

O enfrentamento do sofrimento psíquico na Pandemia:



diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados



Edição:



IdeiaSUS
Banco de Práticas e Soluções
em Saúde e Ambiente



 [ACESSO À PUBLICAÇÃO](#)

Apoio:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia:

diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados

Organização: Paulo Amarante (Laps/Ensp/Fiocruz e Abrasme), Annibal Amorim (IdeiaSUS/Fiocruz), Ana Paula Guljor (Laps/Ensp/Fiocruz e Abrasme), José Paulo Vicente da Silva (IdeiaSUS/Fiocruz) e Katia Machado (IdeiaSUS/Fiocruz)

Revisão e Diagramação: Katia Machado (IdeiaSUS/Fiocruz)

Capa: Gilvan Mariano (IdeiaSUS/Fiocruz)

Apoio Administrativo (bolsista): Mayara Temoteo Gonçalves (IdeiaSUS/Fiocruz)

Publicado por IdeiaSUS/Fiocruz, em www.ideiasus.fiocruz.br

Parceiros Editoriais: Laps/Ensp/Fiocruz e Abrasme

Permitida a reprodução, desde que citadas as fontes: IdeiaSUS/Fiocruz; Laps/Ensp/Fiocruz; e Abrasme.
Livro digital, formato A4, pdf, 82 páginas



Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

E56e O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados / organizado por Paulo Amarante... [et al.] — Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020.
82 p.

ISBN: 978-65-88986-00-4
Inclui Bibliografia.
Site: www.ideiasus.fiocruz.br

1. Saúde Mental. 2. Pandemias. 3. Infecções por Coronavírus. 4. Acolhimento. 5. Vulnerabilidade Social. 6. Estresse Psicológico. 7. Sistema Único de Saúde. 8. Saúde do Trabalhador. 9. Atenção Psicossocial I. Amarante, Paulo (Org.). II. Amorim, Annibal (Org.). III. Guljor, Ana Paula (Org.). IV. Silva, José Paulo Vicente da (Org.). V. Machado, Katia (Org.). VI. Título.

CDD - 23.ed. – 362.2



SUMÁRIO

1.	Apresentação	01
2.	Visões da Saúde Mental sobre a Pandemia	05
2.1.	La América Latina enfrentó el Coronavirus?, de José León Uzcátegui	02
2.2.	Vulnerabilidad social en tiempos de pandemia. Hacia la construcción de políticas de cuidado en salud mental en Argentina, de Alejandra Barcala e Silvia Faraone	05
2.3.	Por um triz, de Rogério Giannini	09
2.4.	Almost (tradução), de Rogério Giannini	12
2.5.	A Pandemia, territórios vulnerabilizados, pessoas em sofrimento psíquico e o “novo normal”, de Annibal Coelho de Amorim	15
2.6.	Covid-19: perspectivas para a formação de recursos humanos em Saúde Mental, de Ana Paula Freitas Guljor, Leandra Brasil da Cruz e Paulo Amarante	19
3.	Paradigmas do cuidado em saúde mental	22
3.1.	Cuidado em Saúde Mental no SUS: desafios e invenções na atenção às crises em contexto de pandemia, de Ana Regina Machado, Anna Laura de Almeida e Celina Maria Modena	22
3.2.	The Psychological Impact of a Pandemic: Let’s Not Pathologize Our Suffering, de Robert Whitaker	25
3.3.	O impacto psicológico da pandemia: contra a patologização de nosso sofrimento (tradução), de Robert Whitaker	28
3.4.	Trabalhadores da saúde na linha de frente da Covid19: implicações para a saúde mental, de Luciene de Aguiar Dias e Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner.....	32
3.5.	O impacto na saúde mental dos trabalhadores da saúde no frontline: reflexões e desafios, de Luciana Bicalho Cavanellas e Marcello Santos Rezende	36
3.6.	Subjetividade e gestão da clínica no combate à Covid-19, de Luna Cassel Trott e Paulo Amarante	39

4. Redes de Atenção à Saúde Mental na pandemia

- 4.1. Redes de Atenção Psicossocial: desafios do cuidado em tempos de pandemia, de Ana Paula Guljor e Paulo Amarante 42
- 4.2. A força das articulações dos Centros de Atenção Psicossocial no território em tempos de Covid-19, mapeada na ação de extensão universitária, de Maria Goretti Andrade Rodrigues 45
- 4.3. Liberdade e inclusão: bases de um serviço de atenção à saúde mental, de Francisco Sayão 48
- 4.4. A Pandemia de Covid-19 e a questão dos hospitais psiquiátricos, de Rafael Wolski de Oliveira 52
- 4.5. O efeito da distância segura no afeto dos inviabilizados em tempos de Pandemia, de Daniel de Souza e Valeska Holst Antunes 55
- 4.6. Como um serviço universitário reinventou o acolhimento e o enfrentamento do sofrimento psíquico: relato de prática, de Osvaldo Takeda 58

5. Sociedade e Covid-19

- 5.1. Como a sociedade civil tem atuado durante a Covid-19?, de Eroy Aparecida da Silva 61
- 5.2. Encontros e Memórias: Loucura na rede, de Ariadne de Moura Mendes 64
- 5.3. Movimentos antimanicomais na pandemia: como estão enfrentando estes?, de Ed Otsuka 68
- 5.4. Pandemia: as prioridades da contrarreforma psiquiátrica, de Katia Liane Rodrigues Pinho e Leonardo Pinho 72
- 5.5. Como a Terapia Comunitária Integrativa tem ajudado pessoas a enfrentarem o sofrimento durante a Pandemia da Covid-19?, de Milene Zanoni da Silva, Adalberto Barreto, Josefa Emília L. Ruiz, Jussara Otaviano, Maria Lucia A. Reis, Maria José Mendonça, Walfrido Kühn Svoboda, Catalina Baeza, Maria de Oliveira F. Filha 75
6. Autores e organizadores do livro: quem somos? 79

APRESENTAÇÃO

Ainda no início da Pandemia da Covid-19, a Fiocruz lançou uma chamada pública para apoiar ações emergenciais junto a populações vulneráveis. O adensamento nas favelas e periferias, bem como em áreas mais distantes das metrópoles, como territórios indígenas e quilombolas, tornou-se um fator de preocupação, com vista à propagação do coronavírus. Em um vasto universo de iniciativas que buscavam amenizar os impactos da pandemia, a Fiocruz selecionou 145 projetos de diferentes regiões brasileiras, que buscavam construir redes de solidariedade e, ao mesmo tempo, apresentavam soluções criativas para problemas bastante conhecidos da população.

Decorridos mais de seis meses da Pandemia, a Plataforma Colaborativa IdeiaSUS, sob a coordenação da Presidência da Fiocruz, buscou estabelecer sintonia com tais esforços, promovendo o compartilhamento desses projetos em três debates virtuais. O primeiro encontro deu voz a iniciativas da chamada pública da Fiocruz que estavam sendo desenvolvidos em favelas e periferias urbanas do país. O segundo reverberou as vozes das florestas, do campo e das águas, em um debate com lideranças indígenas, quilombolas, caiçaras e pescadores sobre os impactos da Covid-19 em seus territórios. A terceira edição desta proposta, por sua vez, oportunizou a troca de ideias entre projetos de acolhimento e cuidado em saúde mental em territórios vulnerabilizados.

Com apoio do Laboratório de Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública (Laps/Ensp/Fiocruz), da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), do Conselho Federal de

Psicologia (CFP) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), por meio de sua Subcomissão de Saúde Mental, o 3º Encontro Virtual IdeiaSUS promoveu um rico debate sobre o enfrentamento do sofrimento psíquico em meio à pandemia de Covid-19.

E foi dessa parceria, na realização do 3º Encontro Virtual IdeiaSUS, que nasceu a ideia de publicação deste livro, sob o título “O enfrentamento do sofrimento psíquico na Pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados”. Reunimos nesta publicação, buscando a reflexão sobre os cuidados em saúde mental e o sofrimento psíquico em meio à Pandemia de Covid-19, um total de 23 artigos, sendo duas traduções, produzidos a partir de um convite feito a pesquisadores, trabalhadores e militantes da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial, atuantes no Brasil, na América Latina e nos Estados Unidos.

O material aqui disponibilizado, organizado pelo IdeiaSUS/Fiocruz, Laps/Ensp/Fiocruz e Abrasme, é de livre acesso e reprodução, representando mais um momento em que a Fiocruz e a sociedade civil reafirmam sua disposição de continuar dando visibilidade àqueles que juntos trazem reflexões valiosas acerca da temática da saúde mental e da atenção psicossocial, de temas que ganham destaque em meio a medidas necessárias de isolamento e distanciamento social no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Desejamos um boa leitura!

Annibal Amorim e Katia Machado
(IdeiaSUS/Fiocruz)



La América Latina enfrentó el Coronavirus?

José León Uzcátegui

Los gobiernos de América Latina, en su mayoría, no han podido ni sabido enfrentar el Coronavirus. Sus sistemas de salud, ni son sistemas ni son de salud. Son agregados de instituciones que atienden de manera ineficaz e ineficiente las enfermedades. Las políticas neoliberales en unos casos modelaron estructuras sanitarias que conciben la salud como una mercancía, y en otros casos, como Brasil o Bolivia, vienen desmantelando los sistemas de salud universales, gratuitos y únicos que se construyeron en gobiernos progresistas. Es la diferencia entre concebir la salud como un derecho, en consecuencia, el Estado tiene la responsabilidad de garantizarla, o concebirla como una mercancía, en cuyo caso cada individuo o familia tiene que comprar en el mercado la posibilidad de recuperarse de la enfermedad. Pero además, en los gobiernos neo-liberales, lo fundamental es la economía mientras que la salud y la vida de la población ocupan un rol secundario¹. No es posible enfrentar con éxito esta, ni cualquier otra pandemia, si no se entiende y acepta que la salud es un derecho y no una mercancía.

Si esto es válido para la salud en general, con más énfasis se evidencian las consecuencias que esto tiene para la salud mental de la población, para las personas con sufrimiento psíquico. Los excluidos de siempre, los que permanecen en cuarentena obligatoria, las víctimas del modelo manicomial aún imperante en nuestra América Latina ahora padecen el doble encierro: el del manicomio o el asilo y el obligado por la pandemia. Sus carencias y padecimientos se multiplican: la poca o inexistente visita

de sus familiares, la falta de personal sanitario en los centros de atención, la escasez de medicamentos e incluso de alimentos por las medidas de emergencia y las carencias provocada por esta invasiva enfermedad, las abiertas y encubiertas acciones de violencia en sus distintas modalidades que se incrementan, entre otras falencias.

Así las cosas, se impone la necesidad de otra mirada, de plantearse otro enfoque sobre el carácter de esta pandemia. El coronavirus es lo coyuntural, es el acontecimiento de este momento histórico, en términos de una calamidad cuyas características han sido ampliamente divulgadas. Sin embargo, lo esencial, lo que se pone en evidencia es la crisis estructural que generó esta y provocará nuevas pandemias. Y no se trata solo de enfermedades, es la crisis global, planetaria, del sistema-mundo capitalista. Comprende una crisis económica, política, social, ambiental, y ética, global. Y más allá aún, afirmamos que se trata de la crisis de una manera de vivir, de una manera de producir, de organizarse; de una manera de alimentarse, de curarse, de educar, de criar los hijos, de amar. Se trata de una crisis civilizatoria². El progreso, el crecimiento, el desarrollo resultaron mitos de la modernidad, que nos han conducido al caos y al desastre³. Este modelo civilizatorio mercantil basado en la ganancia y el lucro está poniendo en peligro la vida humana sobre el planeta; un modelo patriarcal, antiecológico, colonial, racista, clasista, que está llegando a su fin: el capitalismo, y lo que apareció como su opuesto, el socialismo, resultó capitalismo de estado. Esta pandemia es expresión de una crisis civilizatoria que nos lleva a la necesidad impostergable y urgente de construir una nueva manera de vivir.

Enfrentar el Coronavirus en América Latina ha sido obra de los gobiernos. El fracaso, en general, con pocas excepciones, ha sido evidente. El gran ausente en esta amenaza planetaria ha sido la participación activa, consciente y crítica de la gente, del poder del pueblo organizado.

Este acontecimiento universal nos pudiera estar mostrando enseñanzas y dando lecciones que ojalá tengamos la sabiduría de saber interpretar.

Una primera lección nos muestra que el ser humano, supuestamente la parte inteligente de la madre tierra, se ha convertido en un peligro para la vida sobre el planeta⁴. Que la tierra no nos pertenece, que nosotros le pertenecemos a ella. Que lo que le hagamos a la Pacha Mama nos lo estamos haciendo a nosotros mismos. Que la locura por el dinero y el poder de unos pocos está desencadenando tragedias como este virus y los que probablemente seguirán apareciendo. Se impone construir una civilización biocéntrica, no antropocéntrica, en la cual el centro sea la vida.

Una segunda lección, es la necesidad de construir juntos, colectivamente, una nueva manera de vivir, de pensar, de organizarnos, de producir, de alimentarnos, de jugar, de convivir; de estar en paz consigo mismo, con el otro, con los otros y con la naturaleza. La crisis civilizatoria que estamos viviendo nos obliga, por razones de sobrevivencia, a construir una sociedad post-capitalista: humana, solidaria, justa, equitativa, ecológica, basada en principios y valores no mercantiles.

Una tercera lección, plantea repensar los saberes. Entender que la ciencia es una manera de conocer, pero es una más, no la única; que debemos abrirnos

a los demás saberes. Que no podemos ni debemos seguir atrapados en la camisa de fuerza del positivismo y la racionalidad instrumental. Que el pensamiento eurocéntrico y la colonialidad del poder, del saber y del ser impuestos por la modernidad provocaron un epistemicidio que debemos superar como condición para salir de la barbarie en que nos han sumido y condenado. Se impone un encuentro de saberes, una nueva construcción epistemológica desde el sur, desde nuestra Abya-Yala⁵.

Una cuarta lección, nos obliga a un proceso de repensar nuestros esquemas conceptuales en relación a la salud y a la salud mental en particular. La pandemia ha sido una demostración de la impotencia e incapacidad de hacerle frente ya que se ha intentado desde una visión biologicista, mercantil y utilitaria de la vida. Es otro el enfoque posible y necesario que se ha venido construyendo desde la Medicina Social, la Salud Colectiva, la Epidemiología Crítica, y más recientemente desde la cosmogonía indígena andina ancestral con los conceptos del Buen Vivir/ Vivir Bien. Mucho que aprender, mucho que construir, pero ahora desde el sur, desde nuestros ancestros, que van alumbrando el camino^{6, 7, 8}.

Así, los ejemplos se multiplican, las lecciones van apareciendo solas: se impone repensar la relación estado-sociedad: de una sociedad mercadocéntrica (capitalismo), luego devino otra estado-céntrica (socialismo como capitalismo de estado), ahora aparece la posibilidad de marchar hacia una sociedad socio-céntrica en la cual la sociedad controle al estado y al mercado⁹; plantearse que la industria farmacéutica-tecnomédica y los medios masivos de información monopolizados por el Estado o el mercado sean controlados por la sociedad organizada;

de esta manera ir avanzando hasta donde los poderes creadores del pueblo sean capaces de despertar en su potencialidad infinita para que a partir de una amenaza de muerte como la actual nos propongamos construir, desde abajo, con la gente, una sociedad de justicia, de paz y de abundancia para todos y todas.

Es un sueño, una utopía... quizás, pero la pandemia pudiera ser la campana, el aldabonazo, la última advertencia de que es ahora o nunca; que si dejamos que continúe imperando la vieja normalidad, la de la miseria, la explotación y la dominación, o no advertimos que la llamada nueva normalidad que nos quieren vender es peor que lo anterior, nos estamos condenando definitivamente a un proyecto tanático, a una tragedia de enfermedad y de muerte.

Quizás llegó la hora... y tendríamos entonces que darle hasta las gracias al Coronavirus si nos hace despertar de esta pesadilla en la cual nos mantuvieron sometidos.

Referências bibliográficas

1. Butler, J. “El utilitarismo está dispuesto a dejarnos morir para que la salud de la economía se mantenga fuerte”. 2020. Disponible en: <https://www.latercera.com/culto/2020/05/26/judith-butler> .
2. Lander, E. Crisis civilizatoria. Guadalajara: Editorial Universitaria; 2019.
3. Bautista, R. Del mito del desarrollo al horizonte del Vivir Bien. La Paz: Karpos; 2017.
4. Boff, L. “El desastre perfecto para el capitalismo de desastre”.2020.

Disponible en:<https://elsiglo.cl/2020/03/23/el-desastre-perfecto-para-el-capitalismo-de-desastre/>.

5. De Sousa Santos, B. La crisis del coronavirus. Entrevista. Ethic: 8 julio 2020.
6. Huanacuni, F. Buen Vivir/ Vivir Bien. Guayaquil: Oxfam; 2018.
7. Acosta, A. “El Buen Vivir, más allá del desarrollo”. En: “Buena Vida, Buen Vivir: imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad”. 2014. Libro en línea. Disponible en: <http://www.giandelgado.net/>.
8. Atreyu “El buen vivir. La alternativa de los pueblos a la crisis mundial”. 2012. Jornadas en Álava. Disponible en: <http://filosofiadelbuenvivir.com/>.
9. Cunil, N. “La rearticulación de las relaciones Estado-Sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos”. En: Revista de Economía y Ciencias Sociales,2 (4), 79-106; 1996.

Vulnerabilidad social en tiempos de pandemia. Hacia la construcción de políticas de cuidado en salud mental en Argentina

Alejandra Barcala y Silvia Faraone

La irrupción inesperada de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ha tenido un fuerte impacto sobre las distintas dimensiones de la vida social, económica y cultural, que transformó las prácticas institucionales, las tramas vinculares y produjo un profundo impacto en la subjetividad. En Argentina la pandemia, al igual que en otros países de Latinoamérica, no sólo involucró múltiples cambios en las áreas sanitaria, social, de género, política y económica, sino que además se desarrolló en un contexto de vulnerabilidad social que deja al descubierto la profundización y reproducción de las desigualdades ya existentes. También puso en evidencia las enormes diferencias en el acceso a bienes y servicios presentes en las distintas provincias y ciudades del país¹. Cabe destacarse que la pandemia comenzó unos meses después de asumir un nuevo Gobierno y con un Estado prácticamente arrasado en lo económico, social y sanitario, espacios que el neoliberalismo había atacado con saña².

Bajo la consigna de defensa de la vida, las medidas tempranamente adoptadas de aislamiento social preventivo y obligatorio constituyeron un instrumento indispensable para evitar la masificación de contagios y muertes, como sucedió en países como China, España e Italia. A partir de esto, distintos actores del campo de la salud mental – como universidades, movimientos

sociales, de usuarias/os, agrupaciones sindicales, gestores de políticas públicas y trabajadoras/res del campo de la salud y los derechos humanos – instituyeron ámbitos de intercambio y debate en los cuales la protección de la salud mental fue paulatinamente conformándose como un componente central para comprender la dimensión del sufrimiento psíquico que la pandemia producía. Así las condiciones de vida y el entramado intersubjetivo y comunitario ligado a la salud mental estuvieron fuertemente presentes en el debate público. Tal es así que a los fines de aportar a una construcción de políticas y prácticas que incluyeran la dimensión de la subjetividad, a los expertos asesores del presidente de la Nación, en un principio infectólogos y epidemiólogos, se sumaron profesionales del campo de la salud mental.

Si bien en Argentina los primeros casos de contagio estuvieron vinculados a regresos de viajantes del extranjero, es decir en grupos sociales de estratos económicos más elevados, posteriormente la enfermedad se expandió hasta afectar a todos los sectores sociales y con mayor impacto en poblaciones en situación de vulnerabilidad que sufren inequidades históricas; es decir, a personas que viven en barrios populares (en condiciones de hacinamiento, con dificultad de acceso al agua potable, los alimentos y las tecnologías digitales, entre otros), familias migrantes y pueblos originarios, personas internadas en geriátricos, cárceles, hogares de niñas/os y en instituciones monovalentes por razones de salud mental y/o consumo problemático. Estas últimas vieron incrementadas las violencias institucionales, así como los procesos de exclusión, discriminación y vulneración de derechos. Según diversos análisis, la pandemia de Covid-19 muestra la velocidad con la cual la explotación

capitalista y la desigualdad radical encuentran formas de reproducirse y fortalecerse y, tal como señala Paul Preciado³, materializa e intensifica a toda la población las formas dominantes de gestión biopolítica y necropolítica que ya estaban trabajando sobre los territorios y sus límites.

En un progresivo clima de tensión social, con cacerolazos absurdos, marchas disfrazadas de republicanismos, una prensa amarilla que instala discursos falaces y funcionarios opositores que pujan por evitar el distanciamiento en nombre de las libertades individuales y la economía, el Gobierno Nacional sostuvo una preocupación por la dimensión social y humana de la pandemia apostando a frenar la velocidad de contagio y garantizar la reorganización de un sistema de salud desbastado. En este camino, debió asumir, además, un conjunto de medidas de protección social desplegadas a fin de paliar la profunda crisis en que los sectores más empobrecidos estaban sumergidos y que la pandemia agravó desgarradoramente. Se implementó el Ingreso Familiar de Emergencia, dirigido a un conjunto de población entre 18 y 65; un subsidio extraordinario a la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo; un refuerzo adicional en la Tarjeta Alimentar; y el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción para dar algún tipo de alivio económico inmediato a empresas y trabajadoras/es afectados directamente por la caída de la actividad económica. Estas medidas se establecieron paralelamente a la negociación con los acreedores de una de las deudas más importante e injusta que el país viviera en el marco de un default virtual dejado por el Gobierno anterior.

Tal como se señaló, el sector salud también presentaba un profundo vaciamiento y la desaparición de su

ministerio, por lo que el Gobierno dispuso medidas para recuperar la jerarquía que históricamente había asumido y avanzar aceleradamente en un importante aumento en la inversión en equipamiento, infraestructura hospitalaria y camas de terapia intensiva. En el campo de la salud mental la pandemia interpeló a las instituciones e instó a repensar la producción y los modos de cuidados y las prácticas desarrolladas por los servicios.

Sin embargo, por tratarse Argentina de un país federal, la adhesión a las políticas de salud nacionales dependen de cada jurisdicción, por lo cual la gestión de la epidemia en términos de la protección de las usuarias/os de los servicios de salud mental mostró comportamientos muy diversos. Por ejemplo, la región donde se encuentra el mayor conglomerado urbano y la concentración más importante de hospitales monovalentes, es decir el AMBA que comprende la Ciudad de Buenos Aires y una porción de la provincia de Buenos Aires, son gobernadas por grupos políticos opuestos – la primera perteneciente al partido neoliberal que gobernó la Argentina durante los últimos cuatro años y la segunda al frente que gobierna el país en la actualidad – en ambos espacios las políticas implementadas fueron heterogéneas y opuestas.

Mientras que en la provincia de Buenos Aires, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que desde una perspectiva de derechos plantea el cierre de instituciones monovalentes en 2020, se avanzó, entre otras, en políticas de des/institucionalización como el cierre de las admisiones en dichas instituciones, el apoyo a los servicios de salud mental en hospitales generales y la apertura de casas convivenciales en la comunidad para la externación de personas internadas. Por el contrario,

las políticas seguidas ante la pandemia en la Ciudad de Buenos Aires generaron un aumento de las tecnologías de control sobre las personas usuarias en los cuales la modulación de los desplazamientos y la vigilancia en los hospitales psiquiátricos expuso a esta población a un doble aislamiento, lo que evidenció el confinamiento en la que se encontraba desde mucho antes. Bajo la consigna de la protección a las personas internadas para evitar el contagio (es decir, un recrudescimiento de la concepción biomédica y tutelar), se eliminó la posibilidad de intercambios, con lo cual se obstaculizó el sostenimiento de lazos sociales. Esto intensificó el aislamiento en espacios donde, debido a las inequidades existentes, no se contaba con conexión digital que acortara el distanciamiento tanto con familiares, grupos de pertenencia o los propios equipos tratantes. En este contexto se ahondaron las violencias institucionales y la vulneración de derechos dejando al descubierto la idea de que hay vidas que son vivibles en su precariedad y otras no, vidas que valen la pena y otras, no⁴. Pero también mostrando las deudas pendientes de las políticas públicas que establece la Ley Nacional de Salud Mental, tanto en las referidas a la transformación de los hospitales monovalentes como a la construcción de prácticas territoriales y comunitarias.

Desde otras dimensiones, y vinculado al sufrimiento psíquico, no queremos dejar de introducir un aspecto central que la pandemia ha producido. Nos referimos a que la Covid-19 modificó la forma de morir, así como de enfrentar y llevar a cabo los rituales de despedida establecidos para las diferentes creencias. En este escenario, más allá de las dificultades iniciales y las tensiones en readecuar las prácticas en el campo de la salud mental, emergió como construcción social la necesidad de

desarrollar acompañamientos a las personas con Covid-19 en la última etapa de su vida, y en el duelo de los seres queridos. La imposibilidad de despedida reedita dolorosamente en nuestra memoria la historia reciente de desaparición de cuerpos. Memoria que entendemos genera y transforma el mundo social y a quienes trabajan con ella como sujetos activos en los procesos de transformación simbólica y elaboración de los sentidos del pasado⁵. Diversos organismos de derechos humanos dieron un profundo sentido a la despedida e hicieron hincapié en la necesidad de desarrollar políticas públicas que establezcan el duelo como un derecho, e instando a que este no quede reducido a una cuestión individual, al arbitrio de las condiciones económicas de cada grupo, ni de los conocimientos que pueda tener sobre cómo encontrar un camino más amable que el estandarizado⁶. Así se fue forjando un encuadre estatal de políticas orientadas a darle a estas muertes una elaboración colectiva, contemplando la diversidad y acompañando a las personas para que no estén solas frente al fallecimiento de sus seres queridos.

También se afianzaron con potencia organizaciones sociales que, con un fuerte sentimiento de comunidad y reconocimiento del semejante, desarrollan acciones solidarias. Ellas desplegaron estrategias de cuidados y lógicas de cooperación en territorios donde la pandemia produjo mayores estragos y donde el Estado estuvo ausente o fue insuficiente. Por ejemplo, en los barrios carenciados de la Ciudad de Buenos Aires, donde las muertes dejaron profundas huellas, estos movimientos consolidaron espacios comunitarios para que sin romper las medidas de distanciamiento siguieran funcionando las acciones colectivas.

Este momento histórico nos exige rescatar nuestra memoria colectiva, situada, para la comprensión de los inéditos y complejos acontecimientos que suceden en nuestro continente. Y en el marco de un pensamiento dialógico e imaginación alternativa construir, a partir de las luchas, conocimientos y prácticas que avancen en la disputa simbólica de sentidos que aborda la complejidad de la existencia humana y sus sufrimientos. Si-guiendo a Boaventura de Souza Santos⁷, a la narrativa del miedo habrá que contraponer la narrativa de la esperanza, ya que la forma en que se decida esta disputa determinará si queremos o no continuar teniendo derecho a un futuro mejor.

Referências Bibliográficas

1. Piovani, J. I., Salvia, A. La Argentina en el siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Bs. As.; Siglo XXI; 2018.
2. Iriart, C. Pandemia: neoliberalismo y sistema sanitario argentino. Río Cuarto; Uni-Río; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32zi0HR>
3. Preciado, P. Aprendiendo del virus. En: diario El País, 27 de marzo de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3b5aQip>
4. Butler, J. Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. Bs. As. Paidós, 2006.
5. Jelín, E. Los trabajos de la memoria. Madrid-Buenos Aires; Siglo XXI; 2002.
6. CELS. Los duelos individuales y colectivos necesitan acompañamiento. Centro de Estudios Legales y Sociales; 2020. Disponible en <https://bit.ly/34Om3mm>
7. De Sousa Santos, B. El coronavirus y nuestra contemporaneidad. En Bringel, B., Ple-yers, G. (eds.), Alerta global. Políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia. Buenos Aires; CLACSO; agosto de 2020.

