

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**Saberes e Fazeres em Construção**  
etnografia sobre formação profissional e mobilização estudantil  
no contexto da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul

Graziele Ramos Schweig

Porto Alegre

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**Saberes e Fazeres em Construção**  
etnografia sobre formação profissional e mobilização estudantil  
no contexto da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul

Graziele Ramos Schweig

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Bernardo Lewgoy

Porto Alegre

2009

**Graziele Ramos Schweig**

**Saberes e Fazeres em Construção**

etnografia sobre formação profissional e mobilização estudantil  
no contexto da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Antropologia  
Social como requisito parcial para a  
obtenção do título de mestre em  
Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Bernardo Lewgoy

Data da Aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Bernardo Lewgoy (orientador)

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Steil

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Lee Williams Fonseca

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre

2009

## AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas tornaram-se parte indissociável da trajetória, e do produto, desta pesquisa. Agradeço a algumas delas:

À minha família, pela paciência, respeito e apoio durante todos os momentos. Aos meus pais, por acreditarem em mim e me darem condições materiais e existenciais para vivenciar o mundo acadêmico. À Vó Dulce, pela torcida e pelas orações. Ao Márcio, pelo companheirismo, por sempre me incentivar e compreender minhas ausências.

Ao Prof. Dr. Bernardo Lewgoy, por toda trajetória de orientação desde a graduação e pela confiança nas minhas escolhas.

Ao Prof. Dr. Carlos Steil, pela oportunidade de estágio docente, pela aposta na autonomia, e pelas contribuições a este trabalho.

Ao Paulo Müller, grande amigo, com quem pude compartilhar as angústias, as dúvidas teóricas e as dificuldades do mestrado.

À Lucenira, que foi por vezes minha “nativa”, por vezes minha interlocutora teórica, mas sempre amiga disponível para dialogar.

Ao Marcelo Mello, pela amizade mesmo à distância e pela leitura e contribuições ao projeto de mestrado.

Ao Mauro Meirelles, amigo sempre disponível e solidário, parceiro para os projetos mais audaciosos.

À Cristiane, pelo apoio nos últimos tempos.

Especialmente, agradeço aos participantes do Coletivo, aos demais estudantes ligados ao Movimento Estudantil em Saúde e a todos aqueles que de alguma forma colaboraram para a realização desta pesquisa. Sou imensamente grata por todas as trocas que efetuamos, pela parceria na confecção deste trabalho e pela descoberta em conjunto de um “novo mundo”. A todos vocês, com carinho, dedico este trabalho.

“Ethnographies are themselves constructions of the  
*hinterland*”  
(CRAPANZANO, 2004, p. 23).

## RESUMO

A recente emergência de movimentos sociais no campo da saúde, no Brasil, remonta a meados da década de 1970. Articulados às lutas pela abertura democrática no país, o Movimento Sanitário e a Luta Antimanicomial realizaram uma leitura “política” do fenômeno da saúde, e da saúde mental em específico. Assim, tendo em mente esse pano de fundo, o presente trabalho tem como foco compreender as relações que se tecem entre o processo de tornar-se profissional de saúde e engajar-se politicamente no contexto da Reforma Psiquiátrica e da construção do Sistema Único de Saúde, no estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, realizo uma investigação etnográfica junto a um grupo de estudantes universitários de diferentes cursos de graduação que organizam um “estágio de vivência”. Tal estágio consiste em uma “imersão” de quinze dias em serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, tendo por objetivo sensibilizar os estudantes para a defesa da Luta Antimanicomial e do Sistema Único de Saúde. Nesta etnografia, tenho por objetivo, portanto, compreender de que modo se relacionam a construção de entendimentos sobre saúde/saúde mental e a constituição de um envolvimento político com um movimento social da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental Coletiva, Reforma Psiquiátrica, mobilização estudantil, formação profissional em saúde, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The recent emergence of social movements among health field, in Brazil, retraces to the middle 1970's. Together with the struggle for democratic government, the Sanitarian and the Anti-asylum Movements carried out a "political reading" of health and mental health phenomena. Thus, considering this background, the present work aims to understand the relations between the process of becoming a health professional and the development of a political engagement in the context of Psychiatric Reform and of the construction of Single Health System, in the State of Rio Grande do Sul. For this, I carry out an ethnographic investigation among a group of college students who organize an "estágio de vivência" [training course on mental health care]. Such event consists of a fifteen-day "merge" in mental health services, which are substitutes for psychiatric hospital, having as its aim the students' sensitization for the defense of Anti-asylum struggle and Single Health System. Is this ethnography, therefore, I aim to perceive in which way the construction of understandings about health/mental health and the development of a political involvement with a health social movement are related.

**Key-words:** Collective Mental Health, Psychiatric Reform, student mobilization, health professional formation, Single Health System.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
- ABEn/RS - Associação Brasileira de Enfermagem do Rio Grande do Sul
- ABO/RS - Associação Brasileira de Odontologia do Rio Grande do Sul
- Agafape - Associação Gaúcha de Apoio a familiares e Pacientes Esquizofrênicos
- AMRIGS - Associação Médica do Rio Grande do Sul
- ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e práticas de Educação Popular e Saúde
- APA - American Psychiatric Association
- DA - Diretório Acadêmico
- Deges - Departamento de Gestão da Educação na Saúde
- DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
- DCE - Diretório Central dos Estudantes
- DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
- CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência
- CGEUS - Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde
- CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
- CNRMS - Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
- Comen - Conselho Municipal de Entorpecentes
- CRP - Conselho Regional de Psicologia
- DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- EIV - Estágio Interdisciplinar de Vivência
- ENV-SUS - Estágio Nacional de Vivência no Sistema Único de Saúde
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- ESP/RS - Escola de Saúde Pública/Rio Grande do Sul
- ERV-SUS - Estágio Regional de Vivência no Sistema Único de Saúde
- FEAB - Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil

GHC - Grupo Hospitalar Conceição  
HEPA - Hospital Espírita de Porto Alegre  
MAIS - Movimento pela Atenção Integral à Saúde Mental  
MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
NARAS - Núcleos de Apoio à Luta pela Reforma Agrária  
NETESC - Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
NOB's - Normas Operacionais Básicas  
PUC-RS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PDT - Partido Democrático Trabalhista  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PT - Partido dos Trabalhadores  
RT's - Residenciais Terapêuticos  
SADOM - Sociedade de Apoio ao Doente Mental  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIMERS - Sindicato Médico do Rio Grande do Sul  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais  
UFMS - Universidade Federal de Santa Maria  
UCPel - Universidade Católica de Pelotas  
UFPeI - Universidade Federal de Pelotas  
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UNIFRA - Centro Universitário Franciscano  
UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
VER-SUS - Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde  
VEPOP - Vivências em Educação Popular

## LISTA DE IMAGENS

**Imagem 1.** Pré-encontro, no CAPSi “Saca Aí!”, de Novo Hamburgo. Foto de Kaciely de Lima. Página 41.

**Imagem 2.** *Roda de conversa* com Arílson da Silva Cardoso, Secretário de Saúde de São Lourenço. 14 de julho de 2008. Foto de Camila Silvello. Página 65.

**Imagem 3 e 4.** Oficina de confecção dos envelopes. 15 de Julho de 2008. Fotos de Caroline Pitzschel. Página 66.

**Imagem 5.** *Roda de conversa* com Elsa Timm, no CAPS Nossa Casa, São Lourenço. 15 de Julho de 2008. Foto de Camila Silvello. Página 69.

**Imagem 6.** Imagem feita durante trajeto matinal até os serviços de Saúde Mental. São Lourenço. Julho de 2008. Foto de Camila Silvello. Página 86.

**Imagem 7.** Cartaz produzido por uma estudante numa Oficina de Fanzines, realizada na praça da cidade e que envolveu *usuários*, familiares e profissionais de todos os CAPS da cidade. São Lourenço. 17 de Julho de 2008. Foto de Caroline Pitzschel. Página 91.

**Imagem 8 e 9.** Imagens produzidas na mesma Oficina de Fanzine, a qual também contou com a plantação de mudas de árvores na praça, uma para cada serviço de saúde mental. São Lourenço. 17 de Julho de 2008. Fotos de Luiza Machado. Página 94.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>CAPÍTULO 1 .....</b>   | <b>15</b> |
| 1.1 Trajetória de pesquisa: problematizando a Reforma Psiquiátrica .....  | 15        |
| 1.2 O encontro com o Estágio Transdisciplinar .....   | 19        |
| 1.3 Interfaces entre Antropologia da Política e Antropologia da Saúde .....                                       | 23        |
| 1.3.1 Contextualizando relações: um pouco de história .....   | 26        |
| 1.3.2 Multiprofissionalidade: “disease” e heterogeneidade .....   | 31        |
| 1.4 Sobre o andamento da pesquisa: questões metodológicas .....   | 34        |
| 1.4.1 Considerações sobre a utilização das imagens .....  | 38        |
| <b>CAPÍTULO 2 .....</b>   | <b>41</b> |
| 2.1 Conhecendo meus principais interlocutores da pesquisa .....   | 41        |
| 2.2 Mudanças na formação em Saúde/Saúde Mental .....  | 46        |
| 2.3 Origem do estágio: <i>construção coletiva x iniciativa individual</i> .....                                   | 51        |
| 2.3.1 A justificativa “oficial” .....   | 53        |
| 2.4 Funcionamento e dinâmica do Estágio Transdisciplinar .....  | 55        |
| 2.5 Sobre os serviços substitutivos e as cidades de Estágio .....   | 58        |
| <b>CAPÍTULO 3 .....</b>   | <b>62</b> |
| 3.1 Chegando a São Lourenço .....   | 62        |
| 3.2 Conhecendo os serviços, conhecendo a história .....   | 63        |
| 3.2.1 As palavras dos <i>protagonistas</i> .....  | 67        |
| 3.2.2 <i>Fazendo o SUS antes do SUS existir</i> : narrando o mito de origem da<br>Reforma no RS .....             | 68        |
| 3.3 A <i>humanização do cuidado</i> .....   | 74        |
| 3.4 O papel do diagnóstico .....  | 77        |
| 3.4.1 A Saúde Coletiva como “outro” do <i>modelo biomédico</i> .....  | 83        |
| 3.5 <i>Integralidade, transdisciplinaridade e intersetorialidade</i> : o “holismo” das<br>práticas em saúde ..... | 86        |

|  |            |
|--|------------|
| 3.6 A ampliação do conceito de intervenção e sua implicação política .....       | 90         |
| 3.7 Posições, fronteiras, delimitações: Antropologia “na” Saúde Coletiva .....   | 96         |
| <b>CAPÍTULO 4 .....</b>  | <b>104</b> |
| 4.1 Sensibilização política pelo ritual: o estágio de vivência como “communitas” | 104        |
| 4.2 A volta para casa: as transformações provocadas pelo estágio .....           | 107        |
| 4.2.1 Críticas ao modelo tradicional de ensino .....                             | 111        |
| 4.2.2 Críticas à mercantilização da saúde .....                                  | 114        |
| 4.3 Constituindo um coletivo: buscando uma “communitas” permanente .....         | 115        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>122</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>126</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>134</b> |

## APRESENTAÇÃO

O tema desta dissertação situa-se em torno das interfaces entre saúde e política, tendo em mente o contexto de mudanças no modelo de atenção à saúde e à saúde mental no Brasil. Oriundas da reivindicação de movimentos sociais, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, além de preverem uma modificação na organização, gestão e atenção à saúde, propõem entendimentos específicos do processo saúde-doença e da relação entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde. Além disso, essas Reformas prevêm uma reorientação da formação de recursos humanos em saúde, o que tensiona a produção de saberes sobre saúde no contexto acadêmico.

Levando-se em conta esse cenário, para a realização desta pesquisa, acompanhei um grupo de estudantes universitários que organiza um "estágio de vivência" em saúde mental. Tal evento, chamado de Estágio Transdisciplinar<sup>1</sup>, ocorre em serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, em municípios do Rio Grande do Sul, tendo iniciado pela cidade de São Lourenço do Sul<sup>2</sup>. O Estágio é organizado por e para estudantes e ocorre por meio de uma "imersão" de quinze dias, onde os participantes habitam a mesma casa, passando o dia nos serviços de saúde mental e participando à noite de atividades como trocas de experiências, oficinas e debates.

O Estágio Transdisciplinar tem por objetivo empreender mudanças na formação para a saúde mental e sensibilizar os estudantes para os princípios do Sistema Único de Saúde e para a Luta Antimanicomial, perspectiva que perpassa a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse sentido, ao acompanhar esse grupo de estudantes, em uma edição do estágio de vivência e em reuniões posteriores durante seis meses, fui construindo algumas questões de pesquisa, tais como: de que modo o contexto da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica se insere na experiência desses estudantes ao se tornarem profissionais de saúde? Qual a

---

<sup>1</sup> No primeiro capítulo tratarei dos diferentes nomes dados ao Estágio em cada uma de suas edições.

<sup>2</sup> São Lourenço do Sul foi a primeira cidade do Rio Grande do Sul a ter um Centro de Atenção Psicossocial, serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, sendo referência para a Reforma Psiquiátrica no estado.

relação entre tornar-se trabalhador de saúde e engajar-se politicamente na Luta Antimanicomial e na defesa do SUS? Para responder a esses questionamentos, organizo a presente dissertação tal como segue:

No Capítulo Um, traço o início da trajetória que deu origem a este trabalho, situando as opções empíricas e teóricas realizadas ao longo da pesquisa. Nesse capítulo também apresento uma contextualização dos movimentos sociais da saúde, buscando identificar como se tecem as relações entre saúde e política no contexto brasileiro. Ao final trato de algumas questões metodológicas relativas à pesquisa, atentando para os espaços onde ela foi realizada, para as relações estabelecidas em campo com os sujeitos da pesquisa e para algumas questões referentes à utilização de imagens.

O segundo capítulo tem por objetivo apresentar o Estágio Transdisciplinar, situando seu contexto de surgimento, proposta e funcionamento, de um modo mais descritivo do que analítico, em um primeiro momento. Com esse capítulo tenho por objetivo dar conta de dados e informações que constituam um panorama para as análises contidas nos capítulos seguintes. Ao final do Capítulo Dois, trato da legislação em torno dos serviços substitutivos e apresento algumas indicações das cidades onde o estágio que acompanhei ocorreu: São Lourenço do Sul e Novo Hamburgo.

No terceiro capítulo, trato da descrição do momento do estágio em São Lourenço do Sul, discutindo algumas questões que perpassaram a vivência, tais como: o contato com a história e com os *protagonistas* da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul; os questionamentos em torno do diagnóstico psiquiátrico; e o modo como se constitui a relação entre determinados saberes em saúde mental e a adesão política ao *ideário do SUS e da Reforma*. Termino este capítulo com uma discussão em torno da relação entre antropologia e saúde coletiva, de modo a refletir a partir de elementos percebidos em campo.

O quarto, e último, capítulo busca tratar da experiência do “estágio de vivência” por meio da perspectiva do ritual, fazendo uma interpretação a partir das categorias de “*communitas*” e “*estrutura*”. Neste capítulo levo em consideração o momento de volta para casa, após o estágio, e mobilização para a constituição de um *coletivo estudantil* por parte dos participantes da edição do estágio que acompanhei.

## CAPÍTULO 1

### 1.1 Trajetória de pesquisa: problematizando a Reforma Psiquiátrica

A presente dissertação se insere em minha trajetória acadêmica como um desdobramento indireto de minha monografia de conclusão do curso de Ciências Sociais, também pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para esse trabalho, do final de 2006, realizei uma pesquisa etnográfica junto ao Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA)<sup>1</sup>, tendo por objeto as representações médicas e religiosas acerca da saúde/doença mental (SCHWEIG, 2006). Ao longo da realização dessa pesquisa, tive contato com discussões em torno da implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup> no estado, a qual afetava diretamente aquele espaço, causando tensionamentos que constituíam um pano de fundo do universo em que eu me inseria.

Em conversas com funcionários e alguns profissionais de saúde do HEPA, pude perceber freqüentemente um discurso de crítica à Reforma Psiquiátrica<sup>3</sup>. Segundo essas pessoas, a Lei restringia a abertura de novos leitos no Hospital, sendo que a demanda por internações aumentava constantemente. Além disso, o hospital se via na incumbência de cumprir mandados judiciais de internação, que os obrigavam a receber pacientes, mesmo com a diminuição progressiva de leitos. Na busca por materiais de pesquisa relacionados ao HEPA, encontrei algumas matérias em jornais e sites da internet que situavam o Hospital em conjunto a entidades que formavam, desde 2005, o Movimento pela Atenção

---

<sup>1</sup> Atualmente maior hospital Psiquiátrico do Rio Grande do Sul, possuindo mais de 400 leitos para internação psiquiátrica.

<sup>2</sup> Trata-se da Lei nº 9.716 de 7 de agosto de 1992, originada da fusão de dois projetos de Lei, nº 171/91 e 278/91, de autoria dos deputados Marcos Rolim (PT) e Beto Grill (PDT). Esta Lei prevê o fim progressivo do “sistema hospitalocêntrico” por meio de uma série de serviços substitutivos. A partir desta Lei, fica vedada aos hospitais psiquiátricos a abertura de novos leitos de internação, os quais devem ser diminuídos ano a ano.

<sup>3</sup> Ver no Anexo 1 panfleto elaborado pelo HEPA e entregue em um evento sobre saúde mental que participei em 2007.

Integral à Saúde Mental (MAIS)<sup>4</sup>, o qual criticava a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e propunha a revisão da Lei estadual da Reforma Psiquiátrica.

Não dando conta da problemática da Reforma Psiquiátrica em minha monografia de conclusão de curso, dado que meu objeto de pesquisa no momento era outro, ingressei no mestrado em Antropologia Social, em 2007, com o intuito de aprofundar essa questão. Desse modo, ao iniciar a pesquisa de campo exploratória, preocupei-me em identificar onde se situavam os discursos que, de alguma forma, positivavam a Reforma Psiquiátrica, já que eu vinha de um campo onde ela estava sendo bastante questionada. Eu já ouvira falar e lera a respeito da Luta Antimanicomial no Brasil, das denúncias ao tratamento dado aos pacientes nos hospitais psiquiátricos - restava situar esse discurso empiricamente e ver como (e onde) ele se atualizava.

Nesse sentido, em setembro de 2007, por indicação de uma conhecida, entrei em contato com um estudante de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), que me foi indicado por fazer parte do *movimento estudantil*<sup>5</sup> ligado ao *movimento da Reforma Psiquiátrica* ou, como ele mesmo se definiu depois, como pertencente à *rede de estudantes mentaleiros*<sup>6</sup>. Após a realização de uma entrevista gravada, fui convidada por esse estudante para participar do "Ato Público pela Rede de Saúde Mental de Porto Alegre", que aconteceria em novembro, no Parque da Redenção em Porto Alegre.

Assim, no mencionado Ato Público, do qual participei, notei uma grande presença de estudantes, majoritariamente de Psicologia, sendo que nenhum estudante de Medicina se fazia presente. Além daqueles, havia um psicólogo de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)<sup>7</sup> de Viamão, que tinha trazido alguns

---

<sup>4</sup> Tal movimento era composto, à época: pela Associação Stabilitas (portadores de transtorno bipolar), Sociedade de Apoio ao Doente Mental (SADOM), Sociedade Gaúcha de Saúde Mental e Lei, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Conselho Municipal de Entorpecentes (Comen), Hospital Espírita de Porto Alegre, Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), Associação Gaúcha de Apoio a Familiares e Pacientes Esquizofrênicos (Agafape) e Comitê de Funcionários do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ver anexo para uma matéria a respeito desse movimento. Ver: <http://www.abpbrasil.org.br/medicos/noticias/exibNoticia/?not=130>

<sup>5</sup> As palavras em itálico marcam os termos êmicos.

<sup>6</sup> O termo *mentaleiro*, também êmico, é uma autodenominação dos militantes em prol da Reforma Psiquiátrica.

<sup>7</sup> Sobre a estrutura e funcionamento dos CAPS, ver o final do Capítulo Dois.

*usuários*<sup>8</sup> consigo, e representantes do Conselho Regional de Psicologia (CRP) - sendo que ao todo havia aproximadamente quarenta pessoas, que faziam panfletagem e seguravam algumas faixas. Anteriormente, na divulgação do evento por e-mail, constavam como entidades apoiadoras: CRP, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fórum Gaúcho de Saúde Mental, Residentes Multiprofissionais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), e Grupo de Estudantes Mentaleiros.

Essas entidades, representativas de diferentes profissões da área da saúde, se contrapunham ao já mencionado Movimento pela Atenção Integral à Saúde Mental (MAIS), composto, em termos de associações profissionais, pela Associação Brasileira de Psiquiatria e pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS). Desse modo, era possível perceber uma contraposição entre o posicionamento das entidades ligadas à Medicina e à Psiquiatria e daquelas ligadas a outras profissões da saúde. Essa correspondência, entre determinadas profissões de saúde e certos posicionamentos frente à Reforma, poderia refletir interesses corporativos como, por exemplo, decorrentes da controvérsia frente ao projeto de Lei do Ato Médico<sup>9</sup>. Além disso, levando-se em conta que a Reforma Psiquiátrica se constitui a partir de uma forte crítica ao saber Psiquiátrico; e que o SUS é baseado nas produções inter e transdisciplinares do campo da Saúde Coletiva<sup>10</sup>, ressaltando a horizontalidade e o trabalho em equipe (BONET, 2005), percebi que poderiam se imbricar questões referentes a campos de saber e disputas de poder.

Além disso, fiquei sabendo que o “Ato Público pela Rede de Saúde Mental de Porto Alegre” foi justamente organizado como uma reação a uma campanha

---

<sup>8</sup> A palavra *usuário* pertence à nomenclatura do SUS e é aqui tratada como termo êmico, já que possui uma grande importância na conformação da “província de significados” (VELHO, 1994) dos sujeitos aqui tratados. A categoria *usuário* é fruto da luta histórica tanto do Movimento Sanitário quanto da Luta Antimanicomial e vem em contrapartida ao teor negativo de *doente*, ou ao teor de passividade de *paciente*. Assim, a noção de *usuário dos serviços de saúde* se relaciona à centralidade da *cidadania* na perspectiva desses Movimentos. Essa questão será retomada mais adiante.

<sup>9</sup> O Projeto de Lei 25/2002, que versa sobre o Ato Médico, prevê a definição dos limites da atuação do médico e institui como “atos privativos de médico a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças”. Dessa forma, todas as outras profissões da área da saúde estariam subordinadas ao profissional médico, o que gera diversas críticas e resistências por parte dos demais profissionais de saúde.

<sup>10</sup> Essa questão será tratada mais adiante.

levada a cabo anteriormente pelo SIMERS, o que pode ser visto nos panfletos<sup>11</sup> que eram distribuídos pelos presentes. Semanas antes, o mencionado sindicato havia colocado uma série de outdoors pela cidade de Porto Alegre com as palavras: “Loucura é a falta de leitos psiquiátricos”, em uma clara alusão ao fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos previsto na Lei estadual da Reforma Psiquiátrica. Para eles, o número de leitos diminuiu, mas não se criaram serviços para suprir a demanda de pacientes psiquiátricos - e isso apontaria para a necessidade de revisão da Lei. Essa campanha do SIMERS faz parte do que os *mentaleiros* denominam *contra-Reforma*, isto é, ela é vista como uma tentativa de fazer *retroceder* o processo de Reforma Psiquiátrica no estado, pondo em risco as *conquistas* trazidas pela referida Lei.

Como contraponto a essa perspectiva do SIMERS, os *mentaleiros* argumentavam que, se faltam leitos psiquiátricos, não é *por causa* da Lei da Reforma, mas em decorrência da sua não efetivação. Isto é, não é a perspectiva *antimanicomial* da política pública que causaria crise na saúde mental, mas a falta de investimento governamental dentro do que a Reforma preconiza. Ou seja, para estes últimos, a Lei da Reforma, e a mudança no modelo de atenção à saúde mental por ela previsto, nunca são postos em questão; os problemas sempre decorrem do fato deste modelo não ser efetivado na prática. Esse posicionamento denota uma perspectiva “militante” dos defensores da Reforma Psiquiátrica (RAMMINGER, 2006), o qual foi recorrente ao longo do andamento desta pesquisa.

Além da crítica à falta de investimentos no novo modelo de saúde mental, outros impedimentos à Reforma eram elencados pelos *mentaleiros* que eu ia conhecendo. Um deles está relacionado a uma queixa freqüente entre os estudantes acessados: a formação universitária não está voltada para esse novo modelo de atenção em saúde, o que faz com que os profissionais egressos reproduzam o antigo modelo em suas práticas. É comum entre eles ouvir falar dos *manicômios mentais*<sup>12</sup>, os quais se traduzem em uma *lógica manicomial* que se *inscreve nos corpos* dos trabalhadores de saúde e também dos *usuários*. Nesse

---

<sup>11</sup> Conferir no Anexo 2.

<sup>12</sup> Termo utilizado por Pelbart (1990) em encontro organizado em São Paulo pelo Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental, em comemoração ao Dia da Luta Antimanicomial, em 18 de maio de 1989.

sentido, mudanças na formação dos profissionais devem estar de acordo com a *lógica da Reforma* e com a *lógica do SUS*, isto é, devem incorporar uma discussão sobre as políticas de saúde. Esse discurso dos estudantes *mentaleiros*, hegemonicamente oriundos da Psicologia, geralmente vinha acompanhado de referências teóricas implícitas e explícitas, como Michel Foucault, a esquizoanálise de Deleuze e Guattari e a Análise Institucional de René Lourau e Gregório Baremlitt<sup>13</sup>. Portanto, notei que em grande medida a mobilização estudantil em torno da Reforma Psiquiátrica estava relacionada à reivindicação de *mudanças na formação profissional* - era necessário um trabalhador de saúde alinhado com a luta antimanicomial e com os princípios do SUS.

Assim, a partir do contato inicial com os *estudantes mentaleiros*, algumas questões surgiram e passaram a ser recorrentes nesse campo que se abria. Especialmente, dois elementos me chamaram atenção: 1) a correspondência entre algumas áreas da saúde e posicionamentos frente à Reforma Psiquiátrica; e 2) a forte crítica, por parte dos *mentaleiros*, à atual formação profissional na área da saúde, oferecida pelas Universidades<sup>14</sup>. Ambas as questões remetem a uma estreita relação entre produção (acadêmica) de saberes em saúde, formação profissional e engajamento político em um movimento social do setor da saúde. É a partir desses elementos que passei a construir a problemática de pesquisa.

## 1. 2 O encontro com o Estágio Transdisciplinar

Pela inserção em campo, e pelas questões que perseguia, minhas atenções se voltaram especificamente para as formas de mobilização de estudantes engajados na luta pela Reforma Psiquiátrica; suas concepções de saúde/doença, seus pressupostos e valores, suas perspectivas e projetos de vida, suas críticas e contrapontos. Assim, entre esses estudantes *mentaleiros* com os quais conversava, notei que era freqüente a referência ao município de São Lourenço

---

<sup>13</sup> Essas referências serão mais bem situadas e analisadas ao longo da etnografia.

<sup>14</sup> A proposição de mudanças na formação também é uma das pautas do chamado *movimento estudantil em saúde*, não sendo algo restrito à saúde mental ou aos *mentaleiros*.

do Sul e ao Mental Tchê<sup>15</sup>, que ocorre nessa cidade. Logo na entrevista feita com o primeiro estudante de Psicologia com quem entrei em contato, essa referência apareceu. Quando o questioneei acerca de experiências de Reforma Psiquiátrica que haviam sido referências no Rio Grande do Sul, ele respondeu:

*A primeira coisa que eu pensei, em experiências que deram certo, é o município de São Lourenço (...). São Lourenço, ela é referência nacional para essa rede de saúde mental. A rede de saúde mental de São Lourenço ainda é o modelo. Quando tu puder ir para lá, basta tu te colocar em contato com um profissional de lá porque os profissionais de CAPS e dos serviços, das moradas que tem lá, todos se conhecem, então eles já entram em contato com a rede, a rede funciona, ela é quente, sabe? (...) Eu já fui lá umas três, quatro vezes, uma vez para estágio, três vezes para o Mental Tchê e sempre estou passeando lá pelos CAPS, usuários, eles te recebem, eles apresentam o espaço, eles apresentam a equipe, falam um pouco da Reforma, falam como é que foi a história lá no município, então, assim, o dia que tu for sair a campo, claro, não só para pegar essas coisas que deram certo, mas pelo menos para começar ou provisoriamente, eu indico São Lourenço.*

Por essa fala, cujo mesmo sentido foi reiterado por outras pessoas, comecei a perceber a importância que a cidade de São Lourenço do Sul possui para os militantes da Reforma Psiquiátrica no estado, especialmente para os estudantes, que eram a maioria das pessoas que eu acessava em campo. Fiquei sabendo que foi no Mental Tchê de maio de 2007, que foi criada a *rede de estudantes mentaleiros*, a qual tem se articulado via internet e preparado ações de panfletagens, como o Ato Público referido anteriormente, e a “Parada do Orgulho Louco”, que ocorre anualmente em comemoração ao 18 de maio<sup>16</sup> e que possui moldes semelhantes de ação, com panfletagem e cartazes.

Na mesma ocasião da entrevista, esse estudante comentou que alguns colegas seus organizavam um Estágio de Vivência em São Lourenço do Sul<sup>17</sup>, como forma de conhecer a rede de serviços modelo e *sensibilizar* os estudantes para a Reforma Psiquiátrica. Percebi que talvez esse local tivesse um papel

---

<sup>15</sup> O Mental Tchê é um evento anual para discussão sobre Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, o qual reúne *mentaleiros* de todo o Rio Grande do Sul. Tem ocorrido desde 2005, nos meses de maio.

<sup>16</sup> O 18 de maio é celebrado como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, desde que, nessa data, em 1980, o programa Fantástico da Rede Globo de Televisão veiculou uma reportagem em que denunciava a situação dos internos da colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro.

<sup>17</sup> O funcionamento desse Estágio, bem como um histórico dos estágios de vivência em saúde serão abordados no Capítulo Dois.

“pedagógico” para a inserção (adesão) dos estudantes na luta pela Reforma Psiquiátrica - tanto via Mental Tchê, que *articula* a rede de *estudantes mentaleiros*, como por esse Estágio de Vivência. Contudo, isso permanecia, ainda, uma hipótese.

Em maio de 2008, fiquei sabendo que tinham sido abertas as inscrições<sup>18</sup> para o Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental<sup>19</sup>, que ocorreria no mês de julho seguinte, em duas turmas: uma delas passaria quinze dias em São Lourenço do Sul; e a outra ficaria uma semana nessa cidade e uma semana em Novo Hamburgo. Decidi me inscrever como participante dessa última turma, já que a idéia de conhecer duas realidades me pareceu mais interessante. Enviei minha inscrição por e-mail, contendo uma carta de intenções em que expunha minha trajetória e interesse em pesquisar a questão da Reforma e dos saberes em saúde mental no mestrado. Fui aceita para participar e, ao longo da vivência, fui construindo a possibilidade de escrever a dissertação mais detidamente sobre a experiência desse Estágio Transdisciplinar, sendo que os estudantes acolheram positivamente meu propósito<sup>20</sup>.

Antes da participação no Estágio Transdisciplinar, havia me surgido a idéia de pesquisar a construção dos saberes dos alunos da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da Escola de Saúde Pública/RS (ESP/RS), que era realizada no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). A ESP é referência quanto ao modelo de formação<sup>21</sup> defendido pelos estudantes acessados em campo, além disso, alguns residentes participavam da *rede de estudantes mentaleiros* e foram apoiadores do “Ato Público pela Rede de Saúde Mental de Porto Alegre”. Dessa forma, entendi que aquele espaço poderia articular tanto a formação profissional como a constituição de militantes pela/para a Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>18</sup> Ver cartaz de divulgação no Anexo 3.

<sup>19</sup> Em suas cinco edições, o Estágio foi reformulando seu nome: iniciou como “Estágio Multiprofissional em Rede Integrada de Saúde Mental”, na primeira edição; “Estágio Interdisciplinar em Rede de Saúde Mental”, na segunda e terceira edições; “Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental”, na quarta edição; e surge como “Estágio de Vivência Transdisciplinar em Saúde Mental”, na quinta edição. No texto optei por chamá-lo reduzidamente de “Estágio Transdisciplinar”, utilizando a nomenclatura que surgiu a partir da edição na qual participei.

<sup>20</sup> Alguns aspectos da minha aceitação em campo serão problematizados ao final do Capítulo Três.

<sup>21</sup> Para um estudo sobre a formação empreendida nos cursos de Especialização em Saúde Pública da ESP, ver a tese de Armani (2006).

Assim, antes do Estágio de Vivência eu havia iniciado um contato com pessoas ligadas a ESP e à Residência para me aproximar desses sujeitos.

No entanto, aos poucos, percebi que lançar um olhar mais detido sobre a experiência do Estágio Transdisciplinar poderia contemplar várias das questões que haviam surgido até então. Chamava-me atenção o fato do Estágio Transdisciplinar ser apresentado como uma iniciativa autônoma do *movimento estudantil*, sem mediações institucionais - além de ser organizado por estudantes ainda na graduação de cursos da saúde. Portanto, enquanto a Residência Multiprofissional da ESP<sup>22</sup> já estava bastante estruturada institucionalmente, acontecia dentro de um Hospital Psiquiátrico e era direcionada a profissionais já formados, no Estágio de Vivência eu poderia observar o impacto daquela experiência em sujeitos que ainda não haviam se graduado, ou seja, que ainda estavam em um período liminar, anterior à aquisição de uma identidade profissional.

Nesse sentido, voltei minhas atenções para a experiência do Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental, bem como para os desdobramentos dele na experiência dos estudantes participantes da turma que acompanhei, os quais decidiram constituir um *coletivo* estudantil. Ao acompanhar mais de perto a experiência desse grupo de estudantes, me preocupava em compreender o modo como se relacionam a construção de entendimentos e saberes sobre saúde/doença mental, a partir da experiência de Estágio Transdisciplinar, e a constituição de um envolvimento político com a Reforma Psiquiátrica. Ou seja, meu foco era na forma como eles vivenciam a relação entre tornar-se profissional de saúde mental e engajar-se na militância pela Reforma Psiquiátrica; que valores, saberes e concepções de saúde/doença mental e de política são construídos na experiência desses estudantes.

---

<sup>22</sup> A Escola de Saúde Pública, como veremos adiante, é uma das apoiadoras da proposta do Estágio Transdisciplinar. Inclusive, uma das estudantes participantes do Estágio comentou do interesse, por parte da diretoria da ESP, de que se abrissem vagas no Estágio Transdisciplinar para os residentes Multiprofissionais participarem da experiência de vivência.

### 1.3 Interfaces entre Antropologia da Política e Antropologia da Saúde

Ao me perguntar inicialmente pela questão da saúde e da saúde mental, ao final da graduação em Ciências Sociais, busquei nos referenciais da Antropologia da Saúde conceitos e teorias que me ajudassem a compreender aquele universo. Quando da realização da minha pesquisa no Hospital Espírita de Porto Alegre, utilizei-me da noção de “representações sobre saúde e doença” - linha de estudo bastante explorada nos trabalhos de Antropologia da Saúde, como aponta Canesqui (2003).

Ao longo da pesquisa de mestrado, contudo, cada vez que eu perguntava aos estudantes - tanto aqueles que conheci a partir do Ato Público no Parque da Redenção, quanto os participantes do Estágio Transdisciplinar - o que eles entendiam por *saúde*, eles me apontavam para a *política*. Era corrente a idéia de que *fazer/promover a saúde mental* se confundia com *promover a autonomia e a cidadania dos usuários dos serviços de saúde*. A *participação política* dos sujeitos - seja nas assembleias dos serviços, nas Conferências Municipais/Estaduais de Saúde, etc - era basicamente entendida como um “indicador” de saúde.

