

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA  
EM SAÚDE - EDUCASAÚDE  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE MENTAL COLETIVA**

**DAYANE ALMEIDA MARTINS**

**E AÍ? QUEM VAI ABRAÇAR?**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

DAYANE ALMEIDA MARTINS

E AÍ? QUEM VAI ABRAÇAR?

Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva.

Orientador: Luiz Fernando Silva Bilibio

PORTO ALEGRE  
2015

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que passaram por minha vida neste percurso como trabalhadora da saúde. Desde as pessoas que me incentivaram a estar onde estou até as que me receberam de braços abertos – e não foram poucas - nos serviços que passei e nos lugares por onde andei. Àquelas que me incentivaram com suas práticas a ser uma trabalhadora mais humanizada, competente e disposta a abraçar a minha profissão com muita dedicação e amor, agradeço de coração.

*“Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam, nem queimam; mas outros incendiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.”*  
(GALEANO, 2002. O mundo)

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é explorar os processos de cuidado em saúde mental, buscando desenvolver alguns sentidos sobre o ato de abraçar nos serviços de saúde mental. A aposta metodológica implica em compartilhar um caso pensamento, visando transbordar o tema escolhido por meio de uma narrativa inventiva que emerge da minha memória em processos de cuidado. Uma manifestação escrita de experimentações de dimensões do processo de trabalho em saúde; diferentes modos de trabalhar; diferentes tipos de encontros; diferentes formas de abraçar. Experimentações que me levaram a pensar uma determinada tipologia do abraço. Entendo que me deparei com – no mínimo – três dimensões, três tipos de abraços: 1 Abraçar o Caso; 2 Abraçar a Pessoa; 3 A Experiência Corporal do Abraço; e é sobre esta tipologia do abraço que buscarei produzir sentidos neste trabalho. A ousadia de fluidez entre as três dimensões do abraço é a melhor direção. A razão e a emoção têm que trabalhar juntas. Não é uma escolha de um ou outro modo de ser; da pra ser os dois. O afeto não é utilizável, é da ordem dos desejos. Não podemos ter o abraço como uma coisa, uma faculdade ou uma ferramenta, mas o homem deve ser a experiência do abraço, que deve dotar-se de sentido. Então para mim a experiência dos abraços é amor, porque o amor é várias coisas e vários sentidos. É padecer, é sentir, é viver, é experimentar, é aceitar, é assumir a responsabilidade de troca com o outro.

**Palavras-Chave:** Abraço; Cuidado; Saúde Mental.

## SUMÁRIO

<b>AH... ESSA HISTÓRIA DE ABRAÇAR.....</b>	<b>7</b>
<b>SOBRE O CUIDADO COM AFETO.....</b>	<b>10</b>
<b>1 ABRAÇAR O CASO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 ABRAÇAR A PESSOA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 A EXPERIÊNCIA CORPORAL DO ABRAÇO.....</b>	<b>18</b>
<b>DESAFIOS.....</b>	<b>21</b>
<b>INSPIRAÇÕES TEÓRICAS.....</b>	<b>24</b>

## AH... ESSA HISTÓRIA DE ABRACAR!

Tudo começou na primeira semana de trabalho no CAPS i. Fiquei muito comovida quando em reunião de equipe, estavam todos muito tomados pelo caso do menino Luis, que estava internado no CIAPS – Centro Integrado de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência, do Hospital Psiquiátrico São Pedro - após um “surto” ocorrido dentro do CAPS. Os relatos eram muito tensos: “Escalou a parede, pulou o muro que é cheio de cacos de vidro, subiu no telhado dos vizinhos, ateou pedras, quebrou vidros, ameaçou jogar-se de cima do telhado”, dentro outros tantos dizeres, que amedrontavam “qualquer um” que ouvisse.

Ficava a me perguntar: como um menino de apenas 8 anos de idade era capaz de causar um estrondo tão grande assim e um certo amedrontamento nos trabalhadores e na vizinhança? O que havia de errado com ele? O que estava lhe causando tamanho sofrimento para reagir assim? Ficava a imaginar o quanto essa criança estava querendo mostrar que já não suportava mais quietinho este sofrimento.

No decorrer dos dias, observei também um certo movimento do guarda do CAPS, solicitando respaldo/ajuda de alguns trabalhadores para se defender perante uma acusação sofrida pela vizinha do CAPS, pelos danos ocasionados na sua residência, por aquele menino “descontrolado e louco”. Perante todos esses sentimentos, desconfortos e inquietações surge um questionamento em outra reunião de equipe: “O Luis vai ter alta. E aí? Quem vai abraçar o Caso?”

Luis era morador da casa aberta – uma instituição de São Leopoldo que abriga menores que são destituídos da família. O menino havia sido retirado da mãe por negligência de cuidados. Ela bebia e já tinha outro filho menor, que também não estava dando conta de cuidar. E o pai já não morava mais com eles e também fazia uso abusivo de álcool e outras drogas, inclusive na frente do Luis.