Por um triz

Rogério Giannini

É uma felicidade saber que existem eventos, lives e publicações por meio das quais podemos ser apresentados a práticas que nos possibilitam pensar a saúde mental fora de uma perspectiva patologizante, perspectiva essa que cria quadrados com nomes pomposos, com jargões de uma psiquiatria de raiz longínqua na história, com suas síndromes, espectros, riscos e classificações... e depois sai, diligentemente, em busca de seres humanos complexos, históricos, profundos, feitos de carne, osso, sonhos, desesperos, contradições, sofrimentos e festas, para que caibam nas caixas, tão ao gosto das estatísticas e números que se tornam dóceis às correlações e inferências prontas para habitar o mainstream da ciência dominante.

*“Mal escape à fome
Mal escape aos tiros
Mal escape aos homens
Mal escape ao vírus”*

(Música ‘Feliz por um triz’, de Gilberto Gil)

Pensar saúde também fora de uma perspectiva banalizadora das terapias, dos discursos psicologizantes e terapeutizantes, pois, quando falo de saúde mental, quero dizer antes do bem viver, da possibilidade de comunicação entre sujeitos, que falando, “desassujeitam-se”, que nos encontros, podem sentir a força da solidariedade que brota da comunidade, que nos seus territórios, podem reconhecer no agente de saúde uma presença do estado que o toma como cidadão e cidadão portador de direitos, que podem, em última instância, promover saúde.

Promover saúde que nomeio de outros modos, como fabricar bem estar, tricotar o bem viver, cultivar a solidariedade, enxugar prantos, lamber feridas, jogar o jogo coletivo da vida, brincar na roda. E assim, como pessoas encarnadas, reconhecerão coletivamente o que faz doer, e poderão produzir resistências, acolhimentos e confortos. E os saberes científicos e técnicos? Que sejam acima de tudo éticos e possam estar junto e a serviço de tudo isso.

Como representante da Subcomissão de Drogas e Saúde Mental do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)¹, digo que, desde o início, pusemo-nos a confrontar a máquina de morte em curso que atende pelo nome de pandemia. Mas falando assim, “pandemia”, corremos o risco de achar que se trata de uma coisa, um fenômeno, algo em si, autoexplicativo.

Mas não, quando dizemos “pandemia”, falamos de como, frente a um determinado vírus que causa determinada doença e que tem determinadas formas de propagação, as sociedades e os governos se organizam para combatê-la – ou não! Como parece estar largamente demonstrado, parte da nossa sociedade e de nossos governantes se organizou, frente à propagação do vírus, para tomar a pandemia como algo a ser disputado, com a finalidade de acumular força na sociedade para a consolidação de um projeto de necropoder².

Projeto que para nós fica nítido quando, em plena pandemia, nos deparamos com a portaria do Ministério da Cidadania de nº 340, de 30 de março³, em que foram definidas regras a serem seguidas durante a pandemia pelas chamadas “comunidades terapêuticas”.

De maneira irresponsável, a regra da portaria foi manter os acolhimentos como ficou expressa na recomendação de que os acolhimentos já iniciados não deveriam ser interrompidos (Art. 5º da portaria). Ou seja, em desconformidade com tudo que a epidemiologia consagra, a portaria orientava como manter a situação de risco provocada pelo asilamento.

A ressalva da portaria é que pessoas acolhidas que estivessem com suspeita de contaminação pelo vírus deveriam ter alta administrativa e serem encaminhadas ao sistema de saúde. Mas isso é francamente insuficiente, pois sabemos todos a facilidade como o vírus se propaga e o fato de muitos infectados serem assintomáticos ou pré-sintomáticos.

A portaria alude, num exercício de cinismo institucional, a que a regulamentação das CTs defina que o acolhimento tem caráter voluntário, o que pressuporia que as pessoas podem escolher interromper a internação. Contraditoriamente, orienta manter em quarentena de 14 dias os novos acolhidos (sim, como se nada estivesse acontecendo), e ressalva que as CTs que não possuem condições materiais e de pessoal que possibilite esse procedimento devem cessar os novos acolhimentos. Diz, inclusive, que quem tem exame negativo recente (isso mesmo, sem prazo, recente é de quantos dias?) fica desobrigado de fazer quarentena.

Dezenas de inspeções já foram feitas nos últimos anos em CTs, e a constatação mais comum foi de, entre outros problemas, precariedade das instalações e baixa qualificação da equipe, nas quais muitos dos chamados monitores são antigos usuários da CT que tornam-se trabalhadores informais e, às vezes, sem

salário, trabalhando em troca de habitação e comida, como uma forma de sobre-institucionalização perversa e permanente⁴.

Mesmo que considerássemos as internações em CTs legítimas, o que não são, pois sustentam-se nas lacunas e puxadinhos institucionais, estando em franca discordância com a lei que regula a saúde mental (Lei 10.216/2001)⁵, é óbvio que um protocolo de biossegurança feito à luz de uma visão sanitária, certamente definiria que a manutenção de internações deveria ser a exceção, depois de esgotados os esforços de cuidado em liberdade, pois as dificuldades para a manutenção desses espaços livres de contaminação do coronavírus são praticamente intransponíveis. E é só imaginarmos uma CT com 30 internos que dormem em alojamentos e convivem no pátio e local de refeição comuns. Somado às visitas e ao contato com os monitores, qual a chance de um isolamento social efetivo?

Nem preciso dizer que a manifestação unânime e vigorosa do movimento antimanicomial e da saúde mental foi de repulsa a essa portaria e que o CNDH, fazendo eco a isso, produziu uma resolução solicitando a revogação da portaria. Infelizmente, acho que todos já imaginam, os protestos não foram escutados e a recomendação do CNDH não foi acatada, em mais um exemplo de exercício de necropoder e de violência de estado.

Mais do que um erro ou um engano por desconhecimento, ou mesmo uma imprudência de não avaliar com cuidado as possíveis consequências, o que assistimos com a publicação da portaria é a reprodução da lógica manicomial e o império do lucro na frente do cuidado humano.

Mas, também da produção da lógica do necropoder e da necrocultura dos nossos tempos⁶. Lógica que a pandemia veio revelar justamente porque escancarou e exacerbou desigualdades e iniquidades. Se, em algum momento, pudemos imaginar que o vírus “democrático” colocasse a solidariedade na ordem do dia, rapidamente as raízes históricas de nossas formas sociais de dominação, turbinadas pela onda profascista, odiosa e violenta que se constituiu em poder de fato com a eleição de Bolsonaro, puseram esse sonho por terra, nos confrontando com a dura realidade pela qual estudos nos mostram que morrem proporcionalmente de Covid-19 mais periféricos do que centrais, mais pobres do que ricos, mais homens que mulheres, mais pretos que brancos⁷, mais em leitos públicos do que privados e mais índios do que qualquer outro grupo.

Além da necessária denúncia dos males, aqui estamos também para visibilizar e festejar o que há de vivo e pulsante na sociedade, que inventa formas criativas e as vezes surpreendentes de cuidados. Fundamental também louvar as instituições do estado (justamente por assim se reconhecerem) que ainda resistem e insistem em cumprir seu compromisso ético de buscar o bem comum⁸. Que bom que possamos estar entre elas.

Referências bibliográficas

1. Página do CNDH no Facebook. Acessível em <https://www.facebook.com/conselhodedireitoshumanos/>
2. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. The Lancet. Acessível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31681-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31681-0/fulltext)
3. Portaria nº 340, de 30 de março de 2020. Acessível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535>
4. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas do MPF. Acessível em <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas-2017/view>
5. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Acessível em <https://www.direitonet.com.br/artigos/e/xibir/8650/Por-uma-sociedade-sem-manicomios-advento-da-Lei-no-10216-2001>
6. O doloroso saldo do coronavírus após seis meses no Brasil. DW notícias. Acessível em <https://www.dw.com/pt-br/o-doloroso-saldo-do-coronav%C3%ADrus-ap%C3%B3s-seis-meses-no-brasil/a-54701126>
7. Dados do sus revelam vítima-padrão de covid-19 no brasil: homem, pobre e negro. Revista Época. Acessível em <https://epoca.globo.com/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrao-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414>
8. Pitacos no Facebook, página de Rogério Giannini no Facebook. Acessível em <https://www.facebook.com/rgpitacos/posts/159639475642070>

Almost*

Rogério Giannini

It is a joy to know that there are events, live presentations, and publications in which we can be introduced to practices that allow us to think about mental health outside a pathologizing perspective. Such perspective creates boxes with pompous names with the jargon of a distant-root psychiatry in history, with its syndromes, spectra, risks, and classifications... and then diligently search for complex, historical, profound human beings, made of flesh, bone, dreams, despairs, contradictions, suffering and parties, so that they fit in the boxes to the pleasure of statistics and numbers, which become docile to the correlations and inferences ready to inhabit the mainstream of the dominant science.

Thinking about health outside a banalizing perspective of therapies is also important, psychologizing and therapeuticizing discourses, because when I talk about mental health, I refer to before a good living, the possibility of communication between subjects who speak out, who can feel the strength of solidarity that springs from the community when meeting others, who can, in their territories, recognize in the health agent a presence of the state that considers them citizens and a citizen entitled to rights, who can, ultimately, promote health.

Promoting health, which I call by other names, such as producing well-being, knitting a good living, cultivating solidarity, drying wail, licking wounds, playing the collective game of life, playing in the circle. And so, as incarnate people, they will collectively recognize what hurts, and will be able to produce

resistance, welcome and comfort. What about scientific and technical knowledge? That they are above all ethical and can be together and at the service of all this.

As a representative of the Subcommittee on Drugs and Mental Health of the National Council for Human Rights/(Conselho Nacional dos Direitos Humanos – CNDHI)¹ say that, since from the beginning, we began to confront the ongoing death machine that goes by the name of pandemic. However, when we use the term ‘pandemic’, we run the risk of thinking that this is something, a phenomenon, something which is self-explanatory by itself.

This is not the case. When we refer to the pandemic, we think about facing a given virus that causes a certain disease, which has certain ways of spreading, and makes societies and governments organize themselves to fight it. Or not! Like it is already amply demonstrated, part of our society and of our governors organized themselves, in face of the spread of the virus, to see it (the pandemic) as something to be disputed with the purpose of accumulating strength in society for the consolidation of a necropower project².

This project is clear to us when, amidst the pandemic, we are faced with the Ordinance 340, of March 30³, by the Brazilian Ministry of Citizenship, in which rules were defined to be followed by the so-called “therapeutic communities” (TCs) during the pandemic.

Irresponsibly, the ordinance rule was to maintain welcoming according to what was expressed in the recommendation: that every welcoming already started should not be interrupted (Art. 5 of the

ordinance). That is, in disagreement with everything that epidemiology enshrines, the ordinance provided guidance on how to maintain the risk situation caused by asylum.

The ordinance caveat is that people who are admitted and suspected of being infected by the virus should be discharged from administration and referred to the health system. However, this is frankly insufficient, because we all know how easily the virus spreads and are aware that many infected people are asymptomatic or pre-symptomatic.

The ordinance alludes, in an exercise of institutional cynicism, that the regulation of the TCs defines that welcoming is voluntary, which would presuppose that people can choose to interrupt hospitalization. Contradictorily, it advises maintaining quarantines for new patients (yes, as if nothing were happening). One remark is that CTs that do not have the material and personnel conditions that make this procedure possible must cease new hospitalizations. It even says that those with a recent negative exam (yes, no expiry date, how many days is it?) is released from quarantine.

Dozens of inspections have already been carried out in TCs in recent years, and the most common finding was, among other problems, precarious facilities and low team qualification, in which many “monitors” are former users of TCs who become informal workers and, sometimes, receive no salary, thus working in exchange for housing and food, as a perverse and permanent over-institutionalization⁴.

Even if we consider hospitalizations in TCs to be legitimate, which they are not (because they are based on institutional gaps and difficulties, being in direct

disagreement with the law that regulates mental health - Law 10.216/2001)⁵, it is clear that a biosafety protocol, made in the light of a sanitary vision, would certainly define that the maintenance of hospitalizations should be the exception after exhausting the efforts of free care, given that the difficulties to maintain these spaces free from contamination of the coronavirus are practically insurmountable. We can only imagine the reality of a TC with 30 inmates who sleep in lodgings, and live in the common courtyard and dining area. Adding this to visits and contact with monitors, what is the chance of effective social isolation?

Not to mention that the unanimous and vigorous manifestation of the anti-asylum movement and mental health was of repulsion to this ordinance. Besides that, the CNDH, echoing this, produced a resolution requesting the ordinance revocation. Unfortunately, I believe everyone already imagines that protests were not heard, and the recommendation by the CNDH was not accepted, in yet another example of the exercise of necropower and state violence.

More than a mistake or a misinformed mistake, or even an imprudence of not carefully evaluating the possible consequences, what we see with the ordinance publication is the reproduction of the asylum logic and the empire of profit before human care.

But also, the production of the necropower and necroculture logic of our times⁶. With no doubt, the pandemic came to reveal realities, precisely because it opened and exacerbated inequalities and inequities. If we could imagine, at any time, that the “democratic” virus put solidarity on the agenda, the historical roots of our social forms of domination, fueled by the

proto-fascist, hateful and violent wave that was constituted in power with the election of Bolsonaro, quickly ended this dream by confronting a harsh reality, in which studies show us that more peripheral people die proportionally from Covid-19 than central people, more poor than rich, more men than women, more black than white people⁷, more in public beds than private, and more indigenous than any other group.

In addition to the necessary denunciation of ills, we are also here to recognize and celebrate what is alive and pulsating in society, which invents creative and sometimes surprising forms of care. Praising state institutions is also essential (precisely because they recognize themselves), because they still resist and insist on fulfilling their ethical commitment to seek the common good⁸. Glad we can be among them.

References

1. CNDH no Facebook. In: <https://www.facebook.com/conselhodedireitoshumanos/>

2. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. The Lancet. Acessível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31681-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31681-0/fulltext)

3. Ordinance 340, of March 30, 2020. In: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535>

4. Report of the National Inspection in Therapeutic Communities of the Federal Public Prosecutor's Office. In: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/relatorio-da-inspecao->

[nacional-em-comunidades-terapeuticas-2017/view](#)

5. Law 10.216, of April 6, 2001. In: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8650/Por-uma-sociedade-sem-manicomios-advento-da-Lei-no-10216-2001>

6. The painful balance of coronavirus after six months in Brazil. DW notícias. In: <https://www.dw.com/pt-br/odoloroso-saldo-do-coronav%C3%ADrus-ap%C3%B3s-seis-meses-no-brasil/a-54701126>

7. Data from the sus reveal victim-pattern of covid-19 in Brazil: man, poor and black. Época Maganize. In: <https://epoca.globo.com/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrao-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414>

8. Facebook page of Rogério Giannini. In: <https://www.facebook.com/rgpitacos/posts/159639475642070>

* Text translated by Bruna Beatriz Gabriel, teacher, translator and interpreter, member of the Brazilian Association of Translators and Interpreters; Translation of 'Por um triz'.

A Pandemia, territórios vulnerabilizados, pessoas em sofrimento psíquico e o “novo normal”

Annibal Coelho de Amorim

Diante da expressão “novo normal” presente em publicações, reflito sobre meus primeiros contatos com pessoas que vagavam pelos hospitais psiquiátricos e leituras sobre a História da Loucura de Foucault¹ (2014), particularmente sobre as “naus errantes” em que eram embarcados os que “desviavam das normas”. Segundo historiadores, pessoas embarcadas eram “prisioneiros da passagem”, muitos “desembarcavam” apenas pelo tombadilho quando suas vidas se esvaíam. Isso nos leva a problematizar a adoção da expressão “novo normal”, quando nos encontramos a bordo da gravíssima “nau sanitária” da Covid-19, a maior pandemia desde a chamada gripe espanhola.

Questiono a expressão “novo normal”, porque ela, invariavelmente, nos remete às velhas antinomias (“normal” versus “anormal”; “eficiente” versus “deficiente”), pares de oposição que, muitas vezes, se reapresentam em nossas falas, das simples as mais complexas. Segundo Portocarrero² (2012), referindo-se à história das ciências da vida, tem-se a intenção de “elucidar o surgimento dos saberes que correspondem ao aparecimento de um novo regime no discurso, apontado através das discontinuidades, das rupturas”.

Assim, a meu ver, a proposta do “novo normal”, apesar de apontar ruptura, “já nasce velha”, porque está implicada com a patologização do cotidiano, da

sociedade e das pessoas que habitam o mundo em que vivemos, situando-nos a partir de polaridades.

Por um momento, ao me desviar das “ciências da vida”, refugio-me na literatura de Bertolt Brecht³ (2017), examino o posfácio e caracterizo conversas que, servindo-se das ciências naturais, apontam que “[...] no mundo microscópico, não observamos a vida normal, mas uma vida perturbada, por nossa própria observação [...]”, pois a “[...] luz dos microscópios tem de ser tão forte que acaba produzir aquecimentos no mundo dos átomos [...] enquanto estamos observando ateamos fogo justamente àquilo que desejamos observar [...]” (p.148).

Assim, ao propor o horizonte do “novo normal”, estamos parametrizando a vida, restaurando a ordem das hierarquias de valor, nas quais linguistas como Blikstein⁴ (1995) ressaltam a presença de valências pejorativas (negativas), que, em última análise, servem de referência aos discursos científicos, segundo Ramos⁵ (2014), reiterando categorias do complexo-acadêmico-médico-industrial (CMAI) – presentes na psiquiatria –, situando-as entre a Novilíngua e a Língua Tertii Imperii, como ricamente analisado por Lima⁶ (2014).

Ao escrever esse recorte – “A Pandemia e as pessoas em sofrimento psíquico: ‘novo normal?’” – percebo que muitos de nós encontram-se igualmente “embarcados em naus errantes”, que, em pleno 3º Milênio, mais de 140 mil brasileiros(as) já perderam suas vidas, enquanto a experiência do sofrimento (psíquico, sociocultural etc.) existencial ainda está muito longe de acabar. Naturalizada nos pequenos gestos, diante do prenúncio do “novo normal” – muitos não sabem dizer exatamente o

que é ou o que será –, acredito que o “novo normal” nos impõe alguns pontos de interrogação. Estaríamos, por acaso, inventando uma nova expressão capacitista, de caráter estrutural, como afirma Rita Louzeiro⁷? Seria algo que remete ao mundo pós-pandêmico, no qual um “estado de normalidade” é “restaurado” ou “reabilitado”?

Em alusão aos tempos pandêmicos, distanciados ou não, com ou sem máscaras, vagamos perdidos entre discursos, em um verdadeiro pandemônio que, em maior ou menor grau, geram incertezas e instabilidades – no plano individual ou coletivo – quanto ao presente e ao futuro, atingindo em cheio o que Borges⁸ (2015) denominou de territórios existenciais ético-estéticos das pessoas, que em seu histórico de vida vivenciam problemas relacionados à saúde mental.

Pesquisas do Projeto ELSA-Brasil de alcance nacional, por meio de questionários virtuais mensais e uso de telefones celulares, acompanharão a distância pelo período de seis meses, sinais e sintomas referentes ao aumento do estresse e da ansiedade e/ou depressão das pessoas expostas à pandemia, podendo ser indicadas intervenções psicológicas de suporte às pessoas que venham a necessitar de profissionais especializados em situações de sofrimento como as atualmente vivenciadas. Se, por um breve momento, nos detivermos em exemplos do “velho normal” – vivenciado por sujeitos individuais ou coletivos – em territórios vulnerabilizados, constata-se que “velho normal” pode ser a falta d’água em favelas e periferias, a violência recorrente (nas incursões policiais ou a ostensividade de práticas milicianas), tanto quanto a insuficiente presença de políticas intersetoriais (saúde, educação, habitação) nesses locais. Exemplos da “velha normalidade” expõem e

vulnerabilizam a saúde da população no plano somático ou psíquico. O “novo normal” anunciado representaria, por acaso, a mudança do habitus, que insiste em se fazer presente no cotidiano das pessoas fazendo-as sofrer?

As situações referidas acima apontam que as ciências da vida também estão em processo de mudança, reposicionando-se para dar conta do atual “mal-estar da pós-modernidade”. Editoriais de associações de profissionais – nacionais e internacionais –, têm enfatizado o grau de estresse e sofrimento dos profissionais de saúde posicionados na linha de frente da pandemia. Enquanto isso, na retaguarda, assistimos declarações inusitadas por parte das autoridades, que insistem em transformar os cotidianos em “verdadeiros laboratórios” de tolices. Enquanto implodem-se as rotinas a que estávamos acostumados, implanta-se através da mídia e redes sociais uma infodemia de informações, que ao mesmo tempo que intranquiliza, estimula grupos em estado de vulnerabilidade social aos riscos do sofrimento existencial. Dentro das “bolhas de isolamento”, as pessoas em diferentes faixas etárias e classes sociais buscam se reinventar, adotando padrões adequados aos tempos pandêmicos, rompendo com aquilo que conheciam como sua rotina “normal”, por assim dizer.

Se de perto ninguém é normal, diria Caetano Veloso, durante a pandemia, imaginem só o que sentem pessoas em sofrimento que vivem em territórios vulnerabilizados. Famílias se organizam para alternar no trabalho em casa, trocando turnos e obrigações caseiras – “agora está na minha hora de usar o computador!” –, grupos solidários se constituem do “lado de fora” – alguns não têm a opção do trabalho em casa – e se veem responsáveis por observar

que o Estado se faz ausente e dão o seu jeito para identificar – entre todos os vulneráveis – aqueles que são ainda mais vulneráveis. Entre estes figuram os que residem em residências terapêuticas, dispositivos que substituíram “naus errantes dos manicômios”. E, ainda por cima, nos vem com essa conversa de “novo normal”.

Diante da incerteza, sentimo-nos em um grande “laboratório” de normatividades, motivo pelo qual, apoiados em Portocarrero² (2012), buscamos Canguilhem – que se opõe ao positivismo devido a seu racionalismo geral –, refletindo sobre a “noção do laboratório” (p. 42):

“[...] Ao modelo de laboratório, pode-se opor, para compreender a função e o sentido de uma história das ciências, o modelo da escola e do tribunal, de uma instituição e de um lugar onde se fazem julgamentos sobre o passado do saber, sobre o saber do passado. Mas é necessário aqui um juiz. A epistemologia é que é chamada a fornecer à história o princípio de um julgamento [...]”

Desta forma, quando insistem (quem insiste?) em falar do “novo normal”, devemos admitir que há algo de estranho no ar. Esse “estranhamento”, tão necessário para Gyorgy Lukács⁹ (2013), é parte de uma ação crítica que cabe a cada um de nós, sejam os que constroem teorias ou os que dela produzem práticas. Apoio-me nas Ciências da Vida e Bruno Latour para explicar que essa insistência em anunciar o “novo normal” tem a ver com uma relação de forças. Mas é em Foucault que encontramos uma chave, afirma Portocarrero² (2012), quando o historiador ressalta que “a emergência de um acontecimento – por exemplo, a da Pandemia – se produz sempre em um estado de forças [...] Analisá-la é

mostrar de que maneira as forças lutam entre si [...]” (p.47).

Diante do “laboratório-tribunal de juízes”, julgados que somos, nasce o veridicto do “novo normal”. Querendo ou não, somos condenados a conviver com as antinomias que expressam forças (“normal” e “patológico”) que se opõem, uma disfunção a qual devemos nos opor radicalmente por meio da sábia manifestação de Antonin Artaud, a que Amorim¹⁰ se refere:

“[...] Amanhã, na hora da visita, quando sem o auxílio de qualquer léxico, tentardes comunicar-vos com esses homens, possais vos lembrar, e o reconhecer, que sobre eles não tendes mais do que uma única superioridade: a força [...]” (Manifesto de artistas franceses – Revolução Surrealista de 1924) (Amorim, 1997, p. 288)

Pergunta-se, finalmente, que forças são essas que “advogam” ou “prenunciam” o “novo normal”? Na realidade, quem quer que sejam, estão advogando sobre uma nova norma. Tudo bem não ser “normal”, porque afinal de contas, o que significa mesmo a normalidade?

Referências bibliográficas

1. Foucault, M. A História da Loucura (2014), 10a Ed, Perspectiva: SP
2. Portocarrero, V. As Ciências da Vida – de Canguilhem a Foucault (2012), Editora Fiocruz: RJ.
3. Brecht, B. Conversas de Refugiados (2017), 1a Ed, Editora 34: SP.
4. Blikstein, I. Kaspar Hauser ou a Fabricação da Realidade (1995). Cultrix: SP.

5. Ramos, F. Do DSM-III ao DSM-5: Traçando o percurso médico-industrial da Psiquiatria de Mercado. In: A criação de diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea (2014) (Orgs: Zorzanelli, R; Bezerra Jr, B; Costa, JF), Garamond Universitária/Faperj: RJ.
6. Lima, RC. O DSM entre a Novilíngua e a Lingua Tertii Imperii. (2014). In: A criação de diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea (2014) (Orgs: Zorzanelli, R; Bezerra Jr, B; Costa, JF), Garamond Universitária/Faperj: RJ.
7. Louzeiro, R. O que é capacitismo. Coordenação da Abraça. In: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/>
8. Borges, SAC. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. (2015) Fractal, Rev. Psicol. [online], vol.27, n.2, pp.107-113. ISSN 1984-0292. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1012>.
9. Lukács, G. Para uma ontologia do ser social II. (2013) Boitempo Editorial: RJ.
10. Amorim, CA. “O Espetáculo da Loucura – Alienismo Oitocentista ... Psiquiatria do III Milênio: A Construção Social da Linguagem do Déficit e a Progressiva Enfermidade da Cultura” (1997). Dissertação de Mestrado: UERJ.

Covid-19: perspectivas para a formação de recursos humanos em Saúde Mental

Ana Paula Freitas Guljor, Leandra Brasil da Cruz e Paulo Amarante

A pandemia da Covid-19 traz algumas reflexões importantes para o processo de formação de profissionais na área da saúde mental, especialmente aqueles inseridos em projetos, serviços e dispositivos de cuidado. Ter como clientela, predominantemente, os profissionais que diretamente atuam no cuidado têm sido característica do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Cesmap), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), nestes quase quarenta anos de existência. E no contexto de pandemia, esta diretriz assume importância ainda maior, já que muitos trabalhadores se encontram na linha de frente de combate à Covid-19, quando se torna essencial o apoio à construção de espaços de reflexão, discussão e fundamentação crítica e inovadora das suas práticas.

Muitas das questões surgidas nesse período já fazem parte das preocupações e debates propostos nesse projeto de formação, como é o caso das questões relativas ao próprio objetivo da “formação”, o processo de formar. Na base desta questão, está a tradição pedagógica de Paulo Freire como referência tanto ética quanto epistemológica, na medida em que se entende não uma espécie de treinamento, capacitação ou qualificação técnica com o intuito de transferir conhecimentos, e sim de desencadear um processo de emancipação e criação

de pensamento crítico¹. Outro desdobramento deste princípio diz respeito à relação de equacionamento crítico dos saberes científicos, que se traduz, no caso da saúde mental - muito especialmente na adoção irrestrita dos conceitos de patologias, transtornos e outros equivalentes - que podem representar riscos de patologização ou medicalização das experiências de sofrimento e mal-estar psíquico.

O Cesmap tem tido um papel fundamental na formação de quadros para o serviço público de saúde, sendo pioneiro na formulação do campo epistêmico na área, desde a tomada de consciência acerca do papel social e político das instituições psiquiátricas às propostas de reforma, renovação e superação das mesmas, além da importância das interfaces com outros campos de saberes e práticas. Inspirado na concepção de reforma psiquiátrica como processo social complexo^{2,3}, optou por estimular a construção de um pensamento crítico, propondo uma discussão de base epistemológica sobre a produção do conhecimento, os conceitos e os processos que definem o que é ciência e os seus limites, a noção de paradigma e de estruturas paradigmáticas, as relações de saber e poder, as relações entre hegemonia, dominação e, ainda, entre ciência e história.

