

O POPULAR E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: UMA INCURSÃO ETNOGRÁFICA

DANIEL MAGALHÃES GOULART¹

ALGUNS COMENTÁRIOS INICIAIS

A assistência no campo da saúde mental, bem como as concepções que subjazem tal assistência, tem passado por intensas transformações nas últimas décadas no Brasil. De um modelo asilar, que enfatizava a internação dos então considerados “doentes mentais” em hospitais psiquiátricos, temos passado, nos últimos anos, por uma busca formalizada de uma assistência mais integral, com vistas à promoção de saúde e à garantia dos direitos fundamentais dessas pessoas. Tal processo nacional guarda uma série de afinidades com movimentos que vêm acontecendo em diversos países e tem sido conhecido internacionalmente como Reforma Psiquiátrica, consistindo no progressivo e gradual deslocamento do foco de cuidado em saúde mental para fora das instituições hospitalares, em direção à comunidade, num processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico atendidas (BRASIL, 2010).

Esse processo inicia-se mediante contestação do paradigma medicalizante dessa assistência, na busca pela dissolução de rígidas barreiras entre assistidos e assistentes, promovendo a liberdade por meio de estratégias que consideram o usuário atendido

¹ Doutorando em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília. Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília. E-mail: danielgoulartbr@yahoo.com.br

como sujeito de sua existência (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSHCOWSKI, 2009). Desse modo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira passa a debater a dimensão epistemológica e ontológica da psiquiatria, isto é, passa a suscitar discussões sobre o campo teórico-conceitual que sustenta e legitima o saber/fazer médico psiquiátrico (RAMOS GUIMARÃES; ENDERS, 2011), colocando como objetivo desse processo não meramente a transformação do modelo assistencial, senão a mudança do *lugar social* da loucura, da divergência e da diferença (AMARANTE, 2009).

O *locus* privilegiado para a construção de uma nova lógica de assistência à saúde mental é a rede de saúde primária, de modo que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como os dispositivos estratégicos desse movimento. De acordo com a formulação do seu modelo (BRASIL, 2003), os CAPS devem ser territorializados, ou seja, devem permear os espaços de convívio social dos usuários que o frequentam. Assim, trata-se de um serviço que se norteia pela busca de recursos comunitários à sua volta, de modo que esses recursos sejam incluídos nas estratégias institucionais. Portanto, a reabilitação social pode até se dar a partir dos CAPS, mas necessariamente em direção à comunidade.

Acredito que um alcance possível e interessante dessa formação política dos CAPS se dá a partir dessa abertura para a inclusão em seu funcionamento daquilo que podemos chamar de *popular*. Isto é, na medida em que a dinâmica institucional não preconiza um movimento endógeno, ela se abre para recursos que estão presentes para além do seu escopo técnico. Podemos pensar que isso somente se torna possível mediante valorização do *não oficial* em suas práticas e certo reconhecimento da importância dos mais variados recursos que as pessoas lançam mão em suas vidas e que não necessariamente correspondem às práticas afinadas com uma concepção específica de saúde ou de doença.

Para realizar essa discussão do *popular*, remeto-me à noção de práticas populares apresentada por Michel De Certeau (1996), enquanto aquelas que seriam produzidas cotidianamente, de maneira ordinária, em qualquer sociedade, não sendo definidas diretamente por modelos hegemônicos, ainda que estejam intensamente marcadas por eles. Concordo com a discussão levantada por Pedro Nascimento (2009) de que é imprescindível não substantivar as diferenças entre o *popular* e o *hegemônico*, ao considerar que essas diferenças não são inerentes a algum tipo de essencialidade, mas se estabelecem e se modificam no tempo. Nesse sentido, acredito que identificar o popular com a concretude de algum grupo específico seria tolher o que a categoria traz em seu potencial heurístico. Tal simplificação, como aponta o autor, “retira as práticas de seu contexto e não alcançam o sentido das ações” (NASCIMENTO, 2009, p. 22). Essa ideia me parece interessante, na medida em que se desloca o foco de um estudo de sistemas hermeticamente estruturados, para a consolidação de uma atenção voltada às múltiplas construções de sentido, que, por sua vez, parecem se remeter a produções subjetivas que estão sempre além dos referenciais externos que as estimularam, ainda que se relacionem permanentemente com as dimensões sociais atuantes (GONZÁLEZ REY, 2002, 2004, 2007). Nesse sentido, a questão principal não seria que formas concretas tomam essas ações, mas sim quais os sentidos produzidos a partir destas, pelas pessoas que as praticam. Nessa perspectiva, concordo com Soraya Fleischer (2007, p. 37), ao dizer que o “popular é muito mais um *estilo de fazer* do que a caracterização de um grupo humano e é percebido entre atores, cenários, contextos” (grifo da autora).

Pedro Nascimento (2009) nos lembra que essa abertura para pensar o *popular* já se faz presente nas formulações do Sistema Único de Saúde (SUS), ratificado em 1990, que visa uma assistência de caráter inovador – em contraponto à tendência hospitalocêntrica –, “com foco na prevenção, descentralização e uma expectativa de participação popular associada aos três princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade”

(NASCIMENTO, 2009, p. 26). Tal perspectiva contrária, de certa maneira, o viés neoliberal presente no cenário mundial, principalmente a partir de 1990, notadamente marcado pela grande influência de grandes corporações privadas internacionais, sob a ilusória fachada do *mercado livre*. De certo modo, essa peculiar característica de incorporação do *popular* coloca um interessante paradoxo, que, todavia, parece ser a grande virtude dessa formulação assistencial: por um lado, o “saber oficial” postula uma prática terapêutica hegemônica, ao preconizar uma assistência que abarque, dentro de um mesmo modelo, toda a diversidade existente no país; por outro, contar com os recursos do que não está circunscrito nos limites do oficial é premissa para o pleno funcionamento desse modelo assistencial.