Então me proponho a recebê-lo em parceria com outra trabalhadora do CAPS. Eu iria abraçar o caso?! Na verdade, além de me interessar pelo caso, também não houve maiores manifestações entre os outros trabalhadores visando este novo acolhimento de Luis. Um caso difícil e complexo... Luis era impossível e não parava um minuto. Uma criança que demandaria muito de quem fosse “abraçar”. Eis que chega o tão esperado menino. Me deparo então com um garoto tranqüilo, pensativo, observador e determinado. Claro, que isso podia ser efeito da medicação, pois estava vindo de uma internação. Mas, preferi apostar nas

potencialidades que ele apresentava, independente de estar medicado ou não. Apresento-me a ele e fico interagindo a partir do que ele vai sugerindo nas dependências do CAPS.

Passada uma semana, torna-se necessário estabelecer um terapeuta de referência (TR) para acompanhar mais de perto o caso Luis. Como já visto que uma característica forte dele era a autonomia, decidimos perguntar ao próprio, sobre quem ele gostaria que fosse seu TR. Prontamente virá-se para mim e diz: Eu quero você! Nossa!!! Acho que não existem palavras para descrever tamanha a emoção que senti naquele momento. E na verdade, emoções não são para serem explicadas e sim para serem sentidas. Parecia que ele sentia que eu também o havia escolhido; o abraço havia começado!

Em referência compartilhada com a colega, também “eleita” pelo Luis, iniciamos o cuidado intenso, afetuoso e desafiador do pequeno/grande garoto. Foram dias transbordantes, de idas e vindas, ao CAPS, a praça, ao balanço, ao restaurante e a casa aberta. Foram vários almoços, visitas, reuniões, bolo de cenoura (seu preferido), chutes e dribles na bola e na tristeza que existia naquele menino. Os atendimentos não foram de meia ou uma hora, tiveram dias que esse cuidado se estendeu por quase um dia inteiro; algo possível em função do processo de trabalho daquele CAPS. Não sei bem ao certo se tratava de Atendimento de Referência, de Acompanhamento Terapêutico ou outro nome qualquer, só sei que “colamos” com o Luis e com as inquietudes que a vida lhe provocava: “Porque eu não tenho uma família? Porque ninguém gosta de mim? Eu não quero morar naquela casa aberta!” Perguntas que ele fazia com lágrimas que corriam pelos lindos e longos cílios. A revolta era maior do que sua capacidade de controle. Luis “sempre” foi muito controlado e consciente sobre suas atitudes, se cobrando a todo o momento sobre isso: “Eu não posso chorar; por favor não conte para ninguém que eu chorei”.

Eu, como trabalhadora da saúde mental, nunca havia presenciado uma crise na infância até o dia em que a Kombi da casa aberta chega para buscá-lo no CAPS e ele revoltadamente se nega a ir embora e começam os gritos, as batidas nas paredes e a correria. Meu coração acelerou, minhas mãos suavam frio e na minha cabeça passava um filme: “E agora o que fazer? Logo agora que estava tudo dando certo?! Mas ele estava tão bem?! Só aparentemente e “por fora” né. Por que quando comecei a conversar com ele, deixando-se levar pelos afetos de que era capaz naquele momento, foi possível escutar, ver e sentir o que Luis estava sinalizando com suas atitudes. Naqueles poucos minutos, que pareciam infinitos, foi me despejado muito sofrimento e eu realmente não conseguia entender como que aquilo tudo era suportado por uma criança supostamente inocente e sensível.

Mas, foi aí que apostei nas únicas “ferramentas” que eu tinha em mãos naquele momento: o vínculo e o afeto. O diálogo foi acontecendo, o meu colo foi lhe confortando, o abraço foi lhe dando confiança para transbordar tudo aquilo que lhe incomodava e lhe fazia triste, inconformado e “surtado”; sim, eu o abracei! A partir daí estabelecemos uma relação de confiança, onde pude afirmar mais uma vez para o Luis que eu estava ali para lhe ajudar. Precisávamos ser parceiros e ter um pouco de paciência para conseguirmos o que ele tanto queria: morar com os avós, já que com a mãe não era mais possível.

E foi mais ou menos assim que conseguimos chegar onde estamos hoje. Depois de muitas insistências, reuniões, ligações e pactuações com a casa aberta, conseguimos retomar o contato com os avós paternos e outros parentes próximos envolvidos com o Luis. Eles começaram a visitá-lo frequentemente e logo veio à audiência com o resultado tão esperado pelo Luisinho e por nós: hoje está morando com os avós. E nós, como trabalhadores de um serviço de saúde mental - CAPS - que deve prezar pelo cuidado em liberdade e pelo bem estar dos sujeitos, continuemos cuidando desta família frequentemente e cada vez mais envolvidos com a rede (escola, amigos, parentes, UBS, promotoria da infância) que está lá fora, na vida; agora bem pertinho do Luis. E ele está tendo o seu tempo de vivenciar a cada dia uma nova experiência, dessa nova vida – vida em família - que por muito tempo lhe foi negada.

Descrevo aqui um pequeno recorte do que foi possível vivenciar a partir de um trabalho no CAPS infantil. Uma vivência que implica em estar de coração e mente abertos e disposta para encarar os desafios do dia a dia que o cuidado em saúde mental nos provoca e possibilita. Disponibilidade para abraçar um caso, uma situação, um “surto”, uma pessoa. Precisamos saber ouvir, falar, dizer sim e não, compartilhar, discordar e indagar. Mas, antes de qualquer uma dessas atitudes acredito muito no potencial do vínculo e do afeto para efetividade das relações, pois é de encontros que a gente se constitui e se reconstitui a todo o momento; indo de abraço em abraço!