Dessa forma, além dos autores da Antropologia da Saúde, que davam conta das concepções sobre saúde, doença, etc., recorri aos referenciais da Antropologia da Política. Essa última me ajudou a compreender a categoria “política” pelo viés etnográfico, repensando questões referentes à constituição da democracia no Brasil, processo que se atravessa na conformação dos atuais saberes sobre saúde/doença, que eu ia encontrando em campo. Entendi, portanto, que a problemática desta pesquisa situa-se entre essas duas subáreas de estudos: a Antropologia da Política e a Antropologia da Saúde.

As percepções e saberes sobre cura, saúde e doença têm sido objeto da chamada Antropologia Médica ou Antropologia da Saúde desde sua origem. A diferenciação entre “disease” (visão biomédica, ou “doença processo”) e “illness” (padecimento vivido pelo paciente, ou “doença experiência”), estabelecida por Eisenberg, Kleinman entre outros autores (Uchôa & Vidal, 1994)

foi uma das principais contribuições da Antropologia Médica para os estudos do fenômeno da saúde/doença, especialmente quando tratamos dos diferentes saberes envolvidos nesse processo. Frankenberg (2003), ao tratar desses conceitos, comenta sobre a preocupação da Antropologia em dar conta da doença tal como experienciada pelo paciente:

“Se crea así un contraste entre el interés médico en la enfermedad (*disease*) biológica episódica y el interés antropológico en el padecimiento (*illness*) culturalmente experimentado” (FRANKENBERG, 2003, p. 12).

Esse autor marca uma dicotomia entre a perspectiva antropológica e a visão biomédica sobre saúde/doença. A Antropologia teria, portanto, seu interesse principal voltado à “*illness*”, sendo que a Biomedicina expressaria a “*disease*”. Nesse sentido, há também um esforço, por parte deste e de outros autores, em demonstrar como a Antropologia pode “colaborar” com a Medicina, no sentido de perceber as questões relativas à experiência cultural do paciente com sua doença, as quais escapariam à “racionalidade biomédica”.

Nessa mesma linha, vários são os trabalhos produzidos dentro de uma Antropologia Médica ou da Saúde que se voltam à perspectiva da “*illness*” em contraposição à “*disease*” e criticam o reducionismo do saber biomédico. Esses trabalhos procuram relativizar os pressupostos deste último, atentando para os aspectos sociais e culturais envolvidos no fenômeno saúde/doença. Essa vertente da Antropologia apontou para os diferentes “modelos explanatórios” da doença, a diversidade de “itinerários terapêuticos” percorridos pelos sujeitos e para a importância dos setores tradicional e popular, além do profissional, na constituição do “sistema de cuidados em saúde” (Uchôa & Vidal, 1994).

Seguindo-se essa orientação, em muitos momentos, o sentido de uma Antropologia Médica residiu em sua articulação ou “assessoria” ao saber médico, de modo a minimizar esse reducionismo criticado, a partir do apontamento dos aspectos culturais relacionados aos sujeitos que padecem. Como afirma Minayo (1998), em seu nascimento nos Estados Unidos, a Antropologia Médica foi incorporada a programas internacionais de saúde pública dirigidos à América Latina, África e Ásia voltando-se para o entendimento das lógicas dos “nativos” dessas regiões de modo a produzir uma “etnomedicina”.

Entretanto, notei que a dicotomia que muitas vezes permeia esses estudos, aquela entre Antropologia (que trata do “cultural”) e Medicina (que trata do “biológico”), não era suficiente para compreender a minha vivência em campo. Olhar somente para o saber biomédico como constitutivo da “disease”, por exemplo, seria perder o caráter heterogêneo do campo da saúde/saúde mental, bem como desconsiderar a influência do contexto brasileiro das políticas de saúde, que dão fundamento ao SUS e à Reforma Psiquiátrica brasileira, na produção acadêmica sobre saúde/saúde mental. Como consequência, seria também desconsiderar a importância do campo da Saúde Coletiva - o qual dá base para as referidas políticas e é considerado uma “invenção” especificamente brasileira (CANESQUI, 1995)<sup>23</sup>. A Saúde Coletiva é constituída fundamentalmente de modo transdisciplinar (“híbrido”), configurando-se, muitas vezes, como um contraponto à perspectiva estritamente “biomédica”.

Nesse sentido, esta pesquisa atenta para a existência de uma “alteridade” ao saber biomédico que se dá desde dentro do campo mais amplo da saúde. Esse “outro interno” surge em função da incorporação de referenciais das ciências humanas e pela imbricação do campo da saúde com o campo político, a partir da emergência dos movimentos sociais na saúde, no final da década de 1970. Atrelado a esse contexto, é que surge o campo da Saúde Coletiva, o qual se configura como braço teórico-acadêmico desses movimentos. Carvalho (2002) afirma que, nesse momento, o pensamento em saúde “‘contamina-se’ pelo político, demarcando, no processo, um campo teórico e prático substancialmente diferente dos que o precederam”.

Esse processo pode ser pensado a partir de alguns autores, tais como Bruno Latour (1994) e Philippe Descola (2005), que tratam da constituição de uma narrativa hegemônica ocidental dualista, a qual institui a diferenciação de certos domínios ontológicos, especialmente o da “natureza” e o da “cultura”. A biomedicina, fruto da ciência moderna (e da Constituição Moderna, em termos de Latour), voltou-se à naturalização, via “biologização”, dos fenômenos relacionados à saúde e doença. Portanto, a entrada das ciências humanas na saúde (e das categorias da política), a partir da Saúde Coletiva no Brasil, parece

---

<sup>23</sup> É importante ressaltar que semelhantes correntes teóricas e práticas na saúde também se desenvolveram em outros países da América Latina (sobre isso, ver Paim & Almeida Filho, 1998).

constituir uma tentativa de deslocamento de foco do “pólo-natureza” para o “pólo-cultura” (LATOURE, 1994) e, com isso, de apontamento do caráter “híbrido” da saúde/saúde mental desde essa perspectiva<sup>24</sup>. Passo, agora, a esboçar um mapeamento histórico desse processo.

### 1.3.1 Contextualizando relações: um pouco de história

"Sempre quis aplicar na medicina meus pensamentos políticos"  
Sérgio Arouca<sup>25</sup>

O atual conjunto de políticas na área da saúde e da saúde mental, em específico, deve ser compreendido tendo-se em mente as discussões em torno da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, ocorridas nas últimas décadas do século XX. A primeira delas foi associada a um movimento de características mundiais que veio questionar os saberes psiquiátricos e a assistência em saúde mental, sendo influenciado, no Brasil, principalmente pelas idéias e práticas de Franco Basaglia (AMARANTE, 1996). Já a segunda, liga-se ao contexto de abertura democrática no Brasil, que se intensificou desde o final dos anos 1970 e culminou no processo de eleições diretas e na promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual lança as bases para um novo modelo de saúde para o país (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Além de serem lutas político-ideológicas, estas Reformas defendiam uma nova concepção acerca do processo saúde-doença. A Reforma Psiquiátrica tem como fundamento um conjunto de críticas, que tomaram por base autores como Michel Foucault, Thomas Szasz, David Cooper e R. D. Laing. Entre essas críticas, é freqüente a tentativa de “desconstrução” da legitimidade da psiquiatria que, desde o fim do século XVII conceituava a “loucura” enquanto “doença mental” e se configurava como único saber autorizado a submetê-la a tratamento no interior de hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 1993). Nesse sentido, o

---

<sup>24</sup> Essa questão será discutida a partir de dados etnográficos no Capítulo Três.

<sup>25</sup> Citação retirada do site da Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Ver: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/>. Sérgio Arouca é uma das principais referências do Movimento Sanitário brasileiro, tendo presidido a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual deu fundamento para a criação do SUS.

movimento, que resultou na proposta de Reforma Psiquiátrica no Brasil, se conjugou em torno da contestação à ênfase dada apenas às causas orgânicas das chamadas doenças mentais (SERRANO, 1983). Tais questionamentos chamaram atenção para fatores “não biológicos” implicados no processo de doença mental, isto é, para o “contexto social e cultural” onde o doente está inserido e também para o próprio caráter construído do conceito de “doença mental”, o que também gerou uma crítica acerca do tratamento, baseado no isolamento do paciente, empreendido em manicômios.

No Brasil<sup>26</sup>, por sua vez, a tradição desenvolvida pelo italiano Franco Basaglia, cuja referência principal está no conceito de “desinstitucionalização”, teve uma importante influência na constituição do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em fins dos anos 1970, que posteriormente culminou no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial erigindo como slogan “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1996). Nesta direção, este movimento instituiu uma luta em prol da Reforma Psiquiátrica, que incluía uma transformação no modelo de assistência, a partir do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da constituição de serviços alternativos de atendimento - entendia-se que tais hospitais não promoviam tratamento adequado aos pacientes, inclusive agravando (ou produzindo) a “doença” e somente ocasionando a exclusão social destas pessoas. Importante também mencionar a influência de Deleuze e Guattari para a Luta Antimanicomial no Brasil, tendo este último visitado o Brasil e estabelecido parcerias com teóricos do país, como Suely Rolnik<sup>27</sup>.

Este movimento iniciou uma disputa no âmbito legislativo/normativo, a partir do projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) de 1989. Com isso, a Reforma foi paulatinamente se consolidando como uma política oficial do Estado brasileiro (BRASIL, 2005a). O estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro a aprovar uma lei que dispõe acerca da Reforma Psiquiátrica, em 1992, sendo que a lei federal que versa sobre a questão é do ano de 2001<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Para uma análise mais detalhada da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ver Amarante (1995) e Brasil (2005a).

<sup>27</sup> Ver Guattari & Rolnik, 1986.

<sup>28</sup> Lei nº 10. 216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

As Leis, tanto no âmbito estadual como nacional, acerca da Reforma Psiquiátrica, prevêm a criação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo “hospitalocêntrico”, bem como a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos nos moldes em que estão estruturados. No Rio Grande do Sul, atualmente, a atenção à saúde mental tem sido baseada nos seguintes serviços: a) Unidade de Saúde; b) Agentes e equipes de saúde; c) Atendimento em ambulatório, composto por equipe multiprofissional; d) Oficinas Terapêuticas; e) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), também composto por equipe multiprofissional e base da proposta substitutiva aos hospitais; f) Hospital-dia, serviço de internação parcial, em que há atividades de inserção social; g) Serviço de Urgência em Hospitais Gerais; h) Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospitais Gerais; i) Centros de Convivência; j) Serviços Residenciais Terapêuticos (RUSSCZYK, 2004). Com o surgimento destes serviços, houve uma diminuição considerável no número de leitos nos hospitais psiquiátricos.

Todos esses serviços mencionados são inseridos dentro das diretrizes de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual surge do processo de Reforma Sanitária<sup>29</sup>, que também buscou lançar um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença para além dos aspectos “biológicos”. Surgido no contexto de luta contra a ditadura, entre as referências teóricas que orientavam a reforma estava a medicina social e o materialismo dialético marxista, que chamava atenção para as determinações sociais da doença. Buscava-se, então, a transição de um modelo “médico assistencial privatista” para um “modelo plural” (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001), que teria como fundamento o entendimento da saúde como um “direito do cidadão e dever do Estado”.

Segundo a socióloga Solange L’Abbate (2003), as reivindicações surgidas no setor da saúde estão em consonância com a constituição do campo da Saúde Coletiva em termos acadêmicos. Ao analisar o contexto de seu surgimento, ela afirma:

“(...) profissionais das áreas da saúde pública e da medicina preventiva, que sempre tiveram significativa presença na cena política brasileira através de algumas organizações de caráter científico e/ou sindical,

---

<sup>29</sup> Para uma análise da trajetória da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, ver Lima; Fonseca; Hochman (2005) e Escorel; Nascimento; Edler (2005).

passaram a defender o sistema público de saúde, no âmago da luta pelos direitos de cidadania, enfatizando o direito à saúde. Realmente, a questão da saúde sempre foi altamente politizada no Brasil, e o chamado “movimento sanitário” teve papel importante na resistência ao regime militar brasileiro e na luta pela democratização do país.” (L’ABBATE, 2003).

Essa “politização” da questão da saúde no Brasil se configura como um diferencial das Reformas Sanitária e Psiquiátrica em relação às reformas na saúde em outros países. A leitura da questão da saúde a partir das categorias da política, tais como *participação popular, cidadania, direito à saúde, anti-neoliberalismo, anti-privatismo, etc*, demonstra a relação que se estabelece entre as reformas da saúde e a construção da democracia no Brasil. A VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 e reuniu mais de 4 mil pessoas, sendo quase mil delegados, definiu o conceito de saúde de modo amplo, abarcando diversos aspectos da vida dos sujeitos e tendo por fundamento uma perspectiva marxista:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)

Essa concepção de saúde deu base para um novo modelo de atenção que está previsto na Constituição de 1988, sendo a regulação do SUS feita a partir das Leis Orgânicas da Saúde<sup>30</sup> e de subseqüentes portarias do Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOB's). O SUS está pautado por uma série de princípios, fruto dessas lutas políticas ocorridas nas décadas de 70 e 80. Entre estes princípios, estão: a universalidade de acesso; a integralidade, a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa (Lei 8.080, Capítulo II).

Uma das bases das políticas do SUS é a ênfase na Atenção Básica em

---

<sup>30</sup> Trata-se das seguintes Leis, de 1990: Lei 8.080 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços); e Lei 8.142 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e o repasse de verbas financeiras).

Saúde<sup>31</sup>, a qual tem a Saúde da Família como principal estratégia. Instituído em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF)<sup>32</sup>, que teve início em 1994, volta a atenção ao âmbito local fazendo com que os profissionais de saúde conheçam a realidade das famílias e da comunidade em que estão atuando. Surge a figura do Agente Comunitário de Saúde, que estabelece uma maior aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde. O programa visa o estabelecimento de um maior vínculo entre a equipe de saúde e os usuários, já que os primeiros são responsáveis por um número determinado de famílias em uma região específica. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, e reabilitação de doenças. Assim como a Reforma Psiquiátrica defende o fim dos hospitais, para um tratamento local, inserido na comunidade, nos CAPS, a Atenção Básica prevê a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada do sistema de saúde, evitando que o hospital seja o espaço primeiro do atendimento em saúde.

Além disso, a multiprofissionalidade e o trabalho em equipe no campo da saúde passam a ser fatores importantes em um movimento de deslocamento da ênfase “biológica” ou “médica” na promoção da saúde. Segundo Bonet (2005), em meio às discussões no campo da saúde direcionadas ao novo modelo de assistência, “começou a ganhar força a idéia de que, para responder à realidade complexa com a qual os profissionais de saúde lidam é necessário o trabalho em equipe.”<sup>33</sup> (idem, p. 118). Nesse sentido,

“O trabalho em equipe no setor saúde foi proposto como forma de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde, como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e a desresponsabilização proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde” (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

---

<sup>31</sup> Concepção que sofre influência, e às vezes se confunde, com a noção de “Atenção Primária à Saúde”, tratada na Declaração de Alma-Ata, em 1978. Mais sobre isso em Bonet (2003).

<sup>32</sup> Atualmente se chama Estratégia de Saúde da Família (ESF),

<sup>33</sup> É com esta orientação que foram criadas as Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva, as quais foram regulamentadas pela Lei 11.129, de 2005, quando também foram definidas as diretrizes e estratégias da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Estas Residências têm por objetivo atender às necessidades do SUS, qualificando profissionais de saúde em nível de pós-graduação, dentro dos princípios norteadores das recentes políticas públicas em saúde.

### 1.3.2 Multiprofissionalidade: “disease” e heterogeneidade

Situar os conceitos de “disease” e “illness”, bem como a “relação médico-paciente”, no contexto das recentes políticas de saúde no Brasil, é levar em conta o papel crescente das diversas profissões do campo da saúde na efetivação do modelo de atenção à saúde atual, seja na atenção básica, seja nos serviços substitutivos previstos pela Reforma Psiquiátrica.

Um exemplo disso é o fato de que os CAPS visitados durante a realização desta pesquisa, em Novo Hamburgo e São Lourenço do Sul, não são coordenados necessariamente por médicos ou psiquiatras<sup>34</sup>. Além disso, nos CAPS há a figura do “técnico de referência”, o qual pode ser de qualquer especialidade do campo da saúde<sup>35</sup>. É este profissional que elabora, em conjunto com a equipe, o plano terapêutico individual (ou singular) do *usuário*, de modo a ser o principal vínculo entre o paciente e o serviço (SILVA, 2005).

Ou seja, pensar a partir dos estudos sobre “relação médico-paciente”, ou das categorias “illness” e “disease” para compreender o atendimento em saúde mental, requer ter em mente o trabalho em equipe multiprofissional realizado nos serviços de saúde mental. Vários profissionais, com diferentes formações e identidades profissionais, estão em contato com os *usuários* dos serviços e têm papel importante em seu processo terapêutico. Nesse sentido, o conceito de “disease” é aqui entendido a partir dessa heterogeneidade de saberes (e práticas), e não apenas sob a ótica do “saber biomédico”.

Um dos pressupostos deste trabalho, portanto, é inserir a produção de saberes e concepções de saúde/doença mental, construídas por futuros profissionais de saúde, em meio às políticas públicas e movimentos sociais que

---

<sup>34</sup> O CAPS “Nossa Casa” de São Lourenço do Sul, primeiro CAPS do Rio Grande do Sul, é coordenado atualmente pela profissional de Educação Física da equipe. Na página 60, há uma tabela com a profissão dos coordenadores de cada CAPS visitado.

<sup>35</sup> São consideradas profissões da área da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. (Conforme Resolução nº 278/98 do Conselho Nacional de Saúde). Em sua previsão legal, os CAPS devem contar com uma equipe multiprofissional. Por exemplo, a equipe de um CAPS I deve ser constituída por: um médico psiquiatra; um enfermeiro; três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); quatro profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (BRASIL, 2004a, p. 26).

buscam constituir um novo modelo de atenção no Brasil, distinto do tratamento centrado no hospital psiquiátrico<sup>36</sup>. Tal produção, fundamentalmente delimitada no campo da Saúde (Mental) Coletiva, se constitui de modo indissociável de categorias do campo político e lança mão de distintas disciplinas acadêmicas, especialmente das ciências humanas<sup>37</sup>, de modo a construir um contraponto “híbrido”, teórico e prático à ênfase “biomédica” na determinação do processo saúde-doença<sup>38</sup>.

Assim, a idéia de “disease”, como o ponto de vista forjado em meio aos valores e conceitos da biomedicina ocidental, é pensada aqui a partir de sua porosidade. Uma porosidade que permite a existência de uma alteridade, a qual não se situa apenas no ponto de vista do paciente (“illness”), mas se insere na própria conformação da visão dos profissionais de saúde. Assim como Homi Bhabha (1998) entende a narrativa “nativa” como “interna à identidade nacional”, entendo que percepções e narrativas “não-biomédicas” aparecem internamente, inscritas, em meio ao modelo biomédico tido como hegemônico.

O foco desse trabalho, portanto, não está em apontar os “limites” do modelo biomédico - desse modo eu apenas estaria reproduzindo o discurso de meus “nativos”. Também não tenho por objetivo contribuir para a produção de “histórias alternativas dos excluídos” (BHABHA, 1998, p. 25) sobre sua saúde e doença, as quais são narradas a partir do ponto de vista de um “outro” (o paciente) que parece sempre (e somente) constituído em sua alteridade ao ocidental (ou “biomédico”, por extensão). Tenho como foco observar como a visão de futuros profissionais de saúde está permeada por concepções que se opõem ao “biomédico” - sendo essa oposição, em grande medida, construída em torno de categorias relacionadas ao “social”, “cultural” e ao “político”.

Assim, partindo de estudos da área da Antropologia da Política, entendo a categoria “política” em seu sentido etnográfico, isto é, como sendo recortada a

---

<sup>36</sup> No Hospital Espírita de Porto Alegre, por exemplo, como observei, o primeiro contato do paciente com um profissional era com o médico psiquiatra, o qual fazia o diagnóstico, preenchia o prontuário e avaliava se a pessoa necessitava dos cuidados de outros profissionais. Era o psiquiatra, então, que encaminhava o paciente para os demais profissionais de saúde.

<sup>37</sup> A própria Antropologia também é apropriada e “instrumentalizada” pelo campo da Saúde Coletiva. Isso será problematizado no Capítulo Três.

<sup>38</sup> É nesse sentido, como já foi dito, que aponto que há uma tentativa de ênfase no “pólo-cultura”, como entendido na perspectiva de Latour (1994), dentro do campo mesmo da saúde, a partir da Saúde Coletiva. Essa questão será problematizada a partir da etnografia, no Capítulo Três.

partir das significações “nativas”. Nesse sentido, sigo o que foi traçado por Goldman (2006):

“Política, por exemplo, parece ser, simultaneamente, um 'objeto' (ou uma 'categoria nativa') e um “conceito”. Na verdade, não se trata, ao menos em estado puro, de nenhuma das duas coisas, mas de um dispositivo histórico que permite recortar, articular e refletir, de maneiras diferentes, práticas e experiências vividas. Nossa tarefa consiste, assim, não apenas em abordar abstratamente as conceptualizações nativas, mas em apreendê-las em ato, ou seja, no contexto em que aparecem e segundo as modalidades concretas de sua atualização e utilização, levando o esforço de restituição das dimensões êmicas das noções até as últimas conseqüências” (p.41).

Para isso, a noção de política é sempre entendida em sua relação com outros domínios da experiência dos sujeitos pesquisados - de modo a se articular a determinado “ethos” e visão de mundo (GEERTZ, 1989). Ainda segundo Goldman:

“(...) 'do ponto de vista nativo', aquilo que pode ser definido como política está sempre em relação com o restante das experiências vividas pelos agentes, o que evita a tentação de substancialização e literalização do político” (idem, p. 41).

Desse modo, especificamente no campo em que me insiro, as idéias “nativas” de política se articulam estreitamente a uma visão específica de como deve ser a formação e a construção de saberes em saúde/saúde mental, bem como a uma certa perspectiva de atuação profissional. Nesse sentido, trata-se aqui da constituição de “projetos de vida” (VELHO, 1989), os quais são (re)formulados, (re)feitos ou (re)forçados, por meio de uma experiência considerada *transformadora*: o Estágio de Vivência Transdisciplinar em Saúde Mental.

Dessa forma, nesta etnografia busco compreender como, em meio a esse contexto, ao constituir determinado saber sobre saúde/doença mental, esses estudantes estão também acessando determinados entendimentos do que seja “política”; como certos modelos de “prática política” se relacionam a determinados valores, saberes e perspectivas de atuação profissional. Que saberes são esses que “dão acesso” ao político? E quais são os sentidos desse “político”? É na direção desses questionamentos que a etnografia junto aos estudantes participantes do Estágio Transdisciplinar é construída.

## 1.4 Sobre o andamento da pesquisa: questões metodológicas

As análises contidas nas páginas que seguem iniciaram-se a partir do contato com os estudantes participantes do Estágio Transdisciplinar. Tal estágio se configurou como uma intensa vivência de quinze dias, onde me inseri como participante inscrita e selecionada para tal. Logo nos primeiros dias do Estágio, compartilhei com os estudantes minha vontade de escrever sobre a experiência que estávamos vivenciando. Desde o início, eles gostaram da idéia, vendo nisso a possibilidade de *divulgação* do Estágio Transdisciplinar em meio acadêmico. Além de mim, outras duas estudantes escreveriam, no mesmo período, seus Trabalhos de Conclusão de Curso<sup>39</sup> também sobre a experiência do Estágio.

Posteriormente, ao ler esses trabalhos, que foram escritos no segundo semestre de 2008, pude perceber as diferenças entre nossos enfoques, isto é, foi possível compreender um pouco as fronteiras entre a Antropologia e as demais áreas da saúde que se aproximam à Saúde Coletiva. Outra experiência que me fez perceber as dissonâncias e aproximações entre meu olhar e o olhar nativo se deu durante a escrita conjunta dos relatórios<sup>40</sup> do Estágio Transdisciplinar e dos projetos de Estágio para o verão de 2009. Pude ter uma apreensão semelhante quando participei, com os estudantes, da escrita de dois trabalhos para o 7º Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos<sup>41</sup>, promovido pela Asociación Madres de Plaza de Mayo, de Buenos Aires, na Argentina.

A experiência de produzir escrita “junto” aos sujeitos da pesquisa foi interessante na medida em que pude “aprender com eles” (LATOURET, apud BENITES, 2007), isto é, no sentido de pesquisar e pensar em conjunto as questões e problemas que eles achavam prementes e que compartilhavam comigo. Dessa forma, eu mesma pude fazer um exercício de operacionalização das categorias que iam sendo aprendidas e utilizadas por eles, no sentido de “experienciar sua imaginação” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002), ou seja, de

---

<sup>39</sup> Ambas da Unisinos e que haviam sido organizadoras/facilitadoras de alguma edição da vivência. Uma delas é do curso de Psicologia, outra do Serviço Social.

<sup>40</sup> Foram escritos dois relatórios, um para São Lourenço do Sul, outro para Novo Hamburgo.

<sup>41</sup> Nesses trabalhos, desenvolvemos reflexões oriundas de discussões tidas durante a vivência do Estágio Transdisciplinar.

vivenciar na prática os usos de suas categorias e conceitos. Esse movimento foi fundamental para apreender seu ponto de vista.

Durante as atividades do Estágio, sempre levei meu caderno de campo e por vezes o gravador. Algumas das “rodas de trocas de experiência” com profissionais, e também entre os estudantes, foram gravadas e depois ouvidas quando da escrita da etnografia<sup>42</sup>. Ao término do período do Estágio Transdisciplinar, em fins de Julho de 2008, a turma em que participei decidiu marcar reuniões presenciais para discutir assuntos relacionados à saúde/saúde mental, bem como para pensar a organização do Estágio de janeiro/fevereiro de 2009. Em meio a esses encontros, geralmente quinzenais, foi freqüente a idéia de *ir além* da atividade de organização dos Estágios, incluindo outras ações no sentido de promover *experiências alternativas de formação*<sup>43</sup>. Nessa direção, o grupo passou a se pensar a partir da idéia de *coletivo estudantil*.

Então, de agosto de 2008 a janeiro de 2009, acompanhei as reuniões e atividades desses estudantes e, paralelamente, fui realizando entrevistas individuais com alguns deles<sup>44</sup>. Nessas entrevistas enfoquei suas trajetórias pessoais e educacionais, atentando para seus diferentes pertencimentos, suas concepções sobre doença, saúde, política, e os sentidos do Estágio Transdisciplinar (e da participação em um *coletivo estudantil*) em sua trajetória. As entrevistas foram semi-estruturadas, enfatizando alguns temas centrais e sofrendo algumas alterações específicas, de acordo com o perfil e atuação de cada entrevistado no Estágio e no posterior *coletivo*. Todas as entrevistas duraram mais de uma hora e foram transcritas para posterior análise.

Dentre as atividades que acompanhei, além dos encontros sistemáticos do grupo, estão as negociações com a Prefeitura de Pelotas, para realização do Estágio de fevereiro de 2009 nessa cidade. Em certa ocasião, viajei até Pelotas com alguns integrantes do *coletivo*, onde acompanhei uma reunião com a Coordenadora de Saúde Mental do Município, profissionais dos CAPS e estudantes da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e da Universidade Católica de

---

<sup>42</sup> Outros estudantes também gravaram as conversas que tivemos, sendo que essas gravações foram disponibilizadas posteriormente para todos.

<sup>43</sup> Termo definido pelo grupo como foco do *coletivo estudantil*.

<sup>44</sup> Ao todo foram seis entrevistas com estudantes do coletivo e duas com estudantes do movimento estudantil em saúde de caráter mais amplo, de modo a abordar a relação entre o *coletivo* aqui estudado e esse contexto maior.

Pelotas (UCPEL)<sup>45</sup>. Participei também de uma apresentação/divulgação do Estágio Transdisciplinar na Semana Acadêmica de Enfermagem da UFRGS e do Encontro Estadual do Movimento Estudantil em Saúde, realizado em Porto Alegre, onde os participantes do Estágio Transdisciplinar foram convidados para relatar sua experiência. Nesse último Encontro foi possível ter um panorama maior do movimento estudantil em saúde no estado, bem como da forma como o *coletivo* se insere/se posiciona frente a esse contexto maior.

Freqüentei, também, algumas reuniões do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, considerado a principal instância da Luta Antimanicomial no Estado<sup>46</sup>, já que três estudantes do *coletivo* eram suas freqüentadoras. Acompanhei-as de modo a perceber como se inseriam naquele espaço e como se apropriavam da discussão desenvolvida ali. Além dessas atividades, procurei estar presente em eventos, levados a cabo durante o período de pesquisa, que discutiam a questão da Reforma Psiquiátrica e do ensino em saúde, cujos convites circulavam na lista de e-mails do grupo pela internet.

Nesse sentido, acabei acumulando muito mais dados de campo, materiais e “descobertas etnográficas” do que foi possível descrever e problematizar nesta dissertação. Assim, optei por centrar a etnografia na experiência do Estágio (fundamentalmente em São Lourenço do Sul) e em alguns aspectos surgidos após a vivência. Contudo, penso que a presença em diferentes locais e eventos com os estudantes, e em demais eventos relacionados à temática em estudo, foi fundamental para uma melhor apreensão das questões que perpassavam especificamente o Estágio e, depois, o *coletivo*.

Durante toda a pesquisa, a metodologia privilegiada foi a observação participante, concretizada por meio de um contato constante e intenso com os membros do grupo em seus encontros, ações e participações em diferentes espaços. Durante esse processo, minha posição em campo oscilou o tempo todo - por vezes eu era vista como “pesquisadora”, por outras como apenas “mais uma participante do Estágio” ou “integrante do *coletivo*”. Sendo o requisito para ingresso no grupo a participação no Estágio Transdisciplinar na condição de

---

<sup>45</sup> Estavam presentes dois estudantes ex-participantes do Estágio Transdisciplinar, moradores de Pelotas, os quais auxiliaram na *articulação* com a Prefeitura e Universidades.

<sup>46</sup> Para um recente trabalho sobre o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, ver a dissertação de Russczyk (2008).

estagiário, eu era reconhecida como uma integrante do grupo, em primeiro plano, a qual estava escrevendo uma dissertação sobre aquela experiência, em um segundo plano, da mesma forma que outros estudantes escreviam seus Trabalhos de Conclusão, resumos e artigos para congressos a partir da experiência ali vivenciada.

Percebo que minha aceitação no grupo se deu muito em função da imagem positiva que os estudantes faziam da “Antropologia” e do fato de ter uma estudante dessa disciplina entre eles. Muitas das trocas que fui efetuando com os estudantes, portanto, se davam por meio dos saberes que eu poderia acrescentar na construção dos conhecimentos do grupo, já que a Antropologia é uma das disciplinas constitutivas e instrumentalizadas pelo campo da Saúde Coletiva<sup>47</sup>. Ao mesmo tempo, e atentando para a minha condição de também estudante<sup>48</sup>, eu ia apreendendo os saberes e categorias privilegiadas por eles, e que circulavam em nossas conversas e encontros. A troca de “mão dupla”, que foi empreendida, estabeleceu-se como base da minha inserção e permanência em campo. Essa via de inserção me permitiu construir um olhar “desde dentro” da experiência desses estudantes, partilhando das suas descobertas e, na medida em que eu era solicitada, ajudando a pensar e a resolver os problemas que eles próprios se colocavam.

Outra fonte importante para análise foi o contato com a bibliografia por eles utilizada. Para o Estágio, foram selecionados um conjunto de textos básicos - sobre saúde/ saúde mental; textos históricos sobre a Reforma Psiquiátrica e o SUS; e textos sobre as atuais mudanças na formação em saúde. Do mesmo modo, quando da escrita dos relatórios, projetos e trabalhos para eventos, outros textos apareciam como referência. O contato com esses textos me abriu um universo de produção acadêmica, o qual situo entre a Saúde Coletiva ou Saúde Mental Coletiva - tendo a Educação em Saúde como subárea -, a Educação

---

<sup>47</sup> A partir dos usos que os estudantes faziam das minhas “falas antropológicas”, foi possível pensar a relação da própria Antropologia com o campo da Saúde Coletiva. Essa questão também será aprofundada ao final do Capítulo Três.

<sup>48</sup> Lembrando que a condição de estudante foi o pré-requisito para minha seleção para participar do Estágio Transdisciplinar.

Popular em Saúde<sup>49</sup>, a Análise Institucional e a Esquizoanálise<sup>50</sup>. Foi importante perceber a leitura e os usos feitos desses textos pelos estudantes.

### **1.4.1 Considerações sobre a utilização das imagens**

Algumas fotografias estão inseridas principalmente no Capítulo Três. Elas foram feitas ao longo do Estágio de Vivência e nos encontros subsequentes, tendo como autores os próprios estudantes, sujeitos dessa pesquisa. Como vários dos estagiários levaram suas máquinas digitais para o estágio de vivência, inclusive eu, todas as fotos tiradas foram passadas para um mesmo arquivo ao final do estágio, de modo a compormos um “acervo” coletivo de imagens (e também de sons, já que gravações das rodas de conversa foram disponibilizadas nesse acervo). Assim, todos puderam copiar esse conjunto de imagens e conversas registradas, seja em CD’s ou em pen-drives, e levarem consigo as fotos e gravações produzidas pelos demais participantes.

Dessa forma, são desse acervo as imagens que utilizo no presente trabalho. Com elas não tenho por objetivo descrever objetivamente os locais e momentos vividos; nem apenas ilustrar, a partir da fotografia, o que está sendo dito no texto. Trago as imagens produzidas pelo grupo como uma forma de “evocar” memórias, as quais foram constituídas a partir de um “olhar fotográfico nativo”. Ao tentar dar conta do ponto de vista “nativo” ao longo da escrita desta etnografia, utilizo as fotografias não como técnica de pesquisa, mas mais como “fonte”, a qual expressa sentidos que vão além da escrita. Assim, a linguagem fotográfica, aqui, “compõe junto” com a linguagem escrita, procurando traduzir as memórias das experiências vividas.

Muitas das imagens produzidas foram também utilizadas nos trabalhos das estudantes que escreveram suas monografias de conclusão de curso sobre o Estágio de Vivência. Além disso, essas fotografias, junto ao acervo maior de imagens de todas as edições do Estágio, ajudaram a compor um vídeo de

---

<sup>49</sup> Esta sendo referida principalmente quando a questão era a participação popular e o controle social na saúde.

<sup>50</sup> Estas duas últimas denotam a influência do campo dos saberes “psi” na discussão sobre saúde mental.

apresentação do Estágio Transdisciplinar, feito pelos estudantes e divulgado em Universidades e eventos de saúde/saúde mental. Vários dos estudantes, com perfis no site orkut.com, colocaram as fotos do acervo em seus álbuns virtuais.

Muitas das fotografias do acervo contêm imagens em que aparecem *usuários* de saúde mental dos serviços visitados. Quando eu e outras pessoas perguntamos sobre as questões éticas envolvidas na divulgação dessas imagens, diferentes posicionamentos surgiram. Em São Lourenço do Sul, os organizadores do Estágio relataram a já conhecida posição do coordenador de saúde mental do município, para quem a divulgação das imagens dos *usuários* era uma questão de *inclusão*: *Se tiramos fotos com nossos amigos e mostramos pra quem quisermos, por que não podemos fazer o mesmo com os usuários? Ou seja, ele entendia que não se deveria estabelecer um tratamento diferenciado aos usuários quanto à divulgação de sua imagem e, dessa forma, os estudantes fotografaram livremente ao longo do estágio*<sup>51</sup>.

Em Novo Hamburgo, cidade que recebia pela primeira vez o Estágio Transdisciplinar, no entanto, restrições foram colocadas à utilização de fotografias. Em um dos serviços, por exemplo, antes da autorização às fotografias, os usuários foram questionados se permitiam a divulgação de sua imagem. Aqueles que concordaram assinaram um Termo de Consentimento Informado, preparado pela própria equipe do CAPS. Em Pelotas, durante negociação para realização do Estágio, quando os estudantes apresentaram o vídeo com fotos da vivência em que apareciam *usuários*, a coordenadora de saúde mental questionou acerca da autorização prévia para divulgação daquelas imagens, afirmando que em Pelotas isso deveria ser tratado abertamente com as pessoas em cada serviço.