Todavia, a consolidação desse serviço parece ainda estar muito distante da realidade do Distrito Federal (DF). Em sua dissertação de mestrado, Marina Agra Santiago (2009) aponta para a presença de uma atenção predominantemente asilar no DF, com dificuldades de implantação dos serviços de atenção psicossocial preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental. Isso fica ainda mais claro ao analisarmos o último relatório “Saúde Mental em Dados” (BRASIL, 2012), no qual o DF aparece em último lugar no *ranking* das unidades federativas do país, em termos de cobertura dos CAPS. Vale ressaltar que no relatório anterior (BRASIL, 2007), o DF estava na penúltima colocação (à frente apenas do estado do Amazonas). Como lembra Santiago, curiosamente, o DF já esteve na vanguarda das transformações no âmbito da saúde mental no panorama nacional, como na aprovação da Lei nº 975 de 1995, que reorientava o modelo de atenção em saúde mental no DF, antecipando-se à lei nacional “Paulo Delgado” de 2001 (nº 10.216/01). A autora refere-se a um período de intensa estagnação no processo de transformação assistencial em saúde mental no DF, sobretudo entre os anos de 1999 e 2006. Após esse período, uma tímida mudança pôde ser assistida, a partir da criação, em 2006, de dois CAPS II² e,

2 Os CAPS II são serviços para atendimento diurno e vespertino de adultos que residam em sua área de abrangência.

posteriormente de mais alguns serviços, inclusive, CAPS-ad – destinados à assistência a pessoas em situação de dependência de álcool e outras drogas.

Tendo em vista essas considerações iniciais, o objetivo deste trabalho é refletir, mediante incursão etnográfica, sobre as possibilidades de permeabilidade do *popular* nas práticas de saúde, no espaço institucional de um CAPS localizado no DF. Penso ser importante esclarecer que, para tanto, a ênfase não será colocada na descrição detalhada da “estrutura” institucional, tampouco nas práticas terapêuticas *oficiais*, mas na compreensão de como se dão algumas práticas no cotidiano do funcionamento do serviço, com atenção especial aos processos *não oficiais* que permeiam esse espaço. Desse modo, considerando o *resgate da historicidade do fazer* (DE CERTEAU, 1996), minha atenção se volta para a maneira como as coisas são feitas, para o uso das coisas, ao invés do estudo das próprias coisas. Abre-se espaço, assim, para refletir sobre como a *saúde popular* ganha sentido na experiência de profissionais e usuários³ do serviço no cotidiano institucional.

Vale ressaltar, ainda, que o trabalho de campo, como será detalhado adiante, foi realizado muito brevemente, o que me distancia da pretensão de realizar uma etnografia propriamente dita. Melhor dizendo, minha intenção é fazer, mediante tal incursão etnográfica em campo, uma aproximação de uma *antropologia da prática* (DE CERTEAU 1996; ORTNER, 2007).

3 Ao longo do trabalho, utilizarei as denominações “usuários” e “pacientes” para me referir às pessoas atendidas pelo CAPS. Apesar de concordar com diversas limitações e estigmas associados a essas designações, opto por essa utilização, por serem as formas mais usuais, inclusive no serviço pesquisado, de se referir a essas pessoas. A ambiguidade de tal designação, neste trabalho, reflete, de certo modo, a ambiguidade dessas categorias no cotidiano dos serviços. Ainda que “usuários” seja o termo atualmente oficial, as pessoas atendidas, em geral, designam a si próprias enquanto “pacientes”, inclusive, muitos profissionais ainda o parecem fazer. Não será realizada, neste trabalho, uma discussão mais aprofundada sobre esse tema, já que isso extrapola os objetivos momentâneos deste breve estudo.

MÉTODO

Para a realização deste estudo, realizei uma brevíssima incursão de duas visitas a um CAPS II do DF, ao longo de três períodos (manhã e tarde de uma quarta-feira e manhã de uma sexta-feira). Durante o tempo em que estive na instituição, realizei diversas conversas com usuários e profissionais do serviço, enfatizando a temática da saúde popular. Além disso, participei de três atividades em grupo que acontecem semanalmente no serviço, sendo que uma delas se desenvolveu especificamente a partir da temática da saúde popular. Todas as atividades realizadas em grupo contavam com um profissional de referência do serviço na coordenação. Durante o período em campo, estive atento para os aspectos *não oficiais* presentes no cotidiano institucional, tais como: a maneira das pessoas se relacionarem, a ocupação do espaço físico da casa, os relatos espontâneos nas atividades propostas e em momentos informais, além do clima institucional.

Todas as observações e conversas tecidas nessa aproximação foram registradas em diário de campo e posteriormente analisadas a partir de trabalho interpretativo, em articulação com discussões teóricas baseadas na literatura referenciada.

APROXIMANDO DO CAMPO

Antes de ir a campo pela primeira vez, com a intenção de apresentar os propósitos deste trabalho e já iniciar as conversas que produziriam este material, estava ansioso e indeciso sobre a forma como apresentaria meus objetivos e o modo como abordaria a temática da *saúde popular* em conversas com os usuários e com os profissionais do serviço. Penso que parte significativa desse nervosismo inicial se deu por ser tal CAPS II o local escolhido para eu também desenvolver o trabalho de campo no Mestrado Acadêmico em Educação. Ficava pensando que deveria ser muito cuidadoso e preciso nesta aproximação, para não

ameaçar o vínculo futuro necessário para o desenvolvimento deste projeto.

Assim, a partir de diversas reflexões, concluí que não poderia dissociar a ideia deste trabalho da pesquisa a ser desenvolvida no mestrado, colocando a aproximação da equipe e dos usuários na breve pesquisa sobre saúde popular e saberes populares como uma etapa inicial do vínculo desejado para a realização da pesquisa de mestrado.