Procurando apresentar apenas algumas das referências desta orientação, as obras clássicas de Foucault, Goffman, Laing, Cooper, Szasz e Basaglia vêm complementadas por obras de autores mais contemporâneos que atualizam suas questões (M. Angell, J. Moncrieff, R. Whitaker, J. Seikkula, I. Hacking, P. Conrad e outros). Porém, cumpre destacar a importância da contribuição de Franco Basaglia⁴ que, a partir de uma concepção fenomenológica de E. Husserl, propõe colocar a doença

mental entre parênteses para se ocupar do sujeito na sua mais total e complexa experiência-sofrimento. Invertendo, portanto, o projeto psiquiátrico tradicional de se ocupar da doença e não do sujeito. Operando essa inversão no campo prático e teórico, o legado de Basaglia tem sido fundamental nos dias atuais, por revelar as possibilidades de lidar com sujeitos e não com doenças ou transtornos, o que abre novas perspectivas e possibilidades de potencialização das reações e das relações.

Por outro lado, desde o início do confinamento oriundo da pandemia, se admite um significativo aumento de quadros psiquiátricos. Estaria havendo um aumento dos quadros psiquiátricos, um crescimento de transtornos mentais? Ou estaria ocorrendo um processo de patologização em massa das inúmeras formas de respostas?

A experiência do confinamento propiciou uma consciência da finitude e a necessidade de um auto isolamento como preservação, as incertezas em relação ao futuro e aos projetos de vida, além da impossibilidade de encontros com pessoas queridas. O desconforto emocional vivenciado a partir dessa situação deveria ser compreendido em sentido exclusivamente psicopatológico? A dor e a tristeza vivenciadas poderiam ser reduzidas a sintomas? Provavelmente não. Mas como olhar para tudo isso de forma diferente? Como não se deixar contagiar pela onda da psicopatologização da vida?

Uma reflexão importante que tem sido sublinhada é a da potência do acompanhamento qualificado dos profissionais de saúde mental no lidar com estas experiências, mesmo sem considerá-las patológicas, na medida em que estes profissionais atuam não apenas

na “doença” ou “transtorno” mental, mas também na promoção de saúde e proteção social.

A visão crítica trabalhada no processo de formação tem contribuído para respostas inventivas – não patologizantes – às demandas dessa natureza, o que não significa negar a existência do sofrimento e da necessidade de cuidados adequados, inclusive um acolhimento em serviços abertos de base territorial como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial. Outro aspecto se refere à importância do reconhecimento de sujeitos coletivos, conscientes e ativos, que se organizam para buscar respostas criativas e singulares em cada um dos territórios. Em outras palavras, tornar possível valorizar as formas de reinvenção da vida que muitos sujeitos estão encontrando durante a pandemia, sejam eles denominados de usuários, diagnosticados pela psiquiatria, ex-usuários, vítimas da psiquiatria ou outras denominações⁵.

Vale destacar que a crítica à patologização do sofrimento faz com que o profissional ganhe um outro lugar nesse processo de cuidado e, com isso, possa trazer para o debate, nessa dimensão sociocultural, questões fundamentais para uma outra relação com o dito louco e a loucura.

Em conferência proferida no seminário dos 15 anos do Cemap, Franca Basaglia resgatou o pensamento de Theodor Adorno que sustenta que “aquilo que o cientificismo considera, apenas e simplesmente, como progresso foi sempre, também, sacrifício”. A autora salienta então alguns elementos deste “sacrifício” “considerando suas consequências práticas em relação à saúde e à doença e às modificações que a conquista do direito à saúde implica,

destacando muito especialmente o último item a seguir: a objetificação do homem como premissa à cientificidade da intervenção médica e, portanto, a expropriação das experiências corpóreas e da participação subjetiva nestas experiências; a tendência a confirmar somente como dado natural, biológico, fenômenos dependentes também de condições sociais, psicológicas e de relações; e a tendência a considerar patológicos fenômenos naturais ampliando o campo da intervenção técnica”⁶.

Este último item permite remeter à “Casa dos Loucos”, de Foucault, ao discutir a questão da “produção da verdade”/prova e do conhecimento/constatação, no que tange ao poder-saber médico. Ao resgatar as técnicas de Charcot com suas doentes na busca por caracterizar a histeria como enfermidade, afirma:

“O ponto de perfeição, miraculosa em demasia, foi atingido quando as doentes do serviço de Charcot, a pedido do poder-saber médico, se puseram a reproduzir uma sintomatologia calcada na epilepsia, isto é, suscetível de decifração, conhecida e reconhecida nos termos de uma doença orgânica. (...) O poder do médico lhe permite produzir doravante a realidade de uma doença mental cuja propriedade é a de reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento. (...) A relação de poder aparecia na sintomatologia como sugestibilidade mórbida. Tudo se desdobrava daí em diante, na limpidez do conhecimento, entre o sujeito conhecedor e o objeto conhecido”⁷.

A reprodução de um paradigma científico acrítico que ‘produz’ verdades pautado em relações de poder que ratificam um status quo, gera reducionismos e submissão. É importante assinalar que, para os

profissionais que trabalham no campo da saúde mental, é precioso o acesso, em sua formação, às reflexões mais amplas sobre as questões que dizem respeito à vida; a complexidade e polissemia da experiência humana. Sobre a produção de sentidos das atividades essencialmente humanas, Castoriadis observa que “história é essencialmente poiésis, e não poesia imitativa, mas criação ontológica no e pelo fazer e o representar/dizer dos homens. Este fazer e este representar/dizer se instituem também historicamente, a partir de um momento, como fazer pensante ou pensamento se fazendo”⁸.

Referências bibliográficas

1. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
2. Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
3. Amarante P. Teoria e crítica em saúde mental - textos selecionados. São Paulo: Zagodon; 2015.
4. Basaglia F. Escritos selecionados em reforma psiquiátrica e saúde mental. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
5. Rodrigues MGA, Almeida AA, Ferreira, TF, Goldenzweig RE, Amarante, P. Saúde mental, articulações intersetoriais e o apoio da universidade em tempos de COVID-19. Diversitates International Journal. Vol. 12; N.1; 06–16; 2020.
6. Basaglia FO. Saúde/doença In Amarante P. e CRUZ LB (orgs). Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: LAPS/Fiocruz; 2008; 17-36.
7. Foucault M. A casa dos loucos. In. microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979; 113-128.
8. Castoriadis C. A Instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

Cuidado em Saúde Mental no SUS: desafios e invenções na atenção às crises em contexto de pandemia

Ana Regina Machado, Anna Laura de Almeida e Celina Maria Modena

A Covid-19 impôs restrições ao modo de funcionamento das redes de atenção psicossocial (RAPS) que, embora necessárias para o controle da pandemia, produziram novos desafios para assegurar o cuidado a pessoas com sofrimento mental grave em situações de crise.

Na RAPS de Belo Horizonte, este cuidado é feito primordialmente em nove Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS AD), três Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) – denominados no município de Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), CERSAM AD e CERSAMI, respectivamente – e, também, em dois Serviços de Urgência Psiquiátrico Noturno (SUP).

Buscaremos, por meio do relato da experiência da rede de saúde mental de Belo Horizonte, apresentar desafios enfrentados e invenções construídas por diversos sujeitos, em diferentes espaços, para assegurar a atenção às crises de pessoas com sofrimento mental grave no Sistema Único de Saúde (SUS) em um contexto de pandemia.

Na experiência da RAPS de Belo Horizonte, alguns desafios têm se destacado, exigindo diferentes invenções. Dentre eles, destacamos:

1. A preservação da saúde dos trabalhadores e usuários nos CERSAMs. O primeiro desafio vivenciado por trabalhadores e usuários foi a falta ou a insuficiência de insumos (equipamentos de proteção individual e testes) necessários à prevenção e ao controle da pandemia. Na construção de respostas a essa situação, o controle social, por meio da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica do Conselho Municipal de Saúde (CMRP/CMS), teve uma atuação fundamental que envolveu: a inclusão da pauta “Pandemia e a RAPS BH” em todas as suas reuniões virtuais mensais; a realização de visita a um CERSAM, com a participação de trabalhadores e usuários, para averiguar condições de trabalho e de cuidado; a realização de uma “live”¹ com a participação de uma trabalhadora da RAPS e de um médico infectologista, professor da UFMG, para esclarecer dúvidas relacionadas às especificidades do trabalho na Rede de Saúde Mental. Além da CMRP/CMS, o Movimento de Trabalhadores da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte mobilizou e articulou trabalhadores em reuniões on-line, criando um espaço que favoreceu o acolhimento de angústias decorrentes da pandemia no coletivo e também reafirmou o papel político do movimento. Nesta perspectiva, o Movimento produziu duas notas, a “Nota dos trabalhadores da rede de saúde mental aos demais trabalhadores, gestores e usuários do SUS-BH” e a “Carta aos usuários, familiares e amigos de usuários da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte”. Toda essa articulação foi importante para assegurar algumas conquistas junto à gestão municipal para preservação da saúde de trabalhadores e usuários, como a garantia de EPI’s e a facilitação do acesso aos testes.

2. Mudanças na oferta do cuidado nos CERSAMs. As práticas desenvolvidas nos CERSAMs envolvem contatos

próximos, vínculos, afetos e convivência entre trabalhadores e usuários. As medidas de distanciamento social afetaram diretamente o cotidiano dos serviços, que tiveram que se organizar de modo a preservar a continuidade da oferta de cuidados, essenciais às pessoas que a eles recorrem. Mudanças na oferta de atenção foram rapidamente implantadas, entre elas: a redução drástica de usuários na Permanência Dia; a suspensão de atividades coletivas, como assembleias e oficinas; o cancelamento e/ou o espaçamento de atendimentos presenciais com a garantia do fornecimento da medicação; a realização de teleatendimentos buscando preservar os vínculos e o cuidado; a aferição da temperatura dos usuários na entrada do serviço, a realização de orientações sobre lavagem das mãos, uso de máscaras e distanciamento social; a priorização da utilização de áreas externas para a espera ou para a realização dos atendimentos, entre outras.

Tendo em vista as áreas físicas restritas e, em alguns casos, inadequadas dos CERSAMs, o acolhimento de usuários em crise e com quadro suspeito ou confirmado de Covid-19, sem critérios para internação hospitalar, mas também sem condições de realizar a quarentena em casa, devido ao quadro de saúde mental ou mesmo ao seu contexto social, gerou muita preocupação a trabalhadores e usuários, considerando os riscos envolvidos. Apesar dos arranjos realizados nos CERSAMs, persiste a necessidade de aperfeiçoar a organização dos serviços, por parte dos gestores e trabalhadores, para melhor reagir diante das incertezas e imprevistos decorrentes da experiência da pandemia. No mês de junho de 2020, a Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde lançou uma Nota Técnica² para a rede de saúde mental, com orientações para cada um

dos pontos de atenção da RAPS, com fluxos definidos de atendimentos para usuários com síndrome gripal com e sem sinais de gravidade. A Nota Técnica, embora abrangente, não alcança todos os embaraços que se apresentam no cotidiano da rede.

3. Restrição de acesso dos usuários a redes de apoio social e a outros recursos do território. No contexto de pandemia, os usuários dos CERSAMs têm apresentado dificuldades para acessar outros recursos do território que compõem seus arranjos de vida. Há limitações de acesso até mesmo em outros pontos da rede de saúde mental, como os Centros de Convivência, a Suricato (Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários), o Programa Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania (destinado a crianças e adolescentes). Estes serviços proporcionam laços sociais, arte e cultura por meio de atividades coletivas e tiveram seus funcionamentos suspensos ou reduzidos. Algumas ofertas foram mantidas como, por exemplo, o estabelecimento de contato e a realização de atividades por meio de redes sociais virtuais, a disponibilização de material para que os usuários pudessem realizar atividades em casa e a oferta de atividades individuais nos serviços.

Os usuários também têm tido dificuldades de acesso em outros setores, como educação e assistência social. As escolas foram fechadas e os Centros de Referência da Assistência Social passaram a funcionar em teletrabalho, o que impediu ou dificultou o acesso a benefícios, práticas e redes de apoio social. Passados quase seis meses da adoção de medidas de distanciamento social, as consequências desta falta ou dificuldade de acesso se fazem notar, pode-se perceber a importância de diferentes recursos do

território para os usuários dos CERSAMs. Diante deste desafio, que envolve articulações e decisões de gestores do setor saúde e de outros setores, poucas invenções foram feitas. Há esforços de trabalhadores para viabilizar o acesso a alguns recursos, mas a atenção, entretanto, tem permanecido, muitas vezes, restrita ao acolhimento de urgências nos CERSAMs, descaracterizando o projeto de saúde mental da cidade.

Por fim, é importante dizer que a pandemia impôs modificações também na comemoração do dia da Luta Antimanicomial (18 de maio), que tem sido sustentada pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental e pela Associação dos Usuários de Saúde Mental (Assusam), movimentos sociais com importante atuação política em Minas Gerais. Tradicionalmente, a construção da comemoração começa no mês de janeiro com reuniões para a definição da temática a ser levada para as ruas de Belo Horizonte, pela Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam, e assim foi feito neste ano. A chegada da pandemia em março provocou a reorganização das ações, que aconteceram de modo virtual no mês de maio. Foram realizadas lives, vídeos temáticos, um encontro on line, projeções antimanicomiais em um prédio da cidade e a divulgação de cerca de cem vídeos enviados por serviços substitutivos de todo o estado³.

Considerações finais

Mesmo considerando as restrições, as incertezas e os desafios decorrentes da pandemia, os CERSAMs têm assegurado a oferta de cuidado a usuários de saúde mental grave, sustentando o acolhimento de crises e os vínculos já existentes entre usuários e trabalhadores. A existência de práticas e serviços de saúde mental já

consolidados no SUS em Belo Horizonte e a atuação de diferentes sujeitos (controle social, movimentos sociais de usuários e trabalhadores, gestores) contribuíram para a adoção de medidas capazes de preservar a saúde de usuários e trabalhadores e para a reorganização e invenção de formas de cuidado. A atenção realizada nos CERSAMs tem se apresentado como um recurso importante para as pessoas com sofrimento mental grave e tem também revelado a imprescindibilidade de diferentes redes, recursos e pontos de atenção, que não têm sido disponibilizados ou acessados durante a pandemia, para a produção do cuidado e para a promoção de saúde mental.

Referências bibliográficas

1. Live “A RAPS-BH em tempos de pandemia”, disponível em <https://www.facebook.com/cmsbh/videos/1185785668435275>.
2. Nota técnica 009/2020 da SMS/ PBH com recomendações para adequação das atividades dos dispositivos da RAPS disponível em https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n009_2020-atualiz-15062020.pdf
3. Eventos virtuais comemorativos do Dia 18 de maio disponíveis em <https://www.facebook.com/F%C3%B3rum-Mineiro-De-Sa%C3%BAde-Mental-229120503955704>

The Psychological Impact of a Pandemic: Let's Not Pathologize Our Suffering

Robert Whitaker

The Covid-19 pandemic has created difficulties for people around the globe, and that may be particularly true for those living in countries – such as Spain, the United States and Brasil – where the death toll has been particularly high. Yet, as media have reported on this, they have often used the language of mental illness to describe the toll it is taking on people.

There are, of course, so many reasons that the coronavirus pandemic is taking a toll on us all. We may be grieving the death of a love one. We may be fearful of falling ill from the virus, or that others close to us will. We miss our old social lives. We may feel lonely because of the social distancing rules. We may feel sad that our children cannot play as they did before. We may have lost work and are now struggling to buy food and pay rent. We may be anxious as we imagine the future... when will this end? Will we ever get back to the lives we had?

And so, it goes for “us.” I write “us” because we are living in a difficult time, and so of course it is normal to struggle and to suffer in numerous ways. The grief, the sadness, the loneliness, the anxiety... these are all difficulties that can be expected during such a time.

Yet, as this pandemic has unfolded, there have been numerous articles in the U.S. media and elsewhere worrying about how the pandemic is stirring new episodes of “mental illness,” or, among those who may already have a

psychiatric diagnosis, causing a worsening of their “symptoms”.

This is a framework that has two effects on readers. We are led, as a society, to think that to struggle in this way is to be “ill”, and individuals suffering in this way are prompted to think that something is wrong with them.

In short, using the language of illness colors understandable struggles as pathological, when such struggles should be understood – and responded to – as a communal reaction to these difficult times.

Here are a few of the headlines that appeared in March and April in the United States:

“Anxiety and Depression Likely to Spike Among Americans as Coronavirus Pandemic Spreads” – ABC News¹.

“Health Officials Warn of Increasing Mental Illness Symptoms During COVID-19 crisis.” – CBS affiliate².

“Mental Health Professionals Are Preparing for an Epidemic of Anxiety Around the Coronavirus” – Mother Jones³.

“As Coronavirus Takes Emotional Toll, Mental Health Professionals Brace for Spike in Demand” – Reuters⁴.

“The Mental Health Costs of Containing the Coronavirus Outbreak: A Pandemic takes a Unique Toll on People with Mental Illnesses” – The Hill⁵.

Many of the articles cited above did note that feeling anxious and depressed during the pandemic could be a “normal” reaction. Yet, the language used put this “normal” reaction into a category described as an “illness.” There is an “epidemic” of anxiety loose in our society. People are suffering from the

“symptoms” of mental illness. Normalcy quickly blends into “pathology” in these articles.

This slide into pathology can be seen in an August 2020 report by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). In a June survey⁶, the CDC found that 40% of U.S. adults were suffering from “mental health or substance abuse” problems. The CDC advised that the “public health response to the Covid-19 pandemic should increase intervention and prevention efforts to address associated mental health conditions”.

And what intervention might be expected? A pill for the anxiety or depression is a likely one. Yet, how can a pill possibly change the difficulties that are arising from the pandemic? All a pill can possibly do is make one less emotionally engaged with the difficult environment. Is that a good thing for the individual? Or for society?

This medicalizing of emotional distress in reaction to the pandemic speaks to a larger issue in society today. Over the past 40 years, there has been an extraordinary expansion of the psychiatric enterprise in developed countries, and this can be seen as more of the same.

In 1980, when the American Psychiatric Association published the third edition of its Diagnostic and Statistical Manual (DSM III), it promoted the idea that depression, anxiety and any number of other diagnoses in the manual were “diseases” of the brain. If you met the criteria for a diagnosis of depression or anxiety, there was something amiss within you. The understanding that often people got depressed or became anxious in response to difficulties in their lives was removed from the

diagnostic equation: you had an illness if you felt emotions and behaved in ways that were said to be “symptoms” of the disease.

DSM III was the book that led to the “medicalizing of normal.” And since then, the American Psychiatric Association, as it published successive editions of its Diagnostic and Statistical Manual, has made it easier and easier to diagnose someone – including young children – with a psychiatric disorder. Based on the criteria in DSM IV, researchers have reported⁷ that nearly 20% of American adults suffer from a bout of mental illness each year, with psychiatric drugs the most common treatment.

This psychiatric expansion can exact a toll on both the individual and society. For the individual, diagnosis and treatment, within this disease model framework, encourages a self-image of being “ill”, of being “abnormal,” and that alone can prove debilitating for a person. There can be a loss of confidence that comes with this new self-image and a loss of optimism. The medications may also impair one’s emotional response to the world and ability to function within it.

At a societal level, this expansion of diagnostic boundaries and increased prescribing of psychiatric drugs has led to a public health disaster. The burden of mental illness in developed societies has steadily increased during the past 40 years. Mood disorders, in particular, are said to be increasing in frequency and severity⁸. And in developed societies around the world – the United States, UK, Denmark, Sweden, Australia, New Zealand and so forth – the number of adults receiving disability payments due to mental illness⁹ has increased in

lockstep with the increase in prescribing of antidepressants.

However, the pandemic, oddly enough, provides societies with an opportunity to curb this psychiatric expansion. The articles cited above are meant to stir empathy for those who are struggling, and regularly offer advice for dealing with the emotional fallout from the pandemic. But precisely because the language of “mental illness” implies that there is something abnormal or unhealthy about struggling during these times, readers are prompted to say, wait a minute – can’t we expect to suffer and struggle when our lives have been so deeply upended?

Indeed, when one reads articles that pathologize emotional responses to the pandemic, one is tempted to think: wouldn’t it be a bit abnormal to not feel anxious or uneasy during these uncertain times?

Thus, perhaps this pandemic is offering us a much needed referendum on the pathologizing – and medicating – of ordinary human reactions. If we resist seeing our suffering through that disease lens, we can then see that so much of the distress present today arises from social environments that may be terribly unhealthy for so many reasons.

In short, the pandemic may help us rediscover that to suffer in response to difficult environments is to be human.

References

1. Anxiety and Depression Likely to Spike Among Americans as Coronavirus Pandemic Spreads. ABC News. In: <https://abcnews.go.com/Health/anxiety-depression-spike-americans-coronavirus-pandemic-spreads/story?id=69749677>.

2. Health Officials Warn of Increasing Mental Illness Symptoms During COVID-19 crisis. CBS affiliate. In: <https://www.wdbj7.com/content/news/Health-officials-warn-of-increasing-mental-illness-symptoms-during-COVID-19-crisis-568956061.html>.

3. Mental Health Professionals Are Preparing for an Epidemic of Anxiety Around the Coronavirus. Mother Jones. In: <https://www.motherjones.com/politics/2020/03/mental-health-professionals-are-preparing-for-an-epidemic-of-anxiety-around-the-coronavirus/>

4. As Coronavirus Takes Emotional Toll, Mental Health Professionals Brace for Spike in Demand. Reuters. In: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-mentalhealth/as-coronavirus-takes-emotional-toll-mental-health-professionals-brace-for-spike-in-demand-idUSKBN2171HJ>.

5. The Mental Health Costs of Containing the Coronavirus Outbreak: A Pandemic takes a Unique Toll on People with Mental Illnesses. The Hill. In: <https://thehill.com/changing-america/well-being/mental-health/487493-the-mental-health-cost-of-containing-the>.

6. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:1049–1057. In: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.htm#suggestedcitation>.

7. Mental Health Information of National Institute of Mental Health (NIH). In: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>.

8. Depression News. World Health Organization (WHO). In: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

9. Whitaker, R. Causation, not just correlation: increased disability in the age of Prozac. May 2016. In: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/05/Causation-not-just-correlation-copy-5.pdf>.

O impacto psicológico da pandemia: contra a patologização de nosso sofrimento*

Robert Whitaker

A pandemia da covid-19 criou dificuldades para pessoas em todo o mundo, o que pode ser ainda mais verdadeiro para aqueles que vivem em países como Espanha, Estados Unidos e Brasil – onde o número de mortos tem sido particularmente alto. Ainda assim, conforme notícias da mídia, o termo doença mental é usado com frequência para descrever o preço que as pessoas vêm pagando com relação aos seus efeitos.

Existem, é claro, muitos motivos pelos quais a pandemia do coronavírus está afetando todos nós. Estamos sofrendo com a morte de entes queridos, com o medo de ficarmos doentes com o vírus ou de que outras pessoas próximas a nós adoeçam. Sentimos falta de como nossa vida costumava ser. Sentimo-nos solitários devido às regras de distanciamento social. Ficamos tristes porque nossos filhos não podem brincar como faziam antes. Perdemos nosso emprego e, agora, lutamos para comprar comida e pagar o aluguel. Ficamos ansiosos ao imaginar o futuro. Quando isso irá acabar? Será que algum dia voltaremos à vida que costumávamos ter?

E isso vale para “nós”. Escrevo “nós” porque vivemos um momento difícil e, por isso, é normal lutar e sofrer de várias maneiras. A dor, a tristeza, a solidão, a ansiedade... todas essas são dificuldades que podem ser vividas durante esse período.

No entanto, conforme a pandemia progrediu, diversos artigos na mídia dos EUA e em outros veículos preocupam-se sobre como a pandemia está provocando novos episódios de “doenças mentais” ou, entre aqueles que já possuem um diagnóstico psiquiátrico, como ela está causando um agravamento desses “sintomas”.

Essa estrutura tem dois efeitos nos leitores. Somos levados, como sociedade, a pensar que lutar dessa maneira é estar “doente”, e os indivíduos que sofrem dessa maneira são levados a pensar que tem algo errado acontecendo com eles.

Em suma, usar a linguagem da doença define lutas compreensíveis como sendo patológicas, quando, na verdade, essas lutas devem ser entendidas – e respondidas – como uma reação comum a esses tempos difíceis.

Aqui estão algumas manchetes de março e abril nos Estados Unidos:

“Ansiedade e depressão tendem a aumentar a entre os americanos conforme a pandemia de coronavírus se espalha” – ABC News¹.

“Profissionais da área da saúde alertam sobre o aumento dos sintomas de doenças mentais durante a crise da covid-19” – CBS affiliate².

“Profissionais que cuidam da saúde mental estão se preparando para uma epidemia de ansiedade devido ao coronavírus” – Mother Jones³.

“Conforme o coronavírus nos afeta emocionalmente, os profissionais que cuidam da saúde mental se preparam para um aumento na demanda de seus serviços” – Reuters⁴.

“Os custos à saúde mental para conter o surto do coronavírus: os impactos únicos de uma

pandemia nas pessoas com doenças mentais”
– *The Hill*⁵.

Muitos dos artigos supracitados observaram que sentir-se ansioso e deprimido durante a pandemia pode ser uma reação “normal”. No entanto, a linguagem utilizada categoriza essa reação “normal” como uma “doença”. Há uma “epidemia” de ansiedade correndo solta em nossa sociedade. As pessoas estão sofrendo de “sintomas” de doenças mentais. A normalidade rapidamente se confunde com a “patologia” nesses artigos.

Esse movimento em direção à patologia é encontrado em um relatório de agosto de 2020 dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Em uma pesquisa realizada em junho⁶, os CDC descobriram que 40% dos adultos dos EUA sofriam de problemas de “saúde mental ou abuso de substâncias”. Os CDC informaram que a “resposta de saúde pública à pandemia da covid-19 deve aumentar os esforços de intervenção e prevenção para lidar com as condições de saúde mental a elas associadas”.

E quais intervenções podemos esperar? Provavelmente, um remédio para ansiedade ou depressão. No entanto, de que forma um remédio poderia modificar as dificuldades que surgiram com a pandemia? Na melhor das hipóteses, conseguiria deixar as pessoas menos envolvidas emocionalmente com o cenário difícil que se apresenta. Isso é bom para o indivíduo? E para a sociedade?

Essa medicalização do sofrimento emocional em reação à pandemia está relacionada a um problema maior na sociedade atual. Nos últimos 40 anos, houve uma expansão extraordinária do empreendimento psiquiátrico nos países

desenvolvidos, fato que pode ser interpretado como mais do mesmo.

Em 1980, quando a Associação Americana de Psiquiatria publicou a terceira edição de seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III), a ideia de que depressão, ansiedade e qualquer outro diagnóstico no manual eram “doenças” mentais foi promovida. Quem atendesse aos critérios de um diagnóstico de depressão ou ansiedade sabia que tinha algo de errado dentro de si. A compreensão de que muitas vezes as pessoas ficavam deprimidas ou ansiosas em resposta às dificuldades em sua vida foi removida da equação diagnóstica: as pessoas estavam doentes caso sentissem emoções e se comportassem de maneiras que configuravam os “sintomas” de uma determinada doença.

O DSM III foi o livro que levou à “medicalização do normal”. Desde então, a Associação Americana de Psiquiatria, ao publicar edições sucessivas de seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, tornou cada vez mais fácil diagnosticar alguém – incluindo crianças pequenas – com um transtorno psiquiátrico. Com base nos critérios do DSM IV, os pesquisadores relataram que quase 20% dos adultos americanos sofrem de um surto de doença mental a cada ano, sendo as drogas psiquiátricas o tratamento mais comum para elas⁷.

Essa expansão psiquiátrica pode causar prejuízos tanto ao indivíduo quanto à sociedade. Para o indivíduo, o diagnóstico e o tratamento, dentro desse modelo de doença, estimulam uma autoimagem de estar “doente”, de ser “anormal”, e isso, por si só, pode ser debilitante para uma pessoa. É possível que haja uma perda de confiança, que

acompanha essa nova autoimagem, e de otimismo. Os medicamentos também podem prejudicar a resposta emocional de uma pessoa ao mundo e sua capacidade de funcionar dentro dele.