Sobre a utilização de imagens na Antropologia, Rocha & Eckert (2004), apontam as dificuldades éticas enfrentadas por pesquisadores da Antropologia Visual. As autoras apontam a necessidade de um cuidado com a divulgação das imagens do outro, levando-se em conta os modos de construir e negociar o

---

<sup>51</sup> Interessante perceber o que há por trás desse entendimento tão “aberto” em relação a essa questão. Nota-se aqui um posicionamento político por parte do coordenador em relação aos usos e divulgação das imagens dos *usuários*, os quais seriam uma forma de promover a *cidadania* daqueles sujeitos. A livre utilização de fotos, feita pelos estudantes, decorre também do entendimento de que se está promovendo a inclusão desses sujeitos no convívio social mais amplo, por meio da divulgação de suas imagens em diferentes espaços.

consentimento dos sujeitos de pesquisa. Assim, considerando essa divergência de posições, em que claramente São Lourenço do Sul se coloca de modo diferenciado em relação às outras cidades visitadas, optei por não utilizar as fotografias em que apareciam os *usuários* de saúde mental.

Entendo que as negociações e acordos tácitos em torno do uso das imagens se deram entre mim e os estudantes do estágio - sujeitos, de fato, enfocados nessa pesquisa - , e não entre mim e os *usuários* e profissionais de saúde, de modo a assegurar as exigências éticas mínimas para a pesquisa antropológica. Além disso, em se tratando de uma pesquisa no âmbito da saúde, cuidados adicionais devem ser levados em conta, buscando-se um processo mais detalhado de informação sobre a pesquisa, discussão sobre os usos dos dados, sobre o direito à privacidade e anonimato, entre outros fatores que compõem a noção de Consentimento Informado (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 85).

Nos próximos capítulos procuro seguir uma narrativa cronológica, enfocando o pré-encontro ao Estágio e algumas informações mais gerais necessárias ao desenrolar do texto, no segundo capítulo; o momento do estágio de vivência em São Lourenço do Sul, no terceiro capítulo; e algumas questões surgidas posteriormente a ele, no quarto capítulo. As imagens vão sendo inseridas também de acordo com essa cronologia, na medida em que iam sendo feitas e, dessa forma, ajudam a compor a narrativa etnográfica aqui construída. Entendo, portanto, que a inserção, ao longo do texto, das imagens produzidas durante a pesquisa, auxiliam a traduzir uma produção de sentido nativa, a qual muitas vezes escapa à escrita.

## CAPÍTULO 2

### 2.1 Conhecendo meus principais interlocutores da pesquisa

O primeiro contato com os participantes do Estágio Transdisciplinar se deu em 26 de junho de 2008, em um “pré-encontro” realizado no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência) “Saca Aí!”, em Novo Hamburgo, duas semanas antes do início do Estágio propriamente dito. Era a primeira vez que eu e boa parte dos futuros participantes do estágio entrávamos em um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, no que excetuavam-se aqueles que relataram terem feito estágio curricular ou voluntário em espaços como este. A primeira coisa que me chamou atenção foi o fato do espaço do CAPS parecer uma casa residencial, a qual era alugada para o funcionamento do serviço<sup>1</sup>. Havia salas de atendimento e de oficinas - adaptadas a partir dos quartos e dependências diversas - , espaços com brinquedos e desenhos colados nas paredes.



**Imagem 1.** Pré-encontro, no CAPSi “Saca Aí!”, de Novo Hamburgo. 26 de junho de 2008.

---

<sup>1</sup> Todos os CAPS visitados, seja em São Lourenço do Sul, ou Novo Hamburgo, funcionavam em espaços que pareciam casas residenciais. É significativo o fato do primeiro CAPS do Rio Grande do Sul, em São Lourenço do Sul, se chamar “Nossa Casa”. O ambiente do CAPS pouco lembrava aquele do hospital psiquiátrico tradicional, como o do Hospital Espírita, por exemplo, e seu objetivo era realmente ser um espaço mais próximo ao contexto da vida cotidiana dos *usuários*.

Nesse encontro, que durou a manhã e parte da tarde, os futuros estagiários se conheceram pessoalmente, e os organizadores/facilitadores<sup>2</sup> se apresentaram, já que muitos não os conheciam, uma vez que as inscrições, e trocas de informações até ali, haviam se dado via e-mail. Notei que algumas pessoas presentes já se conheciam, seja por serem da mesma Universidade ou curso, seja por já terem participado de algum Mental Tchê em São Lourenço do Sul. Nesse encontro prévio, reuniram-se os participantes da 5ª e da 6ª turma do Estágio Transdisciplinar<sup>3</sup>. No entanto, a maioria dos presentes era da 5ª, já que um terço das vagas para a 6ª turma havia sido destinado para estudantes de Santa Maria<sup>4</sup>, os quais também se reuniram em um pré-encontro nessa última cidade com ex-participantes do Estágio.

Depois de todos terem chegado, iniciou-se uma rodada de apresentações, onde cada um falou da sua expectativa quanto ao Estágio de Vivência, bem como do surgimento do interesse em participar. Quanto a isso, segue trecho de meu diário de campo:

*Algumas pessoas mencionaram que haviam participado do Mental Tchê e se sensibilizaram com a presença tão livre de "usuários circulando pelo evento". Uma estudante do início do curso de Psicologia mencionou o fato de uma usuária tê-la abraçado "do nada" durante o Mental Tchê, e sentiu que aquilo a tinha "tocado" de alguma forma - aquilo havia "desconstruído algumas coisas", as quais ela esperava que fossem "reconstruídas na vivência do Estágio". Havia relatos de identificação com o ideal da Reforma Psiquiátrica, bem como a narrativa de estudantes que haviam feito estágios curriculares ou voluntários em serviços de saúde mental e demonstravam posicionamentos a favor da Reforma. Outras pessoas relataram terem visto o cartaz de divulgação do Estágio pelos corredores da Universidade, mas não "sabiam muito o que esperar", apesar de terem algumas noções do que trata a Reforma e demonstrarem identificação com a proposta. Houve menção, entre alguns, do interesse em conhecer melhor a saúde mental para ver se iriam direcionar a carreira profissional para essa área de atuação (...)* (Diário de Campo, 26/06/2008).

---

<sup>2</sup> Os estudantes organizadores do Estágio são chamados de "facilitadores" durante a vivência. Eram em número de três para cada turma de aproximadamente 15 estudantes. Nesse encontro fico sabendo que o requisito para ser organizador/facilitador é ter sido estagiário em alguma edição anterior do Estágio Transdisciplinar.

<sup>3</sup> A 5ª turma ficou do dia 13 ao dia 20 de julho em São Lourenço do Sul, seguindo do dia 21 ao dia 27 de julho em Novo Hamburgo. A 6ª turma ficou do dia 20 de julho ao dia 2 de agosto em São Lourenço do Sul. Ver uma tabela com todas as turmas e edições do estágio na página 56.

<sup>4</sup> Isso se deu a partir da participação de pessoas dessa cidade em edições anteriores do Estágio. O motivo da reserva de vagas era formar uma rede mais ampla, de modo a ter um grupo em Santa Maria que organizasse Estágios autonomamente de forma paralela ao grupo centrado mais na região metropolitana de Porto Alegre.

Com esses relatos, em meio a diferentes motivações, percebi que era consenso a posituação da Reforma Psiquiátrica entre aqueles estudantes. Uma facilitadora da 6ª turma, estudante de Psicologia da PUC-RS, se apresentou dizendo que havia realizado o Estágio em janeiro daquele ano. Segundo ela, o Estágio se configurava como um *rito de passagem*, sendo uma experiência da qual *se volta outra pessoa de lá*. O caráter de *transformação* causado pelo Estágio de Vivência era confirmado por todos os ex-estagiários presentes. *São Lourenço é mágico, não sei o que acontece lá que transforma* - dizia essa mesma estudante. Criou-se um clima de grande expectativa por parte de todos. À apresentação dos participantes seguiu-se uma rodada de conversa calorosa, onde todos queriam falar ao mesmo tempo sobre suas perspectivas acerca da Reforma e suas experiências pregressas em saúde mental. Alguns facilitadores tentavam mediar a discussão atentando para o fato de que poderíamos ter calma, pois teríamos quinze dias só para discutir intensamente aquelas questões durante o estágio.

Quando chegou meu momento de apresentação, disse que era estudante de mestrado em Antropologia e estava interessada em pesquisar a questão da formação em saúde mental, vindo daí meu interesse de participação no estágio. Comentei sobre meu Trabalho de Conclusão de Curso realizado no Hospital Espírita de Porto Alegre e de meu projeto de mestrado sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública. Os estudantes pareceram achar interessante ter alguém da Antropologia como participante, o que depois se confirmou ao longo da vivência. Na semana seguinte ao encontro, inclusive, uma das estudantes me enviou um e-mail pedindo para ler meu trabalho sobre o HEPA.

Entre os presentes, chamava atenção o grande número de estudantes de Psicologia e de mulheres. A seguir, há uma tabela com os participantes da 5ª turma, da qual fiz parte, onde se pode conferir essas duas tendências. São quatorze estudantes estagiários, sendo os três últimos da lista - Kaciely, Tiago e Daniel - os facilitadores da vivência, que haviam sido estagiários em três

diferentes turmas anteriores. Dos dezessete participantes, há oito estudantes de Psicologia; e três homens, sendo que dois deles são facilitadores<sup>5</sup>:

|    | Nome     | Curso               | Universidade/Semestre | Residência      |
|----|----------|---------------------|-----------------------|-----------------|
| 1  | Adriana  | Terapia Ocupacional | UFMG/8º               | Belo Horizonte  |
| 2  | Aline    | Psicologia          | PUC-RS/2º             | Porto Alegre    |
| 3  | Ana      | Jornalismo          | UNISINOS/5º           | Porto Alegre    |
| 4  | Bruna    | Psicologia          | UFRGS/1º              | São Leopoldo    |
| 5  | Camila   | Enfermagem          | UFRGS/5º              | Porto Alegre    |
| 6  | Carla    | Educação Física     | UNIFRA/Especialização | Santa Maria     |
| 7  | Caroline | Terapia Ocupacional | UNIFRA/7º             | Santa Maria     |
| 8  | Fernanda | Psicopedagogia      | PUC-RS/7º             | Viamão          |
| 9  | Graziele | Antropologia        | UFRGS/Mestrado        | Canoas          |
| 10 | Júlia    | Psicologia          | UNISINOS/8º           | São Leopoldo    |
| 11 | Luiza    | Psicologia          | PUC-RS/3º             | Porto Alegre    |
| 12 | Mariana  | Serviço Social      | UNISINOS/4º           | Novo Hamburgo   |
| 13 | Raísa    | Psicologia          | UNISINOS/2º           | Canoas          |
| 14 | Teodoro  | Psicologia          | UNISINOS/2º           | Porto Alegre    |
| 15 | Kaciely  | Serviço Social      | UNISINOS/7º           | Sapucaia do Sul |
| 16 | Tiago    | Psicologia          | UNISINOS/7º           | Novo Hamburgo   |
| 17 | Daniel   | Psicologia          | UNISINOS/6º           | São Leopoldo    |

**Tabela 1:** Lista de participantes da 5ª turma do “Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental”, Julho de 2008.

Logo após a rodada de apresentações, os organizadores mostraram um vídeo, contendo música e fotos de edições anteriores do Estágio, onde eram contextualizados seu surgimento e proposta. Essa contextualização seguiu um

<sup>5</sup> Os nomes foram mantidos, por meio do consentimento dos estudantes.

certo percurso, tratando da história da loucura e da Reforma Psiquiátrica, bem como da emergência do Sistema Único de Saúde, até chegar nos anos 2000, em que a formação profissional não estaria de acordo com as mudanças ocorridas nas políticas de saúde<sup>6</sup>. O Estágio Transdisciplinar surgia, então, para suprir essa demanda de formação em saúde mental em consonância com o novo modelo de atenção à saúde/saúde mental – por isso sua realização junto a serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

É na apresentação desse vídeo que começo a notar que a Luta Antimanicomial, e a Reforma Psiquiátrica, são entendidas pelos estudantes sempre em conjunto com a Reforma Sanitária e o surgimento do SUS. A narrativa corrente é de que os serviços de Saúde Mental substitutivos ao manicômio estão inseridos na organização e nos princípios de funcionamento do Sistema Único de Saúde e, sendo assim, a *defesa da Reforma* é indissociável da *defesa do SUS*. Desse modo, uma formação voltada para a Reforma Psiquiátrica está também, necessariamente, afinada com o trabalho no SUS. É a partir disso, também, que deixo de delimitar meu tema à “formação em saúde mental”, e passo a falar da “formação em saúde/saúde mental”, no mesmo sentido em que os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica se interligam<sup>7</sup>.

Além desse vídeo, recebemos um conjunto de textos<sup>8</sup> que serviriam de base para as discussões ao longo da vivência. Com eles, tanto eu quanto boa parte dos estudantes, começamos a ter contato mais aprofundado com os conceitos e autores que são referência para os militantes da área da saúde e com os ideais da Saúde (Mental) Coletiva. A partir desse conjunto de textos, e de outros que foram circulando em meio ao grupo e se somando durante a escrita do relatório do Estágio, de trabalhos para congressos ou nas reuniões posteriores do *coletivo*, pude perceber como se constitui historicamente essa demanda por

---

<sup>6</sup> Esse vídeo, conforme foi-me relatado pelos organizadores, foi utilizado em palestras de divulgação realizadas por alguns deles em diferentes Universidades da região metropolitana, ao longo do primeiro semestre de 2008. Essas palestras ocorreram a partir da abertura, dada por alguns professores, de um espaço em disciplinas relacionadas à saúde mental/saúde coletiva, para os organizadores divulgarem a temática da Reforma Psiquiátrica, bem como as inscrições para o Estágio Transdisciplinar.

<sup>7</sup> A noção de *integralidade*, e também de *rede* e *intersetorialidade*, têm papel fundamental nessa relação. Esse aspecto será abordado em seguida.

<sup>8</sup> Ver lista na página 133.

mudanças na formação profissional em saúde/saúde mental, tanto defendida pelos estudantes.

Partindo dessas referências, passo agora a historicizar brevemente o surgimento dessas propostas - processo no qual se insere o Estágio Transdisciplinar. Como me baseio nessa bibliografia que tomei contato intermediada pelos estudantes, trato a historização desse processo como "discurso nativo". Além disso, os textos que narram essa história foram escritos por pessoas diretamente envolvidas na formulação das propostas e na organização das ações de educação em saúde. Dessa forma, as referências históricas apresentadas são também parte de uma narrativa constituída por meio das interpretações nativas desse processo, as quais são, da mesma forma, constitutivas do *ideário* do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o qual permeia as ações do grupo aqui estudado.

## 2.2 Mudanças na formação em Saúde/ Saúde Mental

Já na lei 8080 de 1990, que delinea o Sistema Único de Saúde, entre as atribuições do novo sistema está "a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde". Ou seja, há a previsão legal de que os profissionais de saúde devem ser formados de acordo com os princípios de atuação do SUS e, além disso, de que os estudantes devem utilizar os serviços públicos como espaços de aprendizagem para sua formação. No entanto, essa "adequação" do ensino profissional em saúde ao SUS não se deu de forma automática a partir da referida lei. Por essa razão, algumas ações governamentais, muitas vezes levadas a cabo a partir de parcerias entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, foram promovidas no sentido de estabelecer modificações no ensino em saúde<sup>9</sup>. Uma dessas ações se dá a partir de projetos de "estágio de vivência"

---

<sup>9</sup> Entre essas ações, como já foi mencionado, está a criação das Residências Multiprofissionais, em nível de pós-graduação/especialização. Também foram criadas novas Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde e, recentemente, o projeto Pró-Saúde, que disponibiliza verbas para as universidades promoverem reformas nos currículos dos cursos da saúde (BRASIL, 2005b).

em saúde, processo que se inicia no final dos anos 1990, em grande medida por uma demanda e iniciativa do movimento estudantil da área da saúde.

De fato, o movimento estudantil da Agronomia, por meio da Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil (FEAB), foi o pioneiro na experiência de estágios de vivência, desde final dos anos 1980, junto a assentamentos rurais. Essas primeiras experiências se constituíram, a partir de 1991, nos chamados EIV's (Estágios de Vivência Interdisciplinares) organizados em parceria com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), realizados em acampamentos e assentamentos de reforma agrária, e abertos a estudantes das mais diferentes áreas. Ao longo dos anos 1990<sup>10</sup>, a experiência expande-se para diferentes estados do Brasil e para comunidades de agricultores familiares, pescadores e indígenas. Odete Torres<sup>11</sup> (2005) narra um pouco da origem dessa experiência dos EIV's:

“A iniciativa parte da necessidade dos estudantes de agronomia entenderem criticamente o modelo de desenvolvimento agropecuário implantado no país e a partir da contextualização desta realidade incidirem sobre a qualidade do ensino de Agronomia. Surge, neste contexto, a metodologia dos estágios de vivência buscando aproximar o estudante universitário da realidade econômica, social, política e cultural do campo” (TORRES, 2005, p. 72)

Ainda segundo Torres, desde a participação de estudantes de Medicina, ligados à Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM), nos estágios de vivência da Agronomia, esta organização estudantil propôs, ao longo dos anos 90, estágios de vivência no Sistema Único de Saúde em diversos municípios brasileiros, com uma “perspectiva contra-hegemônica ao processo de formação”. A autora também afirma uma tendência à realização dos estágios em locais com experiências positivas em termos de saúde pública:

---

<sup>10</sup> A partir de 1996 surgem, nas universidades, por incentivo da FEAB, os Núcleos de Apoio à Luta pela Reforma Agrária (NARAS), com caráter interdisciplinar, que além de reunir os estudantes participantes das vivências, assumiram a tarefa de realização de discussões e seminários sobre reforma agrária, sendo também responsáveis pela organização dos EIV's. (TORRES, 2005, p. 74).

<sup>11</sup> Odete Torres é enfermeira e professora do Centro Universitário Metodista, tendo feito parte, enquanto estudante, do VER-SUS. Ela teve uma participação na primeira edição do Estágio Transdisciplinar e deu uma palestra no Encontro do Movimento Estudantil, ocorrido em novembro de 2008, sobre o tema da *Educação Permanente*.

Tais estágios, no final da década de 90, aconteceram em diferentes cidades do país cujos avanços no setor saúde revelaram experiências exitosas em distintos modelos tecno-assistenciais. As cidades de 'Santos/SP (1996), Camaragibe/PE (1997) e no Ceará (1999)', são citadas no documento do Ministério da Saúde como municípios que exemplificam as experiências de estágios de vivência da DENEM (TORRES, 2005, p. 76).

Ceccim<sup>12</sup> e Bilibio (2004) narram um pouco da história do período dos estágios de vivência em saúde, a partir do contexto do Rio Grande do Sul. Eles situam seu início com a experiência da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), ao buscar apoio da Escola de Saúde Pública/RS (ESP/RS)<sup>13</sup> para a realização de seu V Estágio Nacional e I Estágio Regional de Vivência no Sistema Único de Saúde (V ENV e I ERV-SUS). A ESP/RS apoiou a proposta da DENEM e criou o Projeto Escola de Verão: "Essa iniciativa visou abrir campo de vivência na gestão de sistemas e serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul" (CECCIM & BILIBIO, 2004, p.12).

Assim, em janeiro de 2002, realizou-se a "Escola de Verão", estágio de vivência de quinze dias em serviços de saúde do SUS no RS, aberto apenas a estudantes de Medicina - 56 no total, de vários estados do Brasil - , contando com apoio institucional da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS). A partir da boa avaliação da Escola de Verão, a ESP/RS lançou o projeto VER-SUS/RS - Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul - , em 2002, ampliando a proposta inicial:

A idéia era levar os universitários a verem o SUS em sua realidade concreta, multifacetada e diversificada pelas regiões do território estadual. Uma vivência-estágio para 'ver' a realidade do SUS, ainda que sentindo-a, experimentando-a e refletindo coletivamente sobre ela, levou ao VER-SUS/RS (CECCIM & BILIBIO apud TORRES, 2005, p. 85).

Esse projeto contou com a parceria entre a ESP/RS e estudantes universitários organizados no Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC), o qual se formou muito em função da construção dessa proposta e

---

<sup>12</sup> Ricardo Burg Ceccim é um dos principais autores, da Educação em Saúde, citados pelos estudantes. Foi Diretor da ESP e é professor da Faculdade de Educação da UFRGS. Ceccim participou de um Seminário promovido pelo Estágio Transdisciplinar, em Novo Hamburgo, durante a vivência.

<sup>13</sup> Em 2001, a ESP/RS criou a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil da ESP/RS e tem tido papel importante no apoio a mudanças na formação em saúde. Como veremos, a ESP/RS é uma das apoiadoras do Estágio Transdisciplinar e patrocinou o Encontro Estadual do Movimento Estudantil em Saúde.

congregou estudantes de diversos cursos e instituições<sup>14</sup>. Com o VER-SUS/RS houve uma ampliação da oferta de vagas do estágio de vivência para outros cursos da saúde, contemplando todas as 14 áreas que o constitui, mais o Bacharelado em Saúde Coletiva. Além da AMRIGS, a Associação Brasileira de Odontologia/Seção RS(ABO/RS) e a Associação Brasileira de Enfermagem/Seção RS (ABEn/RS) foram parceiras do projeto.

Essa experiência regional foi transformada em um projeto federal, levado a cabo pelo Ministério da Saúde<sup>15</sup> em parceria com representações estudantis de quatorze cursos da saúde, passando a se chamar Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil (VER-SUS/Brasil). No Rio Grande do Sul, o VER-SUS/Brasil aconteceu entre 2003 e 2006, em diferentes cidades do Rio Grande do Sul, agregando estudantes de diversos cursos da área da saúde<sup>16</sup>. Esse projeto ocorria por meio de repasse de verba federal para as comissões organizadoras dos estágios de vivência nas diferentes cidades. Na região metropolitana de Porto Alegre, estudantes que haviam participado do VER-SUS, ou que faziam parte de sua organização, formaram o coletivo “Saúdes”, com encontros periódicos e com proposta de ser um grupo de estudos e ação.

Em todo o estado, diversos coletivos e organizações estudantis se formaram em função (e como consequência) dos estágios de vivência (VER-SUS e VEPOP). Em novembro de 2006 foi realizado o “I Encontro Estadual de Coletivos na Área da Saúde”, sendo criado, em abril de 2007, o “Fórum Gaúcho de Coletivos Estudantis na Área da Saúde”. A seguir apresento uma tabela dessas organizações estudantis, a qual construí a partir de relatos ouvidos no Encontro do Movimento Estudantil em Saúde do Rio Grande do Sul, ocorrido em novembro de 2008, e a partir de entrevista realizada com uma estudante organizadora do evento:

---

<sup>14</sup> Além do VER-SUS/RS, o NETESC teve sua atuação centrada na organização do I CGEUS (I Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde) e em participações em encontros e congressos da saúde..

<sup>15</sup> Dentro da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada justamente com o objetivo de realizar mudanças na formação de profissionais de saúde.

<sup>16</sup> Ocorreu também o VEPOP (Vivência em Educação Popular), que reunia estudantes de diferentes áreas e teve por objetivo, junto a elas, “identificar os problemas existentes e formular estratégias para a superação conjunta das dificuldades encontradas”. Sobre uma dessas edições do VEPOP, ocorrida na cidade de Rio Grande, acessar: <http://www.furg.br/furg/projet/VEPOP/>

| Organização estudantil em saúde  | Cidade                              |
|--|-------------------------------------|
| NETESC - Núcleo de Trabalho e Saúde Coletiva                             | Porto Alegre                        |
| Saúdes   | Porto Alegre e região metropolitana |
| Sidadania  | São Leopoldo                        |
| GESC - Grupo de Estudos em Saúde Coletiva                                | Ijuí                                |
| NETESC - Núcleo de estudos e trabalhos em Saúde Coletiva                 | Santa Cruz                          |
| NEPEPS - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Educação Popular em Saúde | Rio Grande                          |
| FIMESS - Fórum Integrado do Movimento Estudantil em Saúde de Santa Maria | Santa Maria                         |
| Pitangueiras   | Pelotas                             |
| NASUCS - Núcleo Acadêmico de Saúde da Universidade de Caxias do Sul      | Caxias do Sul                       |
| GDESC - Grupo Discente de Estudos em Saúde Coletiva                      | Passo Fundo                         |

**Tabela 2:** Lista de organizações estudantis em saúde no estado do Rio Grande do Sul, desde aproximadamente 2004.

Boa parte desses coletivos acabaram “se esvaziando” devido ao fim do projeto VER-SUS. Dentre eles, fiquei sabendo que o GESC organizou de modo independente um estágio de vivência denominado “Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde no município de Ijuí - RS”, em janeiro de 2009, tendo uma metodologia similar à do VER-SUS. Essa vivência também foi organizada por estudantes e contou com a participação de professores universitários e outros parceiros<sup>17</sup>.

Em grande medida, a metodologia do Estágio Transdisciplinar é baseada naquela dos VER-SUS, centrando-se na imersão em uma realidade específica, através da vivência nos serviços de saúde, da leitura prévia de textos e de discussões e trocas de experiências em grupo. Uma das diferenças, como veremos, é que no Estágio Transdisciplinar há uma ênfase na *intervenção*, a qual não existia nas propostas de VER-SUS. Passo agora a tratar das narrativas em

<sup>17</sup> Ver: <http://redehumanizaus.net/node/4529>

torno da origem da proposta do Estágio Transdisciplinar, as quais foram ouvidas dos próprios estudantes em diferentes momentos.

### **2.3 Origem do Estágio: *construção coletiva x iniciativa individual***

Ao longo de toda a pesquisa, foi possível ter contato com diferentes “versões” da narrativa de origem do Estágio Transdisciplinar. Essas versões, não sendo radicalmente contraditórias, enfatizavam elementos distintos ao dar conta das motivações e das ações decisivas na construção da proposta desse Estágio. Uma primeira narrativa, que foi possível conhecer logo no primeiro encontro com o grupo, enfatiza o *protagonismo* de alguns atores na efetivação da proposta do Estágio. Uma outra versão, que surgia por vezes como contraponto, tratava de enfatizar a relação do Estágio com um *processo histórico* mais amplo e *político*, levando em conta a constituição de *coletivos estudantis* em saúde e de Estágios de Vivência como o VER-SUS.

No pré-encontro, em Novo Hamburgo, a história da origem do estágio enfatizou a atuação de alguns *protagonistas*. O estágio teria iniciado a partir da participação de alguns estudantes na disciplina de Saúde Mental Coletiva<sup>18</sup> da Unisinos, ministrada pela professora Maria de Fátima Bueno Fischer<sup>19</sup>, onde é de praxe uma saída de campo a São Lourenço do Sul com o objetivo de que os alunos conheçam o primeiro CAPS do Rio Grande do Sul e uma rede de atenção à saúde mental que é tida como modelo de Reforma Psiquiátrica para o estado e para o país. Sendo assim, nessa disciplina, durante dois dias, os alunos conheciam todos os CAPS e serviços de saúde mental da cidade, tinham contato com os *usuários* e conversavam com alguns dos profissionais que participaram da implantação da Reforma no município, especialmente o psiquiatra Flávio Resmini e a psicóloga Elsa Timm.

---

<sup>18</sup> Essa disciplina é apontada, também por outros ex-alunos, como um dos poucos espaços em que as diretrizes das políticas de saúde mental são discutidas durante a formação em naquela universidade – segundo eles, proporcionando uma iniciação aos temas da Saúde Coletiva.

<sup>19</sup> Fischer é uma antiga militante da Luta Antimanicomial no Estado, tendo participado do Fórum Gaúcho de Saúde Mental desde seu início. Foi gestora de saúde/saúde mental, tendo coordenado o primeiro residencial terapêutico para portadores de sofrimento psíquico – a Pensão Nova Vida – em Porto Alegre.

Assim, após uma visita a São Lourenço do Sul, por meio dessa disciplina, um grupo de colegas, impressionados com o que viram, combinaram de retornar à cidade durante as férias de verão, de modo a estagiarem voluntariamente nos serviços de saúde mental e conhecerem mais profundamente o trabalho ali realizado. Contudo, nessas férias, apenas uma estudante se dispôs a voltar à cidade, tendo lá alugado uma casa por um mês para realizar estágio voluntário nos serviços de saúde mental da cidade. Já de volta à Universidade, essa estudante se reuniu a um grupo de colegas e passaram a pensar na proposta de um estágio de vivência em São Lourenço do Sul, a partir do recorte da Saúde Mental (recorte esse que não era contemplado pelos VER-SUS). Assim, um projeto de estágio de vivência foi escrito, para angariar recursos financeiros, e o Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental<sup>20</sup> nascia, tendo sua primeira edição em janeiro de 2007.

O *protagonismo* dessa primeira estudante, que se dispôs a ir a São Lourenço do Sul sozinha, teve papel central na narrativa levada a conhecimento dos novos estagiários no pré-encontro anterior à vivência. Inclusive, em alguns momentos ela foi considerada como a grande idealizadora do Estágio. Contudo, por meio de falas que surgiram posteriormente em meio à vivência, outras relações eram apontadas no sentido de enfatizar o fundo *coletivo* do surgimento do Estágio, através de sua conexão com um *processo político maior*. Por essas diferenças, entendo que havia um ponto de tensionamento entre a ênfase na *iniciativa individual* e a busca por explicitar o *trabalho coletivo* (o qual é tido como essencial na saúde, no discurso corrente desses sujeitos) para a efetivação do Estágio.

Assim, em certos momentos, durante o Estágio de Julho, e ao longo dos encontros posteriores do grupo, quando alguém lembrava o papel de *protagonista* da primeira estudante que decidiu ir a São Lourenço do Sul fazer estágio voluntário sozinha, geralmente alguém pontuava, *sem querer desmerecer o mérito pessoal*, que havia um *processo coletivo* por trás das *iniciativas individuais* e, também, que o Estágio Transdisciplinar era de *todos* os seus participantes. O envolvimento de alguns organizadores e estagiários da

---

<sup>20</sup> Lembrando que nessa primeira edição, o Estágio se chamava “Estágio Multiprofissional em Rede Integrada de Saúde Mental”.

primeira edição do Estágio com o VER-SUS e o coletivo Saúdes, a semelhança da metodologia deste com a do Estágio Transdisciplinar, por exemplo, eram tidos como aspectos que apontavam um processo mais amplo de mobilização do movimento estudantil na área da saúde, não sendo possível compreender o Estágio Transdisciplinar de forma isolada.

Penso que os momentos de tensão entre essas narrativas refletem, em certa medida, o esforço por uma concepção mais “holista”<sup>21</sup> de saúde/saúde mental, em contraposição a valores tidos como “individualistas”. No entanto, ao mesmo tempo, é interessante notar que o *protagonismo* de alguns profissionais de São Lourenço do Sul, na implementação da Reforma, não recebia uma contestação tão forte, como veremos no próximo capítulo. Talvez, a diferença se dê pelo caráter “mítico” de São Lourenço, onde se aceita (e se legitima) mais facilmente a figura de “heróis”; isto é, de pessoas que exemplificam o *ideal da Reforma* e são guardiãs de uma história tida como “preciosa”. No caso do Estágio Transdisciplinar, no entanto, os estagiários e organizadores talvez se sintam próximos e construtores de uma “história” ainda em aberto. Nesse sentido, diferenças pessoais e de entendimentos da Reforma muitas vezes emergem, sendo a própria narrativa de origem do Estágio colocada em disputa e refletindo esses tensionamentos.

### **2.3.1 A justificativa “oficial”**

Tentando mapear uma justificativa “oficial” para o Estágio, já na conversa que ocorreu no pré-encontro, foi possível notar uma forte crítica à formação universitária em saúde como motivação. A criação do Estágio, em grande medida, se dá no sentido de *aproximar* os estudantes com as novas políticas de saúde e saúde mental – partindo do pressuposto de que essas questões não são debatidas na Universidade. Há um consenso de que a formação nos cursos de graduação em saúde não dá conta das *mudanças no novo modelo*

---

<sup>21</sup> Essa questão será explorada posteriormente.

de atenção. Podemos notar isso em trecho de um texto escrito pelo primeiro grupo de estudantes participantes do Estágio, em 2007:

“Embora exista uma rede de novas possibilidades de tratamento, que dispensam a internação psiquiátrica, esta rede torna-se cristalizada quando habitada por velhos paradigmas positivistas, já que a formação universitária não tem acompanhado os avanços da Reforma Sanitária Brasileira e da nova constituição em saúde mental, formando profissionais que se preparam para uma clínica tradicional e privada, centrada na doença.”

Essa crítica à atual formação universitária é também mencionada como justificativa do VER-SUS, como afirmam Ceccim & Bilibio (2004):

“(...)a formação em saúde reproduz uma visão mais centrada nas técnicas biomédicas que nos valores da saúde coletiva (...). Entretanto, uma outra especificidade, talvez a mais grave, é o fato de o estudo sobre o SUS e a saúde coletiva ocuparem um lugar de pouco prestígio na organização curricular que compõe os cursos de graduação da área da saúde. A concepção hospitalocêntrica, médico-centrada e procedimento-centrada (medicalizadora) da saúde ocupa um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica ou na imagem do trabalho em saúde.” (CECCIM & BILIBIO, 2004, p. 9).

Além disso, como especificidade do Estágio Transdisciplinar, que possui um recorte a partir da saúde mental, os estudantes apontam a falta de espaços de formação prática coadunados com *lógica* da Reforma Psiquiátrica, já que a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é mais recente do que o delineamento do Sistema Único de Saúde. Ainda no texto desses primeiros estudantes, segue-se:

“Não raramente, estes profissionais têm como local de formação, o hospital psiquiátrico. Na Região Metropolitana de Porto Alegre, o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), conveniado com as maiores universidades da região, é um dos locais de formação mais importantes. Ano após ano, alunos dos cursos das ciências da saúde e humanas ingressam no Hospital Psiquiátrico São Pedro, para complementar sua formação. Formação esta, na qual se aprende formas de pensar e agir, que direcionarão a atuação prática dos futuros profissionais. Mesmo nas universidades que não possuem vínculo com estas instituições, ao longo do ano e principalmente nas férias, os estudantes procuram pelo estágio de familiarização no HPSP. Ao mesmo tempo, ao contrário dos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) oferecem um número pequeno de vagas de estágio, e com acesso e condições restritas. Não oferecem estágio de familiarização, por exemplo.”

É sob o pressuposto de uma necessária adequação da formação profissional a uma *mudança de paradigmas* que o Estágio Transdisciplinar se forma. Passo agora a apresentar, em linhas gerais, o funcionamento e dinâmica do Estágio, bem como suas diferentes edições, para melhor desenvolver posteriormente as questões específicas da turma que acompanhei mais de perto.

## 2.4 Funcionamento e dinâmica do Estágio Transdisciplinar

O patrocínio para o Estágio é buscado na Escola de Saúde Pública/RS, a qual se mostrou como apoiadora permanente da proposta e tem cedido verba para o transporte dos estagiários até os locais de estágio. Além disso, é buscada ajuda de custo com as Prefeituras das cidades em que o Estágio ocorre (São Lourenço do Sul, Porto Alegre e Novo Hamburgo - acrescentando-se, em 2009, Pelotas e São Leopoldo), as quais têm geralmente fornecido alimentação para os estagiários junto aos serviços de saúde. Ajudas em Diretórios Acadêmicos (DA's) de diferentes cursos e universidades, em Diretórios Centrais de Estudantes (DCE's) e em setores universitários específicos, foram também conseguidas de modo a dar conta da hospedagem dos estudantes. O Conselho Regional de Psicologia (CRP) também tem sido um dos patrocinadores e parceiros do Estágio em suas últimas edições. Contudo, os custos do Estágio não são totalmente cobertos por esses patrocínios, necessitando que os estagiários invistam dinheiro de seus próprios bolsos para patrocinar os gastos ulteriores com a vivência.