Eu já havia sido apresentado à gerente do serviço (Gisele⁴) em atividade comemorativa da Semana da Luta Antimanicomial (17 de maio de 2012). Essa apresentação foi feita por intermédio da professora Tania Inessa, que desenvolve trabalho de campo de doutorado no serviço e é uma figura bastante presente no cenário da Reforma Psiquiátrica no DF há vários anos. Acredito que essa mediação facilitou sobremaneira a minha permeabilidade na equipe e a abertura diferenciada com que fui recebido, ao apresentar algumas ideias do trabalho a ser realizado. Na ocasião desse primeiro encontro, falei a respeito do meu desejo em desenvolver o trabalho de campo para o mestrado no serviço e, apesar dos inúmeros afazeres de Gisele nesse dia (a atividade se dava em praça pública na região onde está localizado o CAPS II), ela foi muito receptiva e atenciosa ao que eu estava dizendo e disse estar aberta para conversar sobre qualquer proposta de trabalho conjunto.

Como esta havia sido a temática da primeira e breve conversa, optei por dar continuidade a ela em nosso segundo contato, como forma de aproximação. Nesse sentido, telefonei para a instituição e conversei com Gisele, marcando um encontro pessoal para conversarmos sobre o projeto de mestrado em construção, já introduzindo também ideias iniciais sobre a proposta de um trabalho sobre saúde popular a ser desenvolvida.

4 Todos os nomes próprios utilizados neste trabalho, como referência às pessoas com as quais tive contato em campo, são fictícios.

O CAMPO

Como já foi destacado, o CAPS II em que se deram as atividades que serviram de substrato para este trabalho foi inaugurado em 2006. Com exceção de algumas poucas regiões administrativas que já possuem outros serviços, a unidade tem abrangência de serviços para todo o DF. Todavia, isso contraria a idealização dos CAPS, já que devem ter abrangência máxima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2004). Jamila Zgiet (2010) aponta que já em 2009, o serviço visitado já contava com mais de 500 pacientes com prontuário no serviço e cerca de 400 frequentando a instituição regularmente. Mesmo que os usuários que frequentam o serviço ainda permaneçam em torno dessa faixa, a quantidade de prontuários abertos no serviço, atualmente, ultrapassa o dobro dessa quantidade descrita por Zgiet.

Atualmente, diversas atividades terapêuticas são realizadas no cotidiano do serviço. A equipe fixa (que não inclui estagiários, supervisores, pesquisadores e voluntários, os quais acabam por compor de forma significativa as atividades) conta com seis psicólogos, uma assistente social, uma psiquiatra, três terapeutas ocupacionais, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e duas auxiliares administrativas.

A casa onde funciona o serviço é ampla e tem várias características que são prerrogativas para um CAPS (segundo informações obtidas, trata-se do único serviço do DF que possui essas características): está inserida na comunidade e não em um lugar à parte da vida social dessa comunidade (como um setor hospitalar, por exemplo), é ampla, com diversos cômodos para várias atividades – salas de grupo, salas de atendimento, sala de gerência, área externa ampla e agradável e salas de estar. Algo que me chamou a atenção foi o clima aconchegante da casa, que é muito bem decorada, com móveis de boa qualidade e bem distribuídos por todos os cômodos, quadros e diversos detalhes que me passaram a impressão de zelo e cuidado com o ambiente (cortinas coloridas, limpeza trazendo um odor agradável e

diversos enfeites por toda parte). Minha impressão de fato era que eu estava mais próximo de uma *casa de família*, do que de um serviço de saúde.

A CHEGADA AO CAMPO

Minha entrada no CAPS foi tranquila. No momento em que cheguei à casa, havia alguns pacientes na calçada em frente ao portão de acesso, outros no *hall* de entrada e um segurança próximo à porta, que me recebeu com um sorriso, a partir do qual fui entrando à procura da recepção. Os outros sorrisos que fui recebendo e os “bons dias” foram prontamente retribuídos por todos que encontrei neste momento. A impressão de abertura das pessoas que tive a princípio acabou se confirmando ao longo do tempo em que passei no serviço. Tanto os profissionais como os usuários pareciam estar habituados a essa aproximação de novas pessoas. Acredito que a constante movimentação de estágiários e pesquisadores no serviço contribui nesse sentido, além do fato de o CAPS ser um serviço *de portas abertas*, podendo os usuários e familiares entrarem e saírem quando quiserem, desde que seja o horário de funcionamento institucional. Assim, durante o tempo em que lá estive, diversas pessoas (profissionais do serviço e pacientes) chegaram até mim para conversar, perguntar de onde eu era, o que eu estava fazendo etc. Também, quando eu chegava para conversar com algumas dessas pessoas, na maioria das vezes, era bem recebido e a conversa se desenvolvia de maneira fluida e sem grandes esforços.

Ao chegar à sala da gerência, Gisele me recebeu com um abraço. Conversamos por alguns minutos na entrada da sala – tempo suficiente para ela me apresentar a uma terapeuta ocupacional, à assistente social, a uma psicóloga e duas residentes da Bahia que estavam participando, por um determinado período, das atividades do serviço. Ao me apresentar, ela parecia já me incluir no “time” e dizia: “Gente, olha, esse é o Daniel. Ele está com uma proposta super interessante de trabalhar conosco,

está no mestrado na UnB...". Na conversa, manifestei meu desejo de entrar como voluntário da instituição, para ir participando de algumas atividades desenvolvidas e a partir daí ir pensando mais no projeto da pesquisa. Ela disse prontamente que me ensinaria o "caminho das pedras" para conseguir isso. Nesse momento, apresentei as ideias para a realização do presente trabalho enquanto uma primeira aproximação das pessoas que compunham as atividades do serviço, elegendo a temática da *saúde popular* como disparador para alguns diálogos. Colocado dessa forma, Gisele concordou com essa realização. Ela ainda dizia para eu me sentir à vontade em ir participando de diversas atividades desenvolvidas ali, para ir conhecendo o serviço e já ir pensando em possibilidades de me inserir, a partir do que eu tivesse interesse.