Em nível social, essa expansão das fronteiras diagnósticas e o aumento da prescrição de drogas psiquiátricas levaram a um desastre de saúde pública. O fardo das doenças mentais nas sociedades desenvolvidas está aumentando constantemente nos últimos 40 anos. Os transtornos do humor, em particular, estão aumentando em frequência e gravidade⁸. E nas sociedades desenvolvidas em todo o mundo – Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Austrália, Nova Zelândia e assim por diante – o número de adultos que recebem por invalidez devido a doenças mentais⁹ aumentou concomitantemente ao aumento da prescrição de antidepressivos.

Contudo, a pandemia está oferecendo às sociedades a oportunidade de conter essa expansão psiquiátrica, por incrível que pareça. Os artigos citados anteriormente têm como objetivo despertar empatia com quem está passando por dificuldades e oferecem, com regularidade, conselhos para lidar com as consequências emocionais da pandemia. Justamente devido à linguagem da “doença mental” implicar que exista algo anormal ou doentio na luta do momento, os leitores são levados a parar e pensar: já não era esperado sofrimento e luta visto que a nossa vida sofreu uma transformação tão profunda?

Na verdade, quando lemos artigos que patologizam as respostas emocionais à pandemia, ficamos tentados a pensar: não seria um pouco anormal não nos

sentirmos ansiosos ou inquietos nesses tempos de incerteza?

Portanto, talvez a pandemia esteja nos oferecendo um referendo muito necessário sobre a patologização – e a medicação – das reações humanas comuns. Se resistirmos a analisar nosso sofrimento através das lentes das doenças, conseguiremos enxergar que grande parte do sofrimento presente surge em ambientes sociais que podem ser extremamente prejudiciais por muitos motivos.

Em suma, a pandemia pode nos ajudar a redescobrir que sofrer em resposta a ambientes difíceis apenas significa que somos humanos.

Referências bibliográficas

1. Anxiety and Depression Likely to Spike Among Americans as Coronavirus Pandemic Spreads. ABC News. In: <https://abcnews.go.com/Health/anxiety-depression-spike-americans-coronavirus-pandemic-spreads/story?id=69749677>.
2. Health Officials Warn of Increasing Mental Illness Symptoms During COVID-19 crisis. CBS affiliate. In: <https://www.wdbj7.com/content/news/Health-officials-warn-of-increasing-mental-illness-symptoms-during-COVID-19-crisis-568956061.html>.
3. Mental Health Professionals Are Preparing for an Epidemic of Anxiety Around the Coronavirus. Mother Jones. In: <https://www.motherjones.com/politics/2020/03/mental-health-professionals-are-preparing-for-an-epidemic-of-anxiety-around-the-coronavirus/>
4. As Coronavirus Takes Emotional Toll, Mental Health Professionals Brace for

Spike in Demand. Reuters. In: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-mentalhealth/as-coronavirus-takes-emotional-toll-mental-health-professionals-brace-for-spike-in-demand-idUSKBN2171HJ>.

5. The Mental Health Costs of Containing the Coronavirus Outbreak: A Pandemic takes a Unique Toll on People with Mental Illnesses. The Hill. In: <https://thehill.com/changing-america/well-being/mental-health/487493-the-mental-health-cost-of-containing-the>.

6. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:1049–1057. In: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.htm#suggestedcitation>.

7. Mental Health Information of National Institute of Mental Health (NIH). In: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>.

8. Depression News. World Health Organization (WHO). In: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

9. Whitaker, R. Causation, not just correlation: increased disability in the age of Prozac. May 2016. In: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/05/Causation-not-just-correlation-copy-5.pdf>.

* Texto traduzido por Bruna Beatriz Gabriel, professora, tradutora e intérprete, membro da Associação Brasileira de Tradutores e Intérpretes; Tradução do texto “The Psychological Impact of a Pandemic: Let’s Not Pathologize Our Suffering”.

Trabalhadores da saúde na linha de frente da Covid-19: implicações para a saúde mental

Luciene de Aguiar Dias e Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner

A maior crise sanitária desse século provocada pela epidemia da Covid-19 impactou profundamente a vida cotidiana das populações de mais de 200 países ao redor do planeta. Os sistemas estão sendo levados a situações de pressão sem precedentes: saúde pública, economia e segurança social. Perdas e prejuízos alcançam os indivíduos, as famílias, as comunidades, e isto de forma bem diferenciada, especialmente no Brasil. Em uma sociedade tão desigual como a nossa, a situação de recessão econômica só agrava a realidade da pobreza e do desemprego.

Diante do desconhecido, o isolamento foi indicado como a medida mundialmente adotada para o controle da transmissão do coronavírus, enquanto as pesquisas e a busca por vacinas e medicamentos são intensificadas. Contudo, o governo brasileiro faz questão de minimizar o risco, mesmo diante de um número triste e assombroso de mais de 130 mil mortes em início de setembro. A experiência do isolamento, para alguns, intensificou sentimentos de solidão, desamparo, tédio, tristeza e medo que impactam a vida de modo geral.

No setor da saúde, temos milhões de trabalhadores que em sua rotina diária enfrentam igualmente estes sentimentos, acrescidos da incerteza e preocupações trazidos pelos riscos a sua saúde e a de sua família. Profissionais que estão atuando no frontline, nas

emergências, unidades de terapia intensiva (UTIs), enfermarias etc. relatam sofrimento que vêm afetando sua saúde mental e física.

Além das exigências profissionais e pessoais, questões relacionadas à organização, à intensificação e ao aumento do fluxo de trabalho ocasionam estresse e desgaste.

Saúde e trabalho

Nesse contexto de incerteza e desconhecimento, de inexistência de vacina, de terapia comprovada e de testagem insuficiente, as condições de trabalho devem ser motivo de estudo e investigações. Rego e Palácios, baseados na ergonomia francesa, nos levam a refletir sobre os impactos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores de saúde¹. Citam Wisner (1994), ao assinalar os três aspectos da carga de trabalho: a carga física, a carga cognitiva e a carga psíquica. No entanto, acrescentam a carga moral, “aquela que demanda do trabalhador a tomada de decisões, que mobilizam não só o fazer técnico, mas também os conteúdos que o permitam tomar uma decisão em consonância com sua estrutura moral”¹. Por exemplo, no caso de escassez de recursos ou leitos no CTI, qual a escolha a ser feita, em que bases e critérios, daquele que deverá ser atendido e, por isso, talvez ser salvo ou morrer. “Lembrando que a carga é sempre uma relação entre as exigências do trabalho e os recursos que se pode lançar mão, de cada trabalhador e coletivamente”¹. Refletindo sobre a carga moral e seu impacto no sofrimento dos trabalhadores, nos reportamos a Foucault (2005) na analogia que faz entre o Monarca soberano que determinava quem iria deixar viver ou deixar morrer, com a reparação de escolhas eugênicas por meio das quais se decide entre o “fazer viver e deixar morrer”.

A angústia muitas vezes é devido aos aspectos do trabalho que trazem essa sensação de vulnerabilidade, medo e insegurança. Segundo Rego e Palácios, “essa carga psíquica pode gerar quadros psicossomáticos ou de distúrbios mentais menores ou serem gatilhos para quadros psicopatológicos mais graves”¹. E citam alguns exemplos de situações que acontecem no cotidiano das relações e ambientes de trabalho, tais como o assédio moral, violência no trabalho, a falta de controle/participação dos trabalhadores, condições de trabalho precárias e o isolamento social no trabalho.

No atual contexto da pandemia, a situação de trabalhadores da saúde no Estado do RJ que foram contratados pelo governo estadual, através de uma Organização Social, para atuarem em Hospitais de Campanha, traz à luz essa realidade. Trabalharam dois meses sem receber e tinham que decidir se abandonariam seus postos com pacientes ou se continuariam trabalhando e talvez nunca vir a receber, colocando em risco sua própria saúde. É inquestionável o impacto sobre a saúde mental desses trabalhadores devido ao somatório das diferentes cargas de trabalho.

Enfrentamento do sofrimento psíquico durante a pandemia

Identificar os fatores estressores é um primeiro passo para o cuidado da saúde dos trabalhadores da saúde que, inevitavelmente, estão mais vulneráveis inclusive para as questões emocionais.

Saidel et al comentam dados de estudo desenvolvido na China em que se observou que vários profissionais de saúde ficaram traumatizados pela epidemia e sofrem de sintomas psiquiátricos persistentes mesmo após a

pandemia, como estresse pós-traumático². Esta informação nos coloca em alerta para a necessidade da atenção ao cuidado em saúde mental. Os autores analisam outro estudo com 1.563 profissionais, que mostrou que 50,7% relataram sintomas depressivos, 44,7% ansiedade e 36,1% distúrbios do sono². Carga de trabalho excessiva, isolamento e discriminação foram relatados como agravantes do sofrimento psíquico, tornando-os vulneráveis a sofrer exaustão física e psíquica, medo, distúrbios emocionais e problemas de sono, sintomas mais identificados em enfermeiras, mulheres e profissionais que prestavam cuidado direto a pacientes com Covid-19.

Em estudo realizado na Pandemia de Covid-19, Humerez, Ohl e Silva citam a observação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que os trabalhadores da enfermagem pressionados apresentam altos níveis de ansiedade, acrescidos do risco de adoecer, provocando severos problemas de saúde mental e aumentando os casos da Síndrome de Burnout³. Acrescentamos que outras reações comportamentais podem se somar a estas observações, tais como alterações ou distúrbios de apetite, distúrbios do sono e conflitos interpessoais.

Nem todos que trabalham com Covid-19 vão adoecer psicicamente. Na Psicodinâmica do Trabalho, abordagem desenvolvida por Christophe Djours, observa-se que alguns trabalhadores desenvolvem defesas para o seu não adoecimento, a despeito das condições adversas à saúde provocadas pela organização do trabalho. Diante das adversidades do trabalho o trabalhador busca recursos individuais e coletivos que podem minorar o sofrimento. Cabe ressaltar que sofrimento psíquico não é doença. Portanto, é preciso avaliar bem a necessidade de medicalizar alguns

sinais esperados frente à situação limite. O contexto de pandemia requer essa maior atenção ao trabalhador de saúde.

Materiais produzidos pela Fiocruz trazem reflexões e recomendações úteis aos gestores e equipes de trabalho⁴. Algumas reproduzimos aqui.

1. Mapear e divulgar ações de cuidado em saúde mental disponíveis para os trabalhadores, como: suporte psicológico on-line, equipes de saúde mental que possam atender os trabalhadores e/ou atuar junto aos profissionais de saúde in loco com os pacientes e núcleos de saúde do trabalhador.

2. Evitar responsabilizar ou culpabilizar individualmente algum trabalhador que esteja encontrando dificuldades ou que precise se ausentar das suas atividades. É preciso pensar a situação, as condições de trabalho e as estratégias coletivas de enfrentamento;

3. Garantir comunicação de boa qualidade e atualizações das informações pode atenuar a incerteza que os trabalhadores têm, bem como ajudar a proporcionar uma sensação de controle;

4. Garantir que sua equipe tenha o descanso e a recuperação de que precisa. O descanso é importante para o bem-estar físico e mental e permitirá que os trabalhadores implementem suas atividades de autocuidado necessárias;

5. Mobilizar reuniões permitindo que os trabalhadores expressem suas preocupações e tirem suas dúvidas.

A principal intervenção sobre a saúde mental da equipe de linha de frente é garantir boas condições de trabalho e de descanso, assegurando⁵: a) Confiança na eficiência e qualidade dos equipamentos

de proteção individual; b) Treinamento adequado; c) Informações seguras; d) Espaço agradável de descanso, com atividades de lazer e fornecimento de alimentação adequada.

Finalizando, as questões aqui apresentadas não abrangem todas as dificuldades encontradas pelos trabalhadores, muito menos esgota as soluções, porém esperamos ter contribuído com o tema no sentido de destacar a necessidade de atenção à saúde mental daqueles que estão no frontline, sem descuidar dos demais trabalhadores. Saúde mental não se enfrenta sozinho (a), muito menos em tempos de pandemia – precisa ser alvo de atenção e mobilizar responsabilidades individual, coletiva e institucional.

Referências bibliográficas

1. Rego S, Palácios M. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. Publicada no Informe ENSP. RJ, 30 março de 2020. Acesso em https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude_mental_dos_trabalhadores_de_saude_em_tempos_de_coronavirus.pdf

2. Saidel MGB, Lima MHM, Campos CJG, Loyola CMD, Esperidião E, Santos JR COVID-19: saúde mental dos profissionais de saúde. Ver. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2020; 28:e49923. Acesso em 30 de Agos.2020. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/49923/33859>

3. Humerez DC de, Ohl RIB, Silva MCN da. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 30

de ago. de 2020. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115/40808>

4. Weintraub, Ana Cecília A. de Moraes et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020. Cartilha. 17p. Acesso em 30 de agos de 2020: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41828/2/Cartilha_TrabalhadoresSaude.pdf

5. Barbosa, C.et al. Orientações para o cuidado e autocuidado em saúde mental para os trabalhadores da FIOCRUZ – Diante da pandemia da doença pelos SARS-COV-2 (Covid-19). Versão 26.03.2020.

O impacto na saúde mental dos trabalhadores da saúde no frontline: reflexões e desafios

Luciana Bicalho Cavanellas e Marcello Santos Rezende

”Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”¹.

A pandemia da Covid-19, além dos impactos inerentes a uma crise de tamanha dimensão, tem tornado evidente a gravidade de problemas e desafios já existentes previamente.

O trabalhador da Saúde e a Saúde Mental dos trabalhadores foram alguns dos assuntos que se tornaram foco de atenção nesses tempos, mas sabemos nós que esses são temas antigos e caros ao campo da Saúde do Trabalhador e das Clínicas do Trabalho^{2,3}.

Curiosamente, na pandemia, a preocupação com a saúde mental dos trabalhadores da saúde na linha de frente tomou proporções inéditas, atingindo a sociedade como um todo e gerando respostas significativas por parte de pessoas, grupos e instituições que se organizaram rapidamente para levar apoio psicológico e/ou diferentes ofertas de cuidado para esses profissionais.

Do nosso ponto de vista, no entanto, as respostas vieram antes das perguntas. Faltou perguntarmos sobre que tipo de cuidado seria necessário para conseguirem realizar seu trabalho e se manterem na chamada linha de frente. Faltou perguntarmos sobre que tipo de suporte médico e psicológico gostariam de receber, se gostariam, e se seria esse o melhor momento. Faltou

perguntarmos se haveria outras necessidades mais urgentes como a adequação das condições de trabalho, dos equipamentos de proteção individual, da organização dos turnos e plantões, dos salários, dos locais de descanso e outros, para que pudessem realizar suas atividades de modo mais tranquilo e seguro.

Faltaram perguntas antes das respostas!

A preocupação com os profissionais de saúde é maior justamente porque se supõe que ao lidar com maior risco de contágio e morte ele estaria mais propenso ao sofrimento psíquico. No entanto, se pudéssemos medir o grau de sofrimento dos diferentes grupos populacionais, poderíamos de fato afirmar que esse é o grupo que mais sofre? E, além disso, poderíamos relacionar este sofrimento exclusivamente às circunstâncias geradas pela pandemia?

Os profissionais da saúde já enfrentavam um contexto de trabalho permeado pela sobrecarga e precarização. Viana, Martins e Frazão⁴ apontam para um quadro de modalidades contratuais frágeis, inadequação quantitativa do quadro de pessoal, baixa qualificação profissional e alta rotatividade que resultam em sobrecarga de trabalho, diminuição do grau de autonomia e ausência de reconhecimento e apoio social oferecido pelos colegas, chefias e usuários dos serviços.

As organizações de saúde já são comumente reconhecidas como insalubres, e perigosas: o contato direto com situações limites, o elevado nível de tensão e altos riscos para si e para as outras pessoas, contato com agentes infecciosos, dentre outras⁵. Ao lado disso, se olharmos para maioria dos profissionais de saúde, como indica o

perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil⁶ encontramos uma difícil realidade de trabalho: 64,2% sentem desgaste profissional associado ao uso de força física ao longo do dia; sobrecarga, escassez de recursos humanos; falta de condições de trabalho; baixos salários e elevadas exigências de cumprimento de metas; 39,4% não se sentem à vontade para expressar opiniões e queixas, ou até mesmo discutir a melhor forma de organizar o trabalho com os superiores hierárquicos; 60% não se sentem protegidos no ambiente de trabalho.

Na linha de frente da luta contra a Covid-19, os trabalhadores da saúde têm, portanto, sofrido enorme pressão para atuar em uma estrutura que já se apresentava insuficiente. A pandemia veio acrescentar novos agravantes como a proteção inadequada; treinamento inadequado ou mesmo ausente; protocolos para tratamento inexistentes ou em elaboração; discriminação pelos parentes, amigos, vizinhos, por um lado, e falta de contato com familiares, além de medo de contaminá-los, por outro lado⁷.

O primeiro relato de que tivemos conhecimento tratando de uma intervenção em saúde mental no contexto da Covid foi através de um artigo relatando a experiência de uma atuação voltada para os profissionais de saúde de um grande hospital de referência para Covid na China⁸. Este artigo descreve o que deu certo e o que deu errado nesta intervenção, apontando para uma maior complexidade no que tange às questões de saúde mental e trabalho. Nesse hospital foi desenvolvida uma intervenção psicológica que incluía atendimento individual e de grupo. No entanto, a implementação deste serviço encontrou obstáculos: profissionais relutantes em participar. Profissionais de

saúde que mostraram irritabilidade e estresse, mas recusaram qualquer ajuda e afirmavam que não tinham quaisquer problemas. Muitos trabalhadores mencionaram que não precisavam de um psicólogo, e sim de mais descanso, número suficiente de EPIs, e maior preparo para lidar com os pacientes que não cooperavam por causa do pânico ou falta de conhecimento sobre a doença. O hospital investiu em locais de descanso, alimentação saudável, treinamento sobre conhecimento da doença e medidas de proteção, além de identificação e respostas a problemas psicológicos em pacientes com Covid-19.

Em nossa realidade brasileira, temos visto um enorme número de redes de apoio sendo criadas, com profissionais disponíveis para atendimentos online, em modalidades diferentes, e uma procura reduzida por parte dos trabalhadores da saúde, contrariando as expectativas e o desejo de contribuir e fazer parte de uma engrenagem que, em última instância, pretende salvar vidas.

Também temos visto um número alarmante de profissionais de saúde afastados, contaminados pelo covid-19, precisando se recuperar para voltar à linha de frente, por falta de recursos, de gente, de estrutura, de fragmentação de um sistema de saúde profundamente abalado por inúmeras intervenções ao longo do tempo. São trabalhadores esgotados e exauridos pelo excesso de trabalho duro, difícil, isolado, triste, incerto..., que não podem parar, descansar, conviver, se abraçar, compartilhar com colegas ou familiares. Junto a isso, temos uma histórica falta de aproximação e intimidade com as práticas psicológicas e psicoterápicas por grande parte dos profissionais de saúde, já acostumados à medicalização do sofrimento, assim como boa parte da sociedade.

Ao mesmo tempo em que esses trabalhadores são chamados de heróis por um lado, por outro são descartados, precarizados e estigmatizados. Heróis num dia, subempregados e possíveis desempregados no outro. Poderíamos acrescentar que existem muitos trabalhadores da “linha de trás” precisando de apoio, mas esse é outro assunto...

Sim, os trabalhadores da linha de frente encontram-se pressionados, fatigados e sofrem com isso. No entanto, oferecer exclusivamente suporte médico e psicológico pode não apenas ser pouco eficaz, mas também encobrir uma realidade de condições de trabalho historicamente desfavoráveis.

Então, antes de nos apressarmos em continuar a dar respostas, o que ainda precisamos ver? De que sofrimento se trata? Como ele se engendra e se transforma? E, afinal, que estratégias podem ser repensadas e recriadas numa situação de extrema dificuldade e desafios imprevisíveis? Finalmente, o que os faz continuar?

Entendemos que precisamos estar atentos ao que essa pandemia nos possibilita enxergar e, no que se refere à saúde mental, mais uma vez, precisamos ter a capacidade de reconhecer-lhe a importância, mas também a complexidade.

Referências Bibliográficas:

1. Saramago, J. Epígrafe do "Ensaio sobre a cegueira", citando o "Livro dos Conselhos" de El-Rei D. Duarte.
2. Athayde M. Saúde 'Mental' e Trabalho: Questões para discussão no campo da Saúde do Trabalhador. In: Minayo-Gomes C, Machado JMH, Pena PGL. (Org.). Saúde do trabalhador na

sociedade brasileira contemporânea. 1ed.Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

3. Glina DMB, Rocha LE. (Org.) Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010.

4. Viana D, Martins C, Frazão P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. Trab. educ. saúde [online]. 2018, vol.16, n.1, pp.57-78. Epub Dec 11, 2017. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00094>.

5. Máximo T, Torres T, Sousa A, Franco de Medeiros MB, Silva W, Silva K, Silva J. Trabalhadores(as) da saúde em foco: reconhecimento e saúde no trabalho. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

6. Machado M, Santos M, Oliveira E, Wermelinguer M, Vieira M, Lemos W, Ferraz W, Aguiar Filho W, Souza Junior P, Justino E & Barbosa C. Condições de Trabalho da Enfermagem. Enfermagem em Foco, 7, 63-71, 2016

7. Souza E, Njaine K, Ribeiro A, Legay L & Meira K. Abrasco: GT Violência e Saúde - Especial Coronavirus, 2020 19 maio. 5p.

8. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. Published Online, February 18, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Subjetividade e gestão da clínica no combate à Covid-19

Luna Cassel Trott e Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Estamos vivendo um novo período de desafio na produção do cuidado no SUS. Se desde a sua constituição os temas sobre financiamento, precarização das relações de trabalho, desafios clínico-assistenciais já demonstravam a complexidade do ato de cuidar, hoje esta dimensão cresce ainda mais.

Trata-se de um momento de novidades: no mês de janeiro deste ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o Novo Coronavírus como uma emergência de saúde pública de importância internacional¹ e, em março, foi caracterizada como uma pandemia pela mesma organização. Neste novo contexto, temos visto serviços, instituições de pesquisa e profissionais que atendem diretamente à população lançarem exaustivos esforços na tentativa de criar mecanismos de enfrentamento a uma enfermidade desconhecida e à situação psicossocial que se instaura e agrava as vulnerabilidades já existentes. A vigilância epidemiológica é dinâmica, atualizações e novas orientações são feitas a todo momento².

Na esfera social, a perda significativa de vidas brasileiras, os diferentes impactos causados pela desigualdade, a necessidade de medidas de proteção social³ e os aspectos psicossociais decorrentes do afastamento, complementam os desafios presentes do cotidiano da atenção e demandam novas formas de trabalho para os profissionais da saúde. Isto é, são aspectos que

compõem o desafio da tomadas de decisões sobre a produção de cuidado.

Os serviços de saúde, neste momento, são exigidos de respostas rápidas e eficazes, se fazendo necessária a reorganização de seus modos de trabalho. Ainda que o âmbito hospitalar tenha ganhado centralidade no enfrentamento à Covid-19, toda a rede de atenção sofreu adaptações e prossegue realizando a gestão da clínica a partir da gestão dos casos, das condições de saúde, das listas de espera de eventos de Covid-19 ou outros agravos.

Entendemos como gestão da clínica um conjunto de ferramentas de micro gestão dos serviços presentes no trabalho em saúde, que contribuem para assegurar bons padrões clínicos, aumentar eficiência e diminuir riscos para profissionais e usuários⁴. Neste contexto, então, essas ferramentas tomam novas configurações. Dentre as mudanças no fluxo de trabalho orientadas pelo Ministério da Saúde estão as diferentes filas de espera, a presença dos materiais de biossegurança para os profissionais, novas divisões de turno, diferenças na regulação dos serviços, entre outros⁵.

Além disso, vemos uma outra dimensão implicada nesta produção do cuidado e que tem impacto sobre a efetivação da atenção à saúde: as relações subjetivas presentes no processo de cuidado. Para além dos desafios já presentes, os agentes de saúde podem experimentar novas sensações diante do contexto pandêmico. Estudos sobre os trabalhadores enfermeiros, por exemplo, comunicam que estes profissionais têm lidado com o medo de ser contaminado, as altas demandas e afastamento de colegas⁶, sensações de frustração, sentimento de impotência e

insegurança profissional⁷. Além disso, em trabalhos em situação de desastres os profissionais podem sofrer com a exaustão física e emocional, dificuldade em gerir os efeitos psicossociais dos usuários dos serviços, dilemas éticos profissionais, entre outros⁸, além de lidar com a precarização e flexibilização já existentes nas relações de trabalho do SUS.

Não é novo que as relações subjetivas sejam tomadas como parte da produção do cuidado em saúde. Merhy⁹ desenvolve a perspectiva deste ofício como um trabalho vivo em ato, ou seja, que é realizado a partir de técnicas relacionais, no encontro entre subjetividades. Nos processos de organização do trabalho, as relações intersubjetivas, como possíveis defesas dos trabalhadores para o que faz sofrer, a questão do lugar do reconhecimento e a ausência do sentido sobre o fazer profissional e a relação com a morte na produção do cuidado¹⁰, são aspectos comuns na saúde.

Considerar as relações subjetivas do cuidado neste contexto torna-se, assim, uma questão importante. Entretanto, é necessário que haja cautela em relação a uma possível patologização de respostas psicossociais à situação de desastre que vivemos. Estamos experimentando novas formas de nos relacionarmos, de lidarmos com as dificuldades impostas socialmente pela pandemia. Por isso, ao olharmos com reducionismo às manifestações de sofrimento presentes neste momento, corremos o risco de cairmos em uma lógica centrada na doença e de uma atenção medicalizante. Neste sentido, damos destaque para o caráter inventivo das equipes que seguem realizando o trabalho em uma perspectiva ampliada de cuidado.

Ferramentas que vêm sendo construídas e utilizadas diante da restrição do contato presencial são as tecnologias de comunicação, por meio de aplicativos de mensagem de texto e voz, chamadas de áudio e vídeo, para atendimentos e para reuniões de equipe, a construção de articulações intersetoriais, o trabalho conjunto com atores sociais do território, entre outros. Experiências de aproximação entre serviços especializados e atenção básica são ampliados. Destaca-se a necessidade colocada em conectar as redes existentes, avivar coletivos, espaços de elaboração entre as equipes para os conflitos do cotidiano do cuidado, entre outras possibilidades de reflexão coletiva. Nos territórios, redes de solidariedade e cuidado mútuo também têm lugar fundamental na organização da atenção à saúde^{11,12}.

Se pensarmos a execução da gestão da clínica, então, vemos que esta se encontra atravessada por estes aspectos. Essas ferramentas de micro gestão, se encontram nesse intermédio entre a gestão dos processos de trabalho e a dimensão subjetiva na relação da produção do cuidado, à medida que exige decisões e negociações entre trabalhadores e usuários. Essas relações também estão presentes e têm sua especificidade na situação de pandemia.

Portanto, vemos que a relação entre essa gestão da clínica e a subjetividade no contexto da pandemia gera impactos sobre a efetividade e eficiência do trabalho, além da manutenção da própria saúde dos trabalhadores e usuários. Neste novo momento de desafios na produção do cuidado no SUS, pensar o planejamento das ações de combate à Covid- 19 e seus novos arranjos em saúde, para durante e pós pandemia, exige o olhar sobre a subjetividade de quem executa, em ato,

o cuidado à população. E ainda mais para as possibilidades de invenção coletiva na efetivação de um cuidado que potencialize a vida.

Referências Bibliográficas

1. Organización Panamericana de La Salud. Consideraciones psicossociales y de La salud mental durante el brote de COVID-19. 2020.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. 2020.

3. Perissé A, Leandro BB, Baristella CE, Barcellos C, Santos JL, Angelo JR, et al. Nota técnica: COVID-19 e vulnerabilidades- Considerações sobre proteção social nas favelas. FIOCRUZ; 2020.

4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 31 dez 2010; Seção 1.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para o manejo de pacientes com COVID19. 2020.