Um dos aspectos mais enfatizados entre os estudantes, e que será mais detidamente analisado nos próximos capítulos, é o caráter *autônomo* do Estágio e posteriormente, também, do *coletivo estudantil* que se formou. Eles freqüentemente afirmam que tanto o Estágio como o *coletivo* não possuem ligação formal com nenhuma instituição. Há alguns professores parceiros da proposta, como a própria Maria de Fátima Bueno Fisher, que é convidada a participar de rodas de conversa durante os Estágios. Contudo, os Estágios não possuem supervisão institucional, sendo apresentados como fruto de uma "parceria entre o Movimento Estudantil e a Prefeitura" de cada município em

que é realizado, inclusive tendo isso indicado nos certificados que são emitidos ao final das vivências<sup>22</sup>. Como responsáveis pelo Estágio são indicados os secretários de saúde ou coordenadores de Saúde Mental dos municípios, os quais assinam os referidos certificados.

Até hoje, mais de cento e vinte estudantes foram estagiários ao longo das nove turmas do Estágio Transdisciplinar. A seguir, há uma tabela que apresenta as diferentes edições, turmas, cidades onde foram realizados os estágios de vivência e o número de vagas disponibilizadas para estagiários. Todos os Estágios foram acompanhados por dois ou mais facilitadores e duraram quinze dias, sendo que nas turmas em que aparecem duas cidades, o Estágio foi de uma semana em cada uma delas.

| Edição/Período              | Turmas | Cidade                           | Estagiários      |
|-----------------------------|--------|----------------------------------|------------------|
| 1ª-Verão/2007               | 1ª     | São Loureço do Sul               | 15               |
| 2ª-Inverno/2007             | 2ª     | São Loureço do Sul               | 9                |
| 3ª-Verão/2008               | 3ª     | São Loureço do Sul               | 15               |
|                             | 4ª     | São Loureço do Sul/Porto Alegre  | 12               |
| 4ª-Inverno/2008             | 5ª     | São Loureço do Sul/Novo Hamburgo | 15               |
|                             | 6ª     | São Loureço do Sul               | 15               |
| 5ª-Verão/2009 <sup>23</sup> | 7ª     | São Leopoldo                     | 12 <sup>24</sup> |
|                             | 8ª     | São Loureço do Sul/Pelotas       | 20               |
|                             | 9ª     | São Loureço do Sul               | 15               |

**Tabela 2:** Turmas, cidades e número de vagas para estagiários de cada edição do “Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental”.

<sup>22</sup> A falta de supervisão institucional foi motivo de questionamentos por parte de profissionais de saúde dos serviços de Novo Hamburgo. Segundo alguns, a vivência não pode se caracterizar como “estágio” se não tiver supervisão. Ao receberem essa crítica, os estudantes responderam que a supervisão era feita *pelos próprios integrantes do grupo*, não necessitando supervisão externa. Isso aponta para um entendimento de “não-hierarquização” da vivência.

<sup>23</sup> Essa última edição contou com mais de cem inscritos, oriundos de diferentes cidades do Rio Grande do Sul e de diferentes estados do Brasil, como Santa Catarina, Minas Gerais, São Paulo e Mato Grosso do Sul.

<sup>24</sup> Essas vagas foram destinadas a ex-estagiários. A turma do estágio de vivência em São Leopoldo (com nome de “Estágio Transdisciplinar em Rede Intersetorial de Saúde Mental de São Leopoldo”) teve como proposta pensar a articulação da rede de saúde mental com a assistência social – sendo realizado também em serviços dessa última rede. Esse estágio foi pensando como uma *qualificação* para os já membros do *coletivo*, ao abordar essa nova questão, até então não enfocada pelas edições anteriores do Estágio.

Os ex-estagiários permanecem em contato por meio de uma lista de e-mails pela internet. Essa lista tem sido utilizada para agilizar a organização dos estágios seguintes, trocar informações sobre eventos e formas de divulgação da proposta. O pré-requisito para ser adicionado à lista é ter sido estagiário em alguma das edições do Estágio Transdisciplinar, sendo esse, também, um requisito para ser organizador/facilitador das vivências. Os estudantes relatam que até julho de 2008 os encontros presenciais entre os ex-estagiários tinham por objetivo quase que somente articular a organização de estágios, dado que participavam apenas aqueles que estavam envolvidos diretamente com as questões práticas da organização e, por conseguinte, seriam os facilitadores da vivência. Contudo, a partir da edição de julho, os ex-estagiários decidiram promover encontros presenciais sistemáticos, no sentido de organizar o estágio de verão de 2009 e também de propor outras ações que o grupo poderia levar a cabo. Desses encontros saíam relatórios escritos, os quais eram socializados na lista de e-mails para todos os participantes ficarem a par.

Antes de cada edição do Estágio, é aberto um período de inscrição para os interessados. Durante esse momento há uma preocupação dos estudantes em divulgarem ao máximo o Estágio<sup>25</sup>. E-mails são enviados a todos os contatos, por todos os estudantes; cartazes são colados em diferentes universidades; salas de aula e corredores são utilizados como espaços de divulgação. A inscrição para o Estágio Transdisciplinar é feita por meio de uma ficha de inscrição e carta de intenções, as quais os interessados devem enviar via e-mail. O pré-requisito para inscrição é "ser universitário", sendo que o critério "oficial" de escolha dos participantes é a *diversidade*: de cursos e áreas do conhecimento; de universidades e localidades; e de diferentes momentos da formação (do primeiro semestre da graduação à pós-graduação).

Poucos dias depois do pré-encontro em Novo Hamburgo, recebemos por e-mail um cronograma do Estágio<sup>26</sup>. A partir dele foi possível ter uma idéia melhor da dinâmica da vivência e das atividades que realizaríamos. Os estudantes

---

<sup>25</sup> De fato, a preocupação com a divulgação do Estágio é constante no grupo, dado que ela também é vista como uma forma de divulgação da temática da saúde mental e das políticas de saúde. Nesse sentido, falar do Estágio já é *intervir* para modificar a formação. O fato de eu escrever a dissertação sobre o Estágio, então, seria importante nesse processo de *divulgação*.

<sup>26</sup> Ver no Anexo 4.

ficariam em uma mesma casa alugada, em São Lourenço do Sul, e na casa dos pais de um dos organizadores, na zona rural, em Novo Hamburgo. A primeira atividade prevista foi a participação na Conferência Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, a qual nos prepararia para discutir questões referentes ao *controle social* e à formulação das políticas públicas de saúde.

No primeiro dia útil, em cada cidade, fizemos uma visita a todos os serviços englobados pelo Estágio Transdisciplinar. Ao final desse primeiro dia, à noite, os estudantes escolheram os serviços que gostariam de permanecer. Assim os estagiários foram divididos em pequenos grupos para cada serviço, onde ficariam durante toda a semana. Ao longo dos quinze dias de Estágio, a rotina envolveu três atividades principais: o estágio propriamente dito nos serviços de saúde mental, onde os estudantes ficavam durante a manhã e à tarde; as rodas de conversa com trabalhadores da rede de saúde mental, as quais ocorriam geralmente durante o horário de estágio, em algum dos serviços; as rodas de trocas de experiência realizadas todas as noites na casa onde ficamos alojados; e oficinas temáticas propostas pelos facilitadores, as quais envolveram filmes, leitura de textos e dinâmicas.

## **2.5 Sobre os serviços substitutivos e as cidades de Estágio**

Dentre os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, previstos na Reforma, o estágio privilegiou os CAPS, além da Unidade Psiquiátrica do Hospital Santa Casa, em São Lourenço do Sul e das Oficinas de Geração de Renda, nessa cidade e em Novo Hamburgo. A portaria 336/2002, do Ministério da Saúde, diferencia os tipos de CAPS e suas atividades. Os CAPS I, CAPS II e CAPS III atendem adultos com “transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo<sup>27</sup>”. Esses CAPS são diferenciados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

---

<sup>27</sup> O atendimento intensivo é voltado aos *usuários* que necessitam freqüentar diariamente o CAPS; o semi-intensivo envolve a freqüência de algumas vezes na semana, de acordo com o Plano Terapêutico de cada *usuário*; o não-intensivo envolve uma freqüência menor ao CAPS.

Como exemplo, um CAPS I, inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias." (Portaria MS 336/02).

Tanto o CAPS I quanto o II são para atendimento diário, sendo que o CAPS III possui atendimento diário e noturno. O CAPSi II é direcionado à infância e à adolescência, com atendimento diário a *usuários* de zero a dezoito anos. Os CAPSad II são destinados a *usuários* com transtornos decorrente do uso de álcool e outras drogas; também possui atendimento diário.

São Lourenço do Sul é uma cidade do centro-sul oriental gaúcho, situada a 190Km de Porto Alegre, às margens da Lagoa dos Patos, tendo a maior parte de seu território como zona rural. Sua rede de saúde mental abrange um CAPS II (Nossa Casa), um CAPSi (Saci), um CAPSad (CARETA), a Oficina de Geração de Renda (Lokomotiva) e uma Unidade psiquiátrica no hospital geral. O Nossa Casa foi inaugurado em 1988, tendo sido o primeiro serviço de saúde mental em substituição ao hospital psiquiátrico no RS, transformando-se em CAPS posteriormente, quando da legislação da Reforma Psiquiátrica. Os demais serviços são mais recentes: o CAPSad CARETA e o CAPSi foram fundados em 2005 e a Lokomotiva, em 2006. Para a abertura de um CAPS II, é necessária uma população de mais de 70 mil habitantes. Como São Lourenço do Sul possui apenas aproximadamente 43 mil, foram incluídas outras cidades, de modo a reunir uma população suficiente para abertura dos serviços. Assim, São Lourenço do Sul também atende a demanda das seguintes cidades: Cristal, Amaral Ferrador e Turuçu.

Novo Hamburgo, cidade da região metropolitana de Porto Alegre, possui um total de aproximadamente 255 mil habitantes. Sua rede de saúde mental

envolve três CAPS II - Centro, Santo Afonso e Canudos (este último em fase de implantação) -, o CAPSi Saca Aí!, o CAPSad e a Oficina de Geração de renda, a qual funciona junto ao CAPS Centro. Em termos históricos, o CAPS Centro (anteriormente chamado Casa de Saúde Mental), foi o segundo serviço substitutivo inaugurado no Rio Grande do Sul, em 1989. Em seguida segue uma tabela que mostra as profissões dos coordenadores de cada serviço envolvido na 4ª edição do Estágio Transdisciplinar. Atento para a multiprofissionalidade e a pouca presença de psiquiatras na coordenação:

| <b>São Lourenço do Sul</b>               |   |
|--|---|
| <b>Serviço</b>                           | <b>Coordenador</b>  |
| CAPS Adulto Nossa Casa                   | Educadora Física  |
| CAPSad CARETA                            | Psicóloga   |
| CAPSi Saci                               | Pediatra  |
| Oficina de Geração de Renda "Lokomotiva" | Terapeuta Ocupacional   |
| <b>Novo Hamburgo</b>                     |   |
| <b>Serviço</b>                           | <b>Coordenador</b>  |
| CAPS Adulto Centro                       | Psicólogo   |
| CAPS Adulto Santo Afonso                 | Psicólogo   |
| CAPSi Saca Aí!                           | Psicóloga   |
| CAPS Adulto Santo Afonso                 | Psicólogo   |
| Oficina de Geração de Renda              | Terapeuta Ocupacional   |
| CAPSad                                   | Colegiado: Assistente Social, Psicóloga, Psiquiatra <sup>28</sup> |

**Tabela 3:** Formação profissional dos coordenadores dos serviços visitados durante o "Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental", Julho de 2008.

<sup>28</sup> Interessante atentar que este médico, único psiquiatra entre os coordenadores dos CAPS, é também antropólogo, tendo concluído o mestrado em Antropologia Social pelo PPGAS/UFRGS, em 2005. A assistente social integrante da coordenação desse CAPS, quando soube que eu era estudante de Antropologia, comentou que estava também planejando fazer seleção em breve para o mestrado no mesmo Programa de Pós-graduação.

Muitas das questões que surgiram como importantes, tanto para os estudantes, quanto para a minha análise, vieram à tona já nos primeiros dias de estágio, em São Lourenço do Sul, tendo permeado a vivência e as reuniões posteriores. Dessa forma, no próximo capítulo, em que passo a descrever o período do estágio, optei por me focar nos momentos de surgimento dessas questões, as quais ocorreram, em grande medida, em São Lourenço do Sul. Dessa forma, ao dividir a narrativa por tópicos, mesclo a descrição de momentos do estágio com as entrevistas realizadas posteriormente à vivência.

## CAPÍTULO 3

### 3.1 Chegando a São Lourenço<sup>1</sup>

Chegamos a São Lourenço na noite de domingo, dia 13 de julho, saídos da frente do CAPSi Saca Aí!, em Novo Hamburgo. A van, cedida pela Escola de Saúde Pública/RS, nos deixou em frente à casa alugada para nos receber. Logo entramos e nos distribuímos quase que aleatoriamente entre os quatro dormitórios disponíveis, os quais logo ficaram lotados de malas e colchões espalhados pelo chão. Éramos dezessete pessoas compartilhando o mesmo local e, segundo os organizadores do estágio, permanecermos juntos, na mesma casa, era imprescindível para o bom andamento da vivência, dado que um dos objetivos dela é proporcionar que as pessoas exercitem a *convivência em grupo* e saibam *lidar com as diferenças uns dos outros*.

Nessa mesma noite, após a acomodação das malas e uma primeira familiarização com o local, nos reunimos na sala para assistir ao filme “Um Estranho no Ninho”<sup>2</sup>, de Milos Forman. Esse filme daria base para o debate sobre o tratamento em hospitais psiquiátricos em contraposição aos serviços substitutivos que conheceríamos no Estágio. Ao longo das conversas da noite, já nos preparávamos para o dia seguinte, quando se daria a visita a cada um dos serviços que compõem a rede de saúde mental de São Lourenço, bem como o primeiro contato com os profissionais de saúde mental e com os *usuários*.

Desde o início, fui percebendo que essa importância dada *ao aprender a lidar com as diferenças*, além de dizer respeito às idiossincrasias de cada participante, também se relaciona ao convívio com estudantes de diferentes áreas do conhecimento. Tal convívio parece representar um exercício de trabalho em *equipe de saúde multiprofissional*, cujo delineamento, como vimos,

---

<sup>1</sup> Doravante passo a me reportar à cidade de São Lourenço do Sul nessa forma reduzida, já que é assim que todos falam dela.

<sup>2</sup> Trata-se de um filme bastante citado como referência para a Luta Antimanicomial. Outros filmes considerados importantes pelos estudantes são “Bicho de Sete Cabeças”, de Laís Bodanzky, e “Procura-se Janaína”, de Miriam Chnaiderman, o qual foi assistido em outro momento durante o Estágio.

está na base das políticas de saúde. O critério da *diversidade*, para a seleção prévia dos participantes, demonstra a preocupação em proporcionar um *encontro*<sup>3</sup> entre diferentes, sendo a noção de *transdisciplinaridade* central para definir a vivência, como veremos neste capítulo. Além disso, propiciar que os estudantes aprendam a *lidar com as diferenças* muitas vezes dizia respeito ao próprio trabalho profissional com este *outro* que é o *usuário de saúde mental*, muitas vezes passível de *exclusão e estigmatização*.

### 3.2 Conhecendo os serviços, conhecendo a história

O primeiro local visitado por nós, na segunda-feira pela manhã, foi a Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral Santa Casa. Lá encontramos Flávio Resmini, psiquiatra que participou da implementação dos serviços substitutivos no município desde os anos 1980, tendo sido coordenador de saúde mental. Ele apresentou a Unidade, falou sobre o processo de implementação dos referidos serviços e acerca da Reforma Psiquiátrica em São Lourenço. Segundo Resmini, a Unidade Psiquiátrica atende casos de emergência, pretendendo ser um lugar transitório em que se tenta reduzir ao máximo o período de internação - logo que os *usuários* melhoram, devem ser encaminhados para os CAPS e voltam para casa. Ou seja, há uma modalidade de internação prevista nesse modelo de atenção, no entanto trata-se de uma internação dentro da *lógica da Reforma* e fora da *lógica manicomial*. Após o breve encontro, marcamos uma *roda de conversa*<sup>4</sup> com Flávio para sexta-feira.

---

<sup>3</sup> A noção de *encontro* é muitas vezes relacionada ao *afetar-se pelo outro*; a um encontro que produz um terceiro resultado, a partir da subjetividade de cada um. Em vários sentidos essa noção se aproxima da concepção antropológica de "encontro etnográfico". Considero esse um dos muitos pontos de contato entre as perspectivas que compõe a Saúde Coletiva e a Antropologia. Ao questionar um dos estudantes sobre a referência da noção de *encontro*, ele afirmou ser a partir de uma leitura de Spinoza pela esquizoanálise.

<sup>4</sup> Os estudantes sempre se reúnem em *rodas de conversa*, onde todos se dispõem em círculo, independente do participante externo que esteja junto. Gastão Wagner de Souza Campos, uma das referências da Saúde Coletiva, trabalha com a perspectiva do "Método da Roda": "E também na roda de samba, do candomblé e na de ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade sem desrespeitar o ritmo do coletivo. O método da roda: a roda como espaço democrático, um modo para operacionalizar a co-gestão. Mas também a vida girando e se movimentando, sempre: a roda." (CAMPOS, 2000a, p. 14).

Depois dessa visita, seguimos para o CAPSad CARETA, que existe desde 2005, onde encontramos a psicóloga Martha Haertel, coordenadora do serviço. Sentamo-nos em forma de *roda* no pátio do CAPS para, junto com Martha e alguns *usuários*, conversarmos sobre o CAPS, sua história de implementação, e sobre a política de álcool e drogas, especialmente a *Redução de Danos*<sup>5</sup>, perspectiva adotada por Martha em seu trabalho. Martha comentou sobre a *cultura*<sup>6</sup> alemã predominante no município, a qual confere certo valor ao álcool, atentando para o fato de que os profissionais devem levar isso em conta naquele contexto. Martha comentou sobre a alegria em receber os estagiários: *Estudante é bom porque dá uma injeção de ânimo na gente*.

Uma das questões mencionadas, tanto por ela quanto por Resmini e outros profissionais, foi sobre o problema da *epidemia do crack*, decorrente do grande aumento do consumo da droga. Segundo eles, essa *epidemia* faz com que algumas pessoas, desfavoráveis à Reforma Psiquiátrica, defendam como única saída a internação manicomial para o tratamento desses casos. Isto é, para eles, a *contra-Reforma se utiliza* do aumento de casos de crack para defender a permanência do hospital psiquiátrico. Sobre essa questão, Resmini é enfático: *É um reducionismo tremendo achar que se resolve trancando. Tem um problema social de fundo...* De fato, parecia que a *questão do crack* punha à prova a eficácia da Reforma Psiquiátrica como proposta de tratamento a usuários de crack fora da *lógica manicomial*<sup>7</sup>.

Ao final da manhã, participamos de uma roda de conversa com o Secretário de Saúde de São Lourenço, o médico Arílson da Silva Cardoso, o qual falou da satisfação em receber os estagiários na cidade. Ele comentou sobre a situação da formação em saúde e do quanto o contato com os serviços substitutivos era importante:

---

<sup>5</sup> Sobre a Redução de Danos, ver Queiroz (2001).

<sup>6</sup> A noção de *cultura*, tratada aqui como conceito nativo, também faz interface com as noções antropológicas, possuindo, no entanto, usos diferenciados. Essa questão será tratada ao final Capítulo Três.

<sup>7</sup> Posteriormente, quando freqüentei algumas reuniões do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em Porto Alegre, acompanhei a organização de um evento cujo objetivo era apresentar experiências de sucesso no tratamento a usuários de crack, dentro da *lógica* da Reforma e do SUS. Esse evento foi organizado expressamente para fazer frente ao movimento de *contra-Reforma*.

*O que a gente vê nas Universidades (...) é um modelo antigo, um modelo velho de trabalhar com a saúde mental, com o sofrimento mental das pessoas, que é aquele modelo excludente, aquele modelo de isolar as pessoas, o modelo de prender as pessoas e que muitos ainda acham que é a melhor maneira. (Arílson Cardoso)*

Tal discurso de crítica ao ensino universitário, bastante comum entre os *mentaleiros*, foi, dessa forma, atualizado nas palavras do Secretário - segundo ele, os alunos acabam não vivenciando a *realidade da Reforma Psiquiátrica* na universidade, oportunidade, esta, que o Estágio proporcionaria ao trazer estudantes para São Lourenço. O Secretário também comentou acerca de sua trajetória de *militante na saúde* desde quando era estudante, tendo participado do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, desde que era residente de medicina.



**Imagem 2.** Roda de conversa com Arílson da Silva Cardoso, Secretário de Saúde de São Lourenço. 14 de julho de 2008.

Visitamos, em seguida, o CAPSi Saci, onde nos encontramos com a coordenadora, uma pediatra, a qual apresentou o serviço e falou acerca de seu funcionamento e surgimento. Também a *questão do crack* foi abordada na conversa: o CAPSi atende *usuários* de zero a dezoito anos, sendo grande o número de adolescentes usuários de crack e de outras drogas. Assim, há a necessidade de trabalho em conjunto com o CAPSad para o tratamento dessas pessoas.

Deixamos marcada uma roda de conversa para o dia seguinte, terça-feira, com Elsa Timm, psicóloga do CAPS Nossa Casa e uma das participantes da implementação dos serviços de saúde mental em São Lourenço. Ao chegarmos em casa, já na segunda noite em São Lourenço, realizamos uma oficina em que cada participante confeccionou um envelope de papel, a partir de colagens, desenhos e pinturas. Depois de feitos, os envelopes foram pendurados com um cordão na sala da casa, servindo para a troca de recados entre os participantes e propiciando mais uma forma de integração para o grupo<sup>8</sup>.



**Imagem 3 e 4.** Oficina de confecção dos envelopes. 15 de Julho de 2008.

Nessa mesma noite, como já tínhamos visitado todos os serviços durante o dia, ocorreu a escolha e divisão dos estagiários entre os serviços de saúde mental. A partir daquele momento, os estudantes iriam estagiar em determinado serviço durante toda a semana, em grupos de aproximadamente quatro pessoas para cada local<sup>9</sup>. Nessa divisão, eu acabei me juntando ao grupo que se dirigiu ao CAPSad, por afinidade com esses estudantes.

---

<sup>8</sup> Maria de Fátima Bueno Fisher, professora da Psicologia da UNISINOS, esteve presente nessa segunda noite de estágio, tendo feito, na terça-feira pela manhã, uma apresentação de sua dissertação de mestrado, trazendo algumas questões para uma *roda* de discussão. Junto a ela também chegou a estudante organizadora da primeira edição do Estágio Transdisciplinar.

<sup>9</sup> Os serviços foram o CAPS Nossa Casa, o CAPSad CARETA e o CAPSi Saci. Houve revezamento na Unidade Psiquiátrica do Hospital Santa Casa e na Oficina de Geração de Renda Lokomotiva: cada estudante passou um turno em cada um desses locais, em paralelo ao estágio nos CAPS.

### 3.2.1 As palavras dos *protagonistas*

Na terça-feira à tarde, nos dirigimos ao Nossa Casa para a *roda de conversa* com Elsa Timm<sup>10</sup>. Ela iniciou contando uma história de *mais de vinte anos atrás*, quando integrou uma mini-equipe que fazia ações em saúde na zona rural, a qual corresponde à maior parte do território do município. Ela relata o começo do trabalho em saúde mental, quando foi necessário *conhecer a cultura das pessoas*:

*Isso que é interessante no trabalho no âmbito comunitário porque tu não é só psicólogo, tu não é só enfermeiro, só terapeuta ocupacional... Tu é gente, em primeiro lugar, e como gente tu te coloca... Conheça a cultura de quem tu trabalha, vê o que que é importante nessa cultura, o que que tu não pode mexer porque isso é deles, faz parte da rotina, e o que é possível acrescentar. Acho que isso é uma coisa básica. E tu simplesmente ser polivalente... (Elsa Timm)*

Elsa enfatizou a questão da *cultura* e da proximidade com o *território*<sup>11</sup> dos sujeitos, o que é tido como contraponto à *lógica manicomial*, que exclui os sujeitos de seu cotidiano e os encerra no hospital psiquiátrico. Em sua narrativa, Elsa conta que em meados dos anos 1980, ela e sua equipe identificaram as benzedeadas da região e fizeram um trabalho de capacitação com elas, no sentido de trabalharem em conjunto. Na mesma época, também criaram *agentes comunitários de saúde mental*, de modo a atingir as pessoas que ficavam distantes dos serviços de saúde. Segundo ela, eles nunca entraram contra *uma cultura que já existia, que era importante para aquelas pessoas*.

De acordo com a narrativa de Elsa, os profissionais que junto a ela levavam a cabo essas ações em São Lourenço, de início desconheciam movimentos semelhantes em outras partes do Brasil<sup>12</sup>. *Nós éramos de tamanha ignorância que nem Trieste nós conhecíamos*, afirma Elsa, ao fazer referência à cidade de Franco Basaglia, onde foi realizada a reforma psiquiátrica considerada, pelos *mentaleiros*, modelo para o Brasil. Contudo, logo ao final da

<sup>10</sup> Essa *roda de conversa* foi gravada por mim (e também por outros estagiários), para posterior transcrição.

<sup>11</sup> Noção importante para a Saúde Coletiva, o *território* envolve a dimensão do vivido, bem como sua apropriação pela subjetividade individual e coletiva. Ver Kessler (2004).

<sup>12</sup> O primeiro CAPS do Brasil foi fundado em 1986, em São Paulo. Para uma contextualização dessas outras experiências, ver Lancetti & Amarante (2007).

década de 1980, Elsa e os outros profissionais passaram a conhecer outras experiências de Reforma, tendo ela viajado para Santos e para a Alemanha, e Resmini para a Itália. Além disso, nessa época também começaram a receber pessoas ligadas ao movimento da Luta Antimanicomial interessadas em conhecer São Lourenço. Dessa forma, intercâmbios passaram a ser estabelecidos.

A experiência de São Lourenço deu base para a criação da Lei estadual de Reforma Psiquiátrica, em 1992, figurando como a primeira do Brasil. Entre os autores da lei está Beto Grill, que à época era prefeito de São Lourenço, e Marcos Rolim, deputado que tinha e mantém bastante contato com a cidade. Na mesma *roda de conversa*, Elsa relata que quando foram criadas as diretrizes nacionais para o funcionamento dos CAPS, ela recebeu um pedido do Ministério da Saúde para descrever minuciosamente como era feito o trabalho no Nossa Casa - São Lourenço, portanto, teria servido como um dos modelos para essas diretrizes federais construídas posteriormente<sup>13</sup>.

### **3.2.2. Fazendo o SUS antes do SUS existir: narrando o mito de origem da Reforma no RS**

O encontro com Elsa pareceu ter sido marcante para a maioria dos estudantes. Os comentários posteriores à conversa demonstravam grande admiração por ela, bem como o fato de Elsa ter transmitido uma maior *motivação* para seguir na saúde mental e na saúde pública. Os estudantes identificaram a perspectiva de Elsa com as premissas da Reforma Sanitária, na Atenção Básica em Saúde, e com os ideais da Reforma Psiquiátrica, sendo que causava espanto e admiração que Elsa afirmasse tê-las realizado antes que essas discussões virassem diretrizes das políticas públicas de saúde<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> As diretrizes para os serviços substitutivos constam na já citada Portaria MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

<sup>14</sup> Em pesquisa, realizada em meados dos anos 1990, sobre a desinstitucionalização em São Lourenço do Sul, Wetzel e Almeida (2001) apresentam o seguinte depoimento de um profissional de São Lourenço: “Porque aí tu vais criando essa história, e para tu teres uma idéia, a gente nunca ouviu falar em Franco Basaglia, eu nunca tinha escutado falar (...) Até aí foi uma fase desconhecida para nós do processo evolutivo das políticas de saúde mental a nível de Brasil e de mundo. Não sabíamos nada disso. Isso aí aconteceu tudo por acaso. Não foi assim um por acaso



**Imagem 5.** Roda de conversa com Elsa Timm, no CAPS Nossa Casa, São Lourenço. 15 de Julho de 2008.

Os estudantes questionaram-na sobre as relações entre os profissionais de saúde que compunham essa primeira mini-equipe de saúde mental do município, ao que Elsa responde:

*Nós tínhamos essa horizontalidade, isso era importante para nós. Ninguém tinha aquela coisa: "eu sou o Fulano, eu sou doutor, e tu é...". Ou: "a minha função é só essa...". (Elsa Timm)*

Ou seja, a narrativa de Elsa apresenta um relato de trabalho nos princípios de *equipe multiprofissional* em um momento no qual o SUS ainda não estava estruturado; quando também não havia normatizações a respeito de um atendimento comunitário em saúde mental. Notei que essa conversa com Elsa fez surgir entre os estudantes um consenso acerca do *protagonismo* daquelas pessoas de São Lourenço, as quais souberam *lidar com os recursos disponíveis*, tendo realizado *um trabalho a frente de seu tempo*<sup>15</sup>. Nas entrevistas posteriores à vivência, quando questionei sobre aspectos que chamaram atenção

---

'ah, estourou aqui', não, mas não tinha, vamos dizer assim, um estímulo externo.'" (Wetzel e Almeida, 2001, p. 82).

<sup>15</sup> Importante chamar atenção, como foi apresentado no capítulo anterior, que a Declaração de Alma-Ata, com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde, é de 1978. Da mesma forma, as críticas ao modelo manicomial de atenção, tendo origem na anti-psiquiatria, datam dos anos 1960.

em São Lourenço, vários dos estudantes relataram ter sido o contato com os *protagonistas* da Reforma Psiquiátrica, sendo citados geralmente Elsa Timm e Flávio Resmini:

*Pra mim foi fundamental, foi uma das coisas que me deram frio na barriga lá e que mais gás me deram ainda pra fazer tudo isso que a gente está fazendo. Tipo assim, São Lourenço, como a gente sabe, é pioneira, é uma das primeiras cidades no Brasil que implementou um CAPS, primeiro CAPS do Rio Grande do Sul, então tem toda uma questão de ativismo deles, né? E de luta mesmo. Conversar com a Elsa, aquela roda de conversa que a gente teve com a Elsa me deu... parecia que estava me empurrando, sabe? Toda a fala dela, de tu conseguir, de tu imaginar que eles fizeram SUS antes do SUS existir, tentar imaginar que eles fizeram visitas domiciliares, inventaram agentes comunitários, que tudo isso existe hoje, tu conseguir imaginar isso, que a mulher tá ali, viva na tua frente, e ela fez tudo aquilo ali, tu te sente capaz de fazer também, sente o potencial. Saber que ela era uma estudante recém-formada que fez tudo aquilo ali, por vontade de mudar a realidade, então eu me sinto capaz daquilo ali também. Falando com o Resmini, a mesma coisa, foram pessoas que saíram de trás da mesa, saíram de trás do papel, dos discursos e foram fazer. O que que adianta tu ficar falando, falando, escrevendo artigos, escrevendo, escrevendo e não fazer, pra mim é essa a questão, vamos levantar, vamos lá e vamos fazer, sabe? (...)Tem que se manter nas próximas edições do estágio, sempre, conversa com pessoas assim. (Camila)*

O *ativismo* e a *luta*, os quais remetem a um “ethos militante”, identificados nas palavras de Elsa, parecem ter mobilizado e causado impacto nos estudantes. Da mesma forma, a *iniciativa* em se lidar com os recursos disponíveis, e a necessidade de *sair do papel e da posição de profissional*<sup>16</sup>, desempenhando outras funções, pareceu suscitar um *encantamento* nos participantes do Estágio:

*A Elsa, eu me encanto com ela... ela não esperou: porque não temos recursos, porque não pode isso, não temos isso nem aquilo, então não vou trabalhar, não vou fazer nada. Vou trabalhar com o que eu tenho, sabe? Porque é a realidade de muitos profissionais, não tem recursos, não tem o que fazer, então vamos ver o que a gente pode fazer com essa pequena coisa, assim. E ela, poxa, fez uma mudança, sabe? Ela estudou cinco anos para ser psicóloga e estava lá, cortando cabelo de pessoas, ajudando a varrer casa, sabe? (Bruna)*

---

<sup>16</sup> Essa questão será mais bem desenvolvida em seguida.

Outro estudante, ao falar dessas pessoas, atenta também para o viés *coletivo* dessas ações, já que, na percepção dele, *eles não fizeram sozinhos*<sup>17</sup>:

*Eu acho que essas duas pessoas importantes em São Lourenço mostram que mesmo a gente sendo formiguinhas a gente pode, com muita vontade, fazer uma modificação muito grande. Mostra como a gente, se acreditar numa coisa, pode fazer essas modificações acontecerem. Claro que eles não fizeram sozinhos, tiveram seus altos e baixos, mas eles puderam provar e ainda provam que o coletivo faz alguma coisa. Que pensar saúde, por mais difícil que seja, é possível. Que por mais que tenha pessoa dizendo que não vai dar certo, tu deve pegar e olhar pra frente e dizer: não, vamos tentar, vamos ver. (...) Foi o que eles deixaram marcado para mim e que eu nunca vou esquecer. (Teodoro)*

Essa *mobilização* e *encantamento*, provocados pelo contato com essas pessoas, parecem ser entendidos como necessários e indissociáveis da formação profissional. Isso fica evidente tanto na visão dos estudantes *mentaleiros*, como na teorização dos autores da Saúde Coletiva e da Educação em Saúde. Estar bem formado e qualificado para atuar no SUS, e nos serviços substitutivos, requer uma formação que vá além da questão *técnica* e *teórica*, mas que envolva o contato com a *questão política*. Benilton Bezerra Jr. (2007), quando trata dos desafios referentes à Reforma Psiquiátrica no Brasil, afirma:

*"A formação de recursos humanos é outro desafio fundamental. A maior parte dos novos profissionais da rede é formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial, não viveram o intenso intercâmbio com figuras emblemáticas desse movimento no nível internacional, como Basaglia, Foucault, Rotelli e outros, em suas vindas ao Brasil. Boa parte desses profissionais se tornou adulta num momento da vida do país em que as grandes bandeiras de transformação política já tinham se tornado história, momento em que a própria esfera da política começou a experimentar um esvaziamento que só fez se acentuar desde então."* (BEZERRA JR., 2007).

Assim, conhecer São Lourenço, e ouvir sua história a partir das pessoas que a fizeram, estabelece esse contato dos estudantes com a origem de *luta política* e *ideológica* do modelo atual de atenção. É nesse sentido também que Maria de Fátima Bueno Fisher, na disciplina de Saúde Mental Coletiva da

---

<sup>17</sup> Nota-se que nas falas sobre São Lourenço, a ênfase no *protagonismo individual*, em geral, é mais recorrente que o foco no aspecto *coletivo* de implementação da Reforma Psiquiátrica. Como escrevi no Capítulo Dois, isso se dá diferentemente do que observei com relação aos *protagonismos* entre os próprios estudantes, sendo estes mais questionados e a busca por apontar aos esforços *coletivos*, maior.

UNISINOS - onde surgiu a idéia de realização desse Estágio - , sempre leva seus alunos para conhecerem os serviços de saúde mental de São Lourenço.

Segundo Elsa Timm, ela não é a única a chegar, de tempos em tempos, com ônibus de estudantes a fim de conhecer a cidade e conversar com os profissionais de saúde. Outros *militantes* em prol da Reforma, que trabalham com formação em saúde, também apresentam a experiência de São Lourenço a seus alunos - o que confirma um certo "papel pedagógico" da cidade na adesão aos ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, o Mental Tchê parece ser um evento obrigatório para os *mentaleiros*, já que nele anualmente os *militantes* pela Reforma de todo o Estado se reúnem em São Lourenço<sup>18</sup>.