Diante de tantas apresentações e ideias que surgiam em poucos minutos de conversa, percebi que havia uma pessoa sentada discretamente ao lado, trabalhando no computador. Eu havia sido apresentado a ela alguns minutos antes, mas havia me esquecido seu nome. Então, pergunto: "Desculpa, mas como é mesmo seu nome?" Ela responde: "Vanira. Sou assistente social aqui do serviço. Inclusive, daqui a pouco temos um grupo, que se chama 'Locomotiva' e seria muito bom se você participasse também. O que você acha?". Surpreso com tamanha abertura, disse que seria ótimo e perguntei do que se tratava o grupo, qual era seu formato e objetivos. Ela respondeu: "O objetivo é trabalhar principalmente com cidadania e arte. A ideia não é fazer um grupo terapêutico verbal, como os de costume. Nosso esforço é de pegar potencialidades e habilidades que cada um tenha e desenvolver isso junto ao grupo. Já fizemos várias coisas. Acho que é uma oportunidade legal de você conhecer. Já começa dentro de 10 minutos". Após uma breve conversa com outros funcionários que se encontravam na sala, desci para atender ao convite feito.

A “LOCOMOTIVA”

A “locomotiva” se deu na parte externa da casa, em volta de uma mesa. Contava com a participação de onze usuários e duas estagiárias de enfermagem, além da coordenadora Vanira. Depois de nos apresentarmos, Vanira disse que a atividade para o dia foi excepcionalmente improvisada de última hora, já que a estagiária que se despediria naquele encontro não poderia estar presente. Ela havia imprimido algumas frases de autores célebres sobre o tema da “mudança” e dividiu o grupo em duplas, de modo que cada dupla recebesse uma frase. Os participantes tiveram tempo para dialogar sobre a frase que receberam e depois abriam a conversa para todo o grupo. De maneira geral, a conversa foi interessante e o grupo pareceu servir como espaço para as pessoas trazerem conteúdos íntimos, que, nesta ocasião, estiveram bastante ligados a experiências difíceis e sofridas ao longo de suas vidas. Sobre a relevância de encontros que possibilitem experiências semelhantes, Sonia Weidner Maluf (1999) argumenta acerca da importância da narrativa no processo de dar certos contornos a uma história complexa. Nesse processo, sempre se espera um entendimento por parte do destinatário da narrativa, este sempre ajudará o narrador nessa tentativa de tornar inteligível algo multifacetado e em constante transformação.

Ao final do grupo, todos os participantes foram tomar refrigerante e comer um bolo feito por uma paciente. Outras pessoas que passavam no local (funcionários e outros pacientes) também participaram do momento “comes e bebes”. Foi um espaço interessante para conversar um pouco com alguns pacientes e com alguns funcionários. Pude perceber que, para além da formalização da atividade terapêutica, as pessoas daquele encontro demonstravam muito afeto uns pelos outros, o que pode ser exemplificado com a “festinha” preparada em homenagem à despedida da estagiária que não pôde estar presente.

Ao sair do grupo, encontrei Gisele e ela me perguntou se eu ficaria na instituição no período da tarde também, percebendo

que provavelmente receberia um convite, respondi prontamente que sim. Ela, então, sugeriu que Mara (terapeuta ocupacional) me apresentasse algum lugar para almoçar pelas redondezas, apontando para a possibilidade de eu participar do grupo que ela organizaria na parte da tarde. Agradei e disse que conversaria com Mara depois.

Posteriormente, reunimo-nos (Vanira, uma estagiária de enfermagem e eu) para uma conversa de mais de meia hora sobre a sessão do dia da “Locomotiva”, enquanto ambas escreviam no prontuário dos usuários presentes como se deu a participação de cada um na atividade. Achei interessante a existência daquele espaço de diálogo, sobretudo, para facilitar a construção de algumas elaborações conjuntas sobre a dinâmica de cada participante do grupo e também como espaço para que as estratégias do próprio grupo fossem pensadas. Dialogamos sobre os princípios que norteiam o grupo e já pude introduzir na conversa elementos que me ajudariam a compreender um pouco mais do “lugar” que o *popular* ocupava no cotidiano do serviço.

Vanira me disse que o objetivo do grupo era destacar aspectos positivos das vivências dos pacientes, para não cair na tendência comum de ser um “*grupo de queixas*”. Eu disse que achava isso interessante, pois isso me parecia, por um lado, valorizar conhecimentos que os pacientes traziam de suas experiências e não apenas levar algum conteúdo supostamente adequado para ser trabalhado. Sobre isso, Vanira disse: “É... o nosso esforço no grupo é justamente esse. Se tem alguém que sabe fazer alguma coisa e quer compartilhar no grupo, a gente se reúne, conversa e faz”. Eu pedi que ela me desse alguns exemplos e ela disse: “Ah, por exemplo, há algumas semanas a gente estava conversando sobre receitas culinárias. Uma paciente falou que sabia fazer um bolo delicioso. Todos ficaram interessados na receita e tudo mais e teve a ideia de a gente fazer o bolo aqui. Foi todo mundo pra cozinha aprender a fazer o bolo. Foi muito divertido, ficou uma delícia (risos). Outro exemplo foi na semana passada, que o Gerson, que sabe *taekwondo*, fez uma oficina pra ensinar alguns

princípios básicos pra gente. E foi muito legal porque todos participaram, até a Dalva, que tem problema na coluna. Outro dia, a gente dançou... E assim vai”.

