo privilegiado de atuação dos especialistas nessas variadas formas de descrição, análise e gerenciamento do corpo e da alma. As secretarias de educação, as escolas, as faculdades de educação constituem um território povoado de especialistas na alma humana. (SILVA, 1998, p. 12)

Educação e saúde não deveriam andar separadas. Felizmente, há pensadores preocupados com esse divórcio e que propõem uma Educação Permanente em Saúde. Ceccim e Ferla (2009) apresentam a noção de quadrilátero da formação da seguinte maneira:

a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;

b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;

c) análise da gestão setorial: configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;

d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

A noção de „quadrilátero da formação“ embasa uma invenção do Sistema Único de Saúde para marcar o encontro da saúde com a educação: a Educação Permanente em Saúde – sugestão de uma ligação orgânica entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil). A Educação Permanente em Saúde seria não apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde, esforço de nomeação da ligação política entre Educação e Saúde. (CECCIM; FERLA, 2009, p. 449)

Entretanto, esta Educação em Saúde está mais viva e presente para os profissionais da saúde. Ou para quaisquer outras profissões que procurem, por sua própria vontade, cursos em tal área. Mas não faz parte da formação dos educadores em geral.

O „poder de cidadania“ presente na sociedade, para o setor da saúde e para a área científica da saúde coletiva, não teve correspondente para o setor da educação e para a área do ensino. Ainda é tênue na formação profissional a apropriação do Sistema Único de Saúde e ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com usuários tomados por seus padrões biológicos, com o processo saúde-doença constituído por história natural, com o hospital tomado como o topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho, com o emprego público entendido como alternativa de sobrevivência e produção de práticas coletivas, enquanto o trabalho de maior dedicação estaria no subsetor privado, com atendimento individual e com grande consumo de procedimentos. Um imaginário assim configurado está presente na formação, sendo produto construído e embasado em interesses corporativos e particulares. (CECCIM; FERLA, 2009, p. 448)

Cito um exemplo prático de como a parceria entre educação e saúde é imprescindível: a questão do controle social. Magda Dimenstein (2007) abordou em um artigo a participação e o controle social nas políticas públicas de saúde, centrando os problemas relacionados a estes temas no “âmbito da produção de subjetividade ou de uma micropolítica”. (p. 37).

Por tratar-se de diretrizes do Sistema Único de Saúde, participação e controle social remetem ao exercício da cidadania, em parte dado o histórico de

lutas para implantação deste projeto. Seria natural, portanto, imaginar que tais diretrizes sejam tomadas e exercidas pela população. O texto, entretanto, aponta que:

A fragilidade e a incipiência da participação popular têm reduzido as possibilidades de intervenção dos conselhos na gestão do sistema de saúde, apesar de a representação total dos conselhos ser distribuída da seguinte forma: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços públicos e privados. (p. 37).

O questionamento inevitável é: se participação social é importante, por que não acontece nas políticas e práticas de saúde? A resposta mais simples é que o fato de ser uma diretriz do SUS não a faz efetiva. Além disso, não é exclusivamente no âmbito organizacional e macropolítico que os problemas ocorrem, as dificuldades estão centradas na produção da subjetividade.

A autora propõe um caminho, que passa “por uma micropolítica dos afetos, do cuidado de si e dos outros”. (p. 35). Ela traz à tona o conceito de “sujeito coletivo” (p.36), onde cada um personifica um elo capaz de formar uma rede resistente à sujeição, tornando possível “viver a participação como implicação, envolvimento, afetação; exercer o controle social para além das idéias de cidadania, de militância, de sujeito-substância, de identidade”. (p. 36).

É aí que a escola entra em cena. Os Parâmetros Curriculares Nacionais apontam a cidadania como norteadora dos currículos escolares, mas em algum momento se ensina a exercer o controle social? Reinventar não é comum, não é simples. Os entraves são muitos, a educação, principalmente a pública, absorveu várias “missões” ao longo dos anos e teve sucesso em poucas.

Se a questão é micropolítica, a autora lembra que, em primeiro lugar, o conceito de participação social está ligado ao projeto iluminista, onde cidadania e direitos sociais são meios para alcançar uma ilusória liberdade. O resultado é o reforço de políticas de subjetivação identitárias, perpassadas “pela falta e pelo desejo de consumir cidadania/ser cidadão”. (p. 38).

Em segundo lugar, não é possível ignorar o poder do capital, por meio do qual sobrevivem a exploração de uns pelos outros e o individualismo. Da relação

entre capitalismo e subjetividade nascem formas de assujeitamento, sujeitos produzidos em série sob uma dominação invisível que afeta a todos. Daí a importância de voltar-se para uma micropolítica dos afetos, “para cartografar¹⁵ as estratégias de reativação vital”. (p. 39).

O texto foca o trabalho dos psicólogos, entretanto, o “medo de se perder de si e de abrir o corpo ao estranhamento” (p. 43) é comum a todas as profissões que norteiam o cuidado com a vida. O modelo burocrático pode ser bem mais atraente do que a opção de se entregar ao risco, ao inusitado, ao que não é esperado.