Essa recorrente visita de militantes da Reforma, bem como a condução de estudantes (neófitos) a São Lourenço, de modo a sensibilizarem-se para a perspectiva antimanicomial, sugere uma espécie de "peregrinação" à cidade. Assim, São Lourenço parece ocupar, no imaginário desses *militantes*, um papel central e, por vezes, "mítico", de resgate de certos valores que fazem sustentar a defesa do atual modelo de atenção e seu *ideário*. A narrativa tão recorrente sobre o *protagonismo* da cidade e o *fazer o SUS antes do SUS existir*, faz com que a história de São Lourenço se confunda com a história da Reforma Psiquiátrica no Estado, conectando os *mentaleiros* a essas origens e a uma certa *mística*<sup>19</sup>. Como afirmou uma estudante no pré-encontro ao estágio: *São Lourenço é mágico*.

A preocupação com o resgate desse olhar *histórico* e *político*, como necessário à formação de profissionais de saúde, aparece na fala de Kaciely, estudante que foi organizadora e facilitou junto à 5ª turma do Estágio. Em entrevista, ela comenta a respeito dos atuais egressos dos cursos da saúde:

*Eles não conhecem o SUS, eles não sabem onde eles estão, eles não sabem o que é essa política, eles tiveram uma prova que falou disso e*

---

<sup>18</sup> Interessante que alguns dos estudantes relataram ter tido interesse no Estágio Transdisciplinar depois de participarem do Mental Tchê. Durante a vivência, era consenso de que muitos voltariam à cidade para o evento. Arílson da Cardoso, Secretário de Saúde, comentou que o Mental Tchê é o evento que mais movimenta os hotéis da cidade.

<sup>19</sup> A idéia de *mística* é bastante utilizada pelo MST (VIEIRA, 2008), inclusive nos estágios de vivência realizados em assentamentos e acampamentos. Em certa ocasião, em que comentei sobre isso com algumas estudantes, elas acharam muito interessante, concordando que em São Lourenço se desenvolvia também uma espécie de *mística*.

*era isso, sabe? Mas não sabem o contexto, não conhecem essa história, não sabem o que que é isso que estão vivendo, não sabem, nossa, do protagonismo das pessoas também, nesse sentido... do quanto a população sabe o que fez esse SUS acontecer também, e a Reforma, assim. E eu acho isso grave. Porque eu tenho uma coisa, assim, um receio de que, bom, daqui a vinte anos, talvez, quando SUS fizer 45, a gente nem vai lembrar de tudo isso que aconteceu porque essas pessoas não vão estar mais aqui para contar. (...) A gente caiu numa mesmice, de não acreditar nas coisas, de achar que não dá pra fazer, e não brigar... sendo que hoje a gente tem uma legislação que reafirma que a gente pode fazer isso, sabe? (...) Quando se tem, se acomodou. E pode se perder, né? Daqui a pouco vão mexer nessa legislação e tu não vai ter nem mais isso, porque tu não faz uso dela. (Kaciely)*

Assim, o Estágio de Vivência teria como objetivo promover um resgate desse *sentido histórico* das políticas públicas, encontrado na narrativa em torno da origem dos movimentos da saúde, bem como teorizada nos escritos dos autores da Saúde Coletiva. Desde o início da vivência, pude notar que conhecer a história de São Lourenço ganha uma importância “simbólica” para a formação em saúde, a qual vai além da capacitação. Como afirma a mesma estudante:

*Eu acho que ele [o Estágio] reaviva isso, te faz buscar, estar tentando viver essa história, pra mim ficou muito isso na minha vida, no momento em que eu participei do estágio eu consegui olhar pra essa questão mais política, da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, do quanto essas pessoas tiveram um protagonismo (...) por isso que eu acredito na história de São Lourenço, quando tu escutas esses profissionais falando, te dá um ânimo de poder dizer: não, se eles conseguiram, se eles fizeram, com nada de recurso, porque que a gente não pode conseguir também? (Kaciely)*

Essa mobilização para o trabalho na saúde pública, a partir desse *acreditar na história de São Lourenço* se liga a outro aspecto importante na vivência: a sensibilização para um *cuidado humanizado*<sup>20</sup>. Veremos isso a seguir.

---

<sup>20</sup> Nessa noção há uma referência à Política de Humanização para o SUS, a qual se define como “um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.” (BRASIL, 2004b). Essa Política tem uma orientação esquizoanalista, de acordo com alguns estudantes do Estágio, não sendo estabelecida relação com a corrente do “humanismo” em psicologia, relacionada geralmente a Carl Rogers. Contudo, os sentidos da *humanização*, vivenciados no estágio, extrapolam as definições dadas por essa Política.

### 3.3 A humanização do cuidado

Além desse contato inicial com os *protagonistas* da Reforma Psiquiátrica na cidade, no início da semana também se deu o primeiro encontro com os *usuários* de saúde mental. Sobre isso, segue um trecho de meu diário de campo, que relata o momento de saída do CAPS Nossa Casa, ao término da conversa que tivemos com Elsa Timm:

*O contato com os usuários do Nossa Casa pareceu causar um 'choque' (como foi definido por um dos estagiários) em quase todos. Uma estudante comentou ter achado "desconcertante" ver usuários tão 'cronificados', de modo que ficou "sem saber como agir" com eles. Outra estagiária comentou que ficou aflita porque como não entendia o que alguns usuários queriam dizer, não sabia como responder, como se comunicar com eles. (Diário de Campo, 15/07/2008).*

Esse estranhamento inicial, do qual eu também compartilhei, fazia parte do momento de *desconstrução*, de acordo com alguns estagiários. Tal momento corresponde tanto à aproximação com os *usuários* (e para alguns era a primeira vez que tinham contato com *usuários* de saúde mental), como também com a forma de *cuidado* desenvolvida em São Lourenço, considerada por eles como *humanizada* e *não hierarquizada*. Em entrevista, Teodoro, estudante do começo do curso de Psicologia, comenta:

*Quando a gente chegou em SLS, por exemplo, a gente esperava (...) todo mundo parado:" olha só, chegaram os estagiários, que legal, eles vieram ajudar... esses são os psicólogos que vão vir aqui, orientar vocês". Simplesmente chegamos, nós éramos mais um no meio da multidão, quem nos apresentou a casa foram os usuários, foi um choque muito grande, porque a gente tem aquela separação, usuário é doente, o que que eu aqui, na minha hierarquia estou fazendo junto com eles? (...) Não, eu sou mais um que nem eles, não sou melhor e nem pior que eles, estou trocando e aprendendo com eles. Isso daí foi o primeiro choque que eu tomei, assim, no primeiro dia, eu tive que trabalhar em mim muito isso. Porque a gente tem aquela idéia de São Pedro, aquelas pessoas catatônicas, jogadas no chão, babando, que eles vão vir te atacar com alguma coisa. E tu começa a ver que eles são humanos, que tem transtornos normais. (...). Eu acho que esse foi o primeiro choque que começou a desconstruir. E essa desconstrução foi muito chocante porque eu precisei até um tempo ficar quieto, assim, comigo mesmo: "Bá, o que está acontecendo? Meus Deus, eu já vou voltar pra Porto Alegre com uma outra visão, só por esse primeiro momento, nessa primeira hora". (Teodoro)*

O *choque* relatado por Teodoro se liga à percepção de uma não separação tão rígida entre os *usuários* e os profissionais<sup>21</sup>. Ao longo de todo o estágio, percebi que a idéia de *hierarquia*, pensada tanto entre as profissões da saúde, quanto entre profissionais e *usuários*, era sempre considerada negativa. Quanto a esse último aspecto, Camila, estudante de enfermagem e uma das organizadoras da edição seguinte do Estágio, afirma:

*Parecia que eu estava "eu só" ali, claro, com todas as minhas bagagens que eu tinha aprendido, mas estava "eu" ali. (...) Eu não tava preocupada em exercer a enfermagem naquele momento, eu estava preocupada em conversar com aquela pessoa, em entender ela e em conseguir orientar ela, mas "eu", não a enfermeira, atrás de uma mesa, orientando, explicando. Eu queria estar ali, eu estava ali com o usuário, brincando, dançando ou conversando, eu estava ali, sabe? Eu Camila, não a enfermeira, não a estudante de enfermagem... com certeza trazia a bagagem de todas as coisas que eu tinha aprendido, mas era "eu", sabe? (Camila)*

O discurso dessa estudante faz eco a uma fala de Elsa, na qual afirmou que no início das ações em saúde mental em São Lourenço, os profissionais não seguiam uma linha de trabalho determinada. Elsa havia comentado sobre o pressuposto que seguiam: *Se fosse um familiar nosso, como nós trataríamos? É assim que a gente vai querer tratar. Então esse foi sempre o lema de nossa vida.*

Após a conversa com Elsa, os estudantes se dividiram nos grupos menores e se dirigiram aos serviços à tarde, na terça-feira. Durante a noite, foi realizada a primeira *roda* de troca de experiências entre os estudantes<sup>22</sup>; para isso nos reunimos na sala da casa em que estávamos hospedados. Durante a conversa, houve primeiramente um relato de cada serviço, feito por cada pequeno grupo de estagiários. Uma das questões que surgiram, nessa primeira conversa, foi sobre a *proximidade* dos profissionais em relação aos *usuários*. Mariana, estudante de Serviço Social, que foi para o CAPSad, junto comigo e outros estagiários, relatou no grande grupo o que havia acontecido na tarde e que seria um exemplo dessa *proximidade*.

<sup>21</sup> De fato, em minha percepção, o acesso aos *usuários* se dava de modo muito mais direto do que, por exemplo, no Hospital Espírita de Porto Alegre, onde eu havia realizado pesquisa. Nesse local, meu contato com os, então, *pacientes* se deu de forma muito restrita, estando eu sempre acompanhada por algum profissional do Hospital.

<sup>22</sup> Esse momento foi gravado por mim e ouvido posteriormente no momento da escrita.

Ao chegarmos ao serviço, nos encaminhamos para o pátio, localizado nos fundos do CAPS. Havia várias pessoas sentadas em bancos e algumas delas faziam artesanato, à sombra de uma árvore. Chegamos para conversar com elas e nos sentamos em um dos bancos. Essa estudante, ao longo da conversa, acabou pensando que a técnica de enfermagem, que estava presente, era também uma *usuária* do CAPS. Depois de um tempo, quando a técnica se identificou enquanto profissional, a estudante afirmou tê-la confundido, ao que a técnica replicou: *Ah, mas eu sou quase uma usuária mesmo, estou sempre aqui com eles, fico manhã e tarde que nem eles.*

Essa estudante relatou o fato atentando para a falta de *hierarquia* entre a profissional e os *usuários*. Uma outra estudante comentou: *Sim, não tem aquela roupa branca, aquele crachá...* Daniel, facilitador, que estava conosco de tarde no CAPSad, lembrou que enquanto essa técnica havia falado que se sentia *quase uma usuária*, um dos *usuários* do CAPSad é responsável por abrir e fechar o serviço, tendo relatado que se sentia *quase um dos profissionais*. Além disso, outros usuários do CAPSad desempenhavam funções consideradas *de profissionais*, como o pagamento de contas em banco, a limpeza do serviço e a preparação do almoço.

Esse aspecto de *proximidade* e *não hierarquia* entre profissionais e *usuários*, além de estar contido na fala dos *protagonistas*, foi sendo evidenciado na convivência nos serviços e considerado bastante positivo pelos estudantes. A ênfase no aspecto *humano*, em certo sentido como negação à identidade de profissional de saúde, marcou várias discussões ao longo vivência. Teodoro, em entrevista após o estágio, comenta:

*Muito mais quando eu tava com os usuários, acima de tudo, antes de ser estudante de psicologia, eu imaginava: eu sou um ser humano. E uma das coisas que dizem, que a gente tem que trabalhar como psicólogo, a gente tem que ficar preocupado se a gente tem sentimentos... a gente tem que ficar preocupado quando começa a não ter!. E muitas vezes me emocionei, em São Lourenço (...). Acho que acima de tudo pôde ser trabalhado o aspecto humano, a idéia de não ser trabalhado aquele afastamento: eu estou no meu degrauzinho aqui em cima, eu não choro, não dou sorriso, eu estou simplesmente ouvindo teu problema e dou uma solução pra ti. Eu acho que isso foi uma das coisas, bem legal... (Teodoro)*

A valorização do *humano*, em contraposição ao profissional (ou, por vezes, disciplinar) é acompanhada da posituação da *experiência*, da *prática*, do *improvisado com poucos recursos*, em contraposição ao *teórico*, ao *acadêmico*, e ao *técnico*. É possível notar isso na fala de Camila:

*A vivência, a experiência, a prática, é tudo... tu jamais vai conseguir entender e assimilar alguma coisa se tu não vive aquilo ali, como é que tu vai praticar depois sem ter vivido, sem estar antes numa situação, sabe? Tu não tem nem noção, o livro não diz nada, a revista, seja lá o que for, as palavras não dizem nada se tu não vê, não enxerga... não vê, não enxerga no sentido figurado... se tu não vive, se tu não sente aquilo ali. Eu acho que a teoria é fundamental, mas se ela já está ali com a prática, senão ela não serve de nada, sabe? Tu viver, tu precisa viver aquilo ali, sentir e aí tu conseguir fazer o link com o que tu leu no texto ali naquele usuário, com o que tu leu sobre reforma psiquiátrica ali naquele CAPS, tu conseguir fazer com coisas que tu vive, fica muito mais fácil, tu assimila e aprende muito mais, isso é comprovado até. (Camila)*

Passei a compreender essas oposições, que aparecem na percepção dos estudantes, à luz da discussão que Bruno Latour (1994) inicia em “Jamais Fomos Modernos”. A ênfase no *humano*, na *vivência*, na *não-hierarquia*, no *não-profissional* parece sugerir uma tentativa de deslocamento do pólo-natureza (ou pólo-objeto) para o pólo-cultura (pólo-sujeito). Isso ficou mais claro quando entramos na discussão sobre o diagnóstico psiquiátrico, onde é possível identificar uma certa contraposição, por parte dos estudantes, e desde a Saúde Coletiva, ao *modelo biomédico*.

### 3.4 O papel do diagnóstico

Em psiquiatria, o diagnóstico é geralmente realizado a partir de dois manuais: o CID-10<sup>23</sup>, considerado a referência oficial no Brasil, e o DSM-IV<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde”, aprovado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este manual tem sua origem com a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte, de 1893, e foi reformulado em suas edições subsequentes. A última edição, que entrou em vigor em 1993, tem sua versão on-line disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>.

<sup>24</sup> “Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais”, publicação da American Psychiatric Association (APA), surgido em sua primeira edição (DSM-I), em 1952. A última versão é de 1994, e pode ser consultada em: [http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid/dsm.php](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php).

Nesses manuais, que têm por objetivo buscar uma uniformização da linguagem e do diagnóstico médico, encontramos um sistema de classificação das enfermidades a partir de categorias e subcategorias. Essa classificação tem pretensões de aplicabilidade universal, sendo utilizada, com as mesmas classificações, em diferentes países e contextos. Desde a edição do DSM-III, de 1979, que influenciou o CID-10, há uma forte tendência a se considerar as causas das doenças muito mais do ponto de vista biológico. Segundo Russo e Venâncio (2006), o DSM-III, e suas versões posteriores, se propõe como uma classificação “a-teórica”, em busca de objetividade e homogeneidade no diagnóstico, “excluindo abordagens psicodinâmicas e existenciais”. Nesse sentido, nota-se um processo de “biologização” do campo da saúde mental<sup>25</sup> - isto é, de uma preeminência de explicações orgânicas para a doença.

Viveiros de Castro (1996) trabalha com a idéia de “ontologia naturalista”, a partir da qual define a perspectiva ocidental:

“Em nossa ontologia naturalista, a interface sociedade/natureza é natural: os humanos são aqui organismos como os outros, corpos-objetos em interação ‘ecológica’ com outros corpos e forças, todos regulados pelas leis necessárias da biologia e da física (...)” (VIVEIROS DE CASTRO, 1996, p. 121).

Assim, inserindo-se nessa “ontologia”, a perspectiva “biologicista” ou *biomédica*, a qual dá base para os citados manuais utilizados nos diagnósticos, tende a perceber saúde e doença em termos orgânicos e “naturais”, de modo a aplicar categorias supostamente universais para sua classificação. Segundo Latour (1994), essa perspectiva científica surge com o que ele chama de Constituição Moderna, a qual institui uma separação entre “natureza” e “cultura”, passando a ciência moderna a operar processos de “purificação” e, ao mesmo tempo, de proliferação de misturas; de “híbridos”. O *modelo biomédico*, portanto, inserido na tradição da ciência moderna e compartilhando de uma “ontologia naturalista”, volta-se ao “pólo-natureza”, dos “não-humanos”, purificando os fatores humanos de sua perspectiva e buscando explicações causais para os fenômenos relacionados à saúde e doença.

---

<sup>25</sup> A isso se alia o contexto de desenvolvimento da “revolução psicofarmacológica” e da indústria de medicamentos.

Assim, na mesma *roda* de troca de experiências da terça-feira, surgiu uma primeira discussão sobre a questão do diagnóstico. Uma das estudantes que estagiou no CAPSi Saci, iniciou seu relato da tarde comentando que, em conversa com uma profissional do CAPS, havia perguntado qual era o diagnóstico psiquiátrico das crianças que estavam ali no serviço. No entanto, outra estudante, que também esteve no CAPSi, logo atentou para o fato de que *antes de tudo elas são crianças*, afirmando que havia se focado nisso: *me senti criança brincando com elas, nem pensei no diagnóstico*.

Depois dessas falas, abriu-se a discussão sobre o porquê do diagnóstico para o tratamento, a qual movimentou bastante a conversa. Tiago, facilitador da vivência, colocou a questão: *para quem serve o diagnóstico?*, atentando que ele proporciona uma segurança e um controle sobre o outro - *o diagnóstico é total, dele não escapa nada*. Daniel, facilitador que participou de várias edições do Estágio, comentou que até aquele momento não sabia o diagnóstico de nenhum dos *usuários*, afirmando que havia pensando que só agora talvez pudesse conversar sobre isso com os profissionais, pois, como ele disse: *agora já convivi mais com os usuários*.

Outros estudantes comentaram sobre a desconfiança em relação ao diagnóstico, especialmente para crianças, tendo uma estudante afirmando que não se deve diagnosticar, pois, assim, *se rotula e se limita a experiência da pessoa*. A discussão foi se encaminhando muito mais para um consenso de crítica ao diagnóstico psiquiátrico do que para um apontamento sobre seus usos no tratamento. Depois dessa *roda*, não vi nenhum estudante falar positivamente do diagnóstico. Em entrevistas posteriores, isso ficou claro:

*Eu acho que assim, essa idéia do diagnóstico, ela é complicada, porque tu tem que pensar muito bem, a gente adora diagnosticar as pessoas e rotular, a sociedade é feita de rótulos, né.(...) Então a gente adora rotular as coisas, é uma coisa cultural, eu vejo isso. Só que meio perigoso porque ao mesmo tempo que fazer o diagnóstico traz um ponto de conforto porque tu aprendeu como diagnosticar e seguir os caminhos na graduação, também te fecha a sutileza pra ti ver outras coisas. Porque quando tu fala com uma pessoa, um paciente que vem de outro psicólogo, ele às vezes não fala nem o nome, ele só fala: "oi, tudo bom? Eu sou o esquizofrênico", ele perdeu até a individualidade, ele agora é a doença. E em saúde a gente não deve trabalhar a doença, a gente deve trabalhar indivíduo, humano. Eu fico preocupado com essa idéia de pegar e dar diagnóstico. (Teodoro)*

Aqui, Teodoro parece apontar o diagnóstico como uma classificação como qualquer outra, isto é, como um produto *cultural* e, por isso, não “a-teórico” ou universal. Ele entende que esse *rótulo* vincula o sujeito a uma *doença*, sendo essa última entendida como negativa ou mesmo pejorativa. Nesse sentido, Teodoro mostra o caráter “híbrido” que necessariamente acompanha o diagnóstico, não podendo ele estar apenas no “pólo da natureza”. Quando Teodoro afirma que, a partir do diagnóstico, *a pessoa perdeu até a individualidade, ele agora é a doença*, esse estudante demonstra o caráter de “objeto” (de “não-humano”) a que é colocado o paciente, a partir do processo de “purificação” que opera o saber *biomédico*, fruto da ciência e da Constituição Moderna (nos termos de Latour, 1994). Teodoro, ao contrário, considera que *em saúde a gente não deve trabalhar a doença [objeto], a gente deve trabalhar indivíduo, humano [sujeito]*.

Da mesma forma, quando Tiago questiona - *para quem serve o diagnóstico?* - ele aponta para o fator *humano* e *político* envolvido no estabelecimento de um diagnóstico, pondo em questão a exatidão “científica” dada pelo “biológico” nesse procedimento. Daniel, por sua vez, demonstra a necessidade de um *convívio* prévio com os *usuários*, ou seja, ele defende que se trate os *usuários* como “sujeitos” (ressaltando seu caráter “humano”), com os quais se estabelece um vínculo, o qual está muito além da determinação biológica de um diagnóstico.

De fato, muito raramente ouvi a palavra *doença* ou *doente* entre os estudantes ou profissionais que conversamos. Ela parece, de certa forma, retirar a possibilidade de *autonomia* e mudança do *usuário*, ou seja, corresponde a uma perda da *subjetividade* - como afirma Teodoro, com o diagnóstico, o sujeito é a *doença*. Ao contrário disso, a ênfase, nas conversas que participei, é sempre dada à *saúde: formação em saúde mental, intervenção em saúde mental, serviços de saúde mental*.

A idéia de que o diagnóstico é um simples *rótulo* aplicado às pessoas se liga à percepção da *doença mental* como historicamente *construída* (o que também enfatiza seu caráter “humano”), remontando aos autores clássicos que dão base à antipsiquiatria, como Michel Foucault, por vezes citado pelos

estudantes<sup>26</sup>. A perspectiva da antipsiquiatria, que embasa a Reforma Psiquiátrica, resultou de críticas acerca da “assimetria” na relação de poder entre médico e paciente, isto é, de um apontamento das *relações políticas* implicadas no ato do tratamento em saúde mental. Além disso, há a crítica à ênfase dada apenas às causas orgânicas das doenças mentais, “como distúrbios bioquímicos, hormonais ou degeneração de células cerebrais” (SERRANO, 1983). Assim, para a Reforma Psiquiátrica, o termo *sufrimento psíquico* é utilizado no lugar de *doença* e, geralmente, isso se relaciona a diferentes fatores do *contexto* de vida da pessoa e não somente à questão biológica, a qual é ligada ao diagnóstico. Como afirma Camila:

*...o que eu vejo na prática, pra que que serve o diagnóstico? É pra poder dar tal ou tal medicamento e não pra tu poder ajudar ele de alguma forma... ah, ele é esquizofrênico, então vamos lidar com ele de alguma maneira diferente do que com o bipolar... não. Então é mais pra tu... Claro que os medicamentos, eu acho importante, embora tudo isso, eu acho importante porque os medicamentos eu vejo que fazem muito efeito, eles ficam bem com remédio, ficam bem, melhores, mais tranquilos, mais leves até, sem alucinação(...), o remédio te ajuda, sim, mas não vai resolver, não vai acabar com todo teu sofrimento mental. (Camila)*

Camila reconhece a importância da medicação, a qual é determinada a partir do diagnóstico psiquiátrico. No entanto, sua preocupação (e isso aparece na percepção de outros estudantes) não é com a identificação de “causas” biológicas, orgânicas - apesar de, por vezes, admiti-las existentes. Há aqui um deslocamento de foco: a questão, que para eles parece ser importante, refere-se ao *cuidado* com o *sujeito* - a como o trabalhador de saúde mental irá intervir junto ao *usuário* - e não à identificação de sintomas e busca de causas nos moldes da Ciência Moderna e do *modelo biomédico*. Para isso, para o momento do *cuidado* ao *usuário*, o diagnóstico psiquiátrico parece mais *limitar* do que *ajudar*:

*Se leva em conta os sintomas que ele está apresentando, delírio, alucinação, aí a partir desses sintomas eles vão: ah, deve ser isso,*

---

<sup>26</sup> Notei que uma estudante havia levado para a vivência “A História da Loucura”, de Foucault. Havia a presença de outros livros, que circulavam entre as *rodas* de conversa e eram aproveitados na escrita dos relatórios, tais como de Paulo Freire, de Antonio Lancetti, bem como livros de poesia e a bibliografia do Estágio.

*esquizofrênico tem, sei lá, olhar distante, alucinações... (...) Mas para ajudar ele tu tem que compreender todo o contexto de vida, de família dele, de história dele, assim, eu acho que tu compreendendo tudo isso, tu sai um pouco da posição de que tu sabe tudo, tu te coloca ali no lugar dele e daí, sim, tu pode ajudar ele a se orientar e entender a história dele falando e explicando... e trabalhar com ele nesse sentido, falando isso como história(...) Não existe cura, tá? Partindo desse princípio, mas como que ele vai melhorar, como que ele vai se ajudar, como que ele vai estabilizar, entre aspas, se ele não resolver isso, se ele não compreender tudo que ele viveu, tudo que ele sofreu... (Camila)*

Assim como a *doença* quase não é mencionada pelos estudantes, e o diagnóstico é visto com ressalvas, também não se fala no adjetivo *psiquiátrico* ou *médico* para se referir seja aos serviços, seja ao tratamento. Os estudantes parecem sempre se opor ao que é *biomédico* ou *psiquiátrico*, assim como o diagnóstico. Nesse sentido, como contrapartida ao diagnóstico psiquiátrico, os estudantes utilizam termos como *contexto social e cultural*, *história de vida* e, especialmente, a noção de *integralidade*<sup>27</sup>, a partir da qual tentam ver o sujeito de modo “holístico”.

A crítica ao *modelo biomédico*, ou à psiquiatria, permeou várias das conversas durante e após o estágio. Mais de uma vez vi algum dos estudantes se referir a psiquiatras que são a favor da Reforma, com palavras tais como: *ele é psiquiatra, mas é legal* - de modo que parecia que o “ser psiquiatra” estava, *a priori*, posicionado contra a Reforma. De certa forma, pude perceber a construção de uma identidade por oposição ao *biomédico* e *psiquiátrico*. Sintomaticamente, não havia nenhum estudante de medicina no estágio. Segundo uma das facilitadoras, até hoje apenas uma estudante de medicina participou da vivência em uma edição anterior<sup>28</sup>.

Durante a entrevista com Júlia, em determinado momento, ela mencionou: *É perigoso tu acabar voltando para uma lógica reducionista, que se criticava lá no início da reforma psiquiátrica, o que se criticava na lógica manicomial, no modelo biomédico...* Então pedi que ela caracterizasse essa *lógica reducionista*, e ela respondeu:

<sup>27</sup> Noção bastante importante na Saúde Coletiva. Será problematizada em seguida.

<sup>28</sup> A pouca participação de estudantes de medicina no Estágio era explicada pelo modelo de formação do curso, considerado o mais tradicional e mais distante da discussão sobre as políticas públicas de saúde. Entretanto, penso que essa pouca participação talvez se dê pelas redes de afinidade em que o Estágio é divulgado.

*Definir o modelo biomédico? (...) Por exemplo, na saúde mental, a implicação que se tem, se tu parte desse modelo pra explicar a loucura, por exemplo, tu vai acabar... e a subjetividade também, enfim, tu vai acabar circunscrevendo a subjetividade ao nível do indivíduo, assim, e lançando mão de explicações fisiológicas e orgânica pros processos de saúde e doença, perdendo, então, a dimensão da produção social disso... (Julia)*

Aqui é possível notar que a *lógica reducionista* é vista praticamente como sinônimo do *modelo biomédico*. Nessa fala também fica mais clara uma certa oposição entre a perspectiva *biomédica* e a dimensão *social*. Em outros momentos, fui percebendo que esse *social* (bem como o *cultural*, que aparecia freqüentemente) era acessado de diferentes maneiras<sup>29</sup>. Como afirma Júlia:

*Ao mesmo tempo em que se critica na reforma psiquiátrica o modelo biomédico, não existe, assim, um modelo que substitui simplesmente: tá, loucura não é só isso, loucura é isso... A minha impressão é que não se diz afinal de contas o que é a loucura, porque tem várias entradas, assim, que tem várias concepções... (Julia)*

Parece, portanto, que a perspectiva dos estudantes se constrói mais pelo consenso em relação à oposição a determinado modelo, o *modelo biomédico*. Essa perspectiva aparece também nos textos dos autores da Saúde Coletiva, a qual, sendo um campo multidisciplinar e multiprofissional, possui diferentes enfoques, constituindo-se de modo "híbrido"; mas, também, apresentando recorrências.

### **3.4.1 A Saúde Coletiva como "outro" do *modelo biomédico***

Para delinear melhor essa perspectiva dos estudantes, lancei mão dos teóricos que eles mesmos citavam e utilizavam. Assim, segundo Campos (2000b), um dos principais nomes da Saúde Coletiva, citado algumas vezes pelos

---

<sup>29</sup> A dimensão do *social*, de fato, foi sendo acessada a partir de diferentes correntes teóricas e ideológicas ao longo da história dos movimentos sociais na saúde e da trajetória Saúde Coletiva, desde o final dos anos 1970. Se nesse época o referencial marxista orientava as reivindicações em torno da saúde (como foi visto no Capítulo Um, na definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde), nos anos 2000 a orientação parece ser "pós-estruturalista", figurando autores como Deleuze e Guattari, como é possível perceber entre os estudantes e entre as formulações das políticas públicas.

estudantes, “a Saúde Coletiva nasceu da crítica ao positivismo e à saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecno-ciência e do modelo biomédico”. Em um mesmo sentido, a partir do recorte da saúde mental, Ramminger (2006), afirma que o trabalhador de saúde mental “constitui-se no confronto do discurso da Reforma Psiquiátrica com o discurso médico psiquiátrico”.

Assim, essa oposição em relação a um *reducionismo biomédico*, tem suas bases na própria Saúde Coletiva. Joel Birman (1991) define como se constitui a perspectiva da Saúde Coletiva:

“A concepção de Saúde Coletiva, bem ao contrário, se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. A partir da década de 1920, as Ciências Humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. Nelas haveria valores. Por isso, a instituição dessa problemática através da medicina produziu necessariamente uma série de efeitos nos planos político e social. O discurso da Saúde Coletiva, em suma, pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial.” (BIRMAN, 1991).

Nesse sentido, a Saúde Coletiva corresponderia à entrada das ciências humanas e sociais no campo da saúde, de modo a construir uma perspectiva plural na construção desse conhecimento - a qual deixaria de dar explicações apenas no âmbito “médico-naturalista”, para envolver questões relacionadas ao *cultural, social e político*. Assim, constituindo-se como contraponto ao *biomédico*, a Saúde Coletiva, e a Saúde Mental Coletiva<sup>30</sup>, seria um campo de saberes em saúde que produz objetos “híbrido”, articulando fatores “humanos” aos “não-humanos” em sua explicação.

Assim, a *clínica psicossocial* emerge em oposição ao atendimento centrado na perspectiva *biomédica* - na Reforma Psiquiátrica, migra-se do Hospital *Psiquiátrico* para os Centros de Atenção *Psicossocial*. É possível identificar inclusive críticas a essa proposta por parte de psiquiatras. Por exemplo, durante o Congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 2007, houve uma

---

<sup>30</sup> Entendida como subárea da Saúde Coletiva que incorpora a perspectiva antimanicomial da Reforma Psiquiátrica.

proposta de alteração do funcionamento dos CAPS - para transformá-los em *Centros de Atenção Médico Psicossocial*<sup>31</sup>. Além disso, é possível verificar críticas a certos pressupostos da Saúde Coletiva, as quais se expressam em uma oposição entre *medicina* e *multiprofissionalidade*, a qual pode ser percebida nas críticas corporativas do SIMERS às Residências Multiprofissionais<sup>32</sup>. Nesse sentido, com esses exemplos, é possível perceber que a oposição ao *biomédico* ou *psiquiátrico* tem como contrapartida também a resistência, de representantes dessas perspectivas, aos pressupostos da Saúde Coletiva.

Contudo, mesmo dentro do campo da Saúde Coletiva, há perspectivas que relativizam uma oposição mais rígida ao *modelo biomédico*. Uma delas pode ser observada nas palavras de Campos (2000b), quando afirma a importância da incorporação de contribuições de todas as áreas (epidemiologia, ciências sociais, mas também da clínica, biologia, etc), atenuando a “pretensão de transcendência e auto-suficiência da Saúde Coletiva”:

“Outro não tem sido o procedimento dominante na medicina, que desautoriza, em princípio, todo o saber e toda a prática sobre saúde, produzidos fora de sua própria racionalidade. Ao criticá-lo, com pertinência, a saúde coletiva tende a adotar a mesma postura totalitária e disciplinar. Para diversos autores, a epidemiologia e as ciências sociais explicariam o processo saúde/doença e fundariam um novo paradigma, com um modo de intervenção sobre a realidade que superaria - sempre em princípio! - todos os outros existentes.” (CAMPOS, 2000b).

Assim, ele entende a Saúde Coletiva como um “núcleo de saberes e práticas”, que deve compor parte dos saberes e práticas de todas as áreas da saúde, não necessariamente se contrapondo ao *modelo biomédico*, mas inserindo-se e dialogando com ele. Dessa forma, a partir de uma análise da

---

<sup>31</sup> Na 5ª conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no mesmo ano, isso suscitou uma moção de repúdio a: “Transformar os CAPS, hoje pautados numa linha de cuidado interdisciplinar, sem hegemonia de qualquer categoria profissional, em “Centros de Atenção Médico Psicossocial – CAMPS”, retrocedendo a uma assistência médico centrada, o que contraria de forma inconstitucional os princípios e diretrizes do SUS e as leis federal e estadual da Reforma Psiquiátrica e Sanitária deste País.”. Relatório final da Conferência, disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/default.asp?mostra=3&id=314>.

<sup>32</sup> Em um artigo publicado na Revista VOX Médica, do SIMERS, denominado “Formação de Massa Amorfa”, é possível identificar críticas contundentes à Residência Multiprofissional, as quais demonstram preocupação com a redução da importância da categoria médica na equipe de saúde: “(...) não há grupo sem liderança, a qual deveria, naturalmente, ser exercida pelo profissional com conhecimentos e habilidades suficientemente amplos para permitir a máxima integração entre os diferentes saberes: o médico!” (...) “Tudo parece fazer parte de uma ampla estratégia para reduzir a influência da profissão médica” (FORMAÇÃO de massa amorfa, 2007).

literatura que os próprios estudantes têm contato, dentro do campo da Saúde Coletiva, foi possível encontrar posições que tendem a traçar uma dicotomia mais rígida entre a clínica *psicossocial* e a clínica *biomédica*, bem como outras que buscam o diálogo entre essas perspectivas. Ou seja, há visões mais, e menos, simétricas em torno dessa questão.



**Imagem 6.** Imagem feita durante trajeto matinal até os serviços de Saúde Mental. São Lourenço. Julho de 2008.

### **3.5 Integralidade, transdisciplinaridade e intersectorialidade: o “holismo” das práticas em saúde**

Um dos conceitos centrais para os estudantes do Estágio Transdisciplinar, e que aparece frequentemente nos autores da Saúde Coletiva e da Educação em Saúde, é a *integralidade*. Ceccim & Feuerwerker (2004) trabalham na

perspectiva da “Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade”, tal a importância central desse conceito. Entre os livros que vi circularem entre os estudantes, estavam aqueles publicados pelo LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde - , e versavam sobre diferentes assuntos em interface com a *integralidade*<sup>33</sup>.