Achei muito interessante essa abertura do serviço de, em suas atividades propostas, valorizar potencialidades que os usuários consideravam importantes para eles mesmos. A própria atividade grupal era estruturada com base nessas habilidades e no desejo de compartilhar entre as pessoas do grupo. Pensei que aí havia possibilidades interessantes de outros saberes permearem as práticas hegemônicas. Contudo, a partir de algumas contradições na fala de Vanira, pude perceber que essa abertura não se dava de forma irrestrita. Em alguns momentos de sua fala, é destacada a importância da abertura ao novo e do valor à potencialidade de cada um, no entanto, em outros, o saber biomédico parece prevalecer como norte do encontro proposto. Eu perguntei: “Mas como vocês enxergam outras formas de se conceber o transtorno mental? Por exemplo, acredito que algumas pessoas devam ter uma concepção religiosa da experiência deles. Outros devem crer em formas alternativas de tratamento, que não pelo CAPS. Como você vê essa questão?” Então, Vanira respondeu: “Olha, às vezes é preciso dar um choque de realidade. Às vezes, vem com essas coisas de Deus, da religião, explicando tudo por aí e a gente para e fala ‘oh, você tá doente, não é assim também’. Sabe?! Às vezes, a pessoa não quer assumir a própria doença, daí é importante a gente fazer esse confronto, dizer que infelizmente vai ter que tomar remédio até o final da vida”.

Desse modo, a partir dessa fala de Vanira, a concepção de doença parece não ser percebida como um artefato possível para lidar com uma situação, mas é considerada uma realidade reificada, distante dos processos sociais que a sustentam. Podemos pensar que, por vezes, a falta de conhecimento sobre as práticas de saúde popular favorece inúmeras práticas preconceituosas, levando ao que Maria Andrea Loyola (1978, p. 229) fala sobre a “aceitação etnocêntrica-evolucionista da superioridade da lógica racional”. Assim, o tratamento oferecido pelo CAPS parece ser

visto, nessa perspectiva, como a melhor alternativa para lidar com situações consideradas como “adoecimentos psíquicos”, se não a única.

Com esse exemplo, podemos pensar a complexidade envolvida e as situações paradoxais decorrentes da consideração do *popular* dentro de uma assistência que se propõe hegemônica. Em alguns momentos, parece haver de fato espaço para essa incorporação, potencializando os recursos terapêuticos na assistência prestada; em outros, o oficial parece suplantá-lo, ou até mesmo suprimir o popular nas práticas institucionais.

UMA OPORTUNIDADE INUSITADA: UM GRUPO SOBRE SAÚDE POPULAR

Após a conversa sobre a “Locomotiva”, fui até Mara para saber um pouco mais sobre o grupo da tarde. Ela me explicou que, em geral, era a psiquiatra que coordenava o grupo, mas que esta não estaria presente naquele dia e que, portanto, ela havia ficado encarregada da coordenação. Perguntei se ela conhecia as pessoas que compunham o grupo, ou se já havia participado antes do mesmo. Ela respondeu negativamente, mas que o grupo era bastante aberto e que, em geral, eram trabalhados alguns temas diversos e que poderíamos pensar em algo juntos para o encontro da tarde.

Nesse momento, pensei na grande oportunidade que estava diante de mim. Frente à liberdade que foi dada a ela – e, posteriormente, a mim – para criar algo e tentar trabalhar com o grupo, pensei que aí estava uma chance preciosa de abordar a questão dos *saberes populares* e da *saúde popular* com os usuários.

Durante o almoço, Mara e eu conversamos um pouco sobre possibilidades de pesquisa no serviço e sobre como estava sendo a experiência de morar em Brasília. Descobri que ela tinha uma experiência muito interessante no campo da saúde mental,

tendo experiências em diferentes estados e regiões do país. Ela, assim como eu, era recém-chegada à cidade e compartilhamos diversas dificuldades e boas surpresas do “primeiro encontro” com Brasília. Ela se mostrou muito receptiva e aberta em compartilhar suas experiências comigo; dizia se sentir feliz quando alguém “novo” chegava à instituição com novas ideias, pois parecia que isso “renovava muitas coisas” que ela acreditava. Mara me contava do choque que foi sair de regiões onde a reforma psiquiátrica estava muito mais avançada, e vir para Brasília, onde “a coisa ainda está engatinhando”. Conversamos dos desafios que nos esperam no trabalho nessa área e de quanto ainda temos por conseguir.

Ao conversarmos sobre o grupo da tarde, apresentei a ela meu interesse em trabalharmos a questão dos saberes populares e da saúde popular, apontando a importância que enxergava nessa discussão para o trabalho realizado no CAPS. Ela acolheu minha ideia e foi dando diversas contribuições, baseada em sua experiência e ao final tínhamos uma proposta a ser trabalhada e já estávamos pensando nos métodos para colocá-la em prática. Ao voltar para a instituição, convidamos a residente Janaina (psicóloga) para trabalhar conosco. Ela se interessou e começamos a conversar sobre o tema com ela, numa sala próxima à sala da gerência.

Antes de começarmos a pensar mais especificamente como se daria a atividade, Janaina contava que se sentia um pouco frustrada, por não ter conseguido desenvolver, ao longo do seu período na instituição, uma atividade estratégica e com maior duração fora dos muros do serviço, junto ao território. Segundo ela, no correr dos dias (já havia três meses que estava no serviço e ficaria ainda mais dois), acabou realizando principalmente atividades de “acolhimento e outras funções mais de consultório, por causa da demanda”, não se engajando em nenhuma estratégia diferenciada na comunidade, como, por exemplo, aproximação das unidades básicas de saúde, grupos comunitários fora do CAPS, ou até mesmo a realização

de visitas domiciliares. Mara também disse sentir que muitas vezes o trabalho na instituição se dava desse modo: de uma forma não muito articulada com as potencialidades da região. Ela falava da urgência de serem criadas novas estratégias que vissem o funcionamento do CAPS tal qual é preconizado, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.