## SOBRE O CUIDADO COM AFETO

A ideia deste trabalho é explorar os processos de cuidado em saúde mental, buscando desenvolver alguns sentidos sobre o ato de abraçar nos serviços de saúde mental. Como produzir pensamento a partir do abraço? O que já existe de produção sobre isto? Posso falar sobre o abraçar a partir do lugar de uma profissional da saúde que está concluindo a residência em saúde mental coletiva? Mas, abraçar o que ou quem? De que tipo de cuidado e disponibilidade estou falando? Quais perspectivas de abraço interessam aqui?

Suspeito que falar sobre o abraçar em saúde mental implica em escrever sobre linhas de fuga potentes e que precisam ser exploradas para dar outros sentidos às práticas de cuidado em saúde. No meu percurso durante a residência vivenciei muitas experiências potentes de cuidado; maneiras de enxergar, abraçar, intervir e construir com os sujeitos. Ações decorrentes das afetações, dos sentimentos e da capacidade de subjetivação dos encontros. Mas, como esses encontros me (Trans)formaram como profissional de saúde? Como fui afetada e como fomos afetados?

A aposta metodológica implica em compartilhar um caso pensamento, visando transbordar o tema escolhido por meio da narrativa. Campos e Furtado (2008), destacam que existe sim potencialidade na utilização de narrativas para estudos de situações nas quais interessem as mediações entre experiência e linguagem, sujeitos e coletivos, memória e ação política, enfim áreas da saúde coletiva. Na mesma direção, Larrosa (2002) nos diz que não se pode captar a experiência a partir de uma lógica da ação, pois se trata de um saber distinto do saber científico e do saber da informação; e de uma práxis distinta daquela da técnica e do trabalho. O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana. O que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida; algo totalmente singular e irreptível.

Deste modo, começo o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), compartilhando uma narrativa inventiva que emerge da minha memória em processos de cuidado. Um caso pensamento como manifestação escrita de experimentações de dimensões do processo de trabalho em saúde; diferentes modos de trabalhar; diferentes tipos de encontros, de envolvimento; diferentes formas de abraçar. Experimentações que me levaram a pensar uma determinada tipologia do abraço. Entendo que me deparei com – no mínimo – três dimensões, três tipos de abraços e é sobre esta tipologia do abraço que buscarei produzir sentidos neste TCR.

Para a primeira dimensão elegi o nome *Abraçar o Caso*; o que implica fazer rede, ter muito trabalho, pensar a situação com afinco, não ter certeza do transcorrer e onde mesmo a situação irá chegar, enfrentar os não saberes, lidar com incertezas, ter que dialogar com muitas pessoas e com muitos processos, estar preparado para a frustração e para encarar a trabalhadeira. O título definido para a segunda dimensão é *Abraçar a Pessoa*; esta implica disponibilidade para se aproximar realmente de alguém, se permitir gostar de alguém, abrir o peito, mostrar as vísceras, novamente encontrar a incerteza, agora da experiência amorosa; lidar com os próprios impulsos, viabilizar a intimidade, perder a noção rígida do certo e do errado em nome da noção sentida. Na terceira dimensão nomeada de *A Experiência Corporal do Abraço* está à possibilidade de ofertar o corpo como continente, como aconchego, como casa, como segurança, sentir a sensação do abraço na carne e com a carne; é a experimentação corpórea do toque, da energia, do carinho, do risco, do *tesão* do encontro humano tocado.

Todas estas dimensões podem ser experienciadas quando abraçamos algo ou alguém. Provavelmente existam diversas outras dimensões a serem abordadas sobre o abraçar. Contudo, no contexto das minhas experimentações como residente em saúde mental coletiva, foram estas que fizeram sentido mais fortemente. Penso que essas dimensões não são necessariamente independentes; elas podem se correlacionar; ocorre uma dinâmica entre elas. Entendo que esta dinâmica pareça ser um grande desafio para o trabalho em saúde mental.

## 1 ABRACAR O CASO

“... Criança inocente e sensível, mas que joga pedras, pula muros e telhados! Louco e descontrolado!” Foi assim que conheci o caso Luis; através destas palavras que ouvi. Mas, será que ele realmente é um louco e descontrolado, como muitos dos usuários da saúde mental são “tachados” por aí pela sociedade, que ainda tem muita dificuldade em conviver com as diferenças? Ou será que a vida lhe proporcionou tantas indelicadezas e sofrimentos que ele teve que aprender a lidar com essas situações de sua maneira?

Além desses estigmas os usuários da saúde mental ainda sofrem com as negações institucionais. Segundo os trabalhadores que acompanharam um pouquinho o Luis antes da internação, ela era um *caso difícil*, porque era impossível, agitado e não parava um minuto. E porque será que os *casos difíceis* demoram para ser, ou às vezes, nem são abraçados? Quais são os entraves que nos impedem de abraçar efetivamente os usuários difíceis, com toda a sua bagagem de complexidade que eles carregam nas suas histórias de vida?