Como educadora, pergunto-me se não há um sufocamento dos afetos por parte da escola, lugar onde o capital exerce pressão a todo vapor. Ali também se opta por negar a micropolítica, e os problemas sempre recaem sobre o macropolítico. Mas, afinal, porque desacomodar-se? Por que deixar-se afetar? Para dar sentido à vida. Se os caminhos percorridos até agora não se mostraram eficazes em mostrar a saída, quem privilegia a verdade não se nega a repensar seu mapa e passar a cartografar.

Como conclusão desta narrativa apresento alguns encaminhamentos representados por perguntas: (1) quando e como haverá articulação efetiva entre Educação e Saúde Mental? (2) como sensibilizar os pedagogos em exercício nas escolas a conhecer a Saúde Mental Coletiva? (3) que fazer para mobilizar as faculdades de educação a reverem a grade curricular do Curso de Pedagogia, com a finalidade de dar conta da interface Educação e Saúde Mental?

Faz-se urgente procurar respostas para as indagações registradas acima. Do contrário, o “catálogo de diagnósticos” escolares continuará em vigor. Muito provavelmente por falta de reflexão acerca da organização do espaço e do tempo escolar, e por ignorar a interface entre Educação e Saúde Mental. E as salas de aula seguirão como representado na cena registrada abaixo:

Numa sala de aula, um jovem com os fones de um walkman nos ouvidos sussurra entusiasmado, um trecho

¹⁵ Cartografia: conceito elaborado por Deleuze e Guattari

de um pop rock nacional: “o amooooor; é o caloooo que aqueeece a allmaaa!” Enquanto isso, outro gruda, sorrateiramente, em seus ouvidos o seu radinho de pilha. Num canto da sala, uma jovem devora páginas de um livro de poesias. Junto à parede, uma jovem digita um torpedo em seu celular; já outra tenta esconder, junto aos cadernos, a última edição de uma revista juvenil, que traz na capa o galã do horário nobre. Eis que entra na sala uma garota desfilando um cabelo multicolorido, sussurrando aos colegas: pinteí com papel crepom! Ao lado da janela, uma jovem escreve um bilhete para um colega: eahe, vamu zoa nu xou dus omi? Toca um celular estridentemente! Insistentemente! E a professora, alheia a tudo isso, segue explicando a matéria... (GARBIN, 2009, p.13)

Que a narrativa registrada acima não conclua com um jovem personagem rotulado erroneamente como portador de problemas psíquicos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Miriam; MALAVOLTA, Márcio. **Desconstruindo o manicômio mental no cotidiano da comunidade da vila São Pedro.** In: FERLA, Alcindo; FAGUNDES, Sandra (Org.). O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 157-178.

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha.** Disponível em: <<<http://www.ebooksevangelicos.com/Evangelicos/Leonardo%20Boff/Leonardo%20Boff%20-%20a%20%E1guia%20e%20a%20galinha.pdf>>>. Acesso em 28 ago 2010.

BUJES, Maria Isabel. **Uma infância inquieta?** In: COSTA, Marisa Vorraber. A educação na cultura da mídia e do consumo. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009. p. 200-201.

CECCIM, Ricardo Burg. **Reforma geral da subjetividade:** por uma educação rizomática da saúde mental. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. Rizomas da Reforma Psiquiátrica: a difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina, 2007.

_____; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6 n. 3, nov.2008/fev.2009.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar:** ensino e medicalização. São Paulo: Cortez. Campinas: Unicamp, 1996. 180 p.

DIÁRIO do Nordeste. Disponível em: <<<http://www.diariodonordeste.com.br>>>. Acesso em 25 maio 2010.

DIMENSTEIN, Magda. Micropolíticas dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde. In: MOREIRA, Maria Inês Badaró. (Org.). **Psicologia e saúde:** desafio às políticas públicas no Brasil. Vitória: EDUFES, 2007, p. 17-34.

FAGUNDES, Sandra. Exigências contemporâneas. In: **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2. p. 2-4.

FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica:** a difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina, 2007. 172 p.

GADOTTI, Moacir. **Educação e poder.** 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 143 p.

GARBIN, Elisabete Maria. **Diferentes de alguns, iguais a outros!** In: CAVALCANTE, Marcia; SOUZA, Rui (Org.). *Culturas juvenis: dinamizando a escola*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 11-18

GONÇALVES, Alda; SENA, Roseni. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, 2001. p. 48-55.

KLEIN, Rejane; HATTGE, Morgana (Org.). **Inclusão escolar**: implicações para o currículo. Porto Alegre: Paulinas, 2010. 90 p.

LIMA, Maristela Correa Rodrigues de (Org.). **Estudos em saúde pública**: aspectos do cotidiano. Porto Alegre: DaCasa, 1996. 184 p.