Penso ser interessante esse movimento de manifestar a insatisfação com o que ainda não se concretizou, mas se projeta em concretizar. Acredito que esses espaços de diálogo possam favorecer a criação conjunta de estratégias ainda não pensadas e a soma de esforços direcionados a objetivos comuns. Em outras palavras, diante desse diálogo brevemente relatado aqui, pensava ser importante que, ainda que não fossem realizadas tantas atividades no território, isso fosse pensado e questionado, pois aí poderia residir o início de algumas transformações. No entanto, ainda que de forma incipiente, percebi, a partir desses relatos, a dificuldade da instituição em se aproximar da atenção primária – prerrogativa básica para seu funcionamento *em direção à comunidade*. Acredito que parte dessa dificuldade se deve a uma discussão levantada por Michael Lipsky (1980, p. 91) sobre a confusão existente entre o que é demanda (destacada pela fala de Janaina) e o que é necessidade. Como bem aponta o autor, “os níveis de demanda são, eles mesmos, função da política pública”. Isto é, de acordo com o que é oferecido à população e da forma como é oferecido o serviço, a demanda varia amplamente. Algo bastante diferente é a necessidade da população atendida. Esta se remete ao que efetivamente poderia beneficiar as pessoas. Não há que se considerar apenas o que seja representado como necessário (demanda), mas aquilo que é preciso para a garantia de direitos fundamentais de cidadania. Não há uma cartilha padronizada com essas informações, já que não podemos pensar em necessidades deslocadas do contexto envolvido. Nessa perspectiva, aponto para a implicação ética dessa reflexão, pois ela inevitavelmente postula a autocrítica e o compromisso com a população atendida como princípios básicos de conduta, ou seja,

pensar a necessidade da comunidade é também questionar o próprio papel do serviço de saúde na sociedade.

Voltando ao diálogo para o grupo a ser realizado, discutimos sobre a importância de conseguirmos trabalhar de maneira mais concreta com a temática da saúde popular, sem grandes abstrações, com perguntas mais simples e pontuais. Após cerca de 15 minutos de conversa, tínhamos uma ideia mais clara do que queríamos.

Participaram do grupo 19 usuários, dois psicólogos (a residente Janaína e eu), uma terapeuta ocupacional, um estagiário de psicologia (Eduardo) e dois residentes da medicina (que estavam visitando o serviço por um dia, como parte da residência médica). A atividade se deu da seguinte maneira.

Primeiramente, justificamos a ausência da psiquiatra e nos apresentamos, já propondo uma atividade com eles, deixando explicitamente todos à vontade para participarem ou não. Depois, levamos um cartaz com três temas escritos de maneira destacada: (1) CAPS; (2) Grupos e oficinas terapêuticas; e (3) Remédios. Então, propusemos, para um primeiro momento, uma conversa em três subgrupos sobre recursos que eles julgassem serem de ajuda em suas vidas e que não tivessem relações diretas com os três temas destacados no cartaz. Deixamos claro que seria importante que eles trouxessem o que eles achavam que era importante em suas vidas, o que auxiliava a saúde, de acordo com a experiência de cada um, no sentido de conversarmos sobre conteúdos que estavam além do “tratamento oficial e hegemônico” e que versassem sobre possibilidades encontradas por eles em suas vidas e que não remetessem diretamente ao tratamento no CAPS. Como material para a atividade, disponibilizamos diversas revistas, para que fossem recortadas imagens que os remetessem a esses recursos e também cartazes para que cada subgrupo fizesse as colagens e escrevesse o que era julgado como importante. Os profissionais envolvidos se dividiram e organizaram três subgrupos.

Neste primeiro momento, fiquei responsável pela coordenação de um subgrupo. Nele, estavam cinco pacientes, sendo um deles deficiente visual – João. A única mulher do grupo era Vera, que, apesar de muito quieta usualmente (segundo fui informado por alguns profissionais), participou ativamente do trabalho. Os outros três eram Ademir, Júnior e Germano. A maioria deles (quatro dos cinco) aparentava ter mais de 60 anos. Destaco João, pois como ele não podia enxergar as imagens, o trabalho com ele se deu por meio da conversa, de modo que João ia me falando coisas que ele gostaria que eu escrevesse no cartaz. Ele foi, inclusive, o primeiro a se manifestar e suas produções foram as seguintes:

- Ouvir boa música
- Ouvir boas piadas
- Estar no meio de pessoas é ouvir a palavra de Deus
- O ser humano não foi feito para ficar sozinho
- Se sentir amado

A partir das imagens recortadas, íamos conversando sobre o que emergia para cada pessoa do grupo. Imagens de alimentos foram relacionadas ao desejo e ao prazer de comer; imagens de caminhão, carro e avião foram associadas a viagens, de modo que estas representam a reposição de energias, distração e a liberdade. Uma imagem de uma mulher negra de biquíni foi relacionada ao que seria, segundo Junior, a seguinte sucessão: namorar/noivar/casar/ter família/procriar/fazer sexo. Após ter sido colada essa figura da mulher, Vera colou uma frase dizendo “sexo é vida”. Além dessas figuras, outras relacionadas ao esporte foram destacadas e associadas à saúde, assim como o contato com animais domésticos, como cachorros. Uma foto de uma família foi recortada e os significados atribuídos foram de “colaboração” e “apoio”. Uma foto dos Beatles foi destacada, remetendo música à alegria e à diversão. Por fim, perguntei se havia algo que eles gostariam de destacar e que não tivessem encontrado nas figuras e João falou da religião enquanto “uma palavra amiga, ou um alimento para a alma”.

Ao final, fizemos um só grupo, de modo que cada subgrupo apresentou sua produção e conversamos sobre o conteúdo e questões suscitadas a partir da atividade. As temáticas abordadas foram diversas e destaco apenas algumas mais recorrentes: família; união (amigos, grupos sociais, ajuda ao próximo); religiosidade; leitura/estudo; alimentação saudável; atividade física; ver TV (futebol, tecnologia); artesanato; arte (música).