Para abraçar um caso é preciso minimamente saber algo sobre este caso. E comumente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), algum trabalhador acaba assumindo a referência de um caso por ter sido o primeiro a acolher – e isso não significa que tenha tido contato direto com o sujeito do caso – ou por uma escuta sobre o caso, realizada em reunião de equipe ou de rede, onde se deve apresentar e/ou discutir casos. Mas será que ao assumir a referência de um caso já está abraçando-o? É possível abraçar um caso sem conhecer a pessoa? Sem conhecer sua história de vida? Que abraçar é este que estou falando?

Não é do abraço tocado, sentido corpo a corpo. Mas, de um abraço que necessita que eu me debruce efetivamente sobre o caso. Que tenha disponibilidade para entender o sofrimento do sujeito sem limitações e julgamentos prévios. Que queira realmente ajudá-lo a partir da sua necessidade, que começa a ser revelada a partir do meu desejo de abraçá-lo e do seu desejo de ser abraçado. Aí sim, posso falar que *Abraçei o Caso!*

No entanto, quando se fala em disponibilidade se vai muito além do desejo do trabalhador em querer investir suas energias para cuidar de alguém. Isso é só um pedaço do abraço. Depende-se também de diversos equipamentos do sistema, que são essenciais para a efetivação do cuidado integral dos usuários da saúde mental. Falo de estrutura física, de disponibilidade de outros serviços da rede – assistência social, cultura, educação, atenção básica, gestão – e por aí vai! Que estrutura os processos de trabalho oferecem aos trabalhadores para dar conta da demanda e cuidar de modo adequado e singular. Percebo que muitas das impossibilidades de prestar este cuidado se dão pelos entraves de carga horária,

falta de recursos humanos, falta de estruturas físicas e administrativas dos serviços de saúde mental.

Além disso, até onde é possível estar disponível com o usuário no tempo que se considera necessário para poder atendê-lo integralmente? Seja uma hora, um turno ou até mesmo o dia todo, acompanhando-o em todas as redes que ele necessita ser olhado e abraçado. Relativizar o tempo, tendo como parâmetro o sentido do que está ocorrendo naquele encontro e repensar o processo de trabalho para poder estar com a pessoa a partir da necessidade que é sentida/percebida é um caminho interessante para efetivamente abraçar o caso.

*A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (LARROSA, 2002, p.24)*

Veja! Se temos que acionar um ou todos esses pontos da rede para efetivamente abraçar o caso, então não trata-se de um trabalho fácil e a curto prazo. Pelo contrário gera uma trabalhadeira enorme e uma complexidade alta de demanda para o trabalhador. O que muitas vezes torna inviável abraçar sozinho. Aí, entra o trabalho em equipe. Que é assegurado pelas legislações que regulam e garantem que o trabalho na saúde mental deve ser diferenciado e humanizado, para que possamos garantir a efetivação do cuidado em liberdade.

A lei da reforma psiquiátrica (10.216/2001) direciona que o trabalho em saúde mental deve preconizar o processo de desinstitucionalização, onde devemos fortalecer a autonomia dos usuários para fora dos manicômios, garantindo quando necessário (quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes) a internação em hospitais gerais, sem isolamento e por meios menos invasivos possíveis. Sabe-se que em muitas situações a rede de assistência à saúde mental nos municípios não oferece esta opção, mas e daí? Não seria um dos “papéis” dos trabalhadores tencionarem para que isso se efetive dentro da rede? Se analisarmos pelo processo de implicação que se deve ter quando se dispõe a ser um trabalhador da rede pública de saúde, que integra um Sistema Único de Saúde que tem grande potencia perante as conquistas sociais no Brasil, defendo que sim é um papel dos trabalhadores abraçar essa causa da reforma psiquiátrica, da militância de trabalhador do

§§. No entanto, mesmo com todas essas faltas, quando o profissional está disposto e a capacidade de investir com amor em suas práticas de cuidado tornam-se rotina de trabalho, já temos um ganho extraordinário e superante de muitas destas dificuldades. E abraçar um caso é estar disposto a amar? Refletindo sobre tudo que já foi mencionado sobre o abraço, acredito que abraçar um caso é principalmente ter a coragem de enfrentar a trabalhadora que este abraço nos proporciona e estar dispostos a abraçar a pessoa também, não só o caso.



*A humanidade é desumana, mas ainda temos chance. Até bem pouco tempo atrás poderíamos mudar o mundo. Quem roubou nossa coragem? Tudo é dor. E toda dor vem do desejo de não sentirmos dor... (LEGIÃO URBANA)*



## 2 ABRACAR A PESSOA

Quais implicações de afeto são possíveis em um processo de cuidado, entre terapeuta e usuário? E até onde deve ir esta afetação? Será que é necessário um limite? Algumas teorias da psicanálise indicam que a transferência deve ser controlada, estabelecendo um limite para esta relação afetiva entre “paciente” e terapeuta. No entanto, Palhares (2008) diz que a transferência em si já nos fala de algo vivo, ela emerge do contato emocional, do encontro que enlaça duas pessoas – e esse enlace envolve afetos, sentimentos e vivências (in)conscientes. Sendo assim, é possível abraçar a pessoa em uma relação de cuidado na saúde mental?