MATTOS, Rubem Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática na integralidade). In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. p. 1411-1416.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. In: **Psychê**, São Paulo, v.10 n. 18, set. 2006. p. 115-127.

_____. **Acompanhamento terapêutico na rede pública**: a clínica em movimento. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 143 p.

_____. “O rei está morto, viva o psiquiatra! Dispositivos de poder, psicanálise e loucura”. In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n. 28 abr, 2005. p. 86-92.

_____. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto**: a cidade: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, BR-RJ, 2007. 247 f.

_____; CABRAL, Karol Veiga; BELLOC, Márcio Mariath. Do AT à radiodifusão como estratégia de ocupação da cidade. In: Congresso Internacional e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 3., 2008, Niterói. **Anais**. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong.../MR_399c.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2009.

PELLICCIOLI, Eduardo (Org.). **Cadernos de AT**: uma clínica itinerante. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico, 1998. 152 p.

REIS, Carmen; WERNNER, Ana Beatriz. **Escolarização e saúde mental**. Disponível em:

<<<http://www.abrapso.ufba.br/layout/padrao/vermelho/xvabrapso/programacao.pdf>>>. Acesso em 29 jul 2010.

SERENO, Débora. Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. In: **Psychê**, São Paulo, v.10 n. 18, set. 2006. p. 167-179.

SILVA, Tomaz Tadeu. As pedagogias psi e o governo do eu. In: Silva, Tomaz Tadeu (Org.). **Liberdades reguladas**: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 7-13.

_____. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1995. 156 p.

STAMM, Maristela. Saúde mental: um novo olhar. **Psico**, Porto Alegre, v. 19, n.3, 2000. p. 60-69.

VILLAS-BOAS, Benigna Maria de Freitas. **Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico**. Papirus: Porto Alegre, 2008. 192 p.

ZERO Hora. Disponível em: <<<http://www.zerohora.com.br>>>. Acesso em: 24 maio 2010.

ANEXO A: portfólio



Curso de Especialização
Educação em Saúde Mental Coletiva

Portfólio:

"Não nos admiremos dessa lentidão do despertar. Muitas vezes, nada é tão difícil de se perceber quanto aquilo que deveria saltar aos olhos."

Teilhard de Chardin

2009

Para quem?

- Danielle Schio Rockenbach;
- Graduada em Pedagogia;
- Aluna do Curso de Especialização em ESMC;
- Tem como foco principal de interesse a Saúde Mental do Trabalhador.

O que é?

- Portfólio é “um dos procedimentos de avaliação condizentes com a avaliação formativa”. (VILLAS BOAS, p. 37, 2008);
- É importante pois “os alunos declaram sua identidade, isto é, mostram-se não apenas como alunos, mas como sujeitos dispostos a aprender. Sua história de vida e suas experiências são conhecidas e valorizadas”. (VILLAS BOAS, p. 41, 2008).

Que tipo de mídia?

- Impressa (livros e folhetos);
- DVD (filmes, documentários, clipes e vídeos amadores);
- CD-ROM (relatório de saúde, textos e artigos);
- CD de Áudio (músicas e livros falados);
- CD de Dados (materiais e anotações das aulas do Curso de ESMC, arquivos de pesquisa e imagens sobre Saúde Mental).

Como encontrar o que procura?

- Os materiais foram catalogados conforme os vértices do Curso de Especialização e inseridos em uma planilha (MS/Excel);
- Ao fazer uma busca por palavra-chave se localiza o material desejado;
- Para o armazenamento dos itens foi confeccionada uma caixa em MDF própria para sua conservação.

Como encontrar o que procura?

- Planilha de catalogação dos materiais



Exemplos de material do portfólio

- Livros e folhetos:
- Este livro trata de conceitos fundamentais das diversas áreas que compõem o campo da Saúde Coletiva. Aqui o leitor encontrará vários dos principais conteúdos de Saúde e Sociedade, Políticas de Saúde, Epidemiologia, Planejamento e Administração em Saúde. Destina-se à iniciação de alunos de graduação das profissões na área de saúde, aos profissionais dos serviços de saúde, bem como a outros profissionais e acadêmicos cujas áreas de atuação têm interface com a saúde.



Exemplos de material do portfólio

- Materiais de aula



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

RESIDÊNCIA INTEGRADA E ESPECIALIZAÇÃO
SAÚDE MENTAL COLETIVA

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde
Formação dos Profissionais de Saúde e Educação em Saúde Coletiva