6. Moreira AS, Lucca SR de. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao covid-19. Enferm Em Foco [Internet]. 2020;11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3590>

7. Pereira MD, Torres EC, Pereira MD, Antunes PFS, Costa CFT. Sofrimento emocional dos enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-

9. Research, Society and development[Internet]. 2020; 9:8.

8. Ordem dos psicólogos. COVID-19. Autocuidado e bem-estar dos profissionais de saúde durante a pandemia. 2020.

9. Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo:Hucitec; 2002.

10. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva[Internet]. 2010. 15(5). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500010&script=sci_abstract&lng=pt

11. Cruz NMLV, Souza EB, Sampaio CSF, Santos AJM, Chaves SV, Hora RN, et al. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. APS em revista[Internet]. 2020.2. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/94>

12. Rodrigues MGA, Almeida AA, Ferreira TF, Goldenzweig RE, Amarante PDC. Saúde Mental, articulações intersetoriais e o apoio da universidade em tempos de COVID-19. Diversitates International Journal[Internet]. 2020.12(1).Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/309>

Redes de Atenção Psicossocial: desafios do cuidado em tempos de pandemia

Ana Paula Guljor e Paulo Amarante

Nos últimos 40 anos, a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política de Estado e, desta forma, sua agenda se configura como um importante cenário de disputas em âmbito técnico, social e cultural. O cuidado em liberdade, preceito estruturante do processo de reforma, implicou uma proposta de reorientação tanto das relações éticas e políticas entre a sociedade e as pessoas em sofrimento psíquico quanto do modelo assistencial, que buscou abandonar a centralidade do hospital e do saber psiquiátricos, para construir uma rede complexa e diversificada, com estratégias intersetoriais e transdisciplinares de dispositivos de atenção psicossocial no âmbito dos territórios.

A perspectiva de um olhar para o sujeito em sua existência-sofrimento pressupõe uma rede de cuidados que deve estar muito além da simples reorganização de serviços. Partindo da concepção de que a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo¹, essa se constitui em dimensões que incorporam o arcabouço jurídico e a luta política, a desconstrução de um paradigma pautado no modelo biomédico e a transformação de um imaginário social de irracionalidade, incapacidade e periculosidade².

Ao abordar os desafios deste cuidado em tempos de pandemia de covid-19, reafirma-se a Reforma Psiquiátrica como um 'processo civilizatório', como definido por Sergio Arouca³, que abarca os modos de relações entre os

indivíduos e de uma sociedade lidar com o diferente. A solidariedade, a equidade, integralidade e a garantia de direitos são conceitos fundamentais neste processo.

As Redes de Atenção Psicossocial hoje existentes permitiram o exercício da cidadania a uma parcela significativa de usuários em saúde mental com sofrimento psíquico grave. O acolhimento cotidiano que sustentou a manutenção de vínculos, também mediou a articulação de redes territoriais e o desenvolvimento do sentimento de pertencimento a um grupo, a um coletivo ou a uma cidade e, em última instância, à inclusão social⁴. As diversas estratégias que possibilitaram estas conquistas pautaram-se em ações multifacetadas dentro e fora das estruturas de serviços. A intersectorialidade das ações se traduz pelo entendimento que a integralidade, para além dos níveis de complexidade na hierarquia dos serviços de saúde, inclui as necessidades no âmbito micro e macropolítico. Deste modo, a produção de subjetividades se dá através do acesso à moradia, à renda básica, ao lazer, ao trabalho e à educação, do mesmo modo em que também aos serviços de saúde mental com suas equipes multiprofissionais.

No atual contexto, quando se aproxima os 180 dias da decretação de uma pandemia mundial, o sofrimento psíquico se tornou pauta prioritária de organismos internacionais e das populações. No quadro brasileiro a rede de dispositivos territoriais enfrenta o enorme desafio de garantir o acompanhamento contínuo em um momento de exigências de distanciamento social e uma realidade de três milhões de pessoas infectadas, em um país com uma curva de contágio ascendente e mais de 140 mil casos letais (até a última semana de setembro de 2020). Sendo assim, não se pode iniciar

esta análise sem apontar aspectos fundamentais que envolvem as condições políticas e socioeconômicas no país, mesmo não sendo possível seu detalhamento.

A epidemia de Covid-19 tem apresentado de forma impactante ao Brasil e ao mundo a indissociabilidade entre a precariedade das condições de vida e o sofrimento psíquico, destacando a importância do debate sobre direitos humanos e desigualdade social neste campo. A construção de estratégias efetivas de cuidado em saúde mental enfrenta o desafio de, através de uma perspectiva complexa, garantir uma oferta de continuidade aos usuários das redes de atenção em saúde mental ao mesmo tempo que exige ampliar um olhar sobre o sofrimento decorrente dos agravos que a pandemia, com a precarização das condições de vida, as perdas de vidas humanas em escala exponencial e a incerteza quanto ao futuro, impôs a sociedade.

Fundamentalmente, é preciso fugir da visão reducionista do modelo biomédico, rompendo com a noção que o sofrimento em questão se traduz inexoravelmente em diagnósticos psiquiátricos e, deste modo, redundando em psiquiatria e/ou psicologização das fragilizações subjetivas fruto das intempéries cotidianas. A preocupação de não lidar com as pessoas como se fossem meros objetos da intervenção clínica, e sim sujeitos, é estruturante, e boa parte das medidas pode e deve ser feita com a compreensão, consentimento e colaboração participativa e criativa dos envolvidos.

É importante ressaltar também que o campo da reforma psiquiátrica, em todas as suas dimensões, é reconhecido por ser um campo criativo, seja em uma perspectiva epistemológica seja em uma

perspectiva sociocultural. Os agenciamentos coletivos geram recursos em prol da reafirmação da vida potencializando outras formas de subjetivação⁵. Ainda na assertiva deste autor, “(...) os novos encontros através da concepção de pertencimento ao território e a cidade, via a construção de identidades que rompem com a ‘impotência subjetiva’ (op.cit)”. Estes agenciamentos têm as organizações de cooperação, as religiosas, de disseminação de tradições regionais, de produção de arte. Ou melhor dizendo, a relação com movimentos sociais e culturais possibilitam a criação de outros espaços de cuidado, voltados à cidade e aos contextos de vida. Assim, se produz acolhimento para além da simplificação técnica. Complexifica-se ações através do olhar para o sujeito, suas necessidades e não apenas com intervenções sobre a ‘doença’.

Na perspectiva dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial, a condição de distanciamento social implicou a necessidade de reorganização das dinâmicas de funcionamento e reinvenção de modos de proximidade que garantissem a manutenção da intensividade do cuidado bem como o suporte aos momentos de crise, para uma clientela que em grande parte possui histórias que, além do sofrimento psíquico grave, agregam experiências de violência.

O conceito “violência” inclui neste recorte outras populações vulneráveis, sendo uma chave analisadora estruturante de ações para além do “campo saúde”, visto que consideramos violências as internações prolongadas, situações de discriminação e constrangimentos, homicídios, suicídios, rupturas de vínculos, cerceamento de acesso a direitos básicos. Neste escopo,

encontramos o ponto de interseção entre todos em sua condição de existência-sofrimento, a importância da criação de caminhos coletivos que reafirmem um lugar social e uma rede de apoio solidária a qual reconheça na diversidade sua potência.

Na trajetória recente das estratégias de cuidado psicossociais é possível identificar experiências, muitas construídas através de recursos comunitários e respeitando as origens e peculiaridades de suas culturas. Em um país de dimensões continentais como o Brasil, identificamos muitos “brasis” com suas riquezas e mazelas. Saúde mental, neste recorte, é promoção de vínculos, proximidade e projetos de vida. Não há resposta pronta, pré-concebida. As diretrizes da Reforma Psiquiátrica apontam para valores fundamentais como a integralidade, a equidade e a liberdade. No entanto, seus projetos estão sempre em construção, provisórios e inacabados como as histórias de vida de cada sujeito em sofrimento.

Considerações finais

A perspectiva do cuidado em liberdade desta forma aponta para permanente reinvenções de estratégias. A garantia da continuidade do acompanhamento se reflete no âmbito clínico como nos plantões noturnos on-line de acolhimento às crises, mas também na utilização de recursos comunitários por meio dos quais se suscita a solidariedade e o pertencimento. O investimento na construção coletiva a partir do protagonismo do usuário tem possibilitado desenvolver ações horizontalizadas na relação usuário-profissional-comunidade, desdobrando-se na superação de estigmas e no intercâmbio de vivências como fator de amenização do sofrimento. A equipe de saúde mental formada no contexto

teórico-ético e político da Reforma Psiquiátrica procura acreditar e investir no potencial humano de adaptação às adversidades da vida, na possibilidade de autopoiesis, de ressignificação de valores e reinvenção do cotidiano. Uma vasta literatura demonstra a positividade desses princípios. É na linha inspiradora de Gabriel Garcia Marques⁶ que nos orientamos no sentido de ressignificar a vida e a aprender com os tempos de crise!

Referências bibliográficas

1. Rotelli, F., et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Desinstitucionalização, pp. 17-59, São Paulo: Hucitec, 1990.
2. Amarante, P. O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019, 4 ed.
3. Revista Radis, Comunicação em Saúde. Sergio Arouca: o eterno guru da Reforma Sanitária. v. 3, p. 18-21, 2002.
4. Rodrigues, MG.A., et al. Saúde Mental, Articulações Intersetoriais e o Apoio da Universidade em Tempos de COVID-19. Diversitates International Journal – Vol. 12, N.1, Junho/Dezembro (2020), p. 06 – 16
5. Lancetti, A. Clínica peripatética. São Paulo: HUCITEC, 2008, 3ª ed.
6. Márques. G.G. O amor nos tempos do cólera. Rio de Janeiro: Editora Record, 1985.

A força das articulações dos Centros de Atenção Psicossocial no território em tempos de Covid-19, mapeada na ação de extensão universitária

Maria Goretti Andrade Rodrigues

Todas as unidades de base do SUS estão sendo acionadas no enfrentamento da pandemia da Covid-19 e as políticas públicas em saúde emergem como imprescindíveis, como estratégias de planejamento e ação. O mesmo se deu com os dispositivos em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial que, como todas as outras estratégias de cuidado em saúde, tornou-se importante protagonista do cenário atual.

Nesse contexto da Pandemia, o Projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão Saúde Mental, Articulações Intersetoriais e o Apoio da Universidade em Tempos de Covid-19, da Universidade Federal Fluminense (UFF), aponta para desenvolver estratégias educativas e de processos grupais que promovam a visibilidade, tanto externa quanto internamente, da articulação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no território de forma mais ampliada nesse momento, através de recortes de cenas de situações cotidianas.

A costura de uma rede de saúde que se fundamenta em um trabalho baseado nos “especialismos” demonstra-se extremamente fragmentada e é um desafio para os trabalhadores dos CAPS. Apresentamos a função apoio na Saúde como um dispositivo dinamizador de uma formação inventiva¹, com a ampliação da extensão dialógica como

proposta metodológica, ética e política. Tal proposta não tem sido tarefa fácil, pois a descrença nas políticas governamentais e o avanço de medidas neoliberais têm produzido profundo descrédito e desânimo entre os trabalhadores de saúde mental dos municípios visitados. Neste sentido, é importante situar o momento de retrocesso pelo qual passamos no que se refere às políticas públicas no estado do Rio de Janeiro e a nível federal. Santos² aborda que a pandemia se mostra como um analista cruel de como o capitalismo neoliberal incapacita o Estado para responder com eficácia às emergências.

Na experiência de apoio da universidade através da ação de extensão, sob uma perspectiva de educação extra muros, problematizamos o fazer coletivo e vivemos a potência do encontro, por meio da qual assistimos como os serviços de saúde mental têm se reinventado nesses tempos de pandemia.

As ações de apoio institucional à gestão dos serviços e espaços coletivos são desenvolvidas com a finalidade de propiciar a ampliação da capacidade de análise e intervenção das equipes da rede municipal, nas reuniões através da ferramenta do Google Meet. O foco das ações do apoio institucional pela universidade enfatiza dar potência aos espaços coletivos para cogestão e operacionalização de diretrizes da política pública de saúde mental implementada no município, além da análise e revisão do espaço instituído, seus objetivos com definição de nova formatação e atribuições a partir das diretrizes apresentadas pelos grupos³.

Trabalhamos imersos nos Centros de Atenção Psicossocial de dois municípios do noroeste fluminense, Miracema e

Santo Antônio de Pádua, que são atravessados por reuniões quinzenais, com docentes da UFF e estudantes da Pós-graduação em Ensino. Além da escuta oferecida, há a sistematização de temas para discussão, sendo disponibilizados textos e artigos de apoio que sustentam as reflexões

A tática das reuniões aparece como disparador de reflexões para a equipe do CAPS de Miracema, onde na discussão sobre a criação de um comum e a corresponsabilização dos casos, a estratégia de acolhimento compartilhado foi ressaltada e trazida para o cotidiano do serviço, nesses tempos de pandemia.

Em uma dessas reuniões virtuais, no contato com a rede de serviço de Santo Antônio de Pádua, os relatos vislumbraram a pulverização do especialismo como marca da clínica ampliada. As relações com o corpo, com a subjetividade, com a arte e a produção de vida se revelaram nos singulares relatos dos trabalhadores com os usuários no CAPS. No campo da saúde mental, é comum a grande ênfase dada aos discursos e saberes psiquiátricos e psicológicos como prescritores e direcionadores das práticas a nortear os processos terapêuticos. Ao se pensar nos elementos formativos em saúde, na aprendizagem inventiva articulada ao cuidado de si, a aposta é em um lugar criado para além dos especialismos e das práticas protocolares. As oficinas são alguns desses espaços de excelência a fazer e construir cotidianos, que têm se reinventado com propostas on-line em redes sociais.

Na problematização na proposta de uma ação de formação inventiva de apoio, como ação de extensão universitária, assistimos os deslocamentos a partir do diálogo entre os trabalhadores do CAPS

e da rede de atenção psicossocial, nos dois municípios. Apesar de toda a fragilidade das estruturas do sistema público de saúde brasileiro, este demonstrou importância estratégica por estar sendo a base fundamental da resposta na pandemia.

As equipes de trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental põem em relevo a amplitude de possibilidades que podem surgir a partir da dificuldade de realização das ações e das orientações do trabalho preconizadas nas diretrizes do MS quanto à lógica do apoio matricial, de característica dialógica, com reuniões para discussão de caso e construção em conjunto de um projeto terapêutico singular para o acompanhamento do caso. Evidenciam, também, o surgimento de recursos criativos e utilização de ferramentas tecnológicas disponíveis para as urgências que se apresentam, bem como reforçam a importância de transpor os entraves que se impõem a cada dia, acrescidos da realidade de descaso por parte das atuais gestões.

Tais elementos nos fazem pensar em ações de resistência e, ainda, remetemos à importância de dar voz às ações, transpor os limites dos dados epidemiológicos e a restrição dos indicadores numéricos, sem desmerecer sua importância, promover a transformação a partir das vivências e experimentação, registrando, contando as histórias, realçando a visibilidade do fazer desses serviços e suas articulações com a Atenção Primária à Saúde (APS).

Frente às medidas de prevenção e contenção da Covid-19 e às orientações de distanciamento e isolamento social, o Centro de Atenção Psicossocial tem investido em atendimentos domiciliares, assim como tem contado com o apoio da APS, além dos agentes comunitários

de saúde (ACS), que cumprem papel fundamental no território, via intervenções e contatos telefônicos. As reuniões semanais da equipe do Departamento de Saúde Mental deixaram de ser presenciais e passaram a ser online, via Google Meet, assim como foram feitos convites a outros elos da Rede de Atenção Psicossocial, porém as propostas tecnológicas via internet intimidam tanto quanto os desafios e as necessárias interlocuções presenciais.

A partir de escalas e turnos de trabalho são realizados atendimentos presenciais diversos e conjuntos de variadas áreas de atuação, além da contratação de novos profissionais, para os atendimentos e desafios que surgem a partir do coronavírus. Juntamente com as informações sistemáticas referente aos cuidados de higiene, foram elaborados folders impressos e digitais para outras unidades de saúde e para os pacientes, assim como orientações das assistentes sociais sobre inclusão nos programas governamentais.

São realizados, ainda, atendimentos ambulatoriais e presenciais de casos emergenciais e, para os casos possíveis, acompanhamento psicológico individual remoto em aplicativos de voz e vídeo como Google Hangouts, além de telefone fixo ou celular. Deste modo o projeto terapêutico singular assume outras proporções e abrangências³.

A construção da rede intersetorial é permanente. Base do SUS, os arranjos locais no território se mostram fortes nesse momento, como estratégia de enfrentamento do absurdo número de mortes causado pelo Covid-19. Na insistente potência do viver, a reinvenção do cuidado comunitário se entrelaçou às ações das equipes de estratégia de saúde da família (ESF) na

implantação de um alojamento para moradores de rua. A riqueza das estratégias de não tomar os moradores de rua como “doentes mentais”, que poderiam ser medicalizados num primeiro momento, mas esse não é o caminho proposto. Estes moradores estão sendo vistos como sujeitos, articulados às ESFs, com exames para tuberculose, vacinação, entre outros cuidados³.

Esse conjunto de ações e reinvenção de abordagens interpessoais pretendem contribuir para a construção de outras possibilidades de existência, ênfase que é dada ao cuidado compartilhado e à integralidade da saúde coletiva.

Referências bibliográficas

1. Dias, R.O.; Rodrigues, H.B.C. Pensamento e invenção: por uma formação outra. *Mnemosine* Vol.16, nº1, 2020, p. 4-32.
2. Santos, B. S.A Cruel Pedagogia do Vírus. Coimbra: Almedina, 2020. Available from <https://www.cpalsocial.org/documentos/927.pdf>
3. Rodrigues, MG. A., et al. Saúde Mental, Articulações Intersetoriais e o Apoio da Universidade em Tempos de COVID-19. *Diversitates*, v. 12,2020, p. 02-13.

Liberdade e inclusão: bases de um serviço de atenção à saúde mental

Francisco Sayão

○ Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) iniciou seus trabalhos em agosto de 1998, ocupando o prédio abandonado do antigo Albergue da Boa Vontade, situado na antiga Praça da Harmonia, na região portuária do Rio de Janeiro. Foi inicialmente formado por profissionais do antigo Posto de Atendimento Médico (PAM-Venezuela), que estavam sendo despejados do prédio da Justiça Federal e, na ocasião, precisou ocupar integralmente o imóvel. Além dos profissionais do Ministério da Saúde, contava com bolsistas multiprofissionais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), que vieram para implantar o novo serviço. A ideia era montar um centro integrado de saúde mental que pudesse atender os pacientes nos diferentes momentos que a doença imprime ao seu portador (na crise, na estabilidade, na necessidade de documentos, de trabalho e renda e outros).

As vantagens de montar um serviço, desde seu início, eram algumas: poder seguir os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) de equidade e universalidade, de forma livre, como também de não receber a herança de um serviço com características manicomiais, o que nos deixou livre do peso de ter que desmontar modelos asilares de difícil enfrentamento.

Começamos a funcionar em um modelo tradicional, sendo constituído por uma porta de entrada aberta à demanda espontânea, aos encaminhamentos,

como o Serviço Móvel de Urgência (Samu), entre outros serviços. Também mantínhamos um hospital-dia, uma enfermaria e um ambulatório.

Em 2001, começamos a participar do conselho comunitário de segurança da região, que se reunia uma vez por mês. O conselho organizava um café da manhã com a participação de órgãos de segurança (Polícia Militar, Polícia Civil, Guarda Municipal), escolas, moradores e empresários. Foi uma boa forma de nos integrarmos na região. Atualmente, nossa coordenadora de recursos humanos está presidindo pela terceira vez este conselho.

Em parceria com a Justiça Federal, iniciamos um programa de penas alternativas da 1ª e 9ª Varas da Justiça Federal, recebendo prestadores de serviços de vários segmentos profissionais (advogados, padeiros, mestre de obras, cozinheiros etc.), o que muito nos ajudou de forma inesperada.

A partir de 2007, nesta atual gestão, instituímos como meta a ser alcançada o desafio de “como garantir o acesso, a continuidade e a integralidade ao tratamento das pessoas acometidas com sofrimento psíquico”. No mesmo ano, foi iniciado o programa de residência médica, inaugurando o desejo de sermos também um serviço de formação de profissionais para trabalhar na rede de saúde mental. Já tínhamos convênio com a enfermagem da Fundação de Apoio à Escola Técnica (Faetec) e com os alunos de medicina da Universidade Unigranrio, que tinham o CPRJ como campo de aprendizagem.

Quanto aos nossos desejos de garantir acesso ao tratamento, observamos que não era suficiente estarmos com as portas abertas, alguns pacientes não

conseguiram chegar ao serviço. Por exemplo: vários pais e parentes de pacientes graves com isolamento intenso não conseguiam trazê-los para o tratamento – ou, quando conseguiam, era quebrada sistematicamente a continuidade do cuidado. Foi com esta demanda que foi organizado o Programa de Visita Domiciliar, que vem funcionando desde 2005.

Outra dificuldade apresentada no acesso ao tratamento foi em relação a alguns pacientes idosos do ambulatório que começavam a apresentar sinais de prejuízo cognitivo. Esses pacientes não tinham para onde ser encaminhados para tratamento devido à falta de serviços no município do RJ – só havia um serviço no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, IPUB.

Desta forma, foi organizado, no próprio CPRJ, o Programa de Atenção Ambulatorial da Terceira Idade (PATER), composto por nossa médica clínica que é geriatra, um neurologista, um psiquiatra especializado no tratamento de idosos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e psicólogos.

Desde 2001, participamos do Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT), na época em convênio com a Secretaria Estadual de Trabalho. Atualmente, toda a documentação do NUSAMT está no CPRJ, onde funciona atualmente o Programa de Trabalho e Geração de Renda (PGTR) para portadores de transtornos mentais. Alguns avanços foram conquistados em relação ao trabalho formal como, por exemplo, a adaptação do contrato por horas trabalhadas e a supervisão semanal do grupo de pessoas que estão atuando no mercado formal. No trabalho protegido, temos pacientes trabalhando na produção de salgados e bolos, o que garante o funcionamento da cantina do

CPRJ, onde a gerência é desenvolvida por usuários ligados ao projeto com apoio de um profissional da casa que tem experiência em comércio. A mudança de posição desses pacientes no núcleo familiar em muito melhorou o convívio, pois passaram a ter condições de contribuir no orçamento familiar, mesmo que de forma singela, deixando de ser um peso.

Inauguramos um espaço chamado Bazarte, que foi criado na intenção de receber e comercializar produtos confeccionados no CPRJ e em outras instituições parceiras. Chegamos a ter 22 serviços associados (CAPS Quissamã, Niterói, Bispo do Rosário, Angra dos Reis e outros). Atualmente, mantemos o funcionamento, porém houve diminuição no número de serviços associados.

Nossa enfermaria conta com 23 leitos para internação dos casos agudizados e de difícil manejo, com um tempo médio de permanência de 13 dias, o que nos deixa abaixo de outros serviços com internação. A participação dos pacientes internados em oficinas terapêuticas fora da enfermaria tem ajudado as pessoas a conhecerem os outros espaços que funcionam no serviço e, com isso, diminuir o medo ou receio de procurar o espaço das oficinas. O que também ajuda nesta estratégia é que os profissionais que fazem atividades na enfermaria oferecem oficinas fora da enfermaria (ambulatório, hospital-dia e atividades externas), mantendo assim a continuidade do trabalho.

Quanto às atividades externas, temos o “Bota pra Fora”, criado pela residência multiprofissional em 2014 (entre Secretaria Estadual de Saúde do RJ, CPRJ e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Todas as terças-feiras, aproveitando o dia de gratuidade nos

museus, os programas são feitos em espaços como AquaRio, MAR, Museu do Amanhã, CCBB, entre outros, e alguns pacientes internados que têm condições também participam do programa. A residência multiprofissional, iniciada em 2012, é composta por dois enfermeiros, dois psicólogos e dois assistentes sociais.

Em 2001, após um grupo que discutiu a possibilidade dos pacientes trabalharem, o psicólogo e músico Sidnei Dantas listou aleatoriamente palavras daqueles que participavam da discussão (relógio de ponto, chefe nervoso, vale transporte etc.). Usando essas palavras, foi composta a 1ª música do grupo “Será que dá”. A partir daí alguns pacientes começaram a compor (João e Hamilton). Foi então formado o grupo musical Harmonia Enlouquece. O grupo, em atividade até hoje, tem o Hamilton como principal compositor, letrista e intérprete. Nos 20 anos de atividade, mais de 70 pessoas passaram pelo grupo. Atualmente, temos dez integrantes e terminando o processo de mixagem do 4º disco. Todas as músicas são composições próprias.

Descrição do hospital-dia

A unidade do CPRJ tem três funções primordiais: 1) oferecer oficinas terapêuticas, como costura, cozinha, artesanato, pintura, mosaico, escrita, poesia, grupo de orientação a saúde, teatro, yoga, pilates, sob a coordenação de Eni Nascimento e equipe; 2) promover a capacitação para trabalho e geração de renda, através do PGTR do núcleo de saúde mental e trabalho (NUSAMT), sob coordenação de Dóris Diogo e Vera Pazos – todas as segundas-feiras há supervisão do grupo que está em trabalho formal, e os candidatos podem se inscrever nas segundas-feiras no Ponto de Encontro; 3) ser um centro de convivência, com área cultural e de recreação (ping-pong, sinuca, totó,

karaokê, discoteca) – o Ponto de Cultura tem seu acervo ligado ao Grupo Harmonia Enlouquece, formado por pacientes e profissionais, funciona às quartas-feiras, com apresentação da história ou de show de um artista (estrangeiro ou nacional), possui uma rádio com funcionamento interno, com sonorização musical nos diversos ambientes. No segundo sábado de cada mês, recebemos o Clube da Esquina, que conta com pacientes de outras instituições, como Pinel, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o CAPS Magal e convidados, ocasião em que passam o dia. Pela manhã, escutamos discos de vinil escolhidos pelos participantes. Após a atividade da manhã, oferecemos almoço e, no período da tarde, exibimos documentários e shows de nosso acervo. A frequência média é de 45 convidados. Nestes sábados, acontecem pela manhã as reuniões da Associação de Usuários, Familiares e Amigos do CPRJ, a AUFACEP.

O espaço também é destinado aos colegas que trabalham nos consultórios de rua, que podem encaminhar sua clientela. Recebemos alguns pacientes que se encontram em abrigos e hotéis populares da Prefeitura do Rio, localizados em nossa área programática rotineiramente. Os pacientes vindos do processo de desinstitucionalização, por sua vez, estão morando no entorno do CPRJ. Através de seus benefícios e com a ajuda das equipes de visita domiciliar e hospital-dia, alugaram quartos em casas de famílias ou pensões. Os pacientes do hospital-dia têm programas terapêuticos individualizados, podendo ir ao tratamento diariamente – ou o número de vezes estipulado, em acordo com a equipe.

O CPRJ foi submetido duas vezes ao Programa Nacional de Avaliação de Sistemas Hospitalares, nos anos de 2003 e 2007. Nas duas ocasiões, fomos

melhor serviço avaliado no Estado do Rio de Janeiro. Desde 2014, fazemos parte do Programa de Qualidade de Serviços de Saúde (PQRIO), e pelo quarto ano consecutivo fomos premiados. Estamos sempre buscando melhor classificação no ranking de serviços.

Tivemos a satisfação de receber dois profissionais da Argentina (médicos residentes), um do Chile, um da Inglaterra e dois residentes da França para concluir aqui suas formações. Assim como tivemos uma residente nossa de psicologia fazendo parte de sua formação em Trieste (Itália). Utilizam nosso campo para estágio e formação residentes do Hospital Universitário Clementino Fraga, alunos da UFF e do Hospital da Aeronáutica. Além dos estagiários do IBMR, ligados ao Programa de Geração de Renda e Trabalho (PISTRAB).