Durante a atividade, as pessoas pareciam, majoritariamente, bastante envolvidas e frequentemente fazendo relatos pessoais a respeito dos temas destacados. É o caso de Silvia (usuária), por exemplo, que fez um longo relato a respeito da importância da família e de como hoje em dia se sente afastada de sua família, devido ao que ela considera ser uma falta de compreensão por parte dos familiares acerca de sua situação: “Eu trabalhava muito, sempre me sustentei e ajudava os outros. Mas agora eu não consigo. Eu fico deitada 6 horas durante um dia inteiro e eles acham que eu tô assim é porque eu quero.”. Esse comentário gerava reação nos demais, que também se pronunciavam em sentidos diferentes.

O encontro proposto para uma conversa sobre a saúde popular acabou por se transformar no palco de uma construção conjunta, em que diversos elementos, por vezes bastante íntimos, da vida de cada um foram se articulando e criando um espaço de confiança, que parecia emocionar muitos dos participantes. Concordo com Arthur Frank (1993), ao afirmar que as pessoas mudam suas vidas através das narrativas que contam para alguém. Nesse sentido, podemos conceber que contar a nossa história é também uma forma de reescrevê-la, de dar novas formas e de tecer novos sentidos.

Fernando (usuário), durante a atividade, parecia muito ansioso, esfregando as mãos e respirando aceleradamente. Então, um colega que estava ao seu lado perguntou: “Está com ansiedade?”. Ele sorriu, consentiu com a cabeça e pareceu um pouco mais calmo depois disso. Exemplos como este, de cuidado com o

outro, parecem destacar algo que foi bastante frisado na conversa: a importância das relações pessoais e da solidariedade entre as pessoas. Ter com quem contar parece garantir, pelo menos momentaneamente, certa distância da tão temida solidão. A esse respeito, Junior (usuário) disse: “Isso me faz lembrar aquele poema daquele compositor nordestino não-sei-o-que Ramalho: ‘a solidão é fera, a solidão devora’”. De imediato, Fernando disse: “Eu conheço esse poema, mas na voz do Alceu Valença”. Então, ele cantou parte da música, com uma afinação e musicalidade que causou visível admiração no grupo.

A solidão é fera, a solidão devora.
É amiga das horas, prima irmã do tempo,
E faz nossos relógios caminharem lentos,
Causando um descompasso no meu coração

Após a apresentação dos subgrupos e de algumas falas, Janaína (psicóloga residente) falou um pouco do que ela estava percebendo: o CAPS como sendo um recurso possível que eles utilizavam, mas da quantidade de outros recursos que eles dispunham em suas vidas. Ela ressaltou a importância de dividir também esses outros recursos, expressando o que cada um sentia a respeito disso. Segundo ela, isso poderia ajudar a diminuir a angústia que alguns diziam sentir no peito.

Nesse momento, o paciente Elder se manifestou: “É isso aqui que a gente tá fazendo que é terapia; é quando a gente fala desse jeito. Eu sei o que é isso, porque eu fiquei vindo aqui nove meses e eu não falava nada! Agora que eu estou falando. Conseguir falar o que tá sentindo é muito bom”. Essa fala me remete às considerações de Sônia Weidner Maluf (1999), ao dizer que as narrativas sobre a experiência terapêutica sempre conduzem a histórias de vida, uma vez que essas experiências se inserem numa duração, que ganha múltiplos sentidos a partir das referências pessoais e singulares de cada pessoa. Desse modo, o processo terapêutico remete sempre a outras dimensões da vida da pessoa atendida, proporcionando a vivência não apenas dos

próprios recursos terapêuticos do momento, de modo a atualizar todo um histórico de vida em produções de sentido atuais (GONZÁLEZ REY, 2007).

Ao final do encontro, Janaína propôs que todos nós levantássemos e observássemos a produção do grupo. Essa iniciativa foi incrementada pela ideia de outra paciente: andarmos juntos em círculo nessa tarefa. Mara ainda sugeriu que cada um dissesse uma palavra sobre aquele encontro que estava se encerrando. Assim, a atividade era finalizada a várias mãos. Acredito que alguns exemplos dessas palavras pronunciadas pelas pessoas ali presentes dizem respeito aos sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2002; 2007) atribuídos pelas pessoas diante daquele encontro: esperança, força, fé, saudade, mudança, perseverança, criação, luz no fim do túnel, possibilidade, alegria, confiança e união.

Antes das pessoas saírem, o usuário Junior propôs colocar duas músicas finais para o grupo. Essa iniciativa me pareceu uma importante expressão de que, em atividades como estas, os pacientes têm condições não apenas de se comunicarem genuinamente, como também de direcionarem as atividades propostas. Enquanto isso, algumas pessoas (usuários e profissionais) foram colar os cartazes no *hall* de entrada da instituição, “para que todos pudessem ver o que havia sido feito pelo grupo”. Janaína chegou perto de mim e me deu um abraço, dizendo que a princípio estava resistente com a ideia do grupo, por pensar que a proposta poderia ser invasiva com os pacientes, já que não conhecíamos o grupo, mas que depois ela reconheceu que encontros como este eram importantes para o trabalho feito ali.

Algo que me chamou bastante atenção, diante do resultado da atividade, foi a heterogeneidade presente na consideração dos recursos que auxiliam os pacientes em suas vidas e que estão para além do tratamento desenvolvido no CAPS. Por exemplo, em alguns relatos, a importância da religiosidade foi colocada ao lado de assistir televisão; e a família, ao lado de tecnologias. Como destaca Gustavo Pacheco (2004, p. 13), “o que percebemos,

quando tomamos contato com situações etnográficas definidas, são fluxos constantes de pessoas, práticas e ideias que podem eventualmente se adensar e constituir uma identidade mais ou menos nítida, sempre que se torna necessário definir essa identidade por razões pragmáticas (dentre as quais o questionamento do pesquisador)”.