Nov. 2008

Exemplos de material do portfólio

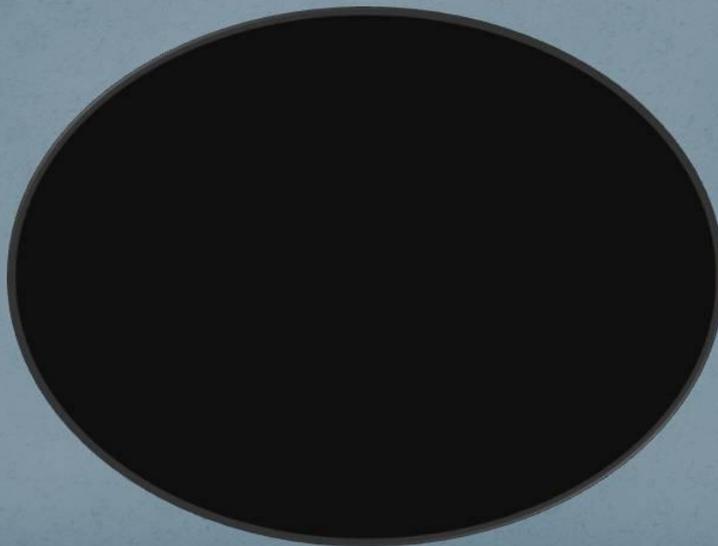
Principais apontamentos:

O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma "saúde como direito de todos e dever de Estado", previsto na Constituição Federal de 1988.

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Exemplos de material do portfólio

- Clipe musical – Carta de Direitos dos Usuários do SUS



Exemplos de material do portfólio

- DVD



Exemplos de material do portfólio

Serviços Residenciais Terapêuticos implantados e em processo de implantação, por UF.
Brasil, 31 de janeiro de 2009

UF	Módulos		Total de módulos	Total de moradores
	Em funcionamento	Em implantação		
AC	0	0	0	0
AL	0	0	0	0
AP	0	0	0	0
AM	0	0	0	0
BA	19	2	21	108
CE	4	2	6	21
DF	0	0	0	0
ES	5	0	5	27
GO	11	3	14	54
MA	3	0	3	18
MG	59	32	91	408
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	15	5	20	95
PE	14	9	23	89
PI	3	1	4	18
PR	22	2	24	121
RJ	90	17	107	492
RN	1	2	3	6
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	38	7	45	102
SC	3	0	3	23
SE	18	0	18	100
SP	200	54	254	924
TO	0	0	0	0
Total	516	138	654	2714

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

Exemplos de material do portfólio

Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes.
Brasil - 31 de janeiro de 2009

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS IV	CAPS V	Total	Indicador CAPS /100.000 hab
Pernambuco	3.742.606	26	9	2	7	5	49	0,39
Sergipe	1.999.374	18	3	2	1	2	26	0,90
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Rio Grande do Sul	10.855.214	56	33	0	11	15	115	0,28
Ceará	8.450.327	34	27	3	5	13	82	0,79
Santa Catarina	6.052.587	36	13	0	6	7	62	0,73
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Roraima	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,65
Paraná	10.590.169	32	25	2	7	18	84	0,65
Bahia	14.502.575	88	25	2	4	11	130	0,69
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	2	15	0,51
Minas Gerais	19.850.072	65	41	8	8	8	130	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	30	37	0	12	15	94	0,50
São Paulo	41.011.635	50	68	16	23	46	203	0,45
Pernambuco	8.734.194	14	17	1	4	10	46	0,45
Espírito Santo	3.453.648	5	7	0	1	3	16	0,39
Oceania	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Tocantins	1.280.509	5	2	0	0	0	7	0,35
Pari	7.521.493	14	11	1	1	4	31	0,33
Acre	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	980.073	0	1	0	0	1	2	0,29
D. Orleans	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	0	2	1	0	0	3	0,10
Brasil	189.211.814	613	362	39	101	136	1313	0,25

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE - (Estimativa Populacional) 2008

Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I atende a 50.000 habitantes, o CAPS II, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPS e CAPS III cobrem a 100.000 habitantes.

Nota 2 - Países: Colômbia (0,30), Cuba (0,30), Espanha (0,30), França (0,30), Alemanha (0,30), Itália (0,30), México (0,30), Portugal (0,30), Espanha (0,30), França (0,30), Alemanha (0,30), Itália (0,30), México (0,30), Portugal (0,30).

Exemplos de material do portfólio

Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos e Indicador Leitos por 1.000 hab. Brasil, 31 de outubro de 2008

Ranking Leitos/1000 hab.	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	% leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1ª	RJ	15.426.450	38	7.022	18,56	0,45
2ª	PE	8.484.638	15	2.943	7,80	0,35
3ª	SP	38.827.490	57	12.143	32,72	0,31
4ª	AL	3.037.231	5	880	2,33	0,29
5ª	RN	3.013.740	5	747	1,98	0,25
6ª	PR	10.284.503	15	2.400	6,34	0,23
7ª	GO	5.647.635	11	1.201	3,18	0,21
8ª	PB	3.441.397	5	700	1,84	0,19
9ª	ES	3.351.669	3	595	1,58	0,18
10ª	SE	1.939.426	2	320	0,85	0,16
11ª	MG	19.273.533	21	2.889	7,66	0,15
12ª	SC	5.864.487	4	700	2,01	0,13
13ª	TO	1.243.627	1	160	0,42	0,13
14ª	CE	8.185.250	8	1.043	2,76	0,13
15ª	PI	3.032.435	2	360	0,95	0,12
16ª	MA	6.118.995	3	462	1,25	0,11
17ª	MS	7.265.813	2	260	0,53	0,09
18ª	RS	10.562.887	6	910	2,41	0,09
19ª	AC	655.385	1	53	0,14	0,08
20ª	BA	14.080.670	7	1.051	2,79	0,07
21ª	MT	2.854.642	2	202	0,54	0,07
22ª	DF	2.455.903	1	125	0,33	0,05
23ª	AM	3.221.940	1	126	0,33	0,04
24ª	PA	7.045.573	1	54	0,15	0,01
Total		181.552.919	218	37.720	100	0,21
Total Brasil		182.949.711				0,21