Para abraçar também é necessário estar disponível, é necessário querer, é necessário o desejo por parte do trabalhador. Esse abraço passa pelo acolhimento que se dispõe a fazer com esta pessoa. É preciso que ocorra o encontro intercessor e que ambos estejam desejando esta relação de experimentação de abraço. Quando o acolhimento é realizado e sua singularidade é abraçada, a pessoa passa a se sentir reconhecida em sua humanidade. Fato este que é primordial no cuidado em saúde mental, porém muitas vezes não ocorre. Percebo que em muitas situações os usuários são acolhidos, mas não abraçados. Se compararmos com um bolo, sua receita é sempre padrão e comum; o tempero e o modo de fazer não mudam. Ou seja, não há respeito nem valorização de sua singularidade e de seu real gosto e necessidade.

Falava antes de disponibilidade. Então, será que estamos dispostos a abraçar de peito aberto a pessoa que “surta”? Mas de que surto estou falando? De onde vem este termo? Surto: esta palavra é comumente muito utilizada dentro dos serviços de saúde mental e também por quem tem contato com os usuários, cito: familiares, vizinhos, escola, conselho tutelar, rede básica de saúde, entre outros. Segundo Ximenes (2001), a palavra surto significa ancorado, impulso, arrancada, eclosão (de doença) e surtar denomina-se: sofrer um surto psicótico. No caso do menino Luis, esta foi a denominação dada, pelos trabalhadores do CAPS, para as atitudes demonstradas por ele, conforme descrito no início da redação do caso. E como consequência foi encaminhado no mesmo dia para a internação em um hospital psiquiátrico.

*As palavras, guardadas em velhos frascos de cristal, esperavam pelos poetas e se ofereciam, loucas de vontade de ser escolhidas: elas rogavam aos poetas que as olhassem, as cheirassem, as tocassem, as provassem. Os poetas abriam os frascos, provavam palavras com o dedo e então lambiam os lábios ou fechavam a cara. Os poetas andavam em busca de palavras que não conheciam, e também buscavam palavras que conheciam e tinham perdido. Na casa das palavras havia uma mesa das cores. Em grandes travessas as cores eram oferecidas e cada poeta se servia da cor que estava precisando: amarelo-limão ou amarelo-sol, azul do mar ou de fumaça, vermelho-lacre, vermelho-sangue, vermelho vinho... ( GALEANO, 2002. A casa das palavras)*

Me questiono em diversos momentos, na minha rotina diária de trabalho, nos serviços de saúde mental, se é esse mesmo o destino que devemos proporcionar para alguém que “surta”. E será que surta ou está tentando falar de seu sofrimento? Só que fala de uma maneira que nós trabalhadores que estamos ali para acolher esse sofrimento não escutamos de maneira integral; olhamos para o comportamento que se passa naquele momento - em que o sujeito talvez esteja fora de controle de si e tomado por sentimentos que lhe perturbam e lhe desorganizam - e o classificamos como sintoma. Freire (2013) diz que é lamentável que o ser humano seja agora assim atingido naquilo que ele mais precisa liberar, que é o amor. Acho, sinceramente, que eu prefiro morrer de AIDS a viver em solidão. Prefiro morrer de qualquer excesso a morrer de qualquer contenção.

...Dissestes que se tua voz  
Tivesse força igual  
À imensa dor que sentes  
Teu grito acordaria  
Não só a tua casa  
Mas a vizinhança inteira...  
(HÁ TEMPOS – Legião Urbana) 

Se analisarmos a seguinte situação: um amigo seu – que não é usuário da saúde mental - discute com alguém, em um local qualquer – que não seja um serviço de saúde mental - por determinado motivo e no caso está com razão. Na discussão seu amigo “chuta o balde”: grita, fala o que vem na cabeça naquela hora, enfim fica enfurecido e não deixa que ninguém o acalme. Veja! Essas atitudes normalmente são mais aceitáveis por quem observa e não se fala que o amigo está surtando; o inverso do que se faz quando um usuário da saúde mental se descontrola por determinado motivo, que comumente seria por um incômodo que lhe causa certo sofrimento. Porque será que as atitudes do amigo são aceitas sem rótulos? Será que o fato de ter razão na discussão justifica o descontrole? Penso que seja mais fácil dizer que alguém teve um surto quando a gente não conhece o sujeito, quando ele é um estranho, quando não se tem afeto algum por ele, quando não conhece sua história nem os motivos pelo

qual está alterado. É possível refletir então, que esta terminologia não é a mais adequada para utilização, quando eu desejo me aproximar desta pessoa.

No entanto, se estou de peito e braços abertos para abraçar e iniciar a transferência com esta pessoa, já estou utilizando outros recursos que não aqueles padronizados – receita de bolo – para iniciar o cuidado. Palhares (2008) destaca que o afeto escancarado não consegue esconder as experiências emocionais vividas ao longo de uma história pessoal. Através da transferência aquilo que não pode ser dito pode ser mostrado.