Junto à *universalidade* e à *equidade*, a *integralidade* é um dos “princípios doutrinários” do SUS, sendo definida, em documento oficial, como:

“(...) o reconhecimento na prática dos serviços de que:  
 - cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;  
 - as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;  
 - as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.  
 Enfim: ‘O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde’.”.  
 (BRASIL, 1990, p. 5).

Para além dessa definição formal, percebi que, por parte dos estudantes, e na bibliografia acessada, a idéia de *integralidade* ganha diferentes sentidos. Camila, na entrevista que realizamos, a entende em oposição ao diagnóstico, permitindo *ir para a vida do usuário*:

*Eu penso em São Lourenço, a maneira como é feita a saúde lá, a maneira como tu vê o usuário lá (...) É totalmente integralidade tu sair da doença, tu esquecer o diagnóstico e tu ir pra vida da pessoa, pra família, pras potencialidades dela, pra tudo que ela pode fazer, na oficina de geração de renda, ou uma coisa assim que tu vê lá... isso é super integralidade, eu vejo assim, a gente debateu isso bastante, a gente debateu coisas assim no estágio, a questão do diagnóstico, de pra que que serve o diagnóstico... (Camila).*

---

<sup>33</sup> Dentre eles estão: "Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde", "Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde", "Cuidado: as Fronteiras da Integralidade", organizados por Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos; "Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde" e o "Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS", organizados por Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araújo de Mattos, "Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade e saúde", organizado por Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos e o "Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas", organizado por Roseni Pinheiro, Maria Elizabeth Barros de Barros e Ruben Araújo de Mattos. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>.

É possível perceber nessa fala que a noção de *integralidade* situa-se fora da *doença*, isto é, daquilo que define o *usuário* apenas pelo viés biológico.

Octávio Bonet (2003), em um estudo sobre a formação de médicos de saúde da família, entende o processo que antecede, e que influencia, a constituição da Saúde Coletiva brasileira como um retorno da noção de “totalidade” na saúde. A Atenção Primária à Saúde, cunhada na Declaração de Alma-Ata, seria um “retorno” do “holismo” que teria existido nos primórdios do desenvolvimento da medicina, tendo se perdido a partir da especialização crescente e do modelo do Relatório Flexner<sup>34</sup> no ensino médico, no século XX. Ainda segundo Bonet, essa “totalidade” retornaria, especialmente, por meio da noção de *integralidade* no contexto brasileiro.

A idéia de *integralidade*, nas conversas do grupo, em muito se unia à de *transdisciplinaridade*. Para se ter um *olhar integral*, do *todo* referente a determinado *usuário*, é necessário integrar diferentes perspectivas, de várias disciplinas. Teodoro define de que modo a *transdisciplinaridade* ocorreu no Estágio:

*Eu acredito que a idéia de transdisciplinar foi quando todas as teorias se bateram, todas as bases, todos os grupos de diversas áreas se juntaram e começaram a dialogar, a idéia de disciplina, o que era isso, o que poderia ser feito... essa idéia seria transdisciplinar. Quando o profissional da educação física, da antropologia, do jornalismo, da psicologia, saíram das suas caixinhas e pensaram, nós não somos caixinhas, nós somos parte de um processo e nós vamos pensar juntos, cada um do seu ponto como chegar num objetivo maior. E daí eu acho que a gente cortou hierarquias, e isso foi interessante. (Teodoro)*

Para Teodoro, a junção de várias disciplinas também se une à idéia de *não-hierarquização* de saberes; de *horizontalidade*. Além disso, percebi que a *transdisciplinaridade*, em muitos momentos, se relacionou à própria *integração* das pessoas no grupo. Mariana, estudante de Serviço Social, estabeleceu essa relação quando a questioneei:

*P - E no sentido de pensar a questão transdisciplinar, como tua acha que isso aconteceu no grupo?*  
*R - Nosso grupo... é uma coisa assim, que me motivou a continuar, foi essa questão que se fez presente. Com dificuldades, claro... porque todos que estavam lá têm personalidades fortemente ativas e impactantes, então conseguir entrelaçar essas idéias, fazer uma*

---

<sup>34</sup> O Relatório Flexner será mais bem analisado no Capítulo Quatro.

*construção em cima dessas idéias tão divesificadas e com histórias, realidades, tão diversas foi um crescimento, foi algo de muito valor, é algo de muito valor porque não terminou... (Mariana).*

A percepção de Mariana sugere que o desenvolvimento de habilidades *profissionais*, como o trabalho transdisciplinar, envolve o desenvolvimento de habilidades *pessoais*, de *convivência em grupo* e de *saber lidar com as diferenças*.

Em outro sentido, a idéia de *integralidade* se une à de *intersectorialidade*<sup>35</sup>. Quando coloquei a questão da *integralidade* para Kaciely, ela respondeu:

*(...) Eu acho impressionante como cada setor tenta olhar só o seu olhar de conhecimento sobre aquela pessoa, sabe? Ou tipo assim: ele está chorando, ele está quebrando algumas coisas, ele não é pra mim, ele é pra saúde mental, eu não tenho nada a ver com isso. Essa questão da integralidade eu acho que a gente tem que trabalhar muito ainda nos profissionais pra poder olhar esse sujeito de uma forma integral do que qualquer outra coisa, assim. Porque essa coisa de estar repassando, de estar encaminhando e não estar se implicando nesse encaminhamento ele é determinante e é isso que tu vê, sabe? Ele não é mais meu, esse caso não é mais meu, esse caso já é da saúde mental. Como se ele não tivesse, ou a família não tivesse acessando a assistência, a saúde, a educação, a habitação... do quanto a gente trabalha de forma isolada, repete coisas e não vai pra frente, né? Tu fragmenta esse sujeito de uma forma, por partes, que tu não consegue fazer com que ele progrida... (Kaciely).*

Além da *intersectorialidade*, Kaciely toca na questão da não fragmentação do sujeito e na *articulação da rede*<sup>36</sup> de serviços. Tanto a visão "holista" posta na *integralidade*, quanto a *transdisciplinaridade* e a *intersectorialidade*, se relacionam a uma ampliação do conceito de saúde/saúde mental, o qual acaba por envolver *diferentes aspectos da vida das pessoas*. Essa ampliação, que se relaciona ao deslocamento do viés "médico-naturalista", foi construída desde o início da Saúde Coletiva e do Movimento Sanitário, ficando clara na concepção de saúde da XVIII Conferência Nacional de Saúde, como foi visto no Capítulo Um.

Além disso, a ampliação da noção de saúde e, conseqüentemente, da noção de *intervenção* - que aparece na noção de *clínica ampliada*, abre espaço

<sup>35</sup> A intersectorialidade foi tema específico da edição do Estágio realizada em São Leopoldo, em janeiro de 2009, onde ele ocorreu nos serviços da saúde mental e da assistência social.

<sup>36</sup> A idéia de rede é central para se pensar a organização dos serviços de saúde e saúde mental (além dos serviços dos demais setores). É inspirada na idéia de *rizoma*, desenvolvida por Deleuze e Guattari.

para a “politização” das categorias utilizadas para pensar a saúde/saúde mental. É a partir do esforço em se compreender a saúde de forma “holista”, que os estudantes passam a relacioná-la diretamente à *política* e ao *social* e *cultural*.

### **3.6 A ampliação do conceito de intervenção e sua implicação política<sup>37</sup>**

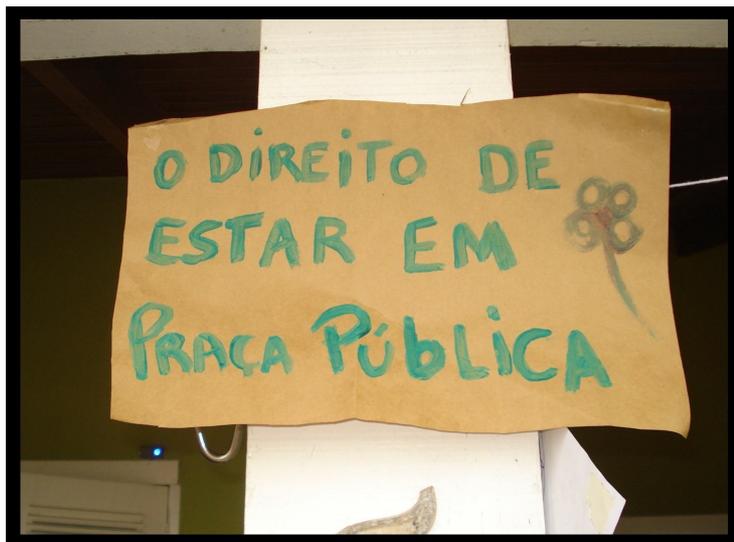
Durante o estágio, quando tivemos a *roda* de conversa com o Secretário de Saúde, este nos comentou acerca de uma *reunião do conselho local de saúde*, que ocorreria naquele dia, no bairro Barrinha, em São Lourenço. Logo após a conversa com ele, fomos almoçar e alguns estagiários sugeriram que fôssemos acompanhar essa reunião na Barrinha, apontando a importância de conhecermos o *controle social* na cidade. Assim, estabeleceu-se uma discussão sobre o que faríamos à tarde: conhecer os demais serviços de saúde mental, os quais estavam agendados em nosso cronograma, ou mudar de planos e ir para a Barrinha, participar da reunião do conselho local de saúde.

Passamos algum tempo discutindo o que fazer - algumas pessoas ressaltaram que *não se faz saúde mental apenas nos CAPS*, e outras lembraram do *compromisso já agendado com a visita nos serviços*. Acabamos, por fim, cumprindo o cronograma e seguindo a visita em cada serviço, de modo que, à noite já pudéssemos escolher os locais de estágio de cada pequeno grupo. Contudo, essa divergência, lembrada posteriormente como *a discussão da Barrinha*, retornou nos debates do grupo, durante e após o período de estágio. Penso que sua referência constante se deu em função das questões que estavam ali colocadas, e que são importantes tanto para os estudantes quanto para o *fazer saúde* nos moldes da Saúde Coletiva<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Título de um dos subcapítulos de nossos relatórios do estágio.

<sup>38</sup> Essa questão foi tão importante que na edição do Estágio Transdisciplinar em Pelotas e São Lourenço, em fevereiro de 2009, os estagiários procuraram ter um contato maior com Associações de Usuários de Saúde Mental, bem como com os Conselhos de Saúde. Em uma das últimas reuniões do *coletivo* que se formou após o estágio, da qual participei, uma das metas para o ano de 2009 seria a inserção dos membros do grupo nos Conselhos Municipais de Saúde da região metropolitana ao longo do ano.



**Imagem 7.** Cartaz produzido por uma estudante numa Oficina de Fanzines, realizada na praça da cidade e que envolveu *usuários*, familiares e profissionais de todos os CAPS da cidade. São Lourenço. 17 de Julho de 2008.

Uma dessas questões remete à relação entre *fazer saúde* e *fazer política*; ou entre *clínica* e *política*. Em muitos momentos percebi que a *implicação*, a *participação*, o *controle social* e a promoção de *cidadania* constituem-se como elementos indissociáveis da saúde. Kaciely, ao pensar sobre a dificuldade de se integrar esses fatores na prática, comenta a partir de sua experiência profissional:

*(...) o quanto a gente fragmenta clínica da política, a gente não consegue ser um ator social enquanto ator profissional também, e de poder escutar o que que está levando esse sujeito a estar submetido a isso também, e de não dar voz pra que ele possa dizer o que que ele acha sobre ele. E eu acho que essa é uma questão desse viés político porque, de novo, é uma coisa que pra mim tem batido muito, é esse suposto saber sobre as pessoas, da gente achar que tem um conhecimento, que tu sabe dizer o que é melhor pra essa pessoa sem escutar ela, sabe? E eu acho que isso bate na clínica com a questão política também, e do próprio controle social. Quem é que diz o que é melhor? Qual é o plano terapêutico desse paciente, será que ele realmente está precisando disso? (...) ah, tu trabalha pra que ele seja um protagonista, mas o quanto tu está permitindo que ele seja um protagonista na vida dele? Ou por que que ele não está conseguindo ser? (Kaciely)*

Assim, promover a saúde do sujeito parece estar relacionado à promoção de *autonomia* e *protagonismo*, o que envolve uma *participação*, por parte do

*usuário*, tanto na escolha do tratamento, quanto na formulação das políticas públicas por meio do *controle social*. *Quem é que diz o que é melhor?*, questiona Kaciely, atentando para a necessidade de *dar voz ao usuário*, de fazê-lo *participar* da elaboração de seu plano terapêutico, das assembleias dos serviços de saúde, bem como dos conselhos e Conferências de Saúde. Na fala de Júlia também é possível perceber a relação entre *saúde e política*, a partir do alargamento do conceito de saúde:

*Aí eu fico pensando, como é revolucionária essa proposta da Reforma Psiquiátrica, do cuidado em saúde mental não ser ali no hospital, mas ser na vida, ser na rua, ser na comunidade porque aí a preocupação com o descuidado, com a crueldade não vai ser só com a crueldade que existe ali, vai ser com as condições da sociedade em geral, e aí nisso entra a ampliação do conceito de saúde. Mas tem outra coisa muito legal na ampliação do conceito de saúde que é o compartilhamento da responsabilização, sabe? Porque até então, se a gente está num modelo mais biomédico, a responsabilidade só é do médico. Aí quando tu amplia, bom, vai ser não só de outros profissionais, vai ser do próprio usuário, vai ser dos gestores, né? Vai ser uma responsabilidade de todos... E aí que quebra com a heteronomia também, porque não é só responsabilidade do médico, ou do psicólogo, ou só do serviço de saúde, mas todo mundo está implicado nisso. Mas eu acho que, voltando pro estágio, eu acho que o estágio puxa um pouco isso, assim, cutuca pra isso, para que o estudante pense qual é a sua responsabilidade no seu processo de formação, qual é a sua responsabilidade na importância de transformar... (Julia)*

É possível notar que, na percepção dela, o deslocamento do *modelo biomédico* permite uma ampliação do conceito de saúde, permitindo incluir diversos elementos e, também, outros atores *responsáveis* por sua efetivação. Há, aqui, o apontamento da dimensão política (e “holista”) subentendida na concepção de saúde/saúde mental. O profissional não é o único responsável pela promoção da saúde, mas, no limite, toda a sociedade o é. Da mesma forma, a *implicação*<sup>39</sup> do profissional não se dá somente na clínica, mas, como afirma Kaciely, ele deve *ser um ator social enquanto ator profissional também*.

Além disso, Júlia considera que o Estágio proporciona essa *implicação* dos estudantes em seu processo de formação e nas mudanças no modelo de atenção à saúde. Essa *implicação* ou *responsabilização*, conceitos bastante utilizados pelos estudantes, está em consonância com o conceito de *clínica ampliada*, o

<sup>39</sup> A idéia de *implicação*, e também de *análise de implicação*, bastante mencionada pelos estudantes, tem muitas vezes como base René Lourau e os autores do movimento institucionalista (ver Paulon, 2005).

qual faz parte da Política de Humanização do SUS. A partir da produção feita desde a Saúde Coletiva, *clínica ampliada* é definida como:

- um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular;
- assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
- buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersectorialidade;
- reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores (...);
- assumir um compromisso ético profundo." (BRASIL, 2007).

Quando pedi que Camila definisse o que seria a *intervenção* em saúde mental, ela relacionou com *autonomia* e *cidadania*:

*(...) a descoberta deles de novas coisas que eles não acreditavam que eles podiam, a descoberta disso... e principalmente, antes de tudo isso, a cidadania, a autonomia e cidadania daquela pessoa, ela é um cidadão, ela tem direitos, entendeu? Ela não está ali porque ela é um paciente, ela está ali porque ela é usuária e ela tem direito de estar ali e eu acho que nessa medida, assim, a intervenção em saúde... tu mostrar pra pessoa coisas que ela... isso, sabe? Que ela é ator desse processo todo, atriz desse processo, e que ela pode sim se ajudar, que ela pode sim conseguir autonomia pra não ser dependente das pessoas (...). (Camila)*

Assim, ter ido à reunião do conselho local de saúde seria uma forma de ampliar a percepção do escopo da *intervenção* em saúde e, a partir disso, perceber sua relação com *as decisões sobre as políticas públicas*. Da mesma forma, os estudantes estariam unindo *clínica* e *política*, ao *tomar parte nesse processo*. Como afirmou uma estudante em meio a uma discussão: *o profissional é um parceiro do usuário na construção de um projeto de sociedade*. Nesse sentido, me parece que, para eles, constrói-se esse *projeto de sociedade* por meio da saúde; isto é, faz-se política ao mesmo tempo em que se faz saúde.

Nesse sentido, a relação ideal com os *usuários* parece ser aquela da promoção de uma "adesão" à lógica das políticas públicas de saúde/saúde mental. É aqui que se insere a importância da Educação Popular em Saúde, com base em Paulo Freire, a qual tem como objetivo:

"impulsionar movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde

direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS” (PEDROSA, 2007, p. 16)

Dessa forma, parece que *promover saúde*, nessa perspectiva, envolve uma “conversão” ao ideário do SUS e da Reforma não apenas por parte dos trabalhadores de saúde, mas também por parte dos *usuários* desse sistema.



**Imagem 8 e 9.** Imagens produzidas na mesma Oficina de Fanzine, a qual também contou com a plantação de mudas de árvores na praça, uma para cada serviço de saúde mental. São Lourenço. 17 de Julho de 2008.

Na página seguinte, para fins de apresentação, busco sistematizar algumas categorias postas em oposição pelos estudantes<sup>40</sup>:

---

<sup>40</sup> Durante a escrita, esta tabela foi mostrada e problematizada junto a alguns estudantes.

| <b>Categorias “negativas”</b> | <b>Categorias “positivas”</b>         |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| medicina/psiquiatria          | multiprofissionalidade                |
| manicômio                     | serviços substitutivos                |
| instituído                    | instituinte                           |
| hospital                      | Atenção Básica                        |
| disciplinar                   | transdisciplinar                      |
| teoria versus prática         | teoria junto à prática                |
| “academicismo”                | experiência/vivência                  |
| geral/universal               | particular                            |
| fragmentação                  | integralidade                         |
| cura                          | cuidado                               |
| foco na doença                | foco no processo saúde-doença         |
| individualismo                | comprometimento                       |
| privado                       | público                               |
| neutralidade                  | responsabilização                     |
| diagnóstico                   | contexto sócio-psico-cultural         |
| hierarquia                    | horizontalidade                       |
| razão                         | sensibilidade/humanização do cuidado  |
| procedimento                  | processo                              |
| Clínica biomédica             | Clínica psicossocial/clínica ampliada |
| controle                      | compartilhamento/construção conjunta  |
| homogeneização                | singularização                        |
| Paradigma técnico-científico  | Paradigma ético-político-estético     |
| Saúde Pública                 | Saúde Coletiva                        |
| CID/DSM                       | Plano Terapêutico Singular            |

**Tabela 4:** Lista de categorias postas em oposição pelos estudantes do “Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental”, Julho de 2008.

Dessa forma, é possível notar como se relacionam as concepções de saúde/saúde mental e de política, a partir da análise das categorias e referências que os estudantes se utilizam. Tornar-se profissional e defender determinado modelo de atenção à saúde acabam estritamente relacionados, sendo o Estágio Transdisciplinar um meio de sensibilização política para o *ideário* da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Nesse sentido, no próximo capítulo, trato do Estágio a partir da perspectiva do ritual, pensando-o a partir da idéia de “*communitas*” de Victor Turner (TURNER, 1974). A seguir, para encerrar o presente capítulo, desenvolvo algumas reflexões sobre as relações entre antropologia e Saúde Coletiva.

### **3.7 Posições, fronteiras, delimitações: Antropologia “na” Saúde Coletiva**

“Grazi! Tu tem TUDO a ver com isso aqui!  
Obrigada por nos ajudar a refletir!(...)”<sup>41</sup>

Ao longo das discussões e conversas realizadas em grupo, notei que a preocupação em lançar um olhar sobre as questões “culturais” ou “sociais” implicadas na vivência do estágio não era uma prerrogativa minha, cientista social e aprendiz de antropóloga, no grupo. O apelo ao *social* e ao *contexto cultural* como elementos necessários ao entendimento do fenômeno da saúde-doença, como vimos, era corrente tanto nos discursos dos estudantes das várias áreas, como nos textos-base utilizados nas discussões e nas falas dos profissionais de saúde.

Assim, a “perspectiva antropológica”, a qual eu era convidada a expor nas discussões do grupo - e o fazia tentando articular conceitos básicos como relativização, “cultura do outro”, diferenças de classe, etc - era recebida de modo bastante positivo e tida como essencialmente “aplicada” e “prática” ao contexto da vivência e à futura atividade profissional. Os estudantes pareciam

---

<sup>41</sup> Trecho de recado deixado em meu envelope, enviado por uma estudante durante o Estágio, em 20 de julho.

ver bastante aproximação entre a perspectiva antropológica que eu trazia (ou que eles já haviam tido contato em disciplinas na Universidade) com os referenciais da Saúde Coletiva, da análise institucional, da esquizoanálise<sup>42</sup>, ou mesmo da educação popular em saúde.

Em um primeiro momento, o fato das reflexões dos estudantes parecerem estar tão próximas e afinadas com aquelas que eu trazia, devido à minha formação em ciências sociais e antropologia, gerou em mim alguma ansiedade em relação aos procedimentos de pesquisa. Especialmente, preocupei-me em como delimitar e diferenciar meus conceitos de análise das categorias “nativas”, utilizadas por aqueles sujeitos para organizar suas experiências. Ou seja, havia sempre um questionamento sobre os limites e fronteiras entre a antropologia e a Saúde Coletiva/Saúde Mental Coletiva.

Esse questionamento me acompanhou durante toda a realização do trabalho de campo. No entanto, em certo momento percebi que não havia divisões e fronteiras fixas e, muito menos, passíveis de serem definidas *a priori*. Além disso, compreendi que as relações entre as perspectivas da antropologia e da Saúde Coletiva poderiam ser problematizadas justamente a partir da análise da minha relação com os estudantes, tendo como elemento etnográfico momentos em que possíveis diferenças e aproximações são explicitadas.

Dentre esses momentos, lembro de certa ocasião em Novo Hamburgo, em que discutíamos sobre as “diferenças culturais” entre profissionais de saúde, geralmente pertencentes à classe média escolarizada, e os *usuários* dos serviços oriundos de classes populares. No meio da conversa, mencionei o livro de Cláudia Fonseca (2004), “Família, Fofoca e Honra”, como um exemplo de trabalho em antropologia que busca o ponto de vista distinto das classes populares. Na mesma hora, uma estudante de Serviço Social concordou que o livro era ótimo e que em uma das disciplinas do seu curso teve a oportunidade de ler e discutir vários capítulos dele ao longo de um semestre.

---

<sup>42</sup> Conforme os estudantes, René Lourau, Gregório Barenblitt, Deleuze e Guattari são autores lidos em disciplinas de “Psicologia Social”, nos cursos de graduação em Psicologia. Esses autores, portanto, parecem ser as principais referências para se pensar o “social” dentro da psicologia – tal como aprendida pelos estudantes participantes dessa pesquisa. Da parte da antropologia, é interessante notar a aproximação que Goldman (2008) estabelece com a esquizoanálise, vislumbrando uma “esquizoetnologia”.

Em outro momento, quando realizamos a *roda de conversa* com Elsa Timm, psicóloga do CAPS Nossa Casa, como foi possível observar, ela narrava acerca do início do trabalho no município nos anos 1980, onde foi fundamental visitar as casas em que as pessoas moravam e conhecer a *cultura* daquela população. Mencionou, inclusive, que a antropologia era uma disciplina muito importante, pois permitia ter essa visão do *outro*<sup>43</sup>.

Assim, aos poucos percebi que os estudantes e os profissionais, defensores da proposta de formação e atenção à saúde, afinada com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, pareciam entender a perspectiva antropológica como “constitutiva” dos saberes necessários ao exercício profissional no cenário de atenção que esperavam construir<sup>44</sup>. Parecia haver uma “apropriação” de noções entendidas como “antropológicas” para dentro de um universo onde *princípios e valores* do SUS e da Reforma se articulam, aparentemente amalgamando-se e apontando um mesmo “horizonte imaginativo” (CRAPANZANO, 2004).

Também em relação à metodologia etnográfica, os estudantes pareciam ver muito sentido. Lembro que ao final do estágio de vivência, quando estávamos escrevendo o relatório, um dos estudantes teve a idéia de escrever nele que *havíamos tido uma experiência antropológica*. Segundo ele, tínhamos feito um exercício de sair de nossos locais de origem e imergir numa realidade outra e desconhecida, para, depois, retornarmos às nossas cidades com um olhar distinto - o olhar de quem se distanciou e passou por uma nova experiência. A relação que ele estabeleceu, e que outros concordaram, entre a metodologia etnográfica e a metodologia do estágio de vivência, talvez tenha decorrido de alguma fala minha, em meio a algum momento de *troca de experiências*, quando

---

<sup>43</sup> Ao longo do estágio em São Lourenço, visitamos a cidade de Turuçu, município próximo em que Elsa Timm é Secretária de Saúde. Em outra *roda de conversa*, nessa ocasião, ela mencionou a dificuldade em compreender as relações familiares de determinado bairro bastante pobre da cidade. Depois disso, afirmou: *como seria bom ter um estagiário de sociologia ou antropologia trabalhando conosco*. Alguns estudantes, depois, vieram comentar comigo: *olha, Grazi, vem trabalhar aqui depois do mestrado!*

<sup>44</sup> Significativo é o fato de que algumas Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva destinam algumas vagas a graduados em Ciências Sociais. Exemplo disso ocorre na Bahia: [http://www.consultec.com.br/insc/bd/2005insc/upload/2MULTI2008\\_1\\_EDITAL.PDF](http://www.consultec.com.br/insc/bd/2005insc/upload/2MULTI2008_1_EDITAL.PDF).

explicava a metodologia que eu estava utilizando na pesquisa que realizava com eles<sup>45</sup>.

De fato, como afirmam diferentes autores já citados aqui (tais como BIRMAN, 1991 e CARVALHO, 2002), a Saúde Coletiva se constitui a partir da entrada das Ciências Humanas na discussão sobre saúde, formando um campo híbrido, o qual também se articula ao contexto de luta dos movimentos sociais pelo fim da ditadura no Brasil. Ao traçar as correntes do campo da saúde que dão base para o Movimento Sanitário, e para a emergência do campo da Saúde Coletiva, Nunes (1994) situa a Medicina Preventiva, nos anos 1950, e a Medicina Social, nos anos 1970<sup>46</sup>. Em uma breve revisão de trabalhos que abordam a relação das ciências sociais (e da antropologia) com a Saúde Coletiva, pude encontrar algumas especificidades.

Tanto Duarte (2003) como Alves & Rabelo (1998), por exemplo, mencionam o “campo das ciências sociais em saúde” no Brasil. Os últimos o definem a partir da produção sobre saúde realizada por um conjunto heterogêneo de pesquisadores (seja com formação em ciências sociais, ou em diferentes áreas da saúde) e em distintos centros de produção (de Programas de Pós-graduação em Antropologia a Departamentos de Medicina Social e Saúde Coletiva). Essa produção, tão diversa, tem em comum o fato de tomar como objeto os fenômenos relacionados à saúde-doença e, também, por enfatizarem a categoria “social” (ou “cultural”) para sua definição e explicação. Além disso, é interessante notar que “Ciências Sociais e Humanas em Saúde” constitui uma das quatro comissões temáticas<sup>47</sup> da Associação Brasileira de Pós-Graduação em

---

<sup>45</sup> Em outra ocasião, conversava com um estudante, que fez o estágio na 6ª turma, sobre a importância da subjetividade do pesquisador na pesquisa antropológica. Ele, então, me perguntou porque eu não seguia a perspectiva cartográfica de Deleuze e Guattari, já que, em sua visão, pareciam muito similares. Lembro novamente aqui da aproximação à esquizoanálise feita por Goldman (2008): “Ela [a antropologia] seria, assim, uma espécie de cartografia de territórios existenciais reais e/ou em vias de existir (...)”.

<sup>46</sup> A primeira delas, inclusive, em sua influência no Brasil, esteve ligada a uma reforma pedagógica nos currículos das escolas médicas, tendo como consequência a inserção de disciplinas associadas, por exemplo, à epidemiologia, às ciências da conduta, à administração de serviços de saúde. “Procurava-se, dessa forma, ao criticar a biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital, não somente introduzir outros conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo.” (Nunes, 1994, p. 7).

<sup>47</sup> As outras comissões são: Comissão de Ciência e Tecnologia, Comissão de Epidemiologia e Comissão de Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão (LIMA & SANTANA, 2006).

Saúde Coletiva (ABRASCO), o que demonstra o importante papel das ciências sociais na constituição desse campo.

Mais especificamente, ao pensar as relações entre a antropologia e a Saúde Coletiva, em termos da produção acadêmica, Minayo (1998) situa três vertentes de trabalhos que fazem interface entre as duas áreas. Uma primeira seria formada pelo que ela chama de “estudos básicos”, isto é, estudos de caráter longo e profundo, geralmente produzidos no âmbito de Departamentos e Programas de Pós-Graduação em Antropologia, e que, mesmo não estando relacionados a um impacto imediato, contribuem para o avanço teórico da disciplina.

Em segundo lugar estariam os estudos “estratégicos”, os quais seriam produzidos em Departamentos e Escolas de Saúde Pública/Coletiva. Estes estudos tentariam “articular” a abordagem da Antropologia e das ciências biológicas, de modo a construir objetos “híbridos” de pesquisa. Aqui, portanto residiriam os estudos inter e transdisciplinares da Saúde Coletiva, os quais mesclam teorias produzidas em diferentes campos para dar conta da complexidade dos fenômenos relacionados à saúde-doença. Por último, de acordo com Minayo, estariam as “pesquisas operacionais”, as quais se utilizam da abordagem qualitativa da antropologia e visam realizar estudos mais breves, que se ocupam de demandas pontuais e específicas.

Entendo que essa diferenciação apresentada por Minayo, apesar de fazer sentido, não envolve uma suposta distinção entre pesquisas “puras” e “aplicadas”. Pensando a partir de Bourdieu (2004), a distinção entre pesquisas “não-aplicáveis” (que concorreriam para o desenvolvimento do conhecimento) e “aplicáveis” (ditas finalistas) seria fruto de “estratégias de luta no campo”. Como afirma o autor, esquece-se que pesquisas não aplicáveis não são tão “puras” como querem parecer; e que pesquisas aplicáveis podem trazer contribuições decisivas à pesquisa básica.

Nesse sentido, sem utilizar as categorias “aplicado” ou “não aplicado” (já que essas definições, por si só, são complexas), é possível encontrar outros entendimentos para o encontro da antropologia com a saúde - aqui delimitada a partir da Saúde Coletiva/Saúde Mental Coletiva - e, assim, para o encontro que estabeleci em campo. Primeiramente, apenas o fato de uma estudante de

antropologia ter sido selecionada para um “estágio em Saúde Mental” fala do quanto os sujeitos dessa pesquisa entendem como próximos esses campos de conhecimento.

Nas entrevistas individuais realizadas após o estágio, questionei alguns estudantes acerca da importância da antropologia para a saúde/saúde mental. Camila, estudante de enfermagem, comenta:

*Eu tive antropologia da saúde, do corpo, no terceiro semestre, se não me engano, foi bem interessante. E aí eu ter contato com a antropologia e esse interesse assim por essa área, eu acho muito legal... porque o cuidado em saúde mental é pura antropologia, sabe? É tu conseguir enxergar o outro, é tu conseguir enxergar que ele existe, que ele é singular, que é único, que ele tem milhões de detalhes, e que ele tem um contexto sócio-histórico-político, o que for... Conseguir enxergar isso, a partir dele, eu acho que é fundamental... Pra mim isso é antropologia, tá? É isso antropologia: tu conseguir enxergar... a questão da alteridade, tu conseguir te colocar ali, e pensar em tudo que ele viveu, tudo que aprendeu, todo o contexto de vida dele e porque que ele está aqui, agora. Isso é integralidade, isso é cuidado em saúde mental, isso é muito amplo pensar desse jeito, pensar antropológicamente, sabe? (Camila).*

Na fala dessa estudante, fica clara a aproximação que ela faz entre um suposto olhar antropológico e as premissas da Saúde (Mental) Coletiva. A *visão antropológica do contexto* é relacionada à *integralidade*, princípio fundamental para as práticas em saúde/saúde mental nesse modelo. O *portador de sofrimento psíquico* é encarado como *um outro*, diferente, historicamente excluído. Assim, sendo a antropologia a disciplina da “alteridade” (aquela que busca compreender esse *outro*), portanto, ela parece ser essencial ao trabalho em saúde mental, a ponto de a estudante afirmar que *o trabalho em saúde mental é pura antropologia*.

Assim, é possível perceber que a antropologia é, de algum modo, “reinventada” pelos estudantes que acessei em campo - ela parece servir para pensar e construir essa nova perspectiva de *cuidado* e atuação em saúde mental. Da mesma forma, é possível pensar que a antropologia é reinventada na (e pela) própria Saúde Coletiva, ao defini-la como um de seus saberes “formadores”. Assim, a concepção “holista” do fenômeno da saúde-doença, defendida pela Saúde Coletiva, parece de algum modo afinar-se à perspectiva das ciências

sociais. Como afirma Dumont (1992): "A apercepção sociológica atua contra a visão individualista do homem" (DUMONT, 1992, p. 56).

Nesse sentido, em afirmações como as de Camila, noções e conceitos da antropologia parecem ser operacionalizados e "indexados" aos princípios e objetivos políticos da Saúde Coletiva. A compreensão do *contexto sócio-histórico-político*, bem como da *alteridade do usuário*, é entendida praticamente como sinônimo da idéia de *integralidade*, princípio fundamental para a prática em conformidade com as atuais políticas de saúde.

Assim, ao buscar situar-se de modo distinto do *modelo biomédico*, e tendo a pretensão de incorporar a antropologia como saber constitutivo, é possível entender esse uso instrumental, ou político, da antropologia a partir dessas disputas internas ao campo da saúde. O "cultural" ou "social" proporcionados pela antropologia são instrumentalizados para a constituição de uma alteridade em relação ao paradigma biomédico - e, assim, contribui para a delimitação de um suposto alvo de críticas e mobilização.

Lembro aqui da crítica feita por Ingold (1991) à ontologia dualista ocidental. A partir dela, a antropologia social, ou cultural, teria se dedicado ao domínio do "sociocultural", rejeitando os imperativos biológicos e acusando a perspectiva da biologia de incorrer em reducionismo. Em grande medida, a divisão "disease" (visão biomédica, embebida em "ciência") e "illness" (visão do paciente, embebida em "cultura"), cunhada pela chamada antropologia médica, reproduz essa dualidade, ao apontar o reducionismo da visão da medicina e a "contribuição" que a antropologia pode oferecer para se pensar o fenômeno saúde-doença, ao "dar voz" à cultura do "paciente"<sup>48</sup>. Acredito que as percepções e aproximações entre a antropologia e a atuação em saúde/ saúde mental, que encontrei em campo na voz de futuros profissionais de saúde, permitem perceber que há nuances nessa dicotomia.

Nesse sentido, em grande medida, pude experimentar em campo essa operacionalização e indexação, na medida em que minhas "falas antropológicas" (além dos conhecimentos prévios de antropologia que eles traziam) pareciam ajudar a compor as questões e reflexões do grupo. Passei a entender isso,

---

<sup>48</sup> Um exemplo dessa linha de argumentação é encontrado em Frankenberg (2003).

portanto, em relação ao modo como a disciplina de antropologia ajuda a compor os problemas e perspectivas da Saúde Coletiva - formando profissionais de saúde que não se pautam apenas pelo *modelo biomédico*, mas que, ao contrário, o criticam.