Depois disso, houve uma conversa entre Mara, Janaína, Eduardo, os residentes de medicina e eu. Todos pareciam muito satisfeitos com o encontro e faziam alguns comentários pontuais de pacientes que já acompanhavam. Falar sobre o *popular* na atividade pareceu, de fato, ter tocado as pessoas envolvidas. Nessa conversa, Eduardo me convidou para participar de um grupo que coordenava – o “Grupo do Futebol”. Aceitando o convite, combinei com ele de irmos juntos para o CAPS daí a dois dias para a atividade.

DIA DO FUTEBOL

Chegamos ao CAPS cerca de uma hora antes do horário marcado para sairmos para o “Futebol”. A minha entrada na instituição foi ainda mais bem acolhida do que da primeira vez. Por já ter conhecido algumas pessoas dois dias antes, alguns vieram conversar comigo, perguntando se eu tinha gostado da minha experiência ali. Todos eles diziam que eu era muito bem-vindo e que seria um prazer trabalhar comigo de maneira mais próxima a partir do semestre seguinte. Então, ficamos conversando por um bom tempo na sala da gerência, que me pareceu ser, de fato, um lugar bastante permeável não somente para os profissionais do serviço, mas também para os usuários, estagiários e residentes – contrapondo-se à tendência desses lugares serem preservados como espaços que simbolizam a autoridade da gerência, sendo pouco abertos ao fluxo de pessoas, de maneira geral. Acredito que isso seja uma expressão da maneira mais horizontal em que as relações são tecidas nesse espaço, à

diferença de outros serviços de assistência à saúde, como diversos hospitais, por exemplo.

Ainda na sala da gerência, conheci mais duas pessoas que trabalhavam na instituição, Miriam e Paula. Ambas me pareceram muito simpáticas e demonstraram interesse no que eu estava fazendo ali e pareceram contentes ao saber que eu estaria, provavelmente, mais presente no serviço, a partir de agosto. Ficamos conversando por um tempo e Miriam, Paula, Eduardo, Janaína e Vanira falavam de alguns casos de pacientes, alguns fatos ocorridos na semana e alguns encaminhamentos para equipe. Chamou-me atenção o caso de Eugênio: um rapaz de 32 anos, diagnosticado, segundo os profissionais, com esquizofrenia paranoide. Os profissionais ressaltavam inúmeras atitudes do rapaz, sobretudo, no que diz respeito à reivindicação pelos seus direitos e ajuda aos colegas a garantirem seus direitos. Diziam que ele era muito “articulado” e desempenhava um papel muito interessante na instituição. Contaram um caso em que ele apresentou sua “carteira de deficiente para ônibus” ao cobrador e este não a aceitou, pois não achava que ele tinha “nada de mais”. Os profissionais contaram a revolta que Eugênio chegou ao CAPS nesse dia. Ele teria dito ao motorista que se ele “tinha a carteirinha de deficiente é porque alguma coisa tinha, não?!”. Posteriormente, Eduardo me chamou para irmos nos organizando para o “Futebol” (era o estagiário Eduardo quem estava coordenando o grupo do Futebol desde o começo do ano), juntamente com os usuários, e ao chegar à parte externa da instituição, conheci Eugênio.

Trata-se de um rapaz baixo, bem magro, bem vestido (com boina, óculos escuro, roupa de cores combinadas) e bastante falador. Segundo Vanira, é um “piauiense arretado”. Fiquei feliz por tê-lo encontrado, pois achei muito interessante os comentários a seu respeito. Eduardo nos apresentou e Eugênio logo começou a nos contar o que se passava com ele: “Olha só, estou numa luta aqui pra conseguir esse medicamento aqui ó, o Risperidona. Mas olha só (mostrando um formulário com inúmeras informações),

fui na farmácia de alto custo e eles me disseram que falta isso, isso, isso e isso. É muita burocracia! Isso é porque eles querem continuar me dando Haldol, que é mais barato, e eu sei que com Haldol eu me impregno, vou ficando tortinho assim (gira o pescoço e torce os braços). Se eu souber que eu vou tomar Haldol, eu já me impregno antes de tomar! Aconteceu isso comigo mês passado”. Curioso, eu perguntei como tinha sido essa história. Ele conta: “O negócio é assim: se alguém falar pra mim tomar Haldol e eu sei que eu tenho opção de não tomar, eu fico bem. Mas se eu tiver numa sala e o médico falar que eu vou tomar e eu sei que eu vou ter que tomar, eu já vou ficando tortinho, tortinho... Daí o médico falou pra mim: ‘larga de ser ator Eugênio’. Mas eu falava: ‘eu não to atuando não, tá entortando’. E não tava atuando mesmo! Vai me dando um troço assim... Isso é aquilo que os médicos chamam de... de.. Como é mesmo a palavra, gente?! Placebo! Placebo, isso.. mas é placebo pros médico né?! Eu chamo de fé! (Eu sorrio, ao mesmo tempo que acredito ter feito uma expressão de curioso). É.. fé! A fé é aquilo que você tem certeza que vai acontecer... porque já aconteceu antes!”. Nesse momento, Eduardo o chama para aferir sua pressão arterial. Na saída, ele fala pra mim em tom de quem fala um segredo, de forma um tanto debochada, e dá uma piscadela que parecia de cumplicidade: “Eles falam que é placebo, mas é fé!”.

Essa breve conversa com Eugênio, sobretudo a sua parte final, parece-me uma interessante expressão da interação cotidiana existente entre saberes distintos, ainda que num lugar marcado eminentemente pelo *discurso oficial da saúde*. Ainda que os conceitos e práticas hegemônicas pareçam de fato tentar suplantir, em alguns momentos, os