Mas como conseguimos pensar em um processo de cuidar de alguém sem afeto? Quando nos dispomos a ouvir e ajudar alguém, o comum seria temperar esse cuidado com amor e dedicação. Porém, o difícil e o grande nó que atravessa as relações de cuidado nos serviços de saúde mental é justamente a dificuldade de utilizar esse tempero. Freire (1987), usa o exemplo do tesão para nos dizer que sim, nós fomos feitos para sentir a vida à flor da pele e tornar disponíveis nossos potenciais humanos e biológicos. Além disso, se fazemos as coisas com tesão, nos permitimos estar prontos para agir e reagir satisfatoriamente aos estímulos naturais e sociais, nos possibilitando também perceber e expressar de modo espontâneo os sentimentos e as emoções. Então, se tivermos tesão para cuidar do outro se tornará menos difícil e mais natural temperar nossas práticas de cuidado com amor.

*O homem fruto da sociedade autoritária  
pode estar biologicamente vivo, mas seu  
amor está morto, assassinado, e é preciso  
– e possível – ressuscitá-lo.  
(FREIRE, 2013)*

Mas, o amor assim como tudo na vida, quando em exagero, pode tornar-se negativo. O amor pode cegar, dominar, controlar e tornar-se impotente nas relações. Torna-se complicado então estabelecer um padrão de como ou até onde amar em uma relação de cuidado. Pois, é uma decisão que depende muito de cada encontro, de cada sujeito envolvido e de cada situação. A realização plena do amor entre as pessoas não é um problema do amor em si, mas do ambiente social, dos preconceitos, do moralismo laico ou religioso, do autoritarismo, da luta das classes, dos interesses econômicos e políticos (FREIRE, 2013).

*De amor em amor.  
De vexame em vexame.  
Não tema o ridículo.  
Pratique a liberdade no  
Amor.  
(FREIRE, 2013)*

### 3 A EXPERIÊNCIA CORPORAL DO ABRAÇO

A gente começa interagir com o mundo desde o nascimento e todas as experimentações passam pelo corpo. Desde bebê a sensação do contato corporal pode ser muito boa. A experiência do prazer ao sentir o peito da mãe ao se alimentar nos constitui como seres vivos e sensíveis ao toque. A vibração sobre o que é o nosso corpo vai tomando formas e culturalmente vamos constituindo nossas imagens e definições corporais. Mas de que corpo estou falando? Que corpo é esse que vou me deparar na saúde mental e me permitir a experimentar o abraço?

No caso do menino Luis, estamos falando do corpo de uma criança institucionalizada. Um corpo que vem sofrendo com diversas perdas, abandonos e abusos. Habitado por histórias e cicatrizes. Um corpo que se experimenta através de cortes, dores e ocultações. Um corpo que grita, chora, pula, sobe no telhado e se joga na rua e nas drogas a pedido de um olhar, de uma escuta e de um afeto. Falando em drogas, vale ressaltar que a medicação oculta e/ou mascara muito os sofrimentos. De acordo com Donnangelo (1976) apud Merhy (2007), o processo de medicalização é fortemente normalizador (disciplinarizador). Mas, além disso tudo é possível ver, sentir e escutar desse corpo muitos desejos e potencialidades que vão além desses problemas todos. Ele fala de música, de arte, de dança, de passeios, de esporte e de vontade de viver sim! E como nós trabalhadores da saúde mental aproveitamos esses dispositivos para promover a vida ou dias melhores a esse sujeito, que carrega em seu “pequeno” corpo muita bagagem, muitas vivências e histórias grandiosas?

Durante a formação em saúde mental coletiva fui aprendendo e entendendo os processos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Pelos diversos dispositivos de cuidado em saúde que circulei a maioria dos questionamentos e tensionamentos ocorriam na direção crítica da cultura hospitalocêntrica que por suas científicas construções não tem como prática a singularização do cuidado. As formas duras e morais de cuidado têm se tornado cada vez mais angustiantes, ineficazes e incoerentes em muitos contextos. Segundo Merhy (2007), há dentro das mesmas bases fundantes do cuidado modos *profissionais* distintos de compreender o mesmo campo. Um aborda-o dentro de uma intencionalidade *organicista* e outro *vitalista*, o que gera muitas vezes estes necessários tensionamentos.

Trago aqui para a reflexão um tema que não é novo, mas que na prática ainda encontra muita resistência para se efetivar. Falo de uma perspectiva que vai para além da idéia de cuidado centrada nos sintomas do corpo biológico com a intencionalidade organicista. De

acordo com Franco e Galavote (2010), o que nos move é a percepção de que, a compreensão do corpo como tal concebida inicialmente no século XVIII, como uma estrutura ou sistema em funcionamento, é insuficiente para uma intervenção eficaz sobre os problemas de saúde que o habitam. Segundo Merhy (2007), a compreensão do fenômeno saúde e doença como a instalação de patologias nos corpos biológicos de órgãos, disfuncionalizando-o como normal, é uma das maiores causas do sofrimento individual e coletivo. E essa construção não é imediata, ela vai sendo processada durante séculos nas sociedades ocidentais e vai se desenhando como a maneira mais comum de se olhar para o adoecimento humano. Tem-se olhado para o processo de saúde e doença somente através dos sinais e sintomas lesivos patologicamente, fazendo intervenções “terapêuticas” somente no intuito de corrigir uma normalidade perdida ou ameaçada. O que é muito ruim!