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNE) - SUS, Área Técnica de Saúde Mental/DAPSUS/MS

Exemplos de material do portfólio

A história de Beta – internações psiquiátricas - 1970/80

Teria que enfrentar o diagnóstico do grande psiquiatra: esquizofrenia paranoide. As coisas foram ficando pretas, pois era a confirmação científica do que todos os conhecidos começavam a afirmar. O jeito era eu me conformar com a doença e o rótulo.

Comecei a sentir na própria pele o peso desse rótulo de doente mental e a perceber o sofrimento no semblante das pessoas que comigo conviviam.

Como sempre, ficava internada na mesma enfermaria e, por isso mesmo, eu podia sentir as mudanças ali implantadas. O que mais me chamava a atenção era o fato de observar os diferentes regimes que existiam no mesmo bloco do IPAB, funcionando cada um como um verdadeiro feudo, com pessoas seguindo obedientemente as normas ditadas pelo senhor *grão-duque*, o médico.

A partir daí, comecei a distribuir com as companheiras as roupas que meus filhos levavam, para que elas pudessem tirar aqueles uniformes tão quentes. Tomava banho o tempo todo porque o calor era insuportável, dando a impressão de passar dos 40°. Guardei somente uma blusinha vermelha, um bermudão listrado, uma camisola, um par de sapatos e uma calcinha que lavava todas as noites, deixando-a secar nas grades das janelas. A camisola ficava escondida dentro da fronha durante o dia. Essa experiência era vivida por mim, sem o conhecimento dos meus familiares. Os funcionários do Museu vinham me apanhar quase todos os dias.

Nessa internação, pude perceber as mudanças que ocorriam numa mesma enfermaria. A diferença fundamental era que, nas minhas primeiras internações, havia poucos leitos e as internadas usavam tudo que traziam de casa (roupas, prato, copo) com todas as regalias possíveis. Entravam na cozinha bem equipada e tinham permissão – as que tivessem condição – de fazer seu café (comprado com o dinheiro arrecadado entre as que podiam contribuir), de tomar leite, etc. Aproximava-se da realidade de cada paciente, dentro de um modelo asilar mais humanizado.

Nessa última internação, verifiquei que me encontrava na mesma enfermaria, mas que meu *grão-duque* era outro, completamente diferente. Então passei a fazer o jogo do nada reclamar, nada pedir, dizer que tudo estava bem... Foi uma opção minha. Tratava-se da primeira oportunidade que tive de viver junto com outras mulheres, aquela situação normalmente absurda. Não tomava conta de meus pertences e por isso não tinham sabonete, pente, pasta de dentes, roupa, etc. Vivia o tempo todo com um caderno na mão, anotando e escrevendo minhas observações e sentimentos diante de fatos tão inusitados para alguém simples como eu. Esse caderno servia também para minhas companheiras de destino escreverem, o que possibilitou o pessoal do Museu indicar algumas delas para frequentarem setores da Terapia Ocupacional.

Exemplos de material do portfólio

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

25 a 28 de junho de 1987

- I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
- II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Exemplos de material do portfólio



A CIDADANIA DOS DOENTES MENTAIS NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO
EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL. MODELO ASSISTENCIAL:
DIREITO À CIDADANIA

Exemplos de material do portfólio

- Conferência Nacional de Saúde



"Cuidar, sim. Excluir, não - "Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social".