A direção é composta por 12 coordenadores que se reúnem às segundas-feiras para tratar de questões surgidas na semana. O ponto forte é que oito dos 12 coordenadores já trabalham a mais de 30 anos em saúde mental e mantém o interesse na melhoria continuada de suas ações. São eles:

- 1) Direção-geral: Francisco Sayão (médico psiquiatra – Curso em gestão ENSF 2007 e FGV 2009)
- 2) Direção-técnica: Marcos de Miranda Gago (psiquiatra-FGV 2009)
- 3) Diretor administrativo: Gilner Nunes (Administrador – FGV 2009)
- 4) Coordenação das atividades psicossociais: Eni Nascimento (Terapeuta Ocupacional)

5) Coordenação Serviço Social: Leila Correia (Assistente Social)

6) Coordenação dos Programas da 1ª e 9ª Vara da Justiça Federal: Telma Rangel (atual presidente do Conselho Comunitário de Segurança)

7) Coordenação PATER: Ana Lucia Vilela (Geriatra)

8) Coordenação Enfermagem: Gilson Torres (Enfermeiro)

9) Coordenação núcleo segurança paciente: Ana Paula (enfermeira)

10) Coordenação Documentação Científica: Sergio Vinicius (Administrador)

11) Coordenador Residência Médica: Marcos de Miranda Gago

12) Coordenação de Trabalho e Geração de Renda: Dóris Diogo e Vera Pazos.

A esses se acrescentam dois coordenadores, o de visita domiciliar, Edna (técnica de enfermagem), e da ouvidora, Maria Marlene (assistente social). A ouvidoria não participa de reunião por ser independente e autônoma, sua equipe promove busca ativa para mensurar a satisfação da clientela (enfermaria, ambulatório, sala de espera, hospital-dia). O CPRJ participa desde 2004 do Conselho Distrital de Saúde, tendo o diretor como conselheiro e Maria Marlene como delegada. Eventualmente, outros profissionais participam da reunião semanal dos coordenadores, como a coordenação de Nutrição (Mara) e Farmácia (Ana Paula). Desta forma estamos montados e funcionando.

A Pandemia de Covid-19 e a questão dos hospitais psiquiátricos

Rafael Wolski de Oliveira

A pandemia de Covid-19 impôs, em escala global, inúmeros esforços em saúde coletiva para conter a disseminação do coronavírus e minimizar seus impactos na saúde mental da população. No entanto, a desigualdade de condições para o enfrentamento da pandemia é evidente em diferentes comunidades e, até mesmo, em populações inteiras nos países com heranças coloniais como o Brasil, onde os efeitos em meio à pandemia já englobam um número assombroso de vítimas fatais e apresenta uma série de limitações para o cuidado em saúde mental de diversos grupos sociais. Neste sentido, como já apresentado em recente publicação do IdeiaSUS, vivemos o “maior desafio de saúde do século 21”¹, motivo pelo qual é fundamental dar visibilidade e nos debruçarmos sobre a questão de como “grupos socialmente vulneráveis estão enfrentando a pandemia”¹ para pensarmos estratégias de empoderamento, acolhimento, assim como criarmos ações de cuidado e proteção.

O filósofo camaronês Achille Mbembe, em recente texto sobre a pandemia de Covid-19, expressa que a asfixia já era uma ameaça à humanidade antes mesmo desse vírus se espalhar. Mbembe (2020) alerta que a utilização da palavra “guerra” não se aplicaria aos esforços de contenção da pandemia, que bem sabemos são ações específicas do campo da saúde coletiva. “Se houver guerra, portanto, ela não será contra um vírus em particular, mas contra tudo o que

condena a maior parte da humanidade à cessação prematura da respiração”².

Para maioria de nós, no entanto, e especialmente nas partes do mundo onde os sistemas de saúde foram devastados por anos de abandono organizado, o pior ainda está por vir. Na ausência de leitos hospitalares, respiradores, exames em massa, máscaras, desinfetantes à base de álcool e outros dispositivos de quarentena para as pessoas já afetadas, serão muitos aqueles que, infelizmente, não passarão pelo buraco da agulha².

É certo que, se não tivéssemos o Sistema Único de Saúde (SUS), os impactos do Covid-19 seriam muito piores em nosso território. No entanto, igualmente se faz necessário afirmar que o SUS sofre anos de subfinanciamento e, especificamente, nos últimos anos que antecederam à pandemia, tem sido atacado duramente por mudanças na condução macropolítica e a implantação de modelos neoliberais de austeridade em gastos públicos que impactam diretamente na assistência, como por exemplo, a Emenda Constitucional nº 95, que congelou, a partir do ano de 2018, os gastos em saúde por 20 anos³, sendo que a real necessidade da população brasileira era – e ainda é – de ampliação dos recursos investidos em saúde pública. Dessa forma, a precarização da saúde pública, intensificada nos últimos anos, cobra o seu preço neste momento pandêmico em que vivemos, mas se iludem aqueles que acreditam que os responsáveis diretamente pela precarização serão os devedores dessa fatura, quem paga com o próprio corpo, são as populações vulnerabilizadas, que correm o risco de não passarem pelo buraco da agulha, como sinaliza Mbembe. No caso brasileiro, os povos originários, a população negra, trabalhadores informais, população carcerária, pessoas

em situação de rua, moradores das periferias e os idosos.

Apesar dos avanços das políticas públicas implementadas no campo da saúde mental, após o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, a invisibilidade produzida pelos ainda existentes hospitais psiquiátricos no Brasil torna-os um problema, além de ineficiente e ultrapassado, ainda mais grave durante a pandemia viral. Com a presença histórica do descaso e a violência arraigada em seu modelo, neste momento da pandemia de Covid-19, os hospitais psiquiátricos requerem atenção maior do poder público, gestores e de trabalhadores da saúde, semelhante ao que deveria ocorrer em instituições similares, como as comunidades terapêuticas, presídios, ILPI's. Poder-se-ia dizer que as principais problemáticas que decorrem desses locais são a falta de transparência do que advém dali e a dificuldade de implementar um plano de contingência da pandemia efetivo, seja pelas dificuldades estruturais, aglomerações de pessoas e possíveis marcadores nos usuários ali presentes, como uso problemático de drogas, idosos, pessoas com deficiências, comorbidades clínicas, fatores estes que podem potencializar os riscos de contaminação e evolução para um quadro mais grave.

Foi o que ocorreu no estado do Rio Grande do Sul em dois hospitais psiquiátricos públicos estaduais. Apesar dos esforços dos movimentos sociais e do controle social que, desde março de 2020, princípio da pandemia no país, cobravam dos gestores medidas de proteção da população institucionalizada nos manicômios, as respostas da Secretaria Estadual de Saúde foram imprecisas e vagas, sem apresentar plano de contingência ou lidar com transparência sobre os riscos e agravos presentes nas instituições.

Em julho de 2020, trabalhadores dos hospitais e alguns usuários que tinham contato com o exterior começaram a denunciar a gravidade da situação, principalmente para a imprensa, o Sindicato dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul (Sindisepe/RS) e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, destacando a insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPIs), levando os trabalhadores a improvisar ou a comprar equipamento próprio, um grande número de usuários contaminados em estado grave e sendo tratados na própria instituição (que não é um hospital de referência para tratamento de Covid-19), sem acesso a equipamentos fundamentais para recuperação ou conforto, óbitos de moradores com Covid-19 nas dependências dos hospitais, grande quantidade de trabalhadores afastados por serem do grupo de risco ou por estarem com sintomas de Covid-19, não realização de testes, impossibilidade de manter distanciamento social seguro, devido às aglomerações de usuários nas unidades, e indisponibilidade de álcool gel ou quaisquer meios de higienização nas áreas de convívio dos usuários institucionalizados.

Frente à gravidade das denúncias e à falta de transparência da gestão estadual, persistindo na “estratégia” de não dar satisfações aos questionamentos dos movimentos sociais e do controle social, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental acionou diversos órgãos de garantia de direitos e de movimentos pelo direitos dos usuários, como o Ministério Público Estadual, a Defensoria Pública, a Assembleia Legislativa, a Comissão Estadual de Direitos Humanos, a Comissão Nacional de Direitos Humanos e a Associação Brasileira de Saúde Mental. Frente à urgência da situação, que cada dia poderia custar vidas humanas, e à ausência de informações do estado, o passo seguinte

foi solicitar medidas cautelares à Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), que tem por finalidade observar e investigar a garantia dos direitos humanos dos Estados que são membros da organização.

O que se agrava neste momento de pandemia em relação aos hospitais psiquiátricos é, na verdade, consequência de um problema histórico que já deveria estar resolvido com o efetivo cumprimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a definitiva desinstitucionalização desses equipamentos. Não obstante, a atual política de saúde mental configura um explícito retrocesso no modelo de atenção psicossocial, quando coloca novamente na Rede de Atenção Psicossocial os hospitais psiquiátricos como equipamentos possíveis de existir, através da portaria nº 3.588, de 2017. Nesse sentido, retomamos Mbembe² com o alerta em tempos pandêmicos:

“Se, nessas condições, ainda houver um dia seguinte, ele não poderá ocorrer às custas de alguns, sempre os mesmos, como na Antiga Economia. Ele dependerá, necessariamente, de todos os habitantes da terra, sem distinção de espécie, raça, gênero, cidadania, religião, ou qualquer outro marcador de diferenciação. Em outras palavras, ele só poderá ocorrer ao custo de uma ruptura gigantesca, produto de uma imaginação radical”².

Mbembe (2020) afirma que o direito universal à respiração deve “ser entendido como um direito fundamental à existência”². Na saúde mental, significa retomarmos com força o lema “Por uma sociedade sem manicômios!”, lembrando que os moradores de longa permanência nessas instituições já se caracterizam por um público vulnerabilizado há bastante tempo e que requer proteção especial durante a

pandemia para ter a chance de acessar o cuidado em liberdade.

Referências bibliográficas

1. Trindade N, Fernandes VR. Apresentação. In: Mendes A, Vinagre AB, Amorim A, Chaveiro E, Machado K, Vasconcellos LCF de, et al., organizadores. Diálogos sobre Distanciamento Social: Territórios existenciais na pandemia [Internet]. IdeiaSUS/Fiocruz; Comitê Fiocruz pela Acessibilidade e Inclusão de Pessoas com Deficiência; Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; e Universidade Federal de Goiás; 2020. p. 1. Available at: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/publicacoes-ideiasus/livros/247-dialogos-sobre-acessibilidade-inclusao-e-distanciamento-social-territorios-existenciais-na-pandemia>
2. Mbembe A. O Direito Universal à Respiração. 2020. Disponível em: <https://n-l medicoes.org/020>
3. Brasil. Emenda Constitucional no 95, de 15 de dezembro de 2016. Brasília. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
4. Brasil. Portaria No 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

O efeito da distância segura no afeto dos inviabilizados em tempos de Pandemia

Daniel de Souza e Valeska Holst Antunes

Este texto traz o relato de uma equipe de Consultório na Rua (CnaR), que atua na zona norte do Rio de Janeiro, desde 2011, e de reflexões dos desafios para a continuidade do trabalho durante o a pandemia em 2020.

Pessoas em situação de rua encontram dificuldades de integração dentro da sociedade que, em geral, as analisa de forma estereotipada, com base no senso comum ou midiático cheio de afirmações equivocadas e dificilmente como sujeitos de direitos. As políticas públicas voltadas a essas pessoas persistem flagrantemente insuficientes e são recorrentes propostas de solução simplistas e que violam direitos básicos, como os recolhimentos compulsórios.

No tocante à vulnerabilidade humana, sabemos que as pessoas em situação de rua apresentam reações inerentes a todo o processo de marginalização e inferiorização a que são submetidas. Acreditam nos rótulos que lhe são incutidos, desenvolvendo sentimentos de medo, rejeição e revolta e, muitas vezes, demonstram descrédito nas instituições governamentais

Decorrente disso, a procura espontânea a serviços da saúde ou da assistência é, em muitos casos, um processo que depende da elaboração e do aprimoramento das relações de vínculo entre trabalhador e usuário. Essa ferramenta, o vínculo, pode não se estabelecer de imediato, necessitando

de tempo, insistência, reflexão, discussão em equipe e disposição.

No tocante ao Sistema Único de Saúde (SUS), não raro a ausência de comprovante de residência fixa é um dificultador para o acesso aos serviços. Este foi um fator chave para o surgimento do CnaR como equipamento da atenção básica, para promover o acesso à saúde para esta população específica. Sua metodologia tem como bases os princípios da Atenção Primária à Saúde, as práticas de Redução de Danos, de matriciamento e de atuação nos territórios onde se tramam as relações constituídas pela própria população atendida. Entre seus objetivos, estão o estímulo à autonomia dos sujeitos para o cuidado de si, o cuidado e a prevenção das principais doenças mais prevalentes e a melhoria da qualidade de vida através da promoção da saúde e do estímulo ao protagonismo dos indivíduos. As equipes trabalham de forma articulada em rede e de maneira interdisciplinar.

Profissionais que trabalham com pessoas em situação de rua seguem um longo e tortuoso caminho de combate à discriminação, ao preconceito e à invisibilidade desta população, promovendo um confronto com a visão que, em geral, se tem sobre a rua e quem vive nela. Com ações de inserção sociocultural, as equipes de consultórios de rua vêm conseguindo avançar na atenção integral, com atendimento humanizado e universalizado à pessoa em situação de rua.

Imersos no cenário deste trabalho que traz consigo tantos desafios, nos deparamos com um novo evento de grandes proporções: a pandemia de Covid-19. Assim como a maioria dos trabalhadores da saúde, fomos tomados pela sensação de insegurança, pelo medo

do adoecimento (nosso, dos próximos, dos pacientes), pelas incertezas relacionadas à necessidade de adaptação radical do processo de trabalho.

O fluxo de acolhimento da unidade de saúde sofreu modificações, demandando mudanças de escala e das nossas práticas. Pessoas em situação de rua, assim como todos os outros usuários, são inicialmente triados para sintomas respiratórios e, neste caso, encaminhados a um local específico e atendidos pelos profissionais escalados do dia, que não obrigatoriamente são da equipe do CnaR. Desfaz-se o sentimento construído ao longo dos anos entre nossos usuários do livre acesso ao interior da unidade, utilizada não apenas para o cuidado em saúde, mas também como local de apoio para acesso à água potável, banheiro, eletricidade para carregar o celular/rádio e mesmo como espaço de convívio dentro da lógica da redução de danos.

As novas normas de biossegurança também trouxeram uma limitação a um recurso elementar: o contato físico. Não é mais possível abraçar ou tocar a mão do paciente naquele momento do recurso do silêncio ao longo da consulta que, simplesmente comunica “tome seu tempo, estou aqui contigo”. Mais que isso, vestidos com os EPIs, passamos a carregar conosco uma mensagem de “não me toque” e “mantenha uma distância segura entre nós”. Para esta população, carregada de estigmas, isso é facilmente internalizada como uma reação de repulsa. É preciso manter atenção o tempo todo para estas reações, mais uma vez utilizando o vínculo de todo o trabalho pregresso no convencimento de que esta nova atitude significa proteção, e não preconceito.

Na atenção básica, as atividades no território ficaram restritas. Porém

sabemos que os usuários mais vulneráveis não alcançam a unidade. Para o CnaR a atuação de rua não pode simplesmente parar. Na ausência de apoio técnico qualificado para nos orientar, buscamos estudar, adaptar e mesmo criar metodologias sobre procedimentos e sobre o uso, troca e descarte de EPI nos atendimentos de rua, sobre as técnicas e estrutura de higienização do veículo da equipe etc.

A educação em saúde relacionada à pandemia também precisou ser adaptada. Como falar de lavar as mãos para quem não tem acesso à água corrente? Logo avaliamos que a oferta de insumos seria necessária. Para tanto, a própria equipe iniciou um processo de captação de doação de galões de água com bomba manual, sabonetes, detergente, álcool gel, máscaras e afins. Nesta busca, encontramos ofertas espontâneas para outro problema que gritava: a fome. Com o fechamento do comércio, muitas fontes de subsistência dessas pessoas foram comprometidas. Iniciamos então uma atividade que persiste até hoje de captação e distribuição de alimentação pronta (quentinhas), configurando mais uma estratégia de manutenção de contato e captação de demandas de saúde da pessoa em situação de rua. A disponibilidade da sociedade civil em atender este pedido foi uma grata surpresa que nos mostra que valores como a solidariedade e responsabilidade social não deixaram de existir. Por outro lado, registramos que a iniciativa mais uma vez não parte do Estado, responsável constitucional pela garantia do bem estar de todo o cidadão.

Usuários pertencentes aos grupos de risco vêm sendo outro desafio. Iniciamos um mapeamento de pacientes mais graves com abordagens individuais para planos singulares de proteção. Para alguns, organizamos e viabilizamos o

retorno à residência de familiares. Alguns outros optaram pelo abrigo. A estrutura da rede de abrigo, contudo, sofre limitações crônicas pelo baixo investimento. Apesar da estratégia da Prefeitura de inauguração de um novo abrigo provisório com muitas vagas, percebemos muitas lacunas na garantia de biossegurança destes locais.

Nesta caminhada, muitos dos nossos usuários apresentaram sintomas. A maioria sintomas leves e autolimitados, sem acesso a testagem confirmatória (apenas, a partir de agosto, foram contemplados para realização de teste rápido sorológico). Outros agravaram, foram internados e tiveram confirmação diagnóstica através de PCR. Também enfrentaram todos os desafios dos pacientes assistidos por uma rede de saúde que lutava para se adaptar à avalanche da epidemia. Àqueles que não resistiram assumimos o papel de garantir o sepultamento digno, dificultado, principalmente, aos que foram transferidos para outros municípios nos primeiros meses de pandemia, quando o município enfrentou grave insuficiência de leitos de UTI.

De maneira geral, o impacto em termos de mortalidade da PSR parece ter sido equivalente à população em geral, felizmente contrariando nossas primeiras previsões mais pessimistas e demonstrando que a Covid não é justificativa plausível para a implementação de internação compulsória, como mais uma vez aventado. Porém não existem dados oficiais de análise. Mais uma amostra da negligência das políticas públicas quando se trata da PSR.

A pandemia nos trouxe muitos desafios. Nossa equipe persiste com redução de praticamente 50% do efetivo. Em muitos

momentos, precisamos compor escalas de atendimento da unidade de saúde e novas atividades foram incorporadas. Logo, podemos afirmar que não vivemos um momento de normalidade da nossa oferta de serviços. Ainda assim, afirmamos que, mesmo neste contexto, tem sido possível manter o cuidado e, junto com nossos parceiros, atuar como mecanismo de garantia de cidadania.

Referências Bibliográficas

BUCHER, R. A ideologia do discurso de “combate às drogas”, in: BUCHER, R. Drogas e Sociedade nos Tempos de Aids. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

FREIRE, P. A educação e o processo de mudança social. In: FREIRE, P. Educação e Mudança. 19.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: Acselrad G. 2ª.edição. Avessos do prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2005.

BASTOS, F. I. Ruína e reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM, nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

CRUZ, M. S. Considerações sobre Possíveis Razões para a Resistência às Estratégias de Redução de Danos. In: CIRINO, Oscar & MEDEIROS, R. (Orgs). Álcool e Outras Drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica 2006.

LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: HUCITEC, 2008.

Como um serviço universitário reinventou o acolhimento e o enfrentamento do sofrimento psíquico: relato de prática da USP

Oswaldo Hakio Takeda

Em abril de 1996, foi inaugurado o Centro de Reabilitação e Hospital Dia (CRHD) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), que tem como objetivo atender pessoas adultas de ambos os sexos, com transtornos mentais graves (TMG), que necessitam de tratamento intensivo, visando à reabilitação psicossocial, com um plano terapêutico diferenciado e personalizado. A unidade oferece tratamentos intensivos em regime de hospitalização parcial, com atividades terapêuticas de segunda à sexta-feira, das 8h às 16h.

A equipe é composta por psiquiatras e residentes, enfermeiro e técnicos em enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, professor de educação física, terapeutas integrativos, estagiários, aprimorandos, especializando e capacitando diversos.

A grade de atividades terapêuticas do CRHD é ampla e diversificada, estabelece um programa terapêutico através de métodos psicológicos, biológicos, sociais, ocupacionais, corporais, lúdicos, esportivos e práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), estas iniciadas em 2000 e com importante destaque no ano de 2008, com as práticas de Shiatsu, Reiki, Acupuntura, Auriculoterapia, Yoga, Aromaterapia Florais de Bach, Reflexoterapia, Cromoterapia,

Bioenergética e TISE-Toque Integrativo Somato Emocional.

Novas Estratégias de acolhimento e enfrentamento

Tendo em vista as dificuldades que temos enfrentado durante o isolamento social, exigido neste contexto de pandemia da Covid-19, devido à necessidade de acolhimento, para que os pacientes não se sentissem tão isolados, reduzir os fatores de estresse, reduzir as consequências negativas na saúde mental e no bem-estar e que pudessem se manter conectados e interagir entre si, viu-se necessário construir uma nova rotina.

Inicialmente, no período de suspensão das atividades presenciais, para o acolhimento dos pacientes, foram criadas algumas atividades: Grupo de Convivência, que consiste em um grupo de Whatsapp, para que os pacientes possam estar conectados – participam desse grupo, pacientes, técnicos e psiquiatras; Grupos On-line, que consistem em grupos realizados por meio das plataformas Zoom, Google Meet, Skype e Whatsapp Vídeo; Grupo de Residentes de Psiquiatria, para interação, avaliação e acompanhamento dos pacientes; Grupo de Família, com a promoção de reunião com os familiares, conduzida por uma psicóloga e uma assistente social, promovendo um espaço de escuta e acolhimento das diversas demandas; Grupo de Reencontro, realizado às segundas-feiras, para recepcionar os pacientes do final de semana; Grupo de Jornal, por meio de reuniões para discussão/atualização pelas notícias dos jornais; Grupo de Psicoterapia; e Sarau.

Este último nasceu da ideia de transformar as oficinas de poesia, que já existia de forma presencial, em saraus

on-line. Às quintas feiras, desde abril, é realizado um encontro virtual de música e poesia. Sempre às 15h, durante uma hora, os pacientes participam de diversas maneiras: recitam poesias de própria autoria e de poetas consagrados, tocam violão, cantam, expõem suas ideias em relação à arte, fazem analogias entre o que foi escrito, lido, o momento atual e a própria vida.

Além da interação, o intuito é resgatar o contato com a linguagem poética, contribuindo para o fortalecimento de um olhar crítico e da autoestima, despertando o interesse para literatura e trazendo um universo muitas vezes esquecido ou ignorado para a vida do paciente. Segundo relato dos próprios pacientes, os sarais servem de alimento para o corpo e a alma, trazem foco e a possibilidade de ver a vida por outros ângulos.

*“A poesia é tudo o que há de íntimo em tudo”
(Victor Hugo)*

Além das atividades listadas acima, seguimos com a prática da yoga. Com o objetivo de dar continuidade às aulas de yoga e meditação presencial do CRHD, mantendo os propósitos de atenuar os sintomas de estresse, ansiedade, depressão e comorbidades relacionadas, por meio de técnicas de autorregulação, autogerenciamento e autoconsciência, foi criado o Grupo de Yoga On-line. As aulas são semanais, às terças-feiras, com uma hora de duração, das 11h às 12h. Apesar de a adesão às aulas on-line ser menor do que às presenciais, os participantes relatam sempre, ao término da aula, bem-estar. Os que conseguem manter a disciplina e a constância potencializam esses resultados, prolongando-os e encorpando-os, mas os participantes esporádicos também se beneficiam, tendo reduzidos os níveis de estresse,

ansiedade e depressão nem que seja somente no dia da atividade.

Os atendimentos de reiki continuam, desde março, por meio do Enkaku (em japonês), ou Reiki a Distância, como é conhecido no Ocidente uma das técnicas do sistema de imposição de mãos. Essa técnica é aprendida em nível avançado no processo de formação do terapeuta de Reiki, que possibilita ajudar pessoas de modo não presencial. Baseado em uma técnica xintoísta, quem recebe Enkaku sente-se mais aliviado quanto ao grau de estresse ou cansaço ou pode apresentar um grau de melhora do seu estado emocional. O mecanismo de ação do Enkaku continua sendo um ponto de interrogação a ser investigado, provavelmente pelo mesmo motivo que orações e meditações têm seu elemento de cura. Nessa forma de atendimento não existe a necessidade de o terapeuta contatar o paciente.

Já nos casos de reiki on-line personalizado, o terapeuta entra em contato com o paciente e os dois conversam por vídeo do Whatsapp, canal pelo qual o paciente relata como se sente, sendo ele, em seguida, orientado a se colocar numa posição confortável e relaxada. A sessão começa assim que a conversa termina e o Whatsapp é desligado. O terapeuta realiza o Enkaku com a duração aproximada de 40 minutos e, após finalização do atendimento, o terapeuta entra em contato novamente com o paciente, a fim de obter a devolutiva da sessão e ambos marcam a próxima sessão. A princípio o paciente recebe quatro sessões de reiki a distância, podendo essas sessões ser estendidas, conforme a demanda do paciente. Esta forma de atendimento foi criada para potencializar a sensação de cuidado. Os pacientes que não participam do atendimento on-line personalizado, continuam recebendo Enkaku.

Além dos pacientes, ampliamos atendimentos do reiki on-line personalizado para os cuidadores e colaboradores do IPq. O grupo de Jikiden Reiki do CRHD acredita que dessa maneira pode dar um suporte para alívio do estresse e cansaço aos pacientes, cuidadores e funcionários durante essa fase de quarentena e isolamento social.

O Canta CRHD é uma atividade que tem por objetivo promover uma forma de descontração, um tempo de cultivar alegria e celebrar a amizade nesses tempos tão difíceis e oferecer aos participantes a oportunidade de usufruírem alguns benefícios da prática de canto coral como a ampliação da percepção auditiva, a concentração, o relaxamento, a sociabilização, a melhoria dos padrões respiratórios e de articulação, emissão da voz e criação de um repertório de canções brasileiras.

As aulas-ensaio têm duração de 60 minutos, cada, nas quais os participantes trabalham com canções do repertório da música popular brasileira. Durante a aula, são realizados exercícios específicos de relaxamento, respiração, articulação, entre outros, para o preparo vocal, seguidos da aprendizagem e da prática das canções escolhidas.

O cuidado ampliado da saúde mental inclui também os Florais de Bach. Esta ação terapêutica junto aos cuidadores e funcionários preveem atendimentos semanais individuais on-line, momento em que são evidenciados, através da relação entre terapeuta e paciente, o acolhimento, a escuta ativa, o diálogo respeitoso e o vínculo empático. É disponibilizada uma agenda, na qual o profissional que tiver interesse entra em contato para marcar um horário dentro da disponibilidade.

Os Florais oferecem recursos ao indivíduo que ampliam sua consciência de modo a manter o corpo, mente e emoções equilibrados, harmonizados e protegidos. Possibilita a melhora das questões ligadas a ansiedade, agitação, estresse, sensações de medo, que se não tratadas pode evoluir para o pânico e até para a Síndrome de Burnout, fortalecendo a motivação, o compromisso do cuidar, diminuindo estresse, ansiedade e insegurança de todos os envolvidos.

Conclusão

A reinvenção do acolhimento e do enfrentamento do sofrimento psíquico, por meio do cuidado on-line, possibilitou diminuir a distância, trazendo a oportunidade de ter um profissional abrindo escuta e acolhimento, obtendo suporte, assim como cuidando das dores emocionais e das feridas abertas pelas perdas ou falta de adaptação.

É muito bom constatar que, para aqueles que estão abertos a esta forma de atendimento on-line, “funciona”. De forma geral, entendemos que as pessoas estão se adaptando, talvez os interagentes achem um pouco frio, porque sentem falta do contato, pois temos uma máquina intermediando. Mas o vínculo humano se sobrepõe à máquina e a distância. Então, há perdas sim, mas temos muitos ganhos.

Como a sociedade civil tem atuado durante a Covid-19?