Romper com a lógica dura de corpo que nos é concebida durante a nossa formação, de um corpo biológico, padronizado e explicado cientificamente quase sempre como uma máquina perante os saberes fisiológicos e anatômicos, é um dos grandes desafios de quem se torna trabalhador de saúde mental. Neste sentido, é que considero necessário problematizar o conceito de corpo para perceber que é possível operar práticas de cuidado em saúde não somente centradas neste corpo biológico, mas sim utilizando-se de tecnologias leves (MERHY, 2002), que nos permitem enxergar e sentir um corpo que também fala pelo afectos de que é capaz. Um corpo como usina de sentimentos, de sensações, como espaço de possibilidade de experimentações.

Deixar fluir o abraço, suportando ser tocado seja pela fúria, pelo amor, pela indiferença, sem abandonar a manutenção da ligação com o outro, sem entravá-lo é primordial em uma relação de cuidado. E de que abraçar é esse que estou falando? Será que nós, trabalhadores da saúde mental, estamos preparados para tanto? Será que estamos dispostos a nos envolver de peito aberto, como realmente exige um abraço? Ou será que temos medo de expor nossas fragilidades e incompletudes perante as diferentes realidades em que encontramos os seres humanos com os quais trabalhamos? Isso não está nos livros, não nos é ensinado nem instrumentalizado. Então, volto a falar sobre o processo de disposição. Tudo é possível se estivermos dispostos ao encontro horizontal, dispostos a ofertar um cuidado mais humano e singular, que saiba olhar para os sujeitos e para seus corpos através dos sentimentos e se deixar afetar pelo o que estão querendo nos transmitir ou nos pedindo.

No entanto, um abraço assim como todas as outras práticas, também pode ser sufocante, tanto para quem abraça o caso, quanto para quem é abraçado. Abraçar demais pode causar desconfortos. Então, até onde temos que abraçar? Será que é necessário um

limite? E quem estabelece esse limite? Considero importante ter o cuidado para que esse abraço não se torne uma prática de dominação e de controle para que não despotencialize as relações de afeto. O abraço é algo mágico, a dose de quanto abraçar só se descobre na experimentação do abraço, e aí mora o risco de errar a dose. Mas a essência desta mágica é justamente a produção de subjetividade do trabalhador para querer correr o risco. Ao nos expormos estamos suscetíveis a vulnerabilidade e a todo o risco e perigo que ela possibilita, com a dimensão de incerteza sempre presente. E isso sim, segundo Larrosa (2002) é experiência!

## DESAFIOS

Os três tipos de abraço abordados neste trabalho podem estar juntos ou não. Caminham lado a lado ou não. Por exemplo: você pode ter uma pessoa muito dura, que encara somente o abraçar o caso. Pode ter uma pessoa muito amorosa que queira somente a experiência corporal do abraço – mas não faz rede e não assume a pragmática do caso. Ou seja, ocorre uma dinâmica – não necessariamente tranquila e plena - entre os tais tipos de abraço. A ousadia de fluidez entre as três dimensões do abraço é a melhor direção. Quanto mais você topa isso, mais pessoal fica, mais você se envolve e mais peito aberto necessita. Assim, mais potente, mais intenso, menos científico, menos mensurável e menos justificável fica o processo terapêutico. A razão e a emoção tem que trabalhar juntas. Não é uma escolha de um ou outro modo de ser; da pra ser os dois. Eu posso e devo ser bom tecnicamente e ser afetivo, carinhoso, amoroso. Porém, essa ideia de separação está tão instituída que parece que temos que escolher. Pelo contrário, não é excluir nem um, nem outro. Pois, se fizermos isso estaremos usando a mesma lógica da cultura hospitalocêntrica que criticamos. Potente é usar todas as possibilidades que temos.

Eu fui o sujeito desta experiência, me permiti ser um território de passagem, algo como uma superfície sensível a aquilo que ia acontecer, sem saber muito bem o que. Esta experiência de topar as três dimensões do abraço me afetou de vários modos, produziu muitos afetos, inscreveu muitas marcas, deixou diversos vestígios e efeitos.

É evidente que os maiores desafios são por parte dos trabalhadores quando se trata de uma relação de cuidado com o processo de entrega ao abraçar. Qual é o limite do amor em um processo de cuidado em um serviço de saúde mental, como um CAPS, por exemplo? Porque é tão difícil e doloroso o simples fato de usar a palavra amor nas relações de cuidado? Quem dirá permitir-se a amar efetivamente se entregando de “corpo e alma” nessas relações! De acordo com Freire (2013), falar de amor é difícil porque essa palavra nem sempre designa realmente *amor*; é mais frequentemente usada como superlativo do afeto que se pode sentir por uma pessoa. Em nossa vida incompleta supõe-se ser amor o gostar intenso e doloroso que nos é possível sentir por alguém e é substituído pela afeição e dependência as coisas materiais.