Exemplos de material do portfólio

- Músicas



Help! - Beatles



A felicidade é – Alexandre Santos



Mais uma vez – Renato Russo



Me dá um olá – Ultraje a Rigor



A felicidade – Toquinho e Vinícius



Quase sem querer – Renato Russo



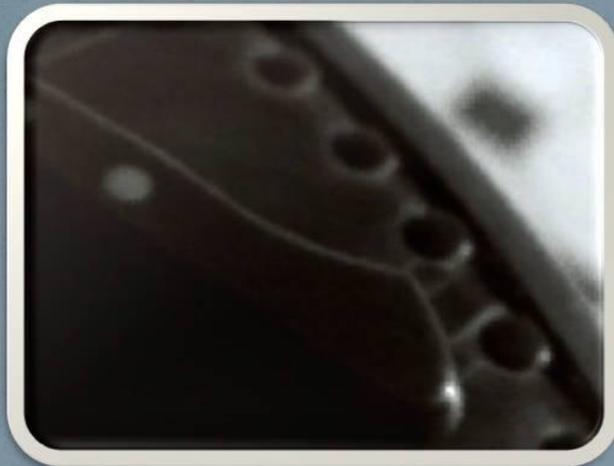
Por onde andei – Nando Reis



Infinita Highway – Engenheiros do Hawai

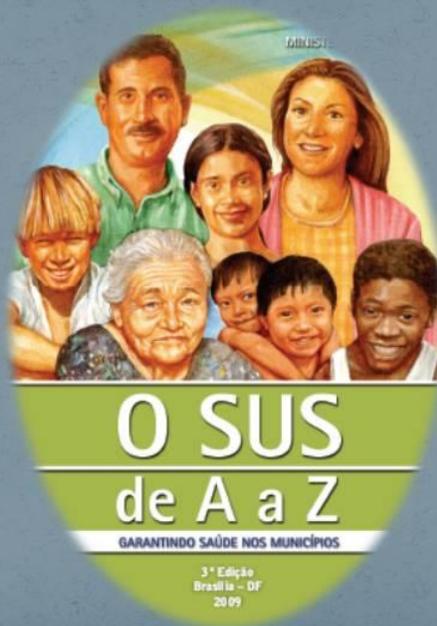
Exemplos de material do portfólio

- Vídeos



Drogas: prevenção

Exemplos de material do portfólio



Exemplos de material do portfólio



A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; estimular a participação popular e o controle social.

Exemplos de material do portfólio



C Conferências de saúde

São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação. As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Exemplos de material do portfólio

Controle social

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS.

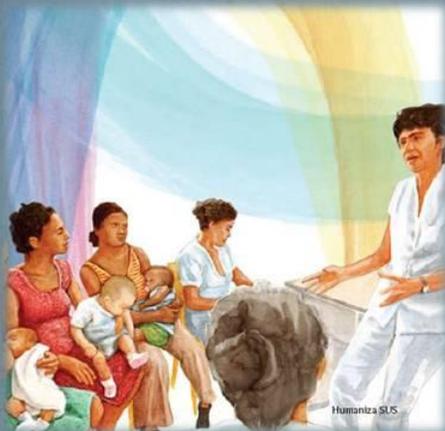
Exemplos de material do portfólio



Geração de renda em saúde mental

O Projeto de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental é uma importante articulação do processo de desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais. Propõe ampliar a rede de experiências em geração de renda em saúde mental, fomentando e apoiando essas iniciativas, considerando que incluir pessoas com transtornos mentais pelo trabalho é promover a autonomia e a cidadania, além de servir como dispositivo de cuidado em liberdade.

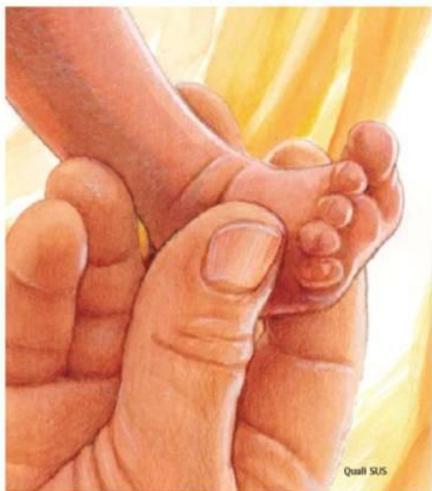
Exemplos de material do portfólio



Humaniza SUS

Sigla para Política Nacional de Humanização do SUS. No Campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Exemplos de material do portfólio



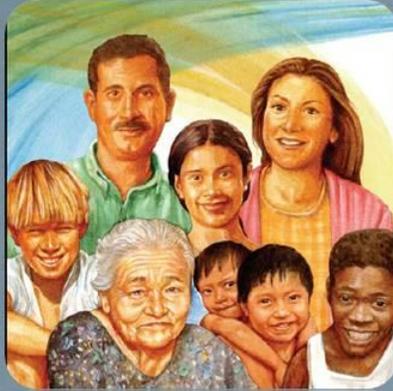
Residência multiprofissional em saúde

Modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilitando mudanças no modelo técnico-assistencial a partir da atuação em equipe, adequada às necessidades loco-regionais, constituindo um processo de educação permanente em saúde que possibilita a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.

Dessa forma, essa modalidade de formação pós-graduada pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema.

Exemplos de material do portfólio



Saúde mental

A prevalência de transtornos mentais é elevada na população brasileira e, em geral, com peso relevante entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos. O Brasil enfrenta o desafio de aumentar a acessibilidade e a qualificação da atenção em saúde mental de forma paralela e articulada com a transformação do modelo anterior, que se pautava pela internação em hospitais especializados. Por esse novo modelo, preconizado pela reforma psiquiátrica, a atenção à saúde mental deve ter base comunitária e territorial, avançando na redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária. A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS.