Eroy Aparecida da Silva

Estamos enfrentando mundialmente uma crise de proporções sem precedentes devido à pandemia do Covid-19, que desafia os modos de vida do planeta em praticamente todos os níveis, desde o microbiológico, o familiar, até o macrossocial, político, econômico, ambiental e cultural. Embora a contaminação pelo vírus atinja todas as partes do mundo, não podemos deixar de refletir que os impactos dessa contaminação, em relação ao contágio, e número de óbitos são diferentes, apontando que a população mais vulnerabilizada, ou seja, aquela em estado de pobreza e miséria, é a que mais sofre. No Brasil, isso não é diferente. Somos um país continental, populoso, miscigenado e marcado por raízes escravocratas, coronelistas e populistas, responsáveis por uma desigualdade ímpar e contraditória, onde no qual a opulência contrasta com a miséria absoluta.

Segundo dados do Banco Mundial¹, em apenas quatro anos (de 2014 a 2018), o aumento de pessoas convivendo abaixo da linha da pobreza aumentou 67% entre a população brasileira. O ano de 2019 finalizou com 13,8 milhões de brasileiros vivendo com menos de dois dólares por mês. Este contexto já desolador pré-pandemia do Covid-19 agravou ainda mais no Brasil, após a primeira morte por contaminação do coronavírus, em meados de março de 2020. Inicialmente advinda de classes médias ou altas, chegando de viagens do exterior, a contaminação se espalhou rapidamente pelo país e atingiu as comunidades mais vulneráveis, principalmente os negros,

indígenas, trabalhadores informais, pessoas em situação de rua, trazendo preocupações muito sérias em relação aos seus impactos e consequências tanto no presente quanto no futuro. Um levantamento realizado pela Fiocruz², em julho deste ano, apontou que as regiões onde a pobreza é mais acentuada e faltam políticas públicas básicas, como educação, saúde e saneamento, a doença se amplia com muito mais rapidez. Muitos equívocos governamentais em relação às práticas de cuidado com a saúde coletiva foram responsáveis por colocar o Brasil em segundo lugar mundial de óbitos (mais de 140 mil óbitos por Covid-19 na última semana de setembro).

Este cenário de descuido mobilizou ainda mais a sociedade civil, representada tanto pelas organizações não governamentais, associações de moradores, redes formais e informais coletivas e movimentos sociais, para apoiar a população de vulneráveis, incluindo famílias de baixíssima renda, pessoas em situação de rua, crianças, adolescente e idosa. Grande parte desta mobilização social já atuava antes da pandemia e, felizmente, diante da calamidade social, essa mobilização ampliou e está trabalhando incansavelmente nas regiões esquecidas pelo Estado, em comunidades ribeirinhas, locais de difícil acesso, indígenas, dentre outras, cotidianamente. Esta rede de atuação e mobilização de toda a sociedade tem sido uma importante estratégia no enfrentamento da pandemia, embora muitos destes coletivos de apoio sofram internamente com os poucos recursos que possuem para atender uma demanda quase sempre muito maior do que os recursos oferecidos.

A cada dia, novas iniciativas da sociedade civil surgem e se somam a esta luta de enfrentamento ao vírus, ampliando as

frentes de ação em defesa da vida humana em várias áreas da saúde, com a distribuição de máscaras, produtos de higiene, como sabonetes e álcool gel, material de limpeza, doações aos hospitais de equipamentos de proteção individuais (EPIs), alimentação, seja com a oferta de marmitas à população de rua, cestas básicas, água, dentre outros materiais como cobertores, agasalhos e outros gêneros de necessidades, ou ainda em escutas individuais dos sofrimentos.

Especialmente na cidade de São Paulo, vários coletivos foram formados nas próprias comunidades periféricas para arrecadação de suas necessidades. Vários institutos não governamentais apoiam organizações sérias nas áreas de educação, saneamento e alimentação. A Rede Nacional de Mobilização Social³, assim como várias outras redes e organizações da sociedade civil, tem auxiliado a trazer benefícios baseados não apenas no assistencialismo, mas no cuidado e acolhimento da população vulnerada, através delas mesmas, apoiando movimento de mulheres empreendedoras no ramo têxtil, de costura, bordados e alimentação. Diante deste cenário observamos otimistamente crescimento do Advocacy⁴, ou seja, como advogar a favor de causas que envolvem a solidariedade, a inclusão, a cidadania, o empoderamento da própria comunidade na luta tanto por melhor condição de vida quanto pela garantia de seus direitos. Esta estratégia defende que mais do que mitigar os problemas é necessário enfrentá-los e tratá-los nas suas causas, lidando com as desigualdades sociais, bases das atrocidades humanas no Brasil.

Embora tenhamos vários movimentos filantrópicos significativos e atuantes, precisamos de muito mais. É preciso que avancemos nas raízes das desigualdades.

A pobreza no Brasil não será solucionada meramente com ações assistenciais/filantrópicas. É necessário que nosso país avance no enfrentamento da sua desigualdade, situação essa que nos coloca no ranking de um dos maiores do mundo neste quesito. Vale lembrar que, embora muitos recursos midiáticos e tecnológicos tenham sido desenvolvidos diante da pandemia, uma camada significativa de pessoas não tem acesso a eles. Inúmeras crianças estão fora do ambiente escolar on-line porque não têm acesso a internet ou não possuem computadores, tablets ou qualquer outro dispositivo para acompanhar as aulas. Além disso, importante lembrar, que um número significativo da população, em pleno século 21, não acessa oportunidades de condições de vida e saneamento, enfrenta a falta de trabalho e não possui renda suficiente para manutenção de sua prole. É necessário que lutemos como sociedade civil organizada, em defesa de direitos, da dignidade humana e do bem estar, no enfrentamento e na adaptação a essa dura realidade pandêmica que denuncia o descuido dos poderes público, econômico e político em relação à saúde coletiva das pessoas.

Sob esta perspectiva, de forma propositiva, especialmente na cidade de São Paulo, vários coletivos formados pela sociedade civil trabalham cotidianamente tanto para atender solidariamente quanto para mapear as necessidades junto às comunidades vulneradas, frente à pandemia do coronavírus. Dentre eles, citamos: Centro de Convivência É de Lei; Coletivo Tem Sentimento; Amparar/Rede Contra Genocídio; Pastoral Carcerária; Pastoral do Povo da Rua; A Cor da Rua; Centro de Educação pela Arte (CISARTE); Rede Fundação do Grajaú-Mulheres da Billings; Movimento Nacional e Estadual dos Moradores de Rua; Rede de Apoio Popular do Butantã;

Centro de Apoio e Pastoral do Migrante; ACT, Promoção de Saúde; Associação das Mulheres de Paraisópolis; Novos Herdeiros Humanistas; Projeto Séfora's; Coletivo Favela Fundão; Família Apoia Família; Vida Corrida; e Central Única das Favelas (CUFA). Em outros estados brasileiros, contamos também com inúmeras organizações não governamentais que militam em prol de uma vida digna, que durante a pandemia está trabalhando com a população.

Acreditamos que reside nesse esforço conjunto e articulado de todos estes setores, juntando ainda os recursos públicos e privados disponíveis, a forma mais efetiva de enfrentarmos tanto a pandemia do coronavírus quanto a desigualdade que assola o país.

É dever da sociedade civil organizada exigir do atual governo o cumprimento das leis e a garantia da defesa dos direitos humanos, de um Estado laico, do respeito à diversidade, enfim a garantia da vida humana no sua real potência.

Referências bibliográficas

1. Brecha de pobreza a \$1,90 por dia (2011 PPA). Publicação do Banco Mundial. Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GAPS?view=chart>

2. Populações vulneráveis. Publicação do Portal Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/populacoes-vulneraveis>

3. Sociedade Civil e Combate ao Coronavírus. Publicação da Rede Nacional de Mobilização Social (Coep). Disponível em: <http://coepbrasil.org.br/iniciativas-da->

sociedade-civil-no-combate-ao-coronavirus

4. Castro, D. Advocacy: como a sociedade pode influenciar os rumos do Brasil. SG-Amarante Editorial, 2016.

Encontros e Memórias: Loucura na rede

Ariadne de Moura Mendes

Na semana anterior ao decreto do isolamento, o Ponto de Cultura Loucura Suburbana viveu uns dias bastante agitados – o que, aliás, não era incomum. Era dia 11 de março, uma quarta-feira, e receberíamos a visita dos novos residentes em saúde mental, além de estarmos envolvidos com reuniões da comissão de patrimônio e parcerias do projeto institucional da criação de um novo museu, o Museu da Psiquiatria ou o da História da Saúde Mental, do Instituto Nise da Silveira. O dia seguinte, momento da Oficina de Percussão, pela manhã, e de Oficina Livre de Música, à tarde, foi dedicado a organizar o Ateliê de Adereços e Fantasias e o Barracão, que ainda refletiam os dias intensos de preparação e dos empréstimos das fantasias – afinal, tínhamos voltado do recesso pós-desfile há alguns dias, no dia 2 de março.

Nosso 20º desfile tinha ocorrido no dia 20 de fevereiro de 2020. Celebramos muito essa profusão de vintes. O Cyber, que oferece acesso gratuito à internet, funcionou normalmente com a presença dos usuários dos serviços de saúde mental e dos alunos do Clube Escolar. Durante todo o dia, uma parte da equipe trabalhou na elaboração do projeto que seria enviado para concorrer ao edital da Secretaria Municipal de Cultura de Circulação de Música, nas lonas, arenas e areninhas culturais. Estávamos empolgados, queríamos gravar mais um CD com os sambas campeões de 2012 a 2020 e fazer um show de lançamento no teatro do Parque de Madureira, no fim de novembro. Tínhamos que correr com o projeto, para entregá-lo no dia 16 de março. O dia 12 de março foi nosso

último dia de trabalho presencial. Muitas vezes trabalhamos de casa, no fim de semana, mas naquela segunda-feira, 16, quando conseguimos enviar o projeto, iniciava-se uma nova era para o Loucura.

Acho que ficamos meio em estado de choque nos primeiros dias. Talvez um gosto de descanso, quase férias, que inicialmente o isolamento provocava. Ao mesmo tempo, insegurança, medo e esforço para entender e se adaptar à nova realidade foram sentimentos vivenciados pela equipe nos primeiros dias. Parada no tempo, no espaço, na dinâmica das relações.

Mas essa realidade começou a se impor e o Ateliê foi acionado para a confecção de máscaras de tecido para usuários e servidores do Nise da Silveira, tendo início uma mobilização a distância, envolvendo setores do Nise, a coordenação e frequentadoras do Ateliê, moradoras do bairro do Engenho de Dentro, zona norte do Rio de Janeiro, estabelecendo-se uma rede solidária que se responsabilizou pela produção de mais de mil máscaras.

Essa foi a primeira rede pós início da pandemia. O que acontece depois é a descoberta e a imersão no mundo virtual. Iniciamos pelas reuniões de equipe, ainda tateando o mundo desconhecido das plataformas que foram ficando mais amigáveis, gratuitas e mais acessíveis com o tempo e enfrentando as limitações dos aparelhos de muitas pessoas da equipe, que apresentavam pouca capacidade de manter as conexões e que, por isso, não conseguiam ficar presentes o tempo todo ou ficavam só com voz, porque a imagem não funcionava. Apesar dessas limitações, esses encontros regulares da equipe foram – e são até hoje – importantes elementos de sustentação dos vínculos afetivos e de trabalho,

permitindo que mantivéssemos a prática rotineira da construção coletiva das nossas atividades, desta vez desafiada a inventar algo novo.

E é aí que surge a ideia de promover encontros através de recurso que vinha começando a ser amplamente utilizada, as lives. Há muito tempo pensávamos em conseguir dar uma parada na intensidade de nossas atividades, para nos dedicar mais a alguns projetos que registrassem a história do Bloco Carnavalesco Loucura Suburbana. Um dos quais já tinha tido um começo quando colhemos depoimentos de algumas pessoas ligadas ao carnaval, ao bairro do Engenho de Dentro e à instituição psiquiátrica – o Instituto Municipal Nise da Silveira –, dentre eles alguns personagens emblemáticos da história do samba carioca.

A primeira live, Loucura na Luta, realizada no dia comemorativo do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, reunindo pessoas ligadas ao Loucura Suburbana e, também, à saúde mental, só fez demonstrar que o início de um projeto de memória começava e que a via virtual representava um facilitador dos encontros. Encontros também com pessoas que já foram muito próximas e que estavam fisicamente distantes no espaço e no tempo. E assim foi concebida uma programação regular de lives, algumas com caráter mais acentuado de depoimentos de trajetórias com papéis mais marcantes na fundação e na construção do Loucura, tanto bloco quanto ponto de cultura. Esses agradáveis encontros têm contribuído não só para tornar pública a história e seus personagens, mas para que a própria equipe a conheça mais, em detalhes. Principalmente, para que todos nós a revivamos – afinal, recordar é viver. A utilização de várias plataformas e seu manejo para a realização dos encontros virtuais representou também

desafios para a equipe e a oportunidade de novos aprendizados.

As lives realizadas até agora passaram pela história da fundação do Bloco Loucura Suburbana, da constituição do Ateliê de Adereços e Fantasias, pelas trajetórias e importância das oficinas musicais do Loucura – de percussão e livre de música –, e podem ser revistas no canal do Loucura Suburbana no Youtube. Com esse conjunto de encontros e memórias, fomos percebendo que continuamos o movimento de juntar pessoas com música, carnaval, criatividade e alegria, desta vez colocando o bloco nas redes sociais. Houve, inclusive, participação dos foliões e foliãs internautas numa votação para escolher a ordem de apresentação das últimas três lives.

O desafio da sustentabilidade, constante na vida do dia a dia do Loucura Suburbana, uniu-se dessa vez à necessidade de reinvenção das propostas de participação em editais públicos. Representou um verdadeiro e agradável laboratório de ideias a concepção de três projetos virtuais de membros da equipe para concorrer a um edital público de auxílio aos fazedores de cultura: um vídeo arte com poesias da autora deste artigo; uma oficina de percussão, A Insandecida em Casa; e uma editora virtual, A Encantarte Virtual. Infelizmente, apenas a oficina foi contemplada e realizada. Esse desafio da sustentabilidade continua a ocupar a equipe na busca de financiamentos e apoios que garantam a continuidade do trabalho.

Para entender por que estamos conseguindo passar por esse momento de distanciamento social e, em muitos casos, de isolamento mesmo, mantendo a equipe unida e com boa estabilidade emocional, é interessante

apresentarmos brevemente a história, a estrutura e a prática de anos de funcionamento do Loucura Suburbana.

O Bloco Carnavalesco Loucura Suburbana foi criado no Instituto Municipal Nise da Silveira, em 2001, quando realiza seu primeiro desfile reunindo usuários, familiares e funcionários da rede pública de serviços de saúde mental, além de moradores do bairro do Engenho de Dentro, subúrbio do Rio de Janeiro, onde se situa a unidade. Sua criação foi coletiva, envolvendo atores de diversos serviços, não só da instituição, mas de outras, além da comunidade, e representou o protagonismo da saúde mental ao romper os muros do hospício, levando para a cidade seu primeiro bloco de carnaval em saúde mental, além de ter tido o importante papel de revitalizar o carnaval de rua do Engenho de Dentro, potente no passado, mas que naqueles anos não estava existindo mais.

Em 2009, torna-se o primeiro ponto de cultura em saúde mental da cidade o Ponto de Cultura Loucura Suburbana: Engenho, Arte e Folia, com apoio da Secretaria Estadual de Cultura do Rio de Janeiro. A partir daí, começa a oferecer oficinas gratuitas, permanentes, abertas à população em geral, ligadas ao carnaval e ao samba, incorporando mais tarde outros dois projetos, a Escola de Informática Nise da Silveira e a Encantarte Editora.

É importante destacar que toda a construção do Loucura foi feita com a participação de usuários dos serviços de saúde mental que compõem, desde sempre, a equipe, participando das decisões, já que nossa gestão é coletiva e horizontalizada. O Loucura cria espaços de integração com a população e inaugura uma forma peculiar de lidar com a loucura: através da cultura e arte,

sim, mas também do trabalho – somos uma equipe de trabalho que bota o bloco na rua, que produz cultura.

A relação cotidiana de trabalho e os espaços para expressão, criatividade e acolhimento das diferenças permitem desenvolver potenciais, revelar talentos e habilidades, fazendo com que as pessoas com sofrimento mental adquiram novas identidades, que se constituam como sujeitos de sua própria história, que a reescrevam como cidadãos, abandonando a identidade estigmatizada do louco, introjetada durante anos pelo preconceito da sociedade com relação à loucura, e que ganhem a cidade.

A construção de uma história coletiva, simultaneamente à construção e reconstrução de histórias individuais, gera contínuos movimentos de ressignificação de vidas e consolida uma prática democrática do viver. É uma chance continuar, na rede, a construção dessa história, de agregar e aprofundar histórias que correm o risco de ficar esquecidas ao longo de tantos anos do nosso existir. Reviver a história do Loucura é mantê-la viva e continuar dando sentido às existências individuais dentro do coletivo, das relações que compõem o coletivo.

Essas relações, os vínculos afetivos em ligação permanente, o desenvolvimento criativo e o que foi introjetado e produzido durante anos pelos frequentadores do Loucura representam uma estrutura que tem servido de base para que os usuários de saúde mental, assim como toda a equipe, enfrentem saudavelmente a impossibilidade de estarem juntos fisicamente nas atividades habituais, bem como as ameaças constantes do desmonte da política de saúde mental

construída pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Antes, sim, no aglomerado de seres indiferenciados, sem nome, de um hospício cruel, era o isolamento. Agora é o isolamento vivido sem angústia com o desafio de ser suportado, de ser transposto, de ser reconstruído, de ser colorido.

Para finalizar segue o depoimento de nossa porta-bandeira, Elisama Arnaud:

“Se eu tenho hoje conhecimento, foi devido ao curso de informática, e ficou muito aguçado em mim. E isso é uma base que fica para a vida toda. Com ele eu posso mexer na internet, no celular, fazer lives, me desembaraçar. Por causa disso, eu tenho um emprego. E o Ponto de Cultura, na epidemia, me ajudou a me orientar na questão da máscara, ter que ficar em casa. Isso me ajuda bastante, porque estou sempre me comunicando com vocês. Estou sobrevivendo sem ficar doente de novo, sabendo orientar minha família. O Ponto de Cultura me ajudou a ser positiva, não negativa, a aprender a olhar para o futuro. Estou sendo produtiva, pintando, estou escrevendo, cuidando de mim, procurando um futuro melhor. Sinto-me empoderada, porque pago minhas contas, compro minha comida... Antes eu era uma dona de casa, agora sou uma mulher, me respeito, gosto de mim, me aceito do jeito que eu sou, não fico me julgando, dizendo que eu não consigo. Agora eu consigo, eu vou em frente. Eu sei os meus direitos, eu agarro ali, com unhas e dentes, e me defendo. Antigamente, eu não conseguia nada disso e quem me ensinou tudo isso foram vocês. Vocês seguraram na minha mão e disseram ‘vai’, e eu fui”.

Movimentos antimanicomiais na pandemia: como estão enfrentando estes desafios?

Ed Otsuka

Em tempo de pandemia, novos desafios se apresentam. Para lançarmos luz sobre nossas ações é necessário considerar, também, que as oportunidades de criação e transformação encontram novo horizonte. Especialmente, quando tratamos de questões que tendem a serem mantidas por aspectos históricos, políticos, econômicos e culturais. A lógica manicomial se alastra e se reproduz pelas diversas dimensões da vida cotidiana na sociedade brasileira.

“A conceituação em saúde mental é marcada por muitos caminhos, cada um deles se oferecendo para instituí-la, e nenhum deles podendo dar conta da liberdade de abstração necessária, dos nós ideológicos, das heranças (sejam as materialistas, fenomenológicas ou outras) que produzem as nomeações para a saúde e a doença”. (FERNANDES, 2005)¹

A emergência de antigas questões e a demanda por novas práticas e novos saberes não se encerram em tempo de pandemia, mas podem ser disparados pelo quadro em tela, cujas cores ficam mais “vivas” nesse período. Citamos aqui o acesso a ferramentas e tecnologias de comunicação e expressão individuais e coletivas, que consiste em lacuna perpetuada pelas desigualdades sociais, que se faz ainda mais grave quando soma à segregação cotidiana e histórica das pessoas em sofrimento psíquico, sobre as quais paira uma constante aura de incapacidade. Precisamos para essas novas práticas, que se tornam banais, de um

computador ou um celular, e de acesso à rede de internet. Ou seja, é necessário acesso a bens e conhecimento, que, todos sabemos, não é nada democrático.

Pois bem, demanda-se a criação e a consolidação de espaços para a participação coletiva de usuários, trabalhadores, familiares, estudantes e militantes. Por consequência, evidencia-se a urgência de novas formas de enfrentamento de um quadro que perdura e se agrava. Os movimentos sociais, com tão poucos recursos e tantas batalhas a serem travadas, ao menos, possuem a resiliência e a capacidade de criar. Abrem-se possibilidades de transformação, que podem ter origem em tempo de pandemia, mas não se encerram quando e se esse tempo for superado. Que o acesso a essas ferramentas de expressão e comunicação permaneça como um importante aliado na garantia de voz à diversidade e à singularidade. Que todas e todos possam se apropriar desses instrumentos, que constituíram importantes meios para construção de seus próprios projetos de vida.

Quando dizemos, nesse caso, que é pelo medo que o grupo reage a uma experiência nova, ao que é indeterminado ou ao que é desconhecido, enunciamos uma verdade muito mais ampla do que aquela que nós mesmos reconhecemos e, por conseguinte, o grupo também só consegue reconhecer os aspectos superficiais dessa afirmação. Não é apenas a novidade que provoca o medo, mas também o desconhecido que existe no interior daquilo que é conhecido (BLEGER, 1991)².

Os movimentos antimanicomiais, como denunciadores e transformadores da ordem estabelecida, não podem negar

essa face da realidade que nos encara de frente. Na impossibilidade do encontro que se faz pelo toque e se fortalece no coro de vozes que se sobrepõe pela proximidade de muitos, é necessário reinventar formas de construção coletiva e demonstração de unidade, mesmo que a distância física seja sinônimo de cuidado. Se o silêncio não é uma opção, precisamos amplificar e juntar as vozes com as ferramentas de que dispomos.

A Luta Antimanicomial só existe porque a transformação urge e a construção de coisas belas em ambiente árido é essência. O encontro do novo, do diverso e do novo saber sempre foi desafio, que não se pode evitar, para a Luta Antimanicomial. Como projeto amplo de sociedade/comunidade mais justa e igualitária, busca nesse período, aliada aos seus princípios, articular com diversos movimentos sociais. No que tange à saúde e à saúde mental, a integralidade do sujeito e da vida não podem ser negados. As questões étnico-raciais, da população em situação de rua, do sistema prisional, da população LGBTQI+, de pessoas internadas em instituições asilares em geral, da violação dos direitos dos trabalhadores do campo da saúde, da violência de Estado, da exploração pelo trabalho, só podem ser vistas de forma transversal. O diálogo como forma dialética e ações conjuntas são estratégias fundamentais para o aprofundamento e a ampliação da discussão acerca da saúde mental e da Luta antimanicomial.

Os movimentos antimanicomiais só podem se realizar na concretização do que defendem, na horizontalização das relações e na garantia de direitos. Assim, as novas construções devem se basear na democratização dos espaços de locução. Nesse período, os movimentos estão atentos a ações de oportunistas sempre alertas em impor seus interesses

sobre a fragilidade do outro, “passando a boiada”. Identificamos, denunciemos e atuamos sobre o aumento da produção de sofrimento psíquico por meio de instituições e práticas manicomiais, como as Comunidades Terapêuticas pela Resolução 03/2020, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad)³, órgão superior permanente do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), que “regulamenta o tratamento de adolescentes com dependência química em Comunidades Terapêuticas”, ou a Portaria nº 69/2020 do Ministério da Cidadania⁴, que estabelece a internação de pessoas em situação de rua e imigrantes, nessas mesmas instituições. Como também pelos Hospitais Psiquiátricos, cuja distorção do cuidado se soma à exposição e proliferação do vírus, manifestando a necropolítica⁵, que historicamente atingiu o dito “louco”, pela disseminação do atendimento ambulatorial em diversos serviços de saúde mental, que encontra cenário fértil para sua expansão, o que fomenta a lógica da medicalização, patologização e reificação da vida.

No manicômio, não há singularidade, os pacientes são todos iguais, são postos em determinados diagnósticos, são reduzidos à doença. É tirado deles o direito de ser um indivíduo que interage com o outro e com o mundo. Segundo Franco Rotelli⁶, o manicômio é o lugar zero da troca. O paciente é privado de trocar, de dialetizar com o mundo. Há a necessidade do distanciamento e do isolamento social, como forma de cuidado, mas a troca afetiva não deve jamais cessar.

Copa da Inclusão junto com outros movimentos da Luta Antimanicomial

A Copa da Inclusão, organizada pela entidade Sã Consciência, é um projeto

que promove o acesso a atividades de lazer, esportes, artes e geração de renda, como dimensões essenciais na promoção integral de saúde mental. Trata-se de uma ação política que ocorre há 19 anos, anualmente. Conta com a participação de aproximadamente 90 serviços de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO, SRT - Serviço Residencial Terapêutico, UAs - Unidades de Acolhimento), localizados na capital, região metropolitana e interior de São Paulo. Cada edição é planejada em reuniões abertas que contam com a participação de usuários, trabalhadores, familiares e militantes da Luta Antimanicomial.

De forma ampla, buscamos contemplar as dimensões culturais, políticas, históricas da vida de cada usuário e de cada serviço. Aspectos como a intersectorialidade, a construção e fortalecimento das redes de saúde, a territorialidade, a participação e o controle social, o projeto terapêutico social do sujeito e da instituição, formas alternativas de relações de trabalho, a garantia de acesso à cidade, o convívio social e comunitário e a apropriação dos espaços e bens públicos. Compreendemos que a saúde mental apenas se promove abrangendo todos esses elementos.

Em meio à pandemia, continuamos sendo guiados por essas questões, mesmo que algumas não pudessem ser realizadas concretamente. O projeto não poderia paralisar num momento que é tão demandado e que aspectos da vida são tão explicitados, gerando ainda mais sofrimento.

Em 2020, quando é realizada a 19ª edição do projeto, o encontro que consiste em sua essência, é concretizado por novas formas e caminhos. O acesso

a novos ambientes, que consiste em um de nossos objetivos centrais, por exemplo, se realiza nos ambientes virtuais. O próprio encontro afetivo e de construção coletiva, Show de Talentos (apresentações artísticas livres), Oficinas Culturais e Terapêuticas, Feira de Geração de Renda e Roda de Conversa foram garantidos. Por conta do cenário de pandemia, todas as atividades ocorreram por meio de ferramenta digital.

A articulação e a construção coletiva são elementos basilares para a Copa da Inclusão e os movimentos antimanicomiais. No período de pandemia, buscamos fomentar a aproximação com diversos movimentos parceiros na Luta Antimanicomial e da defesa dos direitos humanos, como frentes e fóruns da luta antimanicomial, com destaque para a Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo, o Movimento PopRua, coletivos de Economia Solidária, sindicatos, conselhos profissionais, conselhos de participação e controle social, entre outros. Assim, seguimos, sem estagnarmos, sempre buscando novas construções e novas estratégias para o fortalecimento da Luta Antimanicomial e por uma sociedade mais justa, igualitária e fraterna.

“O desejo de saber deve ser constante. Não pode ter um fim. De outra forma serve apenas a busca de certezas que será imposta ao objeto sobre o qual se debruça. O objetivo de conhecer se desvia para o de produzir uma tal verdade. Assim, encerra-se o saber, sem necessidade de outro futuro continuamente em desenvolvimento. O devir deixa de existir, bem como sua possibilidade de se realizar. Qualquer avanço é bloqueado”. (OTSUKA, 2017, p. 123)

Referências Bibliográficas

1. Fernandes, MIA. Negatividade e vínculo: mestiçagem como ideologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p.41.
2. Bleger J. O Grupo como Instituição e o Grupo nas Instituições. In: A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 46.
3. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Brasília, Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020.
4. Brasil. Ministério da Cidadania/Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Assistência Social. Portaria nº 69 de 14 de maio de 2020. Brasília, Ministério da Cidadania, 2020.
5. MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2019.
6. Rotelli F. Desinstitucionalização. 2nd ed. São Paulo: HUCITEC, 1990.