## CAPÍTULO 4

### 4.1 Sensibilização política pelo ritual: o estágio de vivência como “*communitas*”

Ao longo de todo o estágio, percebi que a idéia de *hierarquia*, ou de *hierarquização*, era sempre vista de modo negativo, seja ela pensada em termos das diferentes profissões da saúde; dos distintos saberes disciplinares; da relação entre profissionais e *usuários*; e das relações entre os estudantes de diferentes etapas de formação. A experiência do estágio parecia colocar todas essas diferenças em um mesmo patamar de “igualdade”, fazendo com que as hierarquias parecessem ser postas em suspenso pelos integrantes do grupo, através da *experiência* da vivência.

Assim, em muitos sentidos, essas noções trazidas pelos estudantes a mim evocavam a idéia de “*communitas*”, tal como desenvolvida por Victor Turner (1974). Sem ter por objetivo depreender todas as conseqüências decorrentes desta perspectiva teórica, alguns elementos que encontrei em campo podem ser aproximados aos conceitos apresentados pelo autor. Segundo Turner, o momento ou estado de “*communitas*” seria caracterizado pela “liminaridade” e pela ausência de “status” delimitados. Pensada sempre em oposição à “estrutura”, a “*communitas*” seria o modelo “da sociedade considerada como um ‘comitatus’ não-estruturado, ou rudimentarmente estruturado e relativamente indiferenciado, uma comunidade, ou mesmo comunhão, de indivíduos iguais (...)” (Turner, 1974, p. 119).

Dessa forma, a própria experiência do estágio de vivência poderia ser aproximada dessa concepção de “*communitas*”, dado que ele é entendido como uma espécie de “espaço simbólico” onde as hierarquias, as diferenciações e papéis sociais, são “dissipados” em nome de um ideal de “igualdade”. Um exemplo disso pôde ser visto na fala de Camila:

*Parecia que eu estava “eu só” ali, claro, com todas as minhas bagagens que eu tinha aprendido, mas estava “eu” ali. (...) Eu não tava*

*preocupada em exercer a enfermagem naquele momento, eu estava preocupada em conversar com aquela pessoa, em entender ela e em conseguir orientar ela, mas "eu", não a enfermeira(...)(Camila)*

Há, aqui, a necessidade de "despir-se" dos papéis e "status" sociais. Isso parece se dar através da conexão a uma "essência de si", a qual se define apenas pela condição de "humanidade" de cada indivíduo. Nesse sentido, o estágio parece se configurar como um momento de quebra da "estrutura", o que também se define na característica de "imersão" considerada tão necessária à vivência. Segundo Júlia, por exemplo, o estágio seria *um parênteses no tempo*:

*Eu acho que o importante é que a gente tenha essa possibilidade de fazer um parênteses no tempo, assim, acho que o importante é a metodologia da imersão e ter um grupo que esteja disposto a estar refletindo sobre as vivências que está fazendo (...)(Júlia)*

Nesse sentido, o estágio de vivência pode ser entendido como um ritual, no qual os estudantes romperiam com a "estrutura" dada no cotidiano, na Universidade, e passariam quinze dias em uma "suspensão das hierarquias", em um estado de "liminaridade" que iria, ao seu término, culminar em uma mudança de "status", no retorno para casa e numa reintegração à "estrutura". Há, portanto, uma aprendizagem e uma socialização política que ocorre "fora" do espaço tido como "estrutura".

Outra característica do estado de "communitas" é o chamado "poder dos fracos", onde sujeitos considerados "marginais" na sociedade acabam por ganhar "status" elevado: "A liminaridade implica que o alto não poderia ser alto sem que o baixo existisse, e quem está no alto deve experimentar o que significa estar em baixo" (TURNER, 1974, p. 119). Considerando-se essa perspectiva, noto que a proximidade com os *usuários* sempre foi percebida pelos estudantes como fundamental no estágio de vivência, de modo a produzir a *sensibilização*, tanto para um *cuidado humanizado*, como para o entendimento (e incorporação) dos *princípios do SUS e da Reforma*. Teodoro narra o momento de choque no contato com os usuários, choque, este, necessário à mudança de perspectiva provocada pelo estágio:

*(...) foi um choque muito grande, porque a gente tem aquela separação, usuário é doente, o que que eu aqui, na minha hierarquia, estou fazendo junto com eles? E depois a gente pôde trabalhar... não, eu sou mais um que nem eles, não sou melhor e nem pior que eles, estou trocando e aprendendo com eles. (Teodoro)*

Dessa forma, é a partir da “quebra de hierarquias” em relação aos *usuários* que Teodoro toma contato com um modo específico de ser profissional de saúde. Além disso, ele também toma contato com uma proposta de formação que privilegia a *experiência*, em oposição a um suposto acúmulo desigual de saber teórico. Em certo momento do estágio, uma estudante de Psicologia do primeiro semestre comentou que, no início do estágio de vivência, entendia que teria muito mais a aprender com os outros estudantes do que a ensinar, dada sua etapa inicial de formação. Contudo, ao longo da vivência, ela afirmou ter notado que todos tinham algo a ensinar, sugerindo que a experiência colocava em xeque diferenças baseadas nos saberes teóricos. Teodoro lembrou a fala dessa estudante quando da entrevista:

*Foi bonita a frase da colega Bruna, né? Ela disse bem assim: eu vim aqui para aprender com pessoas que sabiam mais que eu, e aí depois ela se conscientizou que o conhecimento teórico não era importante lá e, sim, a troca de experiências e ela também possibilitou um crescimento muito grande para o grupo que foi super interessante. (Teodoro)*

A noção de *transdisciplinaridade* em muito remete à idéia de ruptura com as diferenças entre as áreas de conhecimento e as profissões da saúde. Se na “estrutura” as disciplinas se diferenciam e são desigualmente legitimadas, no estágio os estudantes vivenciam uma experiência onde todos *contribuem igualmente* para a aprendizagem do grupo, o que alimenta o ideal de *horizontalidade*, seja na relação com os *usuários*, seja no *trabalho em equipe*. Nesse sentido, lá os estudantes tomam contato com uma proposta de formação que nega alguns valores dominantes da sociedade “estruturada”, a partir da produção de uma crença na viabilidade de se vivenciar os ideais do SUS e da Reforma na futura prática profissional. Ao longo e após o estágio, os estudantes passaram a construir críticas a alguns elementos-chave, tais como à *Universidade*, ao *capitalismo* e ao *individualismo*, apresentando um discurso que

se aproxima a um “ethos” militante. Passo agora a analisar alguns aspectos relacionados ao momento pós-estágio.

## 4.2 A volta para casa: as *transformações* provocadas pelo estágio

Como vimos no Capítulo Dois, já no pré-encontro ao Estágio Transdisciplinar, havia um discurso de que a experiência do estágio era *transformadora*, um *ritual de passagem*, fazendo as pessoas *voltarem outras de lá*. Desde esse dia, passei a me perguntar acerca do modo como a experiência do estágio se inseria na trajetória dos estudantes que o vivenciavam. Especificamente, me questionava se essa *transformação*, ao participar do Estágio Transdisciplinar, envolvia uma reelaboração de “projetos de vida” e, nesse sentido, do projeto de inserção no campo profissional da saúde.

Com maior ou menor ênfase, o discurso sobre as *mudanças oriundas do estágio* apareceu nos encontros após a vivência e em todas as entrevistas que passei a realizar com os estudantes. Logo no primeiro encontro após o estágio, realizado no CRP, em Porto Alegre, os, agora, ex-estagiários se reencontraram e compartilharam seus sentimentos em relação à volta para casa. A *transformação*, apontada por eles, parecia reverberar tanto na Universidade, já que todos estavam recomeçando o segundo semestre de 2008, quanto na vida pessoal. Sobre as sensações expressas nesse dia, segue trecho de meu diário de campo:

*Camila, estudante de enfermagem, uma das primeiras a chegar, comentava sobre seu retorno à Universidade. Ela afirmou estar enxergando as coisas de modo diferente, sentindo-se agora “deslocada” naquele espaço. Comentou que, ao chegar na sala de aula, não conseguiu sentar na mesma classe que sempre sentava, sentindo a necessidade de mudar de lugar, de fazer tudo diferente. Luiza, estudante da PUC-RS, comentou que tinha iniciado uma disciplina sobre psicopatologia naquela semana. Quando disse que a professora levou o DSM-IV para a sala de aula, Luiza comentou: “aí eu já fui: diagnóstico não importa!”. Outros estudantes disseram terem voltado mais questionadores para a Universidade. Bruna, estudante do primeiro semestre de Psicologia, comentou que havia iniciado uma cadeira de Psicologia Social, onde notou que estava mais “apropriada” do tema das políticas públicas devido à vivência no estágio. (Diário de Campo, 9/08/2008).*

De certa forma, este *estar mais apropriada* de determinados assuntos, ou a necessidade de *fazer tudo diferente*, depois de ter passado pela experiência de vivência, sugere uma percepção de mudança de posição em relação à Universidade, ao campo da saúde e, como veremos, na própria vida pessoal. Se pensarmos nos termos de Victor Turner (1974), a “reintegração à estrutura”, após o momento de “*communitas*” no estágio, envolve o entendimento de que nesse momento os estudantes possuem um “status” diferenciado; agora possuem domínio sobre certos temas, conceitos e partilham uma determinada visão de mundo que os coloca em outra perspectiva. Este domínio, e novo “status”, é bastante valorizado, pois foi adquirido através de um meio muito particular que é a *experiência* da vivência, não encontrada no ensino formal escolar/universitário. Como afirmou uma estudante, nesse primeiro encontro: *não adianta contar pras pessoas o que a gente viu, só vivendo mesmo*. Os ex-estagiários, portanto, encontram-se na posição privilegiada daqueles que “viveram”, que “passaram pela experiência”.<sup>1</sup>

Raisa, estudante de Psicologia da UNISINOS, quem eu havia encontrado dias antes desse encontro no CRP, falou do que havia mudado nela após o estágio: *a saúde mental entrou em mim e não sai mais*. Ela havia iniciado contato com redutores de danos de Porto Alegre e passou a freqüentar as reuniões semanais do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em seguida ao estágio. Nas entrevistas que realizei, uma das questões que colocava dizia respeito justamente ao modo como foi sentido o retorno após a vivência. Camila comenta sobre os efeitos do estágio em sua vida:

*Ah... incrível, assim... incrível, porque... o principal acho que foi a relação com a minha irmã, família mesmo, eu sempre tive uma visão de superior, uma visão de irmã mais velha, a gente sempre brigou muito. Eu volto do estágio, no mesmo dia, a gente ficou um tempão conversando, eu e ela, sozinhas, coisa que a gente nunca fez na vida, coisa que eu nunca tinha sentido pra conversar com ela... Já cheguei olhando ela com outros olhos, já cheguei em casa olhando todo mundo com outros olhos, sabe? (...) claro, a gente amadurece, tem toda uma questão do tempo, mas o estágio foi um marco na minha vida, o antes e o depois do estágio. O depois eu estou vivendo agora, é maravilhoso tu ver que tu consegue te desinstitucionalizar, tu consegue desconstruir certos conceitos que tu tem de ti, que eu tinha e que eu fui desconstruindo, sabe? (...) Eu fui desinstitucionalizando tudo, sabe? O*

---

<sup>1</sup> Esse aspecto, em alguns sentidos, contrasta com a busca de manutenção da “*communitas*”, como veremos a seguir.

*fato de eu estar aqui na Universidade... eu comecei a me perguntar, a me fazer muitos porquês: Por que que eu tenho que ter essa aula teórica se ela não faz nenhum sentido pra mim? Por que que eu to trabalhando não sei com o que, com pesquisa sei lá da onde, que nem me interessa saber? Por que, sabe? Tudo eu fui me perguntando: por que que eu não consigo compreender minha mãe não sei no quê?... tipo, em "tudo" que eu to querendo te dizer.(...) Então, todas essas desconstruções de medos e coisas que eu tinha, eu fui perdendo, então minha vida está outra coisa...(Camila)*

Interessante notar, na fala de Camila, que a idéia de *desinstitucionalização* é ampliada e transposta para outros âmbitos de sua vida. A importância da "quebra de hierarquias" (quando ela diz: *eu sempre tive uma visão de superior*), tão enfatizada durante o estágio, é levada, por Camila, para a relação com sua irmã. Ou seja, os aprendizados oriundos da vivência extrapolaram o âmbito da "capacitação para ser trabalhador de saúde". Eles envolvem uma "adesão existencial" a determinados valores.

Quanto aos conceitos que Camila utiliza, é possível identificar diversos sentidos. Segundo Amarante<sup>2</sup> (1996), a noção de *desinstitucionalização* foi utilizada em diferentes "reformas psiquiátricas" pelo mundo, muitas vezes significando "desospitalização" ou "desassistência". Entretanto, ainda para esse autor, a idéia de "desinstitucionalização como desconstrução", que põe em questão o próprio conceito de doença mental, é desenvolvida por Franco Basaglia, tendo, por essa vertente, influenciado o movimento Antimanicomial no Brasil.

Muitas vezes ouvi a palavra *desconstrução* durante o estágio, de modo a definir o que se passa com as pessoas na vivência. Camila, na fala citada, também transpõe essa noção para além do movimento de Reforma, afirmando conseguir *desconstruir certos conceitos que tem de si mesma*, depois do estágio. Nesse sentido, é interessante observar como categorias freqüentemente utilizadas para descrever o processo social da Reforma Psiquiátrica brasileira são deslocadas para a experiência pessoal dos estudantes, os quais, de certa forma,

---

<sup>2</sup> Paulo Amarante é referência na Luta Antimanicomial no Brasil. Seu livro "Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil" é uma das principais referências citadas pelos estudantes para se compreender a história da Luta Antimanicomial no Brasil. Durante o I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, realizado em Florianópolis, em dezembro de 2008, alguns estudantes, que haviam participado do Estágio Transdisciplinar, encontraram Amarante (e também Antonio Lancetti) e comentaram sobre a experiência do Estágio. Ambos pediram que fosse enviado um texto por e-mail relatando essa experiência.

vivenciaram a origem história (e simbólica) desse processo em São Lourenço. Parece haver uma “adesão” à proposta política da Reforma Psiquiátrica a partir da incorporação de certos valores, correspondentes tanto a um “ethos” quanto a uma “visão de mundo” mais amplos (GEERTZ, 1989).

Assim, a *desconstrução* do conceito de *doença mental* e o movimento de *desinstitucionalização* dos pacientes do manicômio (para virem a se tornar *usuários de saúde mental*) envolvem uma *desconstrução* dos conceitos que os futuros profissionais têm do mundo em geral e, também, deles próprios<sup>3</sup>; isto é, nas palavras de Camila, passa a ocorrer uma *desinstitucionalização de si mesmos*. Essa idéia, em grande medida, lembrou-me da noção de *manicômios mentais*, tal como mencionada por Pelbart (1990) e como aparece nas conversas com os *mentaleiros*: *não basta acabar com os manicômios reais, deve-se também acabar com os manicômios mentais*. Do contrário, como foi afirmado diversas vezes pelos estudantes, a *lógica manicomial* poderia permanecer nos serviços substitutivos, transformando os CAPS em *minimanicômios*.

Durante o estágio, circulava o livro “As Três Ecologias”, de Félix Guattari, o qual teve alguns trechos lidos em meio às rodas de conversa. Uma citação que agradou bastante aos estudantes, e posteriormente foi selecionada para constar no relatório do estágio, é a seguinte:

"Sua maneira de operar aproximar-se-á mais daquela do artista do que a dos profissionais 'psi', sempre assombrados por um ideal caduco de cientificidade. [...] O povo 'psi', para convergir nessa perspectiva com o mundo da arte, se vê intimado a se desfazer de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser". (GUATTARI, 2006, p. 16-22).

É interessante pensar a *desinstitucionalização de si mesmo* também à luz dessa citação, que foi significativamente destacada pelos estudantes. Aqui há uma crítica à “cientificidade”<sup>4</sup>, na profissão “psi”, e uma aproximação com a

---

<sup>3</sup> Nesse sentido, o engajamento político na Reforma parece exigir a incorporação de uma “política lingüística” específica, onde o domínio e a utilização de determinado vocabulário torna-se imprescindível. Vide a tabela na página 95, onde apresento as categorias postas em oposição pelos estudantes.

<sup>4</sup> No mesmo livro, Guattari afirma: “No estabelecimento de seus pontos de referência cartográficos, as três ecologias devem se desprender dos paradigmas pseudo-científicos (...)” (GUATTARI, 2006, p. 27). O autor parece romper com a busca de cientificidade e apostar em uma “lógica das intensidades ou eco-lógica”.

“arte”, com os “modos de ser”. Assim, parece que a mudança do modelo de atenção, e dos pressupostos necessários a um novo tipo de *cuidado*, além de passarem pela valorização de aspectos *humanos*, como vimos no capítulo anterior, envolvem uma “implicação” do profissional de saúde com seu trabalho. A idéia de *desconstrução* também pode remeter a um exercício de permanentemente colocar em xeque papéis e identidades rígidas dadas pela formação profissional<sup>5</sup>.

Nesse sentido, a relação entre a *transformação social* operada pela Reforma Psiquiátrica parece envolver uma *transformação pessoal* dos trabalhadores de saúde, requerendo uma “conversão” a determinados valores e concepções de saúde/doença, de política e de atuação profissional. Dessa forma, é a partir da percepção da necessidade de adesão à proposta e aos princípios do SUS e da Reforma, de modo que esse novo modelo de atenção se *efetive*, que os estudantes voltam suas preocupações para a *formação*. Após o estágio foram freqüentes as críticas à formação profissional que se dá nos cursos de graduação da área da saúde, isto é à formação que não proporciona uma quebra com a “estrutura”, sendo, segundo eles, demais *teórica*, distante da realidade da prática, e não voltada à Saúde Coletiva e às políticas de saúde/saúde mental.

#### **4.2.1 Críticas ao modelo tradicional de ensino**

Na fala de Camila, citada anteriormente, a *desconstrução*, proporcionada pelo estágio, acontece também em relação à Universidade, a partir dos *porquês* que ela diz ter começado a se colocar em relação ao seu curso de Enfermagem da UFRGS. Em outro momento, ela se reporta mais detidamente a esses questionamentos:

*Qual a função da UFRGS? É formar quem? É aquela frase pichada lá: pra quem que serve o nosso conhecimento? Pra quem? É pra formar pessoas que vão pra prática, pessoas que vão trabalhar no SUS, pessoas que vão*

---

<sup>5</sup> Sintomaticamente, nota-se a resistência do grupo em “nomear” o *coletivo* que se formou após o estágio, como veremos a seguir.

*trabalhar pela Reforma? Não, não é esse o interesse, é pra formar pessoas que fiquem aqui, que fiquem dentro da Universidade, a academia, pesquisadores, professores, eles querem formar gente que fique aqui e isso eu acho o cúmulo, porque a Universidade Federal é pra comunidade, é pras pessoas, é pra todo mundo, as pessoas têm que usufruir disso aqui, e eles não têm interesse em formar gente assim, por causa do nome, verba, sei lá o quê, status, melhor Universidade porque pesquisa mais. E o SUS? E o comprometimento da Universidade com o SUS, com a Reforma Psiquiátrica? Não tem nenhum, sabe? (...) As pessoas nem sabem que está acontecendo tudo isso, aqui dentro ninguém sabe, todo mundo que já teve disciplina de Saúde Mental I, Saúde Mental II, ninguém sabe... a não ser que eles se engajem e vão buscar fora. Só que eu acho que deveria... puxa, um baita de um movimento, social, político, pela saúde das pessoas, sabe? E a enfermagem tem um papel muito importante dentro disso tudo, eu acredito, todos os profissionais de saúde têm um papel muito importante de continuar... pelo menos ter noção do que é Reforma Psiquiátrica, aí tu já muda o teu modo de pensar e tu já multiplica isso, não necessariamente vão trabalhar pela reforma, mas saber que existe, sabe? Que existe um novo modelo de atenção em saúde mental, que não é o manicômio, que não é a internação... (Camila)*

Em sua fala, Camila situa a Universidade como distante do contexto das lutas políticas que consolidaram o SUS e a Reforma Psiquiátrica. Ela questiona o fato da Universidade *não formar para o SUS*, e a questão de que o estudante tem que se *engajar e buscar fora* para conhecer o *novo modelo de atenção em saúde mental*. Em grande medida, essa crítica de Camila, em relação à formação universitária não se dar de acordo com os princípios do SUS e da Reforma, aparece na bibliografia sobre Saúde Coletiva e Educação em Saúde<sup>6</sup>. Ceccim (2008) afirma:

*“Os estudantes de saúde, hoje, deveriam ter acesso ao entendimento sobre que mundos que estavam em disputa ao conquistarmos o Sistema Único de Saúde (SUS), sua história social e cidadã, sob pena de desqualificarmos a cidadania. (...) A formação dos profissionais de saúde, entretanto, tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, uma vez que não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade” (CECCIM, 2008, p. 13-14).*

Nos textos sobre Educação em Saúde, que, tanto eu como os estudantes, passamos a ter contato, há uma crítica a um determinado modelo de ensino em saúde, o qual tem sua origem geralmente situada no Relatório Flexner, de 1910.

---

<sup>6</sup> Ceccim (2008) trata da “Educação e Ensino da Saúde” como uma subárea da Saúde Coletiva, em interseção entre “os setores da saúde e da educação nas políticas públicas”. (CECCIM, 2008, p.9).

Esse documento, baseado em um estudo de Escolas de Medicinas dos Estados Unidos, estabeleceu parâmetros para o ensino de Medicina com vistas a dotá-la de maior “cientificidade e de rigor”. Assim, há uma ênfase na educação no hospital e na “pesquisa biológica” como forma de superar o empirismo, além de forte estímulo à especialização médica e ao controle do exercício profissional por corporações (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2005). Primeiramente voltado ao ensino de Medicina, o modelo flexneriano serviu de base para o ensino dos outros cursos que compõem a área da saúde. Todas as características desse modelo vão de encontro à *formação voltada para o SUS*, a qual envolveria: educação com foco na *atenção básica*, na Saúde Coletiva, na *integralidade* e no *trabalho em equipe multiprofissional*. Ceccim e Feuerwerker (2004) resumem as críticas a esse modelo de ensino em saúde:

“Podemos dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional. A perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes, ignorando a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens e acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade.” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Nesse trecho, os autores apresentam as características desse *modelo pedagógico hegemônico*, as quais apareciam nas conversas com os estudantes, sendo constantemente alvo de crítica. A ênfase no técnico, no especialismo, no biológico, parece situar-se em oposição aos valores da Saúde Coletiva, apesar de

ser hegemônica nas instituições sociais de ensino e formação em saúde. A seguir trato de outra questão que apareceu entre os estudantes.

#### 4.2.2 Críticas à *mercantilização da saúde*

Outro viés de crítica à Universidade apareceu na fala de Teodoro, estudante de Psicologia da UNISINOS:

*Educação é baseada, hoje em dia, para pessoas que têm dinheiro. Essas pessoas que têm dinheiro, elas fazem parte de uma classe, uma nata da sociedade. Essa nata da sociedade, ela quer continuar com saúde, ela quer continuar vivendo bem. Quem não tiver condições de pagar que se rale. Como é que eu vou falar na faculdade, por exemplo, que eu vou fazer profissionais que pensem sobre pessoas que não vão poder me pagar muito, sendo que a sociedade toda diz que tu é julgado pelas posses que tu tem e pelas coisas que tu ostenta? E a faculdade, ela não pode dizer assim: olha, clínica ela não é muito boa porque... abandone a clínica, que são as pessoas que pagam bem, para trocar para pessoas que não pagam muito. A classe que é das pessoas que têm a possibilidade de entrar na faculdade, grande parte dela, claro, não todos, que possibilita entrar na faculdade, não vai querer isso. Como é que tu vai dizer, por exemplo, para o paciente que paga 600 reais, que ele tem o mesmo serviço no SUS, e que ele não vai ser menor indivíduo, gratuito. Como é que a gente vai trabalhar o capitalismo, como é que a gente vai trabalhar a idéia de venda de saúde se isso não acontecer? Por esse motivo que a faculdade não proporciona. Ela tem por trás todo um processo de capitalismo, um processo de venda de saúde (...) Quantos colegas meus, quando eu falei: ah, a idéia é trabalhar no SUS, disseram: tu quer morrer de fome? (...) Mas, bom, o que é fome pra ti? Aí tem que ser trabalhado outras coisas... (Teodoro)*

Aliada à crítica ao *modelo de ensino hegemônico*, entre os estudantes também apareceu uma crítica à influência de valores *capitalistas* e *individualistas*, os quais seriam difundidos na sociedade em geral e, também, na Universidade. Teodoro parece criticar a mercantilização tanto da saúde como da educação, a partir de uma formação voltada ao “ganhar dinheiro”. A idéia de trabalhar no SUS é, portanto, relacionada a um ganho que vai além do econômico.

Como vimos no capítulo anterior, o estágio de vivência proporciona aos estudantes o contato com um modo específico de conceber saúde/saúde mental. Esse modo específico, em grande medida, se articula com o campo da Saúde

Coletiva e, também, com uma visão “holista” de tais fenômenos. No entanto, é possível dizer que os sujeitos desta pesquisa partilham certos valores pertencentes a um universo simbólico de classe média urbana, o qual envolve características específicas: a importância da escolarização, a clareza acerca de um projeto individual de vida; ou seja, elementos que conformam uma visão de mundo centrada em “experiências individualizadoras” (VELHO, 1989). Como admite Teodoro, acima, os estudantes universitários pertencem à *classe das pessoas que têm possibilidade de entrar na faculdade*.

Além disso, ao se voltarem à saúde mental e em se tratando, em sua maioria, de estudantes de cursos de psicologia, os participantes desta pesquisa expõem-se aos valores do “campo psi”, tido como hegemonicamente individualista (DIMENSTEIN, 2000). Dessa forma, apesar dessa “ideologia individualista” de fundo, os estudantes, ao participarem do estágio de vivência, e se inserirem na discussão empreendida por diferentes referenciais, empreendem uma tentativa de aproximação com uma ideologia mais “holista”, a partir de uma *visão ampliada* de saúde e saúde mental, a qual é “incorporada” por meio do ritual do estágio de vivência. É a partir dessa concepção “holista” que se chega à importância da *política* na experiência desses estudantes. A seguir trato da decisão por constituir um *coletivo*, o qual proporcionaria uma manutenção dessa “ideologia holista” entre os estudantes, para além do momento do estágio.

#### **4.3 Constituindo um *coletivo*: buscando uma “*communitas*” permanente**

Na primeira reunião após o estágio, em meio às falas sobre o impacto da vivência, surgiu entre os estudantes a proposta de, em conjunto, realizarmos outras atividades além da organização das edições seguintes do Estágio Transdisciplinar. Chegou-se a um consenso de que as pessoas ali reunidas constituíam um grupo, um *coletivo* estudantil, o qual poderia propor diferentes ações, tornando-se um *espaço de trocas e questionamentos permanente*.

Logo nesse primeiro encontro, houve uma discussão sobre o modo como o grupo se apresentaria: seria um *coletivo*, um *núcleo*, um *fórum*? - várias opções surgiram. Após alguns minutos de discussão, não se chegou a um consenso, mas, a partir dali a palavra *coletivo* passou a ser utilizada para se referir ao grupo<sup>7</sup>. Acredito que essa escolha pelo *coletivo* esteja relacionada ao fato de que outros grupos de estudantes em saúde se constituem como *coletivo*<sup>8</sup>, e, também, pela concepção teórica que embasa esse conceito.

Com o objetivo de mapear o histórico dos diferentes *coletivos* estudantis existentes no RS, entrevistei uma estudante de Psicologia da UFRGS, a qual participara do Coletivo Saúdes. Dias depois, por e-mail, ela me repassou um artigo intitulado: "O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade"<sup>9</sup>. Nesse texto, as autoras apresentavam diferentes perspectivas teóricas, as quais tangenciam a "noção de coletivo" (especialmente Deleuze & Guattari, Bruno Latour, Michel Serres), no sentido da superação de correntes teóricas que se baseiam em dicotomias. Durante o estágio, surgiu o conceito de *agenciamento coletivo de enunciação*, referenciado a Deleuze e Guattari, para definir o surgimento de um grupo de pessoas que se reunia para a realização da vivência. A idéia de *coletivo*, portanto, enfatiza a ênfase no aspecto *social* mais amplo, como se pode notar na citação de um livro que vi ser mencionado por alguns estudantes, especialmente da Psicologia:

"A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social." (Guattari & Rolnik, 1986, p.31)

Assim, o deslocamento do *individual* para o *social*, contido na mobilização via *coletivo*, se constrói também na crítica aos valores "psi", centrados no

---

<sup>7</sup> O *coletivo* passaria a envolver todos os ex-estagiários de alguma edição do Estágio Transdisciplinar, os quais se mantinham em contato a partir do grupo de troca de e-mails pela internet. A diferença, agora, seriam os sistemáticos encontros presenciais dos participantes.

<sup>8</sup> A influência dos outros *coletivos* veio por meio de alguns ex-estagiários que tinham tido maior contato com o movimento estudantil na saúde.

<sup>9</sup> ESCÓSSIA & KASTRUP, 2005.

individualismo<sup>10</sup>. Como afirmou Júlia, tanto o estágio quanto a organização em *coletivo*, constituem-se como importantes *dispositivos de desindividualização*.

A reunião do grupo de ex-estagiários como *coletivo* passou a envolver encontros presenciais, geralmente quinzenais, onde eram discutidas as propostas para os estágios seguintes<sup>11</sup> e algumas formas de atuação nas Universidades<sup>12</sup> e em outros espaços. Era freqüente a pauta de discussão sobre a *identidade do coletivo*, o que envolvia uma demanda constante pela definição de um nome. Mesmo após inúmeras discussões, o *coletivo* não chegou a ser nomeado ou mesmo a se definirem “objetivamente” sua proposta de ação. Ao ser questionada sobre a importância de definir a identidade do grupo, Camila afirma:

*Isso angustia um pouco, angustia tu não ter uma identidade, a gente não está acostumado a não ter identidade, a gente não sabe não ter identidade, então daqui a pouco tu vai fazer um projeto e tu vai botar o que lá? Vai fazer uma apresentação e vai botar o que lá? (...) mas a gente se sente angustiado de não ter um nome, então a gente parece que quer... vamos decidir logo, vamos pensar, mas não sei se tem como fazer isso (...) (Camila)*

A impossibilidade de nomear o *coletivo* parece estar ligada a outra constante no grupo: a necessidade de manter a *autonomia*. Isso se expressa, em grande medida, na preocupação dos estudantes em *não se institucionalizar*. Por exemplo, ao cogitar-se a idéia de transformar o estágio de vivência em um projeto de extensão universitária, todos os estudantes manifestaram-se contrários. Camila, por exemplo, afirma:

---

<sup>10</sup> Como critica Dimenstein (2000): “Os cursos de Psicologia têm se caracterizado ao longo dos anos por não possibilitar ao aluno o conhecimento dos aspectos sociais - históricos, políticos e ideológicos - que determinam sua prática e a realidade em que atua. A Psicologia que é ensinada nas nossas universidades tem a pretensão de ser apolítica, (...) o que leva a um distanciamento do social e uma aproximação ainda maior do aluno às idéias e valores hegemônicos da ideologia individualista que ele carrega, pois oriundo das classes médias urbanas.” (DIMENSTEIN, 2000, p. 104).

<sup>11</sup> Das discussões presenciais do coletivo, surgiu a necessidade de se fazer um estágio na rede de assistência social, de modo a pensar sua articulação com a saúde mental – assim, foi construída a proposta do estágio em São Leopoldo, em janeiro de 2009.

<sup>12</sup> Camila, por exemplo, em sua Universidade, lançou a proposta de encontros para discussão da saúde mental (os quais foram chamados de Roda de Saúde Mental). Houve também a participações de membros do *coletivo* em Semanas Acadêmicas de cursos e em mesas de discussão em eventos nas Universidades.

*Não, perde muito. Por exemplo, pensando burocraticamente, a partir do momento que ele virar extensão ele vai pertencer só àquela Universidade ali. Tu acha que a UFRGS vai fazer contato com a UNISINOS ou com a PUC para conseguir manter isso tudo? (...) Tem que continuar, até porque, eu acho que para... a potência do movimento estudantil, a potência das pessoas quererem transformar, isso é muito bom, isso é muito importante, isso é muito enriquecedor, de crescimento... Então tu vai institucionalizar isso?... tu perde toda essa vontade política e vontade de mudança das pessoas, eu acho que perde um pouco, sabe? Daí, claro, a UFRGS vai conseguir ônibus, a UFRGS vai organizar tudo, a gente não vai ter que correr atrás de nada, eu acho isso fundamental, sabe? De tu querer fazer e tu fazer, então as pessoas que estão lá, estão a fim de fazer e só por isso já é especial... (Camila)*

A preocupação com a *autonomia* geralmente perpassava a afirmação de *independência* em relação a Universidades e a quaisquer *instituições*. Essa noção também envolvia uma independência em relação ao dito *movimento estudantil institucionalizado*, representado geralmente por DCE's, DA's, UNE e Direções Executivas Nacionais por áreas. Kaciely, ao narrar a busca por patrocínios para o estágio de julho, afirma, sobre a relação com o *movimento estudantil*:

*A gente tava discutindo: o que é o movimento estudantil? Qual é a nossa aproximação com o movimento estudantil? Em vários momentos eu não sabia, a gente faz parte do movimento estudantil, nós somos representantes do movimento estudantil? Às vezes as pessoas perguntavam isso, a gente respondia que a gente tava defendendo... ah, sim, somos o movimento estudantil. Mas a gente não é ligado, mas eu sou uma estudante que acredito no movimento, mas o que que esse movimento, sabe? Aqui na UNISINOS a gente foi questionado sobre isso: tá, mas qual é a participação dos DA's aqui? Eu não posso dar dinheiro pra vocês, eu posso dar dinheiro pro movimento estudantil. 'Não, mas nós somos o movimento estudantil'. 'Mas vocês não têm um registro de movimento estudantil'. 'Tá, mas tem colegas aqui da UNISINOS que apóiam o projeto'. 'Então vão me trazer um papel, vão buscar esse apoio legalmente pra eu poder repassar a grana pra vocês, se vocês são do movimento estudantil', sabe? Coisas assim. Daí, claro, quando a gente foi apresentar a proposta teve DA's que acharam maravilhosa a iniciativa e teve DA's que nos disseram: vocês não são o movimento estudantil, tu não está aqui todo dia, tu não conhece essa luta, tu não está nessa discussão. E realmente, eu acho que aí entra uma questão da política aí, politqueira, né? (Kaciely)*

Na fala de Kaciely fica clara a ambigüidade quanto à relação do *coletivo* com o chamado *movimento estudantil*. Em alguns sentidos, na busca por patrocínios ou na necessidade de apresentação formal, era interessante ter essa filiação. No entanto, há uma clara busca por diferenciação em relação a ele. Para Camila, excetuando o fato de pessoas que participaram do estágio também

serem ativas em seus Diretórios Acadêmicos<sup>13</sup>, não há uma vinculação direta entre ambos:

*A nossa relação com DA's e com DCE é no sentido de patrocínio e dessas pessoas participarem do estágio, mas a gente não é fruto de um ou de outro, a gente é movimento estudantil por pessoas se movimentando, por pessoas pensando, por isso tantas pessoas dos DA's se interessam por fazer. (...) mas não é uma coisa vinculada. (Camila)*

Em grande medida, a busca por independência, por uma não definição e não delimitação, parece remeter a uma necessidade de prolongar o espaço simbólico de “*communitas*” vivenciado durante o estágio. A própria idéia de constituir um *coletivo* após o estágio demonstra a intenção de manter alguns aspectos, dentre eles a própria adesão ao *ideário do SUS e da Reforma*, desenvolvidos ao longo do estágio de vivência. Como continua Camila, falando do *coletivo*:

*são estudantes que estão independentes das instituições, independentes de onde a gente é, são um grupo de pessoas, de estudantes, que estão, digamos, num momento desinstitucionalizados, que estão buscando a formação fora dali, que estão na luta... (Camila)*

Desse modo, parece haver uma resistência em relação à integração à “*estrutura*”, o que é muitas vezes expresso no receio da *institucionalização*. A idéia de que os estudantes do *coletivo* são *independentes das instituições e desinstitucionalizados*, demonstra o esforço de não serem *capturados*<sup>14</sup> pela sociedade hegemônica estruturada. Outro dos medos presentes entre os estudantes era em relação à *burocratização* das ações e reuniões do coletivo, o que faria perder o caráter *espontâneo* e *potente* do grupo. Essa percepção sugere, portanto, uma busca por tornar o momento de “*communitas*” de alguma forma permanente; de modo a prolongar os valores “*holistas*” e antiestruturais aprendidos durante o estágio.