Tenho realizado “desvios que priorizem a constante metamorfose” (DAMICO e BILIBIO, 2012). Os sentidos que aqui tentei expressar não são redutíveis a uma narrativa. É preciso viver, experimentar e abraçar o que se impõe com todas as forças positivas de que o

afeto é capaz. Custou-me muita dor, angústia, ansiedade e desespero aprender que sentir amor é uma potencialidade vital e uma produção criativa interna que depende de mim, depende da pessoa que sou ou me disponibilizo a ser. Levo comigo a certeza que as diversas inquietações vividas com esses diferentes e potentes abraços, com certeza me fortaleceram para ser uma trabalhadora da saúde cada vez mais sensibilizada a olhar, abraçar e cuidar dos sujeitos de maneira integral, respeitando seus desejos, subjetividades e seus entendimentos sobre os diferentes modos de viver.

*Esse homem, ou mulher, está grávido de muita gente. Gente que sai por seus poros.*  
(GALEANO, 2002. *A paixão do dizer/2*)

Outro grande desafio é guiar nossas práticas de cuidado por referenciais de experiências humanísticas da vida que não estão no cientificismo. Tornar arte a relação de cuidado é ainda uma dificuldade encontrada nos processos que circundam a saúde. É necessário disposição e sensibilidade de se despir dos preconceitos para lidar com o que os abraços nos apresentam, sejam potencialidades ou fraquezas/delicadezas/vulnerabilidades. Valorizando a concepção de que os corpos e as vidas se constituem nos encontros e que o profissional de saúde mental se constrói sujeito na caminhada, na prática, em cada abraço, nos encontros e desencontros. Para Freitas (2010), atender é cuidar. Cuidado que também se refere ao conhecimento, e isso se faz na relação. Segundo Franco e Galavote (2010), os afectos operam um processo de produção de si e do outro. Existe um universo na saúde mental coletiva e multidisciplinar que me possibilita ampliar os horizontes e sentidos, contribuindo positivamente para a diversidade de possibilidades que existem no ser profissional de saúde.

O afeto não é utilizável, é da ordem dos desejos. Não podemos ter o abraço como uma coisa, uma faculdade ou uma ferramenta, mas o homem deve ser a experiência do abraço, que deve dotar-se de sentido, sem colocar a verdade como busca principal. A experiência é o que nos toca, o que nos passa e o que nos acontece.

Todo ser humano tem a ver com o abraço. Por isso, atividades como considerar os abraços, criticar os abraços, cuidar dos abraços, jogar com os abraços, transformar com abraços, eleger e inventar os tipos de abraços não são atividades ocas ou vazias. São experiências de reflexão do meu eu sujeito, sobre eu mesma enquanto sujeito passional. Ao topar essa amorosidade do cuidado, eu também fui abraçada. Ouve uma troca e eu aprendi a

compartilhar o “controle” sobre o processo terapêutico. Se eu aposto que o cuidado deve ser centrado no usuário, não posso querer ter total controle nessa relação. Então para mim a experiência dos abraços é amor, porque o amor são várias coisas e vários sentidos. É padecer, é sentir, é viver, é experimentar, é aceitar, é assumir a responsabilidade de troca com o outro.

*Sobre ser residente...*

*...Somos luzes  
Que faíscam no caos  
E vozes abrindo um grande canal  
Nós estamos na linha do tiro  
Caçando os dias em horas vazias  
Vizinhos do cão  
Mas sempre rindo e cantando  
Nunca em vão  
Uma doce família  
Que tem a mania  
De achar alegria  
Motivo e razão  
Onde dizem que não  
Aí que tá a mágica, meu irmão  
...Que pulsa no peito  
Que sente e não julga  
Que tira do sério...  
... Leve e auto-reverse  
Plugado no peito  
Mostrando outro jeito  
Batendo de frente  
Com o bicho feroz, com o bicho feroz  
Pense quanto impulso  
Vem de tudo ao seu redor, seu redor  
Pense tudo quanto  
Pode ser melhor, ser melhor...  
(O RAPP)*

## INSPIRAÇÕES TEÓRICAS

CAMPOS, Rosana T. Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Saúde Pública**. 42(6). 2008.

DELEUZE; GUATTARI. **Mil Plátos: capitalismo e esquizofrenia**. Vol.3.

FRANCO, Túlio Batista; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. **Em busca da Clínica dos Afetos**. São Paulo: Hucitec. 2010.

FREIRE, Roberto. **Sem tesão não há solução**. Rio de Janeiro: Guanabara. 1987.

\_\_\_\_\_. **Ame e dê vexame**. 1ed. São Paulo: Master Pop. 2013. 240p.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de . **Corpos que não param: A atenção como ferramenta**. In: ANPEDSUL, Londrina. 2010.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. 9ed. Porto Alegre: L&PM, 2002. 270p.

LARROSA, Jorge. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Universidade de Barcelona, Espanha. Revista Brasileira de Educação, nº 19. Jan/Fev/Mar/Abr, 2002.

LEGIÃO URBANA. **Quando o sol bater na janela do teu quarto.** 

\_\_\_\_\_. **Há Tempos.** 

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 2ed. São Paulo: Hucitec. 2002.

\_\_\_\_\_. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle**. Lugar Comum, nº 27, pp.283-308. 2007.

O RAPP. **Auto-Reverse.** 

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 10.216/2001** - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 01 de dezembro de 2014.

XIMENES, Sérgio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 3ed. São Paulo: Ediouro, 2001.