Pandemia: as prioridades da contrarreforma psiquiátrica

Katia Liane Rodrigues Pinho e Leonardo Pinho

○ vídeo da reunião do dia 22 de abril de 2020, entre o presidente Jair Bolsonaro e seus ministros de Estado, teve seu sigilo retirado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e o país assistiu as prioridades e a agenda do atual governo. Duas declarações demonstram como utilizar a pandemia como oportunidade.

O ministro Ricardo Salles orientando o presidente e os demais ministros afirmou:

“[...] a oportunidade que nós temos que a imprensa está nos dando um pouco de alívio nos outros temas é passar as reformas infralégais de desregulamentação, e continuou: ir passando a boiada e mudando todo o regramento e simplificando normas [...]”¹.

Na mesma lógica, o ministro da Fazenda, Paulo Guedes, afirmou:

“Nós vamos ganhar dinheiro usando recursos públicos para salvar grandes companhias”¹.

No atual contexto de pandemia: quais foram as principais preocupações da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Prevenção às Drogas (SENAPRED) do Ministério da Cidadania? Reunir os coordenadores de saúde mental de todos os estados brasileiros, para ter uma estratégia nacional de prevenção? Criar estratégias nacionais de cuidado? Ter planos de contingência de hospitais psiquiátricos (HP) e comunidades terapêuticas (CT)?

Reunir os conselhos nacionais de direitos para pensar uma agenda emergencial?

Não! A agenda da contra reforma psiquiátrica tinha outras prioridades. A partir das premissas do atual governo os operadores da contra reforma psiquiátrica, enxergaram a pandemia como uma oportunidade para passar a boiada e ganhar dinheiro usando recursos públicos.

As medidas anunciadas foram essencialmente voltadas a ampliar o mercado das internações, garantindo mais leitos em HP e nas CT, e a criar uma rede privada de atendimento em saúde mental.

Enquanto isso se amplia pelo país os casos de contaminação e mortes por Covid-19 em locais de isolamento, como nos HP de Porto Alegre (RS), denunciados à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH-OEA), onde ao menos 57 pacientes e 38 trabalhadores foram contaminados, além de 8 óbitos².

Para garantir a ampliação de internações em CT, a SENAPRED lançou a Portaria 340, com orientações em tempos de Covid-19: “Art. 3º - As atividades e os serviços realizados pelas Comunidades Terapêuticas são considerados essenciais, nos termos dos incisos I e II do art. 3º do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020”³.

Outra medida comemorada pelos atores da contra reforma psiquiátrica foi a Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020⁴, que tem como objetivo possibilitar a consolidação das CT como parte dos fluxos das políticas à população em situação de rua:

“[...] tendo em vista o atendimento a necessidades das pessoas em situações de rua que sejam dependentes de álcool e outras drogas, orienta-se que, nos locais em que haja demanda específica para tal, a Rede Socioassistencial, juntamente com a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS da saúde, acordem protocolos e fluxos de encaminhamento com as Comunidades Terapêuticas cadastradas junto à Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED)[...]”⁴.

Avançando ainda mais na agenda, no dia 6 de julho de 2020, em pleno período crítico da pandemia pela Covid-19 no Brasil, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) reuniu-se extraordinariamente e aprovou a ilegal regulamentação do acolhimento de adolescentes em CT. A Resolução nº 3 foi publicada em Diário Oficial dia 24 de julho de 2020⁵.

O Conad com essa regulamentação pretende autorizar que as CT recebam dinheiro público, com a finalidade de criar internações que podem chegar a um ano de duração. Esse tipo de internação de longa permanência viola os direitos humanos e, claramente, não visa cuidado e tratamento, se assemelhando a uma medida de restrição de liberdade.

Na Câmara Federal, a reação foi imediata, sendo apresentadas duas iniciativas:

1 - O Projeto de Decreto Legislativo 207/20 que anula a Portaria do Ministério da Cidadania que estabelece regras para o enfrentamento da pandemia pela COVID-19 em CT⁶;

2 – O Projeto de Decreto Legislativo 354/20 que susta os efeitos da Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020⁷.

Vale destacar que as ilegalidades na Resolução nº 3 do Conad⁵ foram apontadas pela recomendação conjunta nº 3839672 da Defensoria Pública da União/RJ⁸ em conjunto com diversas defensorias estaduais:

“[...] não ser permitida, em qualquer caso, a permanência de adolescentes em comunidades terapêuticas, pois o acolhimento em instituições depende sempre de ordem judicial e só poderá ser efetuado em estabelecimentos próprios, que preencham os requisitos dos artigos 92 e 94 da Lei nº 8.069/90 e a Resolução Conjunta nº 11/2009, que estabelece as Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes”⁸.

No dia 13 de agosto de 2020, dia do psiquiatra, em vídeo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), secretários do Ministério da Saúde anunciam um momento histórico, que o presidente da ABP sintetizou como: “O que foi proposto aqui hoje é um sistema PRIVADO ofertado para o Sistema Público”¹.

O conjunto de iniciativas realizadas durante a pandemia não vai no sentido de fortalecer o sistema único de saúde e de assistência social, de criar estratégias de cuidado e prevenção e de atuar para evitar as mortes e contaminações que vêm ocorrendo no país em HP e CT privadas. Ao contrário, ver a pandemia como oportunidade. Momento de passar medidas ilegais, infralegais, usar as canetadas (portarias e decretos) para ampliar o mercado de repasses públicos para o setor privado.

Enquanto a maioria da população, a imprensa, os trabalhadores da saúde e da assistência social mostram empatia e prioridade à vida, a contrarreforma psiquiátrica tem outra prioridade. Seguindo Salles, “passando a boiada e mudando todo o regramento e

simplificando normas”, e, seguindo Guedes, “ganhar dinheiro usando recursos públicos”¹.

A agenda da contrarreforma psiquiátrica vê na pandemia uma oportunidade para ampliar o mercado das internações privadas, pagas com dinheiro público, e de criar uma rede privada de saúde mental. Uma clara agenda de regressividade dos direitos humanos, impondo uma reversão ao paradigma do tratamento em liberdade, cuja rede substitutiva, pública, intersetorial e de base comunitária para tratamento e promoção de direitos em saúde mental e drogas no Brasil é substituída pelo modelo privado de isolamento e exclusão. Um retorno ao modelo que levou aos “holocaustos brasileiros”⁹.

Referências bibliográficas

1. Psiquiatria, Associação Brasileira. Novos rumos para as Políticas de Saúde Mental no Brasil. Youtube. 17 de agosto de 2020.
2. Gomes, L. E. Entidades apontam falta de transparência e omissão do Estado após surto de covid-19 em hospitais psiquiátricos. Sul21. 05 ago 2020. Coronavírus.
3. Brasil. Portaria nº 340 de 30 de março de 2020. Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas.
4. Brasil. Portaria nº 69 de 14 de maio de 2020. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19.
5. Brasil. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.
6. Brasil. Projeto de Decreto Legislativo 207/2020, de 11 de maio de 2020. Susta, nos termos do Artigo 49, V, da Constituição Federal, a Portaria Nº 340, de 30 de março de 2020, que “Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas.
7. Brasil. Projeto de Decreto Legislativo 354/2020, de 05 de agosto de 2020. Susta os efeitos da Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, Ministério da Justiça e Segurança Pública, que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.
8. Brasil. Recomendação nº 3839672 - DPU RJ/GABDPC RJ/IDRDH RJ, de 03 de agosto de 2020. Acolhimento de jovens com idade entre 12 e 18 anos incompletos em comunidades terapêuticas.
9. ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Como a Terapia Comunitária Integrativa tem ajudado pessoas a enfrentarem o sofrimento durante a Pandemia da Covid-19?*

Milene Zanoni da Silva, Adalberto de Paula Barreto, Josefa Emília Lopes Ruiz, Jussara Otaviano, Maria Lucia A. Reis, Maria José Mendonça, Walfrido Kühl Svoboda, Catalina Baeza, Maria de Oliveira Ferreira Filha

“Confinados nos desligamos do social para religarmos com a família e nossa casa interior”. (Adalberto Barreto)

Embora as pandemias sejam milenares, a Covid-19 está sendo única no que concerne sua amplitude, magnitude e rapidez, já que pessoas em mais de 213 países em todo o mundo foram afetadas simultaneamente, em um curto período de tempo¹. Além de mitigar os impactos danosos de casos e óbitos por Covid-19, há outro desafio necessário para preservar vidas: em uma pandemia, o medo e os níveis de ansiedade e de estresse em indivíduos saudáveis aumentam e os sintomas daqueles com distúrbios psiquiátricos pré-existent intensificam.

Em um cenário em que há um interesse significativo nos recursos vinculados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), no manejo da Covid-19², sabe-se que vem ocorrendo a oferta de PICS na atenção primária e em serviços especializados de forma presencial e/ou virtual, por meio do telecuidado, tais como as rodas de Terapia Comunitária Integrativa on-line.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma abordagem interpessoal

genuinamente brasileira, que nasce pelo trabalho de Adalberto de Paula Barreto, com a colaboração de Airton Barreto, em 1987, em Fortaleza (CE), que, ao longo das décadas, tem se expandindo a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), nacional e internacionalmente, em países da América Latina, Europa e África. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a TCI foi aprovada a partir da Portaria 849/2017.

A TCI é uma estratégia de cuidado solidário, realizada em grupos, com o objetivo de promover a saúde mental, construir redes de apoio social e vínculos saudáveis, estimular relações que possibilitam compartilhar experiências, resgatar habilidades e superar adversidades.

A TCI está ancorada em cinco fundamentos: pensamento sistêmico; pragmática da comunicação; antropologia cultural; pedagogia de Paulo Freire; e resiliência. Seu método pauta-se em etapas e regras³, onde o recurso é a palavra para dar voz às emoções, uma vez que ao verbalizar sentimentos nos conectamos com a nossa humanidade⁴.

A TCI no cenário de isolamento social

A partir do início da pandemia pelo novo coronavírus no Brasil, as rodas de TCI, que historicamente eram realizadas de forma grupal e presencial, foram testadas para assumir um novo modus operandi no ambiente virtual, utilizando para isso diversas plataformas, como o WhatsApp, Zoom, Google Meet, entre outras. Esta prática rapidamente espalhou-se em diversas partes do país e da América Latina, com apoio da Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (Abratecom) e

da Associação Brasileira de Psiquiatria Social (APSBRA).

Para dar sustentação ao processo de mudança na forma de realizar as rodas de TCI, vale destacar três aspectos que impulsionaram o seu crescimento neste período de pandemia:

1) A Abratecom criou um Grupo de Trabalho com o objetivo de traçar diretrizes para a realização das rodas de TCI on-line, apontando os cuidados metodológicos e tecnológicos para realizá-las;

2) Implementação de parcerias estabelecidas entre a Abratecom, APSBRA e a Coordenação Nacional das PICS do MS para o oferecimento de rodas de TCI on-line, destinada aos profissionais de saúde, especialmente àqueles e àquelas que estão na linha de frente no combate à Covid-19. Desde abril, foi construída uma agenda contendo mais de 20 rodas de TCI on-line por semana, em diferentes horários, disponibilizada pelo ObservaPICS/Fiocruz-PE;

3) Incentivo e capacitação para o registro das rodas realizadas por parte dos polos da rede Abratecom e terapeutas comunitários.

Sistema de Registro das Rodas de TCI pelos Polos de Formação

A cultura para o registro, monitorização e avaliação das PICS é fundamental para dar visibilidade à magnitude e a sua importância no cenário brasileiro. Esta diretriz coaduna com os objetivos da PNPIIC e de documentos sobre Medicinas Tradicionais da Organização Mundial da Saúde (OMS). Com a chegada da pandemia no Brasil, percebeu-se a necessidade iminente de quantificar e caracterizar o movimento

que ocorria de realização de rodas de TCI on-line e, concomitantemente, estimular e capacitar o maior número de atores envolvidos neste processo.

Dentre os 42 Polos de Formação/Cuidado em TCI, tem-se verificado diferentes movimentos no que concerne ao registro das rodas, como polos que estão realizando rodas, mas que têm dificuldades para o seu registro, polos que têm seus sistemas próprios de registro e polos que estão utilizando o sistema de informação SISrodas (22 polos)⁵.

No que diz respeito ao SISrodas, de abril a julho, no Brasil, foram ofertados treinamentos, formação de equipes de trabalho para apoiar os registros de informações para os polos que apresentavam maiores limitações.

Foram 398 rodas registradas, com 9.706 participantes, de 15 países diferentes, sendo 61,7% mulheres adultas e 23% de mulheres idosas. Os temas mais frequentes foram estresse (29%), conflitos familiares (16%) e depressão (16%). Em relação às estratégias de enfrentamento, surgiram principalmente empoderamento pessoal e autocuidado (40%), redes solidárias (20%) e ajuda religiosa/espiritual (15%). A aprendizagem que mais chama a atenção é a capacidade resiliente de fazer dos acontecimentos traumáticos ocasião para criar⁶.

É necessário lembrar que estes dados não refletem a totalidade do que, efetivamente, tem acontecido na prática das rodas de TCI on-line. Avançamos muito no que se refere ao registro, mas ainda há muito mais que progredir para trazer, de fato, uma dimensão mais fidedigna ao movimento vivo que se tem dado neste contexto de crise.

A vitalidade comunitária como recurso para aliviar o sofrimento

Vale a pena ser valorizado, neste contexto de múltiplas mudanças a partir da pandemia, que a TCI tem demonstrado significativa capilaridade geográfica, afetiva e social (BARRETO et al, 2020)⁶. Isto nos remete ao conceito de vitalidade comunitária que é caracterizada por relacionamentos fortes, ativos e inclusivos entre os atores na própria comunidade e fora dela, envolvendo parcerias com setor público, setor privado e organizações da sociedade civil que trabalham para promover bem-estar individual e coletivo⁷.

As comunidades de atores em TCI são inteiramente vivas, ativas e coadunam com a ideia de “comunidades vitais”, aquelas capazes de cultivar e organizar relacionamentos/conexões a fim de criar, se adaptar e prosperar no mundo em mudança e, assim, aliviar o sofrimento e melhorar o bem-estar das pessoas.

Nós, terapeutas comunitárias e comunitários, nos percebemos em uma grandiosa e fortalecida teia – a partir dos fundamentos do pensamento sistêmico e complexidade –, que possibilita a compreensão vivida pela experiência do que é na prática o termo comunitário. Parte-se dos princípios de nos sentirmos fazendo parte de algo em comum, tais como valores e objetivos com promoção do senso de pertencimento e de resiliência comunitária.

A partir desse sentimento coletivo de coesão, segurança, reciprocidade, solidariedade e suporte social na rede viva de atores em TCI, é possível perceber que a existência da vitalidade entre os membros da teia, possibilita o fortalecimento de novas comunidades,

com propriedades semelhantes, ou seja, primeiramente num movimento de vitalidade intracomunitária para depois o estímulo para a construção de vitalidades intercomunitárias. Estas percepções têm acontecido tanto no ambiente presencial, como no ambiente virtual.

As rodas de TCI, no meio cibernético, têm se mostrado uma estratégia fértil para o estabelecimento de conexões, para além das virtuais, trazendo afetos e vínculos saudáveis e transformações construtivas. Isto é possível pois a emoção não distingue entre virtual e presencial. Para os seres vivos, como relata Maturana (1990)⁸, a experiência vivida, a emoção, seja uma ilusão ou uma percepção, sempre será real.

No ambiente virtual, como acontecem as rodas de TCI durante a pandemia, as emoções ocorrem ao falar constatando que os limites geográficos e a distância física não são empecilhos para estabelecer relações advindas dos sentimentos relatados durante a realização das mesmas. Essa interação recursiva, dada no escutar e conversar, sobre nossas emoções, tem favorecido a criação e o fortalecimento de vínculos saudáveis, solidários e comunitários.

Referências Bibliográficas

1. Tandon R. COVID-19 and mental health: Preserving humanity, maintaining sanity, and promoting health. *Asian J Psychiatr.*2020, 51: 102256.
2. Portella CFS et al. Evidence map on the contributions of traditional, complementary and integrative medicines for health care in times of COVID-19. *Integrative Medicine Research.*2020, 9:1-7.

3. Barreto AP. Terapia Comunitária Passo a Passo. 3 ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

4. Silva MZ et al. Práticas Integrativas impactam positivamente na saúde psicoemocional de mulheres? Estudo de Intervenção da Terapia Comunitária Integrativa no Sul do Brasil. Cad. Naturol. Terap. Complem. 2018, 7(12):33-42.

5. SisRodas. Sistema de Registro de Rodas de Terapia Comunitária Integrativa: Banco de Dados. Instituto Acreditar e Compartilhar Ltda. Disponível em: <www.acreditarecompartilhar.com.br/rodas/rodas>. Acesso em: 31 jul. 2020.

6. Barreto, AP, et al. Integrative community therapy in the time of the new coronavirus pandemic in Brazil and Latin America. World Soc Psychiatry.2020, 2:103-105.

7. UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Community Vitality. 2010. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/pdf/communityvitalitydomainreport.pdf>. Acesso 11 set 2020.

8. Maturana H. Emociones y Lenguaje en Educación y Política - Colección Hachette-Comunicación Chile. 1990.

* Este artigo é um agradecimento à rede viva de atores em TCI, incluindo os terapeutas comunitários e os 42 polos de Cuidado e Formação em TCI, que fortalecem diariamente nossa inteligência coletiva nesta teia da vida.

Autores e organizadores: quem somos?

Adalberto de Paula Barreto - doutor em psiquiatria pela Universidade René Descartes (Paris/França) e em Antropologia pela Universidade Lyon (França); professor emérito da Universidade Federal do Ceará; presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Social e criador da metodologia da Terapia Comunitária Integrativa.

Alejandra Barcala - licenciada em Psicologia, mestre em Saúde Pública e doutora em Psicologia pela Universidade de Buenos Aires – UBA (Argentina); pós-doutora em Ciências Sociais, Infância e Juventude; diretora do doutorado em Saúde Mental Comunitária da Universidade Nacional de Lanús – UNLa (Argentina) e docente do mestrado e do doutorado em Saúde Mental Comunitária da UNLa, do mestrado em Saúde Mental da Universidade Nacional de Entre Ríos – UNER (Argentina) e do mestrado na área da Infância e Juventude da UBA; membro do Conselho Consultivo Honorário de Saúde Mental.

Ana Paula Freitas Guljor – psiquiatra, Msc, Ph.D. em Saúde Pública, pesquisadora em Saúde Mental, coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps/Ensp/Fiocruz) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme).

Ana Regina Machado – doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou (IRR/Fiocruz-MG) e docente da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG).

Anna Laura de Almeida – mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou (IRR/Fiocruz-MG); trabalhadora da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte (MG).

Annibal Coelho de Amorim – médico neurologista, MD, Msc, Ph.D.; mestre em Psicologia Social e Práticas Socioculturais (Uerj), doutor em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) acerca da Política Nacional de Humanização do SUS; coordenador-adjunto da pesquisa PMA Fiocruz 2020 no campo da deficiência, fellow da Ashoka Innovators for The Public e ex-trainee da Japan International Cooperation Agency; consultor e pesquisador da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS/Fiocruz.

Ariadne de Moura Mendes - psicóloga do Instituto Municipal Nise da Silveira (RJ); coordenadora do Bloco Carnavalesco e Ponto de Cultura Loucura Suburbana (RJ).

Catalina Baeza Cárdenas - chilena, psicóloga clínica, terapeuta de família e terapeuta comunitária; diretora do Nüttram (Movimento Integrado de Saúde Comunitária Chile); formadora e supervisora em Terapia Comunitária Integrativa e Técnicas de Resgate da Autoestima.

Celina Maria Modena – pesquisadora visitante do Instituto René Rachou (IRR/Fiocruz-MG).

Daniel de Souza – articulador do consultório na rua da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), na Área Programática AP 3.1; ator; e redutor de danos do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD Raul Seixas.

Ed Otsuka – militante da luta antimanicomial e da defesa dos direitos

humanos, psicólogo e professor universitário, coordenador-geral da ONG Sã Consciência (SP).

Eroy Aparecida da Silva – doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), psicoterapeuta familiar e comunitária, psicóloga e pesquisadora da Associação Fundo de Pesquisa a Psicofarmacologia (AFIP); ativista social e colaboradora de vários coletivos que trabalham com pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.

Francisco Sayão – médico-psiquiatra e diretor do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ); recebeu o prêmio Nise da Silveira de Boas Práticas e Inclusão em Saúde Mental.

João Ricardo Nickenig Vissoci – membro do grupo de pesquisa Global Emergency Medicine Innovation and Implementatino (GEMINI), da Divisão de Emergência Médica do Departamento de Cirurgia de Duke University (Research Design and Analysis Core (RDAC), Duke Global Health Institute).

Josefa Emília Lopes Ruiz – psicóloga, neuropsicóloga, terapeuta comunitária do Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência da Universidade Estadual Paulista (Unesp-Araraquara-SP); presidente da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (Abratecom).

José León Uzcátegui – médico-psiquiatra na Venezuela; psiquiatria infanto-juvenil pela Universidade de Montreal, Canadá; Epidemiologia Psiquiátrica pela Universidade McGill, Montreal; doutor em Ciências Sociais (UC. Valencia, Venezuela); atualmente, professor em pós-graduação em

Psiquiatria Comunitária, doutorado em Saúde Pública e em Ciências Sociais; militante da Associação Latino-Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (Alames) e da Rede Latino-Americana de LOMSOSES (Direito à Saúde).

José Paulo Vicente da Silva – enfermeiro, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); especialista em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); foi assessor da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAPS/Fiocruz) e professor da EPSJV/Fiocruz; tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); atualmente, na Plataforma IdeiaSUS/Fiocruz.

Jussara Otaviano – enfermeira especialista em Saúde Coletiva e Metodologias Ativas, mestre em Educação, terapeuta comunitária, docente na Unidade Anhembi Morumbi, coordenadora do Instituto Afinando Vidas (SP).

Katia Liane Rodrigues Pinho – terapeuta ocupacional, trabalhadora do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SP); doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos (PPGCTS/UFSCar).

Katia Machado – jornalista, especializada em Saúde Pública e jornalismo científico; mestre em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj); foi subeditora do Programa Radis, Comunicação e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); coordenou a Secretaria de

Comunicação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), sediada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); atual assessora de comunicação e editora da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS/Fiocruz.

Leandra Brasil da Cruz – psicóloga, mestre em psicologia social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); coordenadora adjunta do curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Leonardo Pinho – presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e vice-presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH).

Luciana Bicalho Cavanelas – psicóloga da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); mestre em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj); e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Luciene de Aguiar Dias – enfermeira, mestre em Saúde Pública e doutorando pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Luna Cassel Trott – psicóloga formada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Marcello Santos Rezende – psicólogo do trabalho da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fiocruz,

mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/ Fiocruz) e doutor em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

Maria de Oliveira Ferreira Filha – doutora em Enfermagem; docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); terapeuta comunitária.

Maria Goretti Andrade Rodrigues – professora associada do Departamento de Ciências Humanas e do Programa de Pós-graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense (UFF); doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Maria Jose Mendonça de Góis – terapeuta comunitária, assistente social; mestre em Gestão Urbana.

Maria Lucia de Andrade Reis – terapeuta comunitária, coordenadora pedagógica do Instituto Caifcom (RS).

Milene Zanoni da Silva – farmacêutica, terapeuta comunitária, mestre e doutora em Saúde Coletiva (UEL); vice-presidente da Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (Abratecom) e integrante do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN); coordenadora do Pólo de Cuidado Movimento Integrativo em Saúde Comunitária do Paraná.

Oswaldo Hakio Takeda – mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); graduado em Educação Física pela Universidade de Santo Amaro (UNISA); coordenador do Núcleo de Cuidados Complementares e Integrativos (NUCCI) do Centro de Reabilitação e Hospital Dia (CRHD) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital

das Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Paulo Amarante – psiquiatra, Msc, Ph.D. em Saúde Pública, pesquisador em Saúde Mental; pioneiro do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica; fundador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Laps/Ensp/Fiocruz); presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme).

Rafael Wolski de Oliveira – psicólogo, mestre em psicologia social e institucional (UFRGS), doutorando em psicologia social e institucional (UFRGS), professor da graduação em psicologia e da residência multiprofissional em Saúde Mental da Unisinos e membro da diretoria da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme).

Robert Whitaker – jornalista estadunidense, editor do site Mad in América, autor de livros premiados e artigos sobre transtornos mentais e a indústria farmacêutica no campo da psiquiatria; os livros ‘Mad in América’, ‘The mapmaker’s wife’ e ‘On the laps of gods’ foram destacados como Livros do Ano nos EUA e seu livro ‘Anatomia de uma epidemia (pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental)’, considerado o melhor trabalho de jornalismo investigativo pela Investigative Reporters & Editors em 2010 (publicado no Brasil pela Editora Fiocruz).

Rogério Giannini – psicólogo, coordenador da Subcomissão de Drogas e Saúde Mental do Conselho Nacional dos Direitos Humanos e secretário da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme); ex-presidente do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Silvia Faraone – licenciada em Trabalho Social; mestre em Saúde Pública e doutora em Ciências Sociais pela Universidade de Buenos Aires – UBA (Argentina); coordenadora do Grupo de Estudos sobre Saúde Mental e Direitos Humanos do Instituto de Investigação Gino Germani da Faculdade de Ciências Sociais da UBA; docente do curso de Trabalho Social da Faculdade de Ciências Sociais da UBA, do doutorado em Saúde Mental Comunitária da Universidade Nacional de Lanús – UNLa (Argentina) e do mestrado em Saúde Mental da Universidade Nacional de Entre Ríos – UNER (Argentina); membro do Conselho Consultivo Honorário de Saúde Mental.

Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner – psicóloga, coordenadora de Saúde do Trabalhador da Fiocruz, mestre em Saúde Pública e doutorando pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Valeska Holst Antunes – médica do consultório na rua da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), na Área Programática AP 3.1, e da Residência Terapêutica da Clínica da Família Victor Valla (RJ).

Walfrido Kühl Svoboda – terapeuta comunitário do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR); médico veterinário pela UFPR; mestre em Engenharia de Alimentos pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); doutor em Ciência Animal pela Universidade Estadual de Londrina (UEL); professor-pesquisador do Programa de Residência em Saúde da Família e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila).

O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados.

A Pandemia de Covid-19 deixa mais evidente as profundas desigualdades sociais no Brasil e na América Latina, principalmente em relação ao acesso a serviços básicos de responsabilidade do Estado. Em meio a essa grave crise sanitária, a maior do século 21, observa-se um enorme impacto na saúde mental das pessoas em isolamento social prolongado, implementado como medida para frear a propagação do coronavírus. Diante desse contexto, o livro “O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados” busca pensar os cuidados em saúde mental e o sofrimento psíquico em meio à Covid-19, trazendo também ao conhecimento de todos iniciativas de atenção à saúde mental em curso em contexto de isolamento e distanciamento social, à luz dos direitos humanos e da Reforma Psiquiátrica brasileira. O livro reúne um total de 23 artigos, sendo duas traduções, produzidos a partir de um convite feito a pesquisadores, trabalhadores e militantes da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial, atuantes no Brasil, na América Latina e nos Estados Unidos. A publicação, no formato pdf, digital, com 82 páginas, é uma iniciativa da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS, sob a coordenação da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e tem o apoio do Laboratório de Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Laps/Ensp/Fiocruz) e da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Esta publicação é de livre acesso e reprodução, representando mais um momento em que a Fiocruz e a sociedade civil reafirmam sua disposição de continuar dando visibilidade àqueles que juntos trazem reflexões valiosas acerca da temática da saúde mental e da atenção psicossocial, de temas que ganham destaque em meio a medidas necessárias de isolamento e distanciamento social no enfrentamento da pandemia de Covid-19.