Exemplos de material do portfólio

- Materiais de pesquisa



Exemplos de material do portfólio

- Anotações/trabalhos de aula

Seminário sobre exclusão social no dia 20/11/2008 (Texto de Aldaiza Sposati)

Relacionar situações de exclusão nos seus municípios ou territórios

Município escolhido: **Viamão**



Exemplos de material do portfólio

- Anotações/trabalhos de aula

- “Uma teoria é uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significativo. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que seu momento ainda não chegou”. (Deleuze. *Microfísica do Poder*. p. 171, 1979).

- Itens da Caixa de Ferramentas (Grupo 2):

- **Respeito**
- Acolhimento
- Vínculo
- **Articulação em rede**
- Equidade
- Controle social

Educação

Diálogo

Empatia

Ética

Cuidado

Planejamento

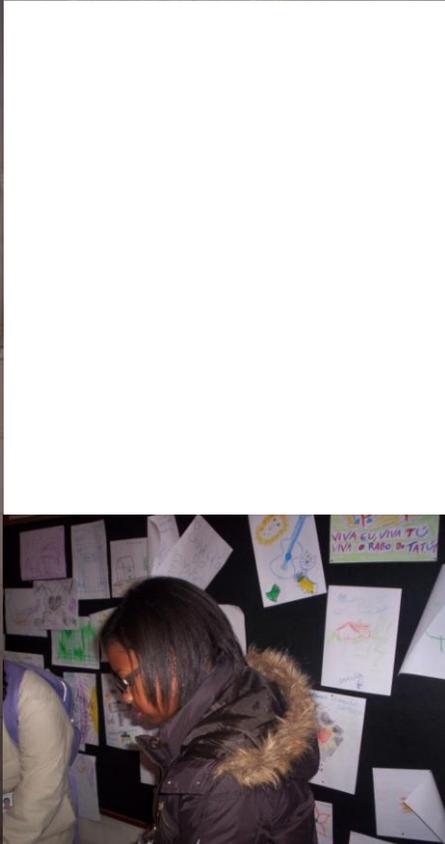
Exemplos de material do portfólio

- Anotações/trabalhos de aula
- Que ferramentas estiveram em uso no texto de Gilberto Dimenstein “*Como Brasília perdeu uma prostituta?*”
- Educação
- Saúde
- Criatividade
- Astúcia
- Inclusão
- Subjetividade/Singularidade

ANEXO B: visita a exposição Eu Sou Você no HPSP







ANEXO C: música registrada por aluna no espaço de intervenção dos visitantes na exposição Eu Sou Você no HPSP

Só Os Loucos Sabem

Charlie Brown Jr.

Agora eu sei exatamente o que fazer
Bom recomeçar, poder contar com você
Pois eu me lembro de tudo irmão, eu estava lá também
Um homem quando está em paz não quer guerra com ninguém
Eu segurei minhas lágrimas, pois não queria demonstrar a emoção
Já que estava ali só pra observar e aprender um pouco mais sobre a percepção
Eles dizem que é impossível encontrar o amor sem perder a razão
Mas pra quem tem pensamento forte o impossível é só questão de opinião
E disso os loucos sabem
Só os loucos sabem
Disso os loucos sabem
Só os loucos sabem
Toda positividade eu desejo a você
pois precisamos disso nos dias de luta
O medo segue os nossos sonhos
O medo segue os nossos sonhos
Menina linda, eu quero morar na sua rua
Você deixou saudade
Você deixou saudade
Quero te ver outra vez
Quero te ver outra vez
Você deixou saudade
Agora eu sei exatamente o que fazer
Bom recomeçar, poder contar com você
Pois eu me lembro de tudo irmão, eu estava lá também
Um homem quando esta em paz não quer guerra com ninguém

ANEXO D: reportagem publicada no jornal Zero Hora

ANEXO E: reportagem publicada no Diário do Nordeste sobre a exclusão de pacientes com esquizofrenia no mercado de trabalho

Mercado exclui pacientes com esquizofrenia

PAOLA VASCONCELOS

<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=670061>

11/9/2009

A esquizofrenia é uma doença grave que está entre as dez maiores causas de invalidez, mas que, no entanto, com o diagnóstico de forma precoce e tratamento pode trazer qualidade de vida ao paciente. Um dos maiores desafios para os profissionais e familiares de portadores de esquizofrenia é fomentar a sua inserção social, principalmente no mercado de trabalho.

O tema está em discussão na III Jornada de Terapia Ocupacional em Saúde Mental, que se encerra hoje, no Hospital de Saúde Mental de Messejana.

"Encontrar um lugar para o esquizofrênico trabalhar é uma das mais importantes discussões hoje. Trata-se de uma doença cujo tratamento traz bons resultados. Por isso, o esquizofrênico pode e deve trabalhar, estudar, namorar, casar, ter uma vida em sociedade", explica a coordenadora da Terapia Ocupacional do HSMM, Sandra Coelho.