Segundo Turner, necessariamente toda “*communitas*” “em pouco tempo se transforma em estrutura, na qual as livres relações entre os indivíduos

<sup>13</sup> Bruna, ao relatar o momento de retorno do estágio, afirmou ter passado a se envolver mais com o Diretório Acadêmico da Psicologia da UFRGS. Da mesma forma, no semestre seguinte ao estágio, Teodoro e Raisal passaram a integrar a gestão do DA da Psicologia na UNISINOS.

<sup>14</sup> Esse termo foi utilizado por uma estudante em uma conversa, quando falava do *risco de sermos capturados por alguma instituição*.

convertem-se em relações, governadas por normas, entre pessoas sociais” (TURNER, 1974, p. 161). Nesse sentido, há uma impossibilidade de manutenção da “*communitas espontânea*”, aquela que emerge nos “interstícios” da “estrutura”. Nesse sentido, a “*communitas*” se transformaria em “normativa” (operando como um sistema social duradouro) ou “ideológica” (baseada em modelos utópicos de “*communitas existencial*”).

Assim, entendo que a tentativa de manutenção de uma *independência* em relação à “estrutura”, remete a uma busca por um ideal de “*communitas espontâneo*”; por uma intenção de viver o modelo utópico da “*communitas*” dentro dos domínios da “estrutura”. Como afirmou uma estudante, em encontro do *coletivo*, tanto este último como o Estágio proporcionariam *em alguns momentos da vida não ser capturado pela lógica capitalística hegemônica*. Dessa forma, existe uma tentativa de “fuga” dos “valores hegemônicos”, a partir da qual os estudantes encontram refúgio no momento do estágio e, depois, na busca por manter um espaço onde os valores e o ideário da Reforma possa de alguma forma ser revivido, em cada encontro presencial do *coletivo*.

Nesse sentido, é sintomático que o *coletivo* não tenha conseguido escolher um nome<sup>15</sup>, por medo de definir seus limites, papel e identidade em relação à “estrutura”. Da mesma forma, as propostas e objetivos de atuação do *coletivo* nunca ficaram claras em meio às discussões que tinham, justamente, por objetivo defini-los. A impressão que se tinha era de que o *coletivo* cumpria sua função apenas pelo fato de “reunir” os estudantes em momentos de *trocas de experiências* e de planejamento para a edição seguinte do estágio, momento em que novos integrantes passariam pela experiência de “*communitas*” e poderiam ingressar no *coletivo*.

---

<sup>15</sup> Nos próprios projetos dos estágios de vivência, que eram apresentados para solicitação de patrocínio, constava apenas “coletivo organizador do estágio” como autor. Houve um único momento em que o nome *Coletivo Transdisciplinar* foi atribuído ao grupo. Esse nome surgiu em função do convite para participar do “Encontro Estadual do Movimento Estudantil em Saúde do RS”, evento no qual haveria um momento de apresentação de relatos dos coletivos em saúde do estado. Por esse convite, o grupo teria que se apresentar de algum modo até para se inscrever no evento. De última hora decidiu-se colocar a palavra *transdisciplinar* para definir o grupo, já que esta era uma preocupação constante no grupo e também por constar no título do Estágio. Contudo, a demanda por discutir a identidade e um nome definitivo continuou ao longo das reuniões do grupo.

Assim, ao mesmo tempo em que se tem por objetivo uma *transformação* na atenção à saúde e na formação profissional, os estudantes parecem não conseguir definir de modo muito claro os meios para se chegar a essa *transformação*. Assim, se há uma demanda no grupo por uma *transformação* da “estrutura” mais ampla da sociedade, isso requer determinada inserção nessa “estrutura”, movimento que o *coletivo* parece relutar por medo da captura por essa mesma “estrutura”. Essa ambigüidade é entendida aqui como uma necessidade de manter a condição de “*communitas espontânea*”, a qual é somente vivenciada do ponto de vista da “*communitas ideológica*”, isto é, na idealização de um “modelo utópico”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao final desta pesquisa, busco retomar alguns dos elementos que foram aqui descritos e analisados, além de apontar algumas questões que ficaram em aberto, sugerindo posteriores investigações. Como um pano de fundo mais amplo, a problemática que foi desenvolvida nesta dissertação leva em conta a emergência de movimentos sociais na saúde, no Brasil, a qual remonta a meados da década de 1970. Articulados às lutas pela abertura democrática no país, o Movimento Sanitário e a Luta Antimanicomial realizaram uma interpretação da saúde/saúde mental a partir de categorias do campo político. A defesa da *cidadania* do *usuário* dos serviços de saúde, a preocupação com a *participação popular* e o *controle social* em saúde, o *anti-neoliberalismo*, o *anti-privatismo*, são algumas das categorias que passaram a estar relacionadas diretamente ao fenômeno da saúde nesse contexto.

Assim, em meio a esse processo mais amplo, este trabalho teve por foco compreender como essas relações tecidas entre “saúde” e “política” são experienciadas e ressignificadas por um grupo de estudantes universitários. Mais especificamente, como narro no primeiro capítulo, foi a partir do encontro com os estudantes *mentaleiros*, que voltei meus interesses de pesquisa à compreensão do processo que une a construção de entendimentos sobre saúde/saúde mental e a produção de um engajamento político em torno dos *valores e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica*. Assim, um dos questionamentos que guiou esta etnografia foi: de que modo o contexto da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica se insere na experiência desses estudantes ao se tornarem profissionais de saúde? Nesse sentido, a orientação e o exercício básicos desta etnografia foram de buscar os sentidos em torno desse ponto de vista “nativo”.

A aproximação vivenciada entre a antropologia e as categorias que fui encontrando em campo sugere a descoberta de fronteiras tênues, as quais apontavam muito mais para uma aproximação com a área da Saúde (Mental) Coletiva do que um distanciamento. É nesse sentido que problematizo as

categorias de “disease” e “illness”, no Capítulo Um e na última parte do Capítulo Três, apontando para uma diversidade interna ao campo da saúde, irreduzível ao “ponto de vista biomédico”. Trata-se, portanto, de lançar um olhar para a constituição de “alteridades” dentro do campo da saúde, onde está em jogo, simultaneamente, uma disputa de perspectivas acerca do fenômeno saúde-doença e também de modelos de atenção e cuidado à saúde/saúde mental. Além disso, tive por objetivo apontar que as concepções de saúde/saúde mental de futuros profissionais de saúde são forjadas em meio a valores e significados diversos, donde a influência das políticas públicas, dos movimentos sociais em saúde e das disputas entre diferentes áreas e profissões da saúde se faz presente.

Em meio à realização da pesquisa, alguns elementos da experiência “nativa” pareciam aproximar-se da minha experiência enquanto pesquisadora. A visão do estágio de vivência como “rito de passagem”, a partir da importância de ter passado pela *experiência que transforma*, aproxima-se em muitos aspectos do senso comum antropológico sobre o trabalho de campo, o qual é também visto como um ritual de passagem necessário à constituição da identidade de “antropólogo”<sup>1</sup>. Parecia que a expectativa era de que tanto eles quanto eu voltássemos do estágio com uma posição diferenciada em relação à inicial.

Contudo, para mim, participar do estágio de vivência teve uma conotação de “passagem” um pouco diferente daquela que teve para os demais estudantes. Enquanto eles viviam uma experiência de mudança na perspectiva de atuação como futuros profissionais de saúde, em relação a mim eu entendia essa passagem como um evento necessário à transformação em antropóloga. Ao mesmo tempo em que eu também aprendia com eles sobre a Reforma, lidava com os *usuários* de saúde mental e deparava-me com dificuldades pessoais, penso que distintos sentidos foram atribuídos a esses momentos, o que marca uma diferença entre a minha posição em campo e a dos sujeitos da pesquisa.

Para os estudantes, o Estágio Transdisciplinar apresenta-se como uma experiência marcante, onde se passa a ter contato com uma proposta de

---

<sup>1</sup> Ver DaMatta (1987).

*formação* para atuação na saúde mental que vai muito além da capacitação ou da formação técnica. Trata-se da proposta de constituição de “trabalhadores-militantes” da Reforma (e do SUS), a qual se dá pelo *resgate* de uma história por vezes mítica, que acaba por ressignificar o projeto de *fazer saúde mental* para esses sujeitos. A mudança nesse projeto, como foi visto, passa por uma socialização política que ocorre por meio do ritual, onde a experiência de “*communitas*” é vivida. Assim, na experiência desses estudantes, o *ideário do SUS e da Reforma* ganha características de “utopia” e parece ser produzido, ou reforçado, em um espaço “não estruturado”, fora da educação formal dada na Universidade.

No Encontro Estadual do Movimento Estudantil em Saúde do RS, do qual participamos em novembro de 2008, permeou certa melancolia e saudosismo em relação ao período em que o VER-SUS acontecia. O término deste projeto fez com que vários dos coletivos de estudantes, apresentados no Capítulo Dois, se desarticulassem ou mesmo se desfizessem, dado que em grande medida haviam se constituído em função das vivências. No lugar do VER-SUS, outros projetos e programas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação foram criados, como o Pró-saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e o PET-saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde)<sup>2</sup>, os quais prevêem uma “reorientação da formação profissional” nos cursos de graduação em saúde, desde dentro da Universidade.

No entanto, alguns estudantes, no referido Encontro Estadual, questionavam se esses projetos teriam um *potencial de transformação tão grande quanto os estágios de vivência*. Diante disso, os estudantes parecem questionar até que ponto uma sensibilização a determinados valores tidos como “antiestruturais” pode acontecer dentro da “estrutura”<sup>3</sup>, o que aponta para uma supervalorização à aprendizagem que ocorre por meio da “irredutível” *experiência*.

---

<sup>2</sup> Ambos os programas visam a integração-ensino serviço, proporcionando que a rede pública de saúde se constitua como espaço privilegiado de formação. Ver mais em: <http://www.prosaude.org/>.

<sup>3</sup> Nesse mesmo Encontro Estadual, surgiu uma fala de um estudante que dizia que a *Universidade disputa os estudantes com os movimentos sociais, ao invés de incentivar sua participação*. Foram citadas as exigências da rotina de aulas como um impeditivo a outras aprendizagens que se dão “fora” da Universidade, bem como o fato de algumas dessas instituições não reconhecerem, nem validarem, os certificados do Estágio Transdisciplinar como atividade complementar ao curso de graduação.

Dentre alguns questionamentos, que podem fundamentar novas investigações, está a compreensão do modo como o “ethos militante”, construído por meio da “adesão” ao *ideário do SUS e da Reforma*, se atualiza na prática profissional nos serviços de saúde. Como o universo aqui pesquisado constituiu-se de estudantes que ainda não atuam profissionalmente, um desdobramento da análise poderia levar em consideração como se dá a atuação desses profissionais no cotidiano da assistência à saúde. Nesse sentido, a observação de trabalhadores-militantes no contexto dos serviços poderia captar algumas contradições, negociações e reelaborações desse *ideário* conforme a prática cotidiana.

Além disso, poderia se somar à pesquisa desta dissertação, um resgate do ponto de vista dos *usuários* em relação às políticas públicas e aos *princípios e valores* que as sustentam, questão que não foi objeto da problemática aqui desenvolvida. Esse ponto de vista poderia ser buscado em meio às associações de usuários de serviços de saúde mental, bem como nos próprios serviços, onde seria possível deslocar o foco de análise da perspectiva dos trabalhadores para as relações destes com os demais sujeitos que compõem a assistência à saúde, como gestores, familiares de usuários, agentes de outros setores sociais, etc.

Acredito que esta dissertação se encerra tendo se proposto a mapear etnograficamente um universo específico que compõe o contexto mais amplo de formulação das recentes políticas públicas de saúde. No desenrolar desta dissertação, portanto, procurei mapear o “ponto de vista” de futuros trabalhadores de saúde que entram em contato com os valores que permeiam tal contexto, levando em conta o impacto disso em suas vidas e perspectivas futuras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Paulo C.; RABELO, Miriam. C. "O Status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: tendências". In: ALVES, Paulo C.; RABELO, Miriam. C. (Org.). **Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ARMANI, Teresa Borgert. **Formação de Sanitaristas: cartografias de uma pedagogia da Educação em Saúde Coletiva**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. Porto Alegre, novembro de 2006.

BENITES, Luiz Felipe Rocha. "Cultura e Reversibilidade: breve reflexão sobre a abordagem 'inventiva' de Roy Wagner". In: **Revista Campos**. Vol. 8, n.2. Curitiba, 2007.

BEZERRA JR., Benilton. "Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil". In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Vol.17, n.2 Rio de Janeiro, 2007.

BHABHA, Homi K. **O local da cultura**. Ed. UFMG. Belo Horizonte: 1998.

BIRMAN, Joel. "A Physis da Saúde Coletiva". In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 1, n. 1. Rio de Janeiro, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a02.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2008.

BONET, Octavio. "A equipe de saúde como um sistema cibernético". In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_. **Os médicos da pessoa: um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orientador: Prof. Dr. Luis Fernando Dias Duarte. Rio de Janeiro, fevereiro de 2003.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia do campo científico**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em 20 de outubro de 2008.

\_\_\_\_\_. **ABC do SUS : doutrinas e princípios**. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília/DF: 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 10 de março de 2009.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, novembro de 2005a.

\_\_\_\_\_. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000a.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 5, n. 2, Rio de Janeiro, 2000b. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 26/10/2008.

CANESQUI, Ana Maria. "As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva". In: \_\_\_\_\_ (org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

\_\_\_\_\_. "Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990". In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 8, n. 1. 2003. pp 109-128.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos. Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Evelina Dagnino. Campinas, fevereiro de 2002.

CARVALHO, Brígida G.; MARTIN, Gilberto B.; CORDONI JR., Luiz. "A Organização do Sistema de Saúde no Brasil". In: ANDRADE, Selma M de; SOARES, Darli A.; CORDONI JR., Luiz. (orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luis Fernando Silva. "Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS". In: Ricardo Burg Ceccim; Cristianne Maria Famer Rocha; Luis Fernando Silva Bilibio; Laura Camargo Macruz Feuerwerker. (Org.). **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. "Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade". In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.20, n.5. Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. "A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades". In: **Revista Ciência & Saúde Porto Alegre**, vol. 1, n. 1, janeiro-junho, 2008. p. 9-23.

CRAPANZANO, Vincent. **Imaginative horizons: an essay in literary-philosophical anthropology**. Chicago e Londres: The University of Chicago Press, 2004.

DAMATTA, Roberto. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DESCOLA, Philippe. "Le grand partage". In: \_\_\_\_\_. **Par-delà nature et culture**. Paris, Gallimard, 2005.

DIMENSTEIN, Magda. "A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde". In: **Estudos de Psicologia**. Vol. 5, n. 1. 2000. pp. 95-121.

DUARTE, Luis Fernando Dias. "Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença". In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.8, n.1. Rio de Janeiro, 2003.

DUMONT, Louis. **Homo Hierarchicus: o sistema de castas e suas implicações**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

ESCÓSSIA, Líliliana da; KASTRUP, Virgínia. "O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade". In: **Psicologia em Estudo**. Vol.10,n. 2. Maringá, 2005. p. 295-304

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do; EDLER, Flávio C. "As Origens da Reforma Sanitária e do SUS". In: LIMA, Nísia T. et al. (orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FONSECA, Cláudia. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FORMAÇÃO de Massa Amorfa: Residência Multiprofissional tenta reduzir importância do médico na equipe. **VOX Médica**. Ano VI, n. 34. Porto Alegre, Junho, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FRANKENBERG, Ronald. "Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología". In: **Cuadernos de Antropología Social**. N. 17. 2003. pp 11-27.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

GOLDMAN, Márcio. **Como funciona a democracia: uma teoria etnográfica da política**. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2006.

\_\_\_\_\_. "Os Tambores do Antropólogo: Antropologia Pós-Social e Etnografia". In: **Ponto Urbe**. Ano 2, versão 3.0, julho de 2008. Disponível em: <http://www.n-a-u.org/pontourbe03/Goldman.html>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2009.

GOMES, Rafael da S.; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. "A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes". In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

GUATTARI, Félix. **As Três Ecologias**. Campinas: Papirus, 2006.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica. Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

INGOLD, Tim. "Becoming persons: consciousness and sociality in human evolution". In: **Cultural Dynamics**. Vol. IV, n. 3. 1991. pp. 355-78.

KESSLER, Lucenira Luciane. **Território vivido: a trajetória de vida de mulheres do morro da cruz**. Monografia de Aperfeiçoamento Especializado. Residência Integrada em Saúde. Escola de Saúde Pública/RS. 2004.

KOIFMAN, Lílian; SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson. "Produção de conhecimento e saúde". In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2005.

L'ABBATE, Solange. "A análise institucional e a saúde coletiva". In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 8, n. 1. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf>. Acesso em 14 de dezembro de 2008.

LANCETTI, A; AMARANTE P. "Saúde Mental e Saúde Coletiva". In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

LATOUR, Bruno. **Jamais Fomos Modernos**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. "A Saúde na construção do estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica". In: LIMA, Nísia T. et al. (orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, Nísia T.; SANTANA, José P. de. **Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. "Construção da identidade da antropologia na área da saúde". In: ALVES, Paulo C.; RABELO, Miriam. C. (Org.). **Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará, 1998.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito**. In: Saúde e Sociedade. Vol. 3, n. 2. 1994.

PAIM, Jairnilson S. & ALMEIDA FILHO, Naomar. "Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas?". In: **Revista de Saúde Pública**. Vol. 32 n. 4. São Paulo, Agosto de 1998.

PAULON, Simone Mainieri. "A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção". In: **Psicologia e Sociedade**. Vol. 17, n. 3. 2005. pp. 18-25.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. "Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências". In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PELBART, Peter Pál. "Manicômio mental - a outra face da clausura". In: LANCETTI, Antonio. (org). **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. "Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas". In: **Psicologia: ciência e profissão**. Vol. 21, n. 4. 2001.

RAMMINGER, Tatiana. **Trabalhadores de Saúde Mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

ROCHA, Ana Luiza Carvalho da. & ECKERT, Cornélia. "Ética e imagem: um percurso". In: **Illuminuras**. N. 11. Porto Alegre, 2004.

RUSSCZYK, Jaqueline. **Saúde Mental em Movimento: construindo novos sentidos**. Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UFRGS. Monografia de conclusão do curso de Ciências Sociais, julho de 2004.

\_\_\_\_\_. **O Fórum Gaúcho de Saúde Mental e os argumentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: Relações sociais e princípios de justificação**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva. Porto Alegre, 2008.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. "Classificando as Pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM-III". In: **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. IX, n. 3. Setembro de 2006. pp. 460-483.

SERRANO, Alan Índio. **O que é psiquiatria alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

SCHWEIG, Grazielle Ramos. **Espiritismo e Medicina Psiquiátrica: estudo de caso no Hospital Espírita de Porto Alegre**. Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UFRGS. Monografia de conclusão do curso de Ciências Sociais, dezembro de 2006.

SILVA, Martinho Braga Batista e. "Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental". In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 15, n.1. Rio de Janeiro, 2005.

TORES, Odete. **Os Estágios de Vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/Brasil**. Dissertação de Mestrado profissionalizante em Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia/UFBA, 2005.

TURNER, Victor W. **O Processo Ritual: estrutura e anti-estrutura**. Petrópolis: Vozes, 1974.

UCHÔA, E. & VIDAL J. M. "Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença". In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 10, n. 4. Rio de Janeiro, 1994.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e Cultura: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1989.

\_\_\_\_\_. **Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de N. A.; **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Luiz Carlos. "A Mística no MST: um ritual político". In: **Anais do XII Encontro de História Anpuh-Rio**. 2008. Disponível em: [http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1213630966\\_A\\_RQUIVO\\_AMisticoMST.pdf](http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1213630966_A_RQUIVO_AMisticoMST.pdf). Acesso em: 30 de outubro de 2008.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. "Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio". In: **Mana**. Vol. 2, n. 2. 1996.

\_\_\_\_\_. "O nativo relativo". In: **Mana**. Vol.8. n.1. Rio de Janeiro, 2002.

WETZEL, Christine; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. "A construção da diferença na assistência em Saúde Mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul - RS". In: **Saúde em Debate**. Vol. 25, n. 58. Rio de Janeiro, 2001. pp. 77-87.

## Bibliografia da 5ª Turma do Estágio Transdisciplinar

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. "O Cuidado em Saúde Mental". In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec: IMS, UERJ, ABRASCO, 2004.

BRASIL. **Abc do SUS - Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde: Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. "Equipe de Saúde: a Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos". In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec: IMS, UERJ, ABRASCO, 2004.

LANCETTI, Antonio (org.) **Saúdeloucura - nº1**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LANCETTI, Antonio. "CAPS: Burocracia e Turbinação". In:\_\_\_\_\_. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARAZINA, Isabel. "Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura". In: MERHY, Emerson Elias. "Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde.". In: \_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NETO, Alfredo Naffah. "O Estigma da Loucura e a Perda da Autonomia". In: **Revista Bioética**, n. 1, vol. 6, 1998.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. "Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.". In: **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 10, vol. 1., 2005.

**ANEXOS**

**ANEXO 1** - Panfleto distribuído pelo Hospital Espírita de Porto Alegre, em evento sobre saúde mental.

## Reforma Psiquiátrica

### O ABANDONO DOS PACIENTES

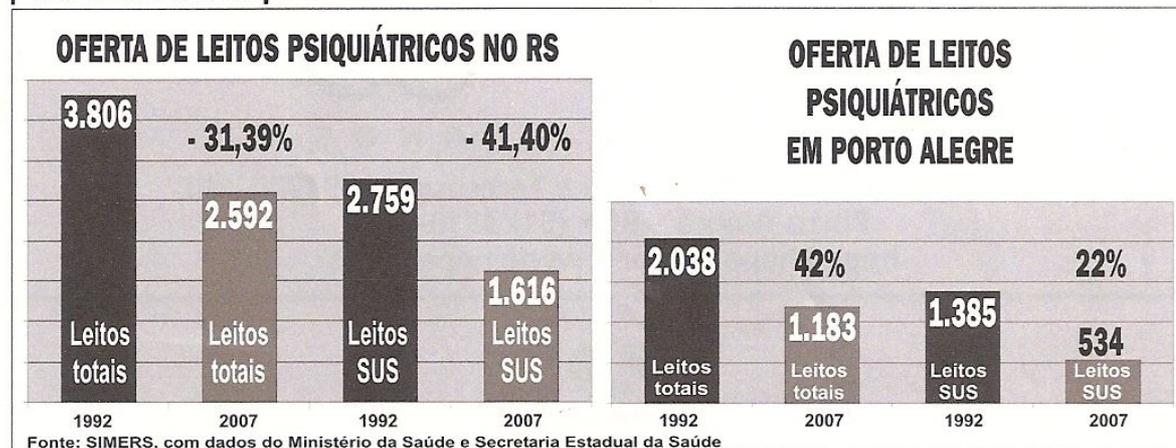
A lei que promoveu a Reforma Psiquiátrica no Estado (chamada de Lei Antimanicomial) ignorou as necessidades dos pacientes. A mesma lei que determinou o fechamento de leitos nos hospitais psiquiátricos, também previu oferta de serviços ambulatoriais, o que não está ocorrendo.

A Reforma Psiquiátrica negou o direito dos portadores de transtornos mentais ou dependência química a tratamento em instituições especializadas, como o Hospital Espírita de Porto Alegre.

#### | Os danos da Reforma |

- Obriga o fechamento gradativo dos leitos em hospitais e clínicas psiquiátricas
- Ignora a doença mental
- O fechamento de vagas em hospitais psiquiátricos deixou a população sem alternativas
- Não foram criados serviços ambulatoriais suficientes para pacientes pós-internação ou que necessitariam de acompanhamento médico-terapêutico
- Redução de verbas para a saúde mental
- 250 pessoas do interior e da capital aguardam permanentemente na fila por vagas nos hospitais em Porto Alegre

#### | Os números |



**“ A LIBERDADE DO DOENTE MENTAL  
É A CURA E O TRATAMENTO,  
NÃO A RUA ”**

*Professor Ives Pelicier,  
coordenador de saúde mental da França*

**Como solucionar o problema?**

**| Ação mais importante |** \_\_\_\_\_

- Melhorar a remuneração das diárias dos Hospitais Psiquiátricos, visando qualificar o atendimento prestado

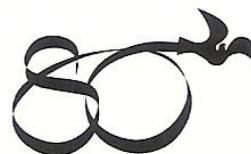
**| Outras medidas |** \_\_\_\_\_

- Oferta de serviços médicos e de apoio para atender pessoas após a internação
- Qualificar os profissionais de postos de saúde e dos Programas de Saúde da Família (PSFs)
- Ampliar os recursos para medicamentos, fornecidos gratuitamente pelo Estado e pelos municípios aos pacientes, direito previsto na Constituição

Hospital Espírita de Porto Alegre, maior hospital privado filantrópico do Rio Grande do Sul especializado em Saúde Mental, destina 73% de sua capacidade de atendimento a pacientes do SUS. São 80 anos na assistência fraterna à Saúde Mental.



HOSPITAL ESPÍRITA  
DE PORTO ALEGRE



A N O S

Praça Simões Lopes Neto, 175 • Teresópolis • 91720-440  
Porto Alegre • RS • (51) 3318-5700  
hepa@hepa.org.br • www.hepa.org.br

Apoio



**SIMERS**  
Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

ANEXO 2 - Panfleto distribuído no "Ato Público pela Rede de Saúde Mental de Porto Alegre".

# Saúde Mental em Porto Alegre

Atualmente, **Porto Alegre não tem uma rede capaz de atender às necessidades das pessoas portadoras de transtorno mental e/ou sofrimento psíquico.** Muitas pessoas que precisariam de um acompanhamento contínuo estão sem atendimento. Esta situação tem provocado uma **crise nos serviços de saúde mental** na cidade.

O SIMERS (Sindicato Médico do RS) fez uma campanha cujo título era "Loucura é a falta de leitos psiquiátricos". O texto da Campanha afirma que a falta de leitos psiquiátricos acontece por dois motivos:

**1** É resultado da efetivação da Lei da Reforma Psiquiátrica

**2** É o motivo da crise na saúde mental.

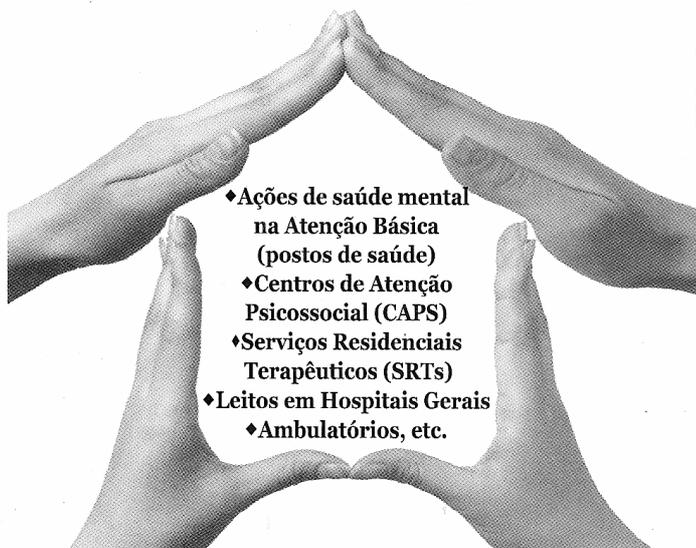
## Ambas as afirmações estão equivocadas!

**1) A Reforma Psiquiátrica é uma lei estadual que define que os manicômios devem ser extintos, e que devem ser gradativamente substituídos por uma rede de atenção integrada à saúde mental. No caso em que a internação é necessária, esta deve ser feita em Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (como a Santa Casa, o Clínicas, etc.) para evitar a segregação e exclusão que o manicômio produz e proporcionar atenção integral à saúde, de forma interdisciplinar.**

**2) As dificuldades no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico grave não se deve somente à falta de leitos, mas a uma falta de investimento generalizada. Ou seja, as dificuldades não se devem ao fato da Lei da Reforma existir, mas sim ao fato dela não ser efetivamente implementada.**

## E então, como deve ser a rede de saúde mental de um município?

A rede de saúde mental deve estar adequada à população do município e àquilo que ela precisa. O que se busca é a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, substituindo o modelo hospitalar. É também a busca por um **atendimento integral de qualidade** e que resgate e/ou preserve a **autonomia** do sujeito. A rede deve ser constituída por **vários pontos articulados**, como:



- ♦ Ações de saúde mental na Atenção Básica (postos de saúde)
- ♦ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- ♦ Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)
- ♦ Leitos em Hospitais Gerais
- ♦ Ambulatórios, etc.

Em Porto Alegre há uma grande defasagem na implantação desta rede necessária à atenção em Saúde Mental. A cidade precisa de **mais investimentos na área, respeitando o que a lei da Reforma Psiquiátrica preconiza**, como conquista dos movimentos sociais de saúde mental.

## Movimento pela Rede de Saúde Mental que Queremos

**ANEXO 3** – Cartaz de divulgação da 4ª Edição do “Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental”.

# Estágio Transdisciplinar em rede de Saúde Mental

## Por quê?

Para inserir os estudantes de vários cursos e universidades no contexto do SUS e da Reforma Psiquiátrica; trazendo para a formação acadêmica o olhar de um cuidado humanizado e de promoção de saúde, numa perspectiva transdisciplinar.

## 5ª Turma

Vivência de 15 dias na rede de saúde mental dos municípios de São Lourenço do Sul e Novo Hamburgo (uma semana em cada município).

## Quando?

13 a 27 de Julho/2008

## Como participar?

Envie um email para [estagiosaolourenco.nh@gmail.com](mailto:estagiosaolourenco.nh@gmail.com) e receba as instruções

## 6ª Turma

Quinze dias de vivência na rede de saúde mental do município de São Lourenço do Sul.

## Quando?

20 de Julho a 03 de Agosto/2008

## Como participar?

Envie um email para [estagiosaolourenco@gmail.com](mailto:estagiosaolourenco@gmail.com) e receba as instruções

Contatos:  
Gisele: (55) 9168.4255 - Santa Maria  
Daniel: (51) 9951.7252 - Novo Hamburgo  
Renata: (51) 9346.6115 - Porto Alegre

*uma iniciativa estudantil!!!*

**ANEXO 4** - Cronograma da 5ª turma do “Estágio Transdisciplinar em Rede de Saúde Mental”.

**4º ESTÁGIO TRANSDISCIPLINAR EM REDE DE SAÚDE MENTAL - 5º TURMA  
SÃO LOURENÇO DO SUL – NOVO HAMBURGO - 12 a 27 DE JULHO DE 2008**

**Programação:**

**Dia 26/06 – Sábado**

**Encontro-** Encontro dos selecionados, repasse dos textos para estudo.

Local: CAPSi Sacca aí!

**Dia 12 – Sábado**

08:00 Conferência municipal de Saúde do município de Novo Hamburgo

**São Lourenço do Sul -13/07/2008 a 20/07/2008**

**Dia 13 – Domingo**

15:00 – Saída do ônibus CAPSi Sacca aí para São Lourenço do Sul.

20:00 – Oficina Patativa do Curió

**Dia 14 - Segunda-feira**

8:00 – Visitação nos 4 serviços (Hospital/SACI)

11:45 – Conversa com Arilson Cardoso (Secretário de Saúde São Lourenço do Sul) – Na Secretária de Saúde

13:00 – Intervalo almoço – Nesse dia por conta dos estudantes (não será possível nos serviços)

14:00 – Continuidade de Visitação aos serviços (CARETA/ Nossa Casa/Lokomotiva)

20:00 – Formação dos grupos que irão para cada serviço.

**Dia 15 – Terça-feira**

8:00 - Estágio nos serviços.

15:00 - Roda de conversa Elsa Tim (Psicóloga)

20:00 – Oficina Temática ABC do SUS – Filme “Políticas de Saúde no Brasil” do Ministério da Saúde

**Dia 16 –Quarta-feira**

8:00 – Estágio nos serviços.

10:00 – Roda de conversa CAPS Careta – Martha Lettnin Haertel (Psicóloga)

15:00 – Roda de conversa Flávio Resmini (Psiquiatra) e Fátima Fischer (Psicóloga)

20:00 – Trocas de experiências entre o grupo

**Dia 17 – Quinta-feira**

8:00 – estágio nos serviços.

15:00 – Roda de conversa com os cuidadores

20:00 – Oficina Temática “Quebrando a cabeça: Juntando os pedaços para atos terapêuticos de integralidade”

**Dia 18 – sexta-feira**

8:00 – Estágio nos serviços

15:00 – Confraternização de despedida

19:00 – trocas de experiências entre o grupo

**Dia 19 – sábado**

13:00 – relatório coletivo do estágio

**Dia 20 – domingo**

12:00 – Almoço de integração entre a 5º e a 6º turma

15:00 - saída para Novo Hamburgo

**Novo Hamburgo – 21/07/2008 a 27/07/2008**

**Dia 21 – segunda-feira**

8:00 – Saída dos estudantes para os serviços  
8:30 – Visita ao DSM  
9:15 – Visita CAPS Centro  
10:00 - Visita e seminário com a equipe da Oficina de Geração de Renda.  
12:00 – Almoço no CAPSi  
13:00 – Visita ao CAPSi  
15:00 – Visita ao CAPS ad  
16:00 – Visita ao CAPS Santo Afonso  
17:00 – Retorno ao alojamento  
20:00 – Oficina Temática e formação dos grupos para cada serviço.

**Dia 22 – terça-feira**

8:00 – Estágio nos serviços  
13:30 – Roda de Conversa CAPS Santo Afonso  
15:00 – Estágio nos serviços  
17:00 – Retorno ao alojamento  
20:00 – Oficina “Procura-se Janaína, Pedro, José, Curió...” Filme: Procura-se Janaína

**Dia 23 – quarta-feira**

8:00 – Estágio nos serviços  
13:30 – Roda de conversa CAPSi Saca aí!  
15:00 – Estágio nos serviços  
17:00 – Retorno ao alojamento  
20:00 – Troca de Experiência

**Dia 24- quinta-feira**

8:30 – Roda de conversa CAPS ad, com exibição de filme realizado pelos usuários do serviço  
10:00 – Estágio nos serviços  
13:30 – Seminário Aberto “A LUTA É TODO O DIA!” Com o painel: “O cuidado que queremos!” – Organizado pelos estudantes – Convidados: Míriam Dias, Ricardo Ceccim, Fátima Fischer.  
17:00 – Retorno ao alojamento  
20:00 – Troca de Experiência

**Dia 25 – Sexta-feira**

8:00 – Estágio nos serviços  
13:00 – Roda de conversa CAPS Centro  
15:00 – Estágio nos serviços  
17:00 – Encerramento do estágio nos serviços  
20:00 – Oficina de encerramento: Aquecimento para o relatório

**Dia 26 – Sábado**

13:30 – Escrita do relatório

**Dia 27 – Domingo**

09:00 – Atividade integradora entre os estudantes  
13:00 – Encerramento estágio.

**Dia 29 – Terça**

08:30 – Devolução do estágio dos estagiários e dos profissionais dos serviços de saúde mental de Novo Hamburgo, em forma de roda de conversa.

**Dia 09/08 – Sábado**

Seminário final para problematização da formação e da rede de saúde mental e encaminhamentos.