O que acontece, conforme Sandra Coelho, é que na maioria das vezes, quando o esquizofrênico apresenta algum problema no trabalho, ele é logo afastado. Como os primeiros sintomas aparecem entre a adolescência e 25 anos, cada vez mais cedo, essas pessoas estão fora do mercado de trabalho. "A inserção do paciente esquizofrênico no mercado de trabalho é um dever de todos nós e a sociedade tem que despertar para isso. Eles podem sim ser produtivos", destaca.

No universo dos pacientes acompanhados no HSMM, conforme a terapeuta ocupacional, cerca de 80% têm esquizofrenia no quadro de doença mental. A participação das pessoas que estão estáveis no tratamento no mercado de trabalho, conforme ela, é mínima. "Temos exemplos bastante positivos de pessoas em tratamento da esquizofrenia que colocaram seus próprios negócios e estão tendo sucesso. Grande parte dessas experiências acontecem no Interior porque em Fortaleza tudo fica muito mais difícil", relata.

Vencer barreiras

A intenção, conforme ela, é criar uma rede envolvendo profissionais, familiares, pacientes e a sociedade para vencer as barreiras do preconceito com o portador da doença. "Quando não se conhece a situação, não se dá oportunidade. Isso acontece de forma velada", destaca.

A lancheira Iresse Barros conhece muito bem as dificuldades impostas pela sociedade a uma pessoa esquizofrênica. Seu filho, Rosemberg Vanderlei tem 31 anos e convive com a esquizofrenia desde a adolescência. "Ele vivia trancado em casa, não dormia, passava a noite inteira lendo livros e livros, tinha problemas de relacionamento com as pessoas. Até que apareceram as alucinações. Não descobrimos logo a esquizofrenia, mas a gente sabia que tinha algo errado, até porque o meu irmão tinha algo parecido", conta a lancheira Iresse.

Vanderlei está internado há um mês no Hospital Mental de Messejana e, em crise, sofre com sentimentos de medo e perseguição. Conforme a sua mãe, tem alucinações e ouve vozes ameaçadoras. "Para uma mãe, ver o seu filho assim é muito difícil. Ele é muito ligado a mim, só tem a mim. Por isso, a família é tão importante para acolher, ajudar e dar muito amor".

Iresse Barros conta que Rosemberg Vanderlei nunca trabalhou, só ajudava informalmente numa oficina mecânica onde as pessoas gostavam dele. Há três anos, para ficar perto da família e pensando numa melhora do filho, que tinha delírios de perseguição, ela veio de Pernambuco para o Ceará. "A melhora foi muito pouca, pois a doença vai aonde ele está, não tem como fugir. O melhor é que estamos sendo bem atendidos nesse hospital", finaliza a mãe.

SINTOMAS

Doença atinge 1% da população

A mudança repentina de comportamento, com episódios de sensação de perseguição, ouvir vozes, isolamento, alucinações e delírios, além de outras alterações sensoriais e perceptivas, são sinais de alerta para a esquizofrenia, doença que atinge cerca de 1% da população.

De acordo com o diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), o psiquiatra Gilson Holanda, os sintomas aparecem normalmente na adolescência e início da vida adulta, o que faz com o paciente perca uma parte importante da sua vida produtiva. "Adultos jovens e adolescentes são atingidos no seu curso de vida mais produtivo. É uma doença que consome as energias do paciente e da família", destaca o especialista.

É por isso que o especialista ressalta a importância da família no diagnóstico e adesão ao tratamento da pessoa com esquizofrenia.

"O paciente esquizofrênico não adoece só. Quando a família não participa, o resultado pode ficar aquém do esperado", explica Gilson Holanda. Além disso, a adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, pois inclui, além de medicações de alto custo, comparecimento às sessões de psicoterapia e cumprimento de uma agenda de tarefas propostas.

O psiquiatra Gilson Holanda destaca que hoje o sistema de saúde está cada vez mais estruturado e que a atenção básica, através do Programa de Saúde da Família (PSF), e também a própria família do paciente, têm sido importantes para a realização do diagnóstico precoce da doença.

"A esquizofrenia é uma doença grave, crônica, de caráter recidivante e tem altos custos sociais e financeiros", disse.

Por conta desses diversos fatores é que o médico diz que são fundamentais as iniciativas de psico-educação, que procuram levar às famílias e aos pacientes o máximo de informações. "É preciso se empoderar e saber todas as vertentes da esquizofrenia, pois cada paciente é único", finaliza o médico.

FIQUE POR DENTRO

Legislação estimula inclusão do portador de doença mental

O Brasil já dispõe de uma série de instrumentos legais e institucionais acerca da necessidade de consolidar políticas sociais que tratem da inclusão social pelo trabalho em portadores de doença mental. A Lei Federal 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Propõe que estas pessoas devem ser tratadas em serviços comunitários "com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade".

Outras legislações no País também buscam essa inserção, como a Lei nº 10.708 que cria o Programa de Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Têm o mesmo objetivo as recomendações da III Conferência de Saúde Mental, ocorrida em 2001, e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que entende que as ações de inclusão social pelo trabalho são atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação.

ANEXO CD: vídeos e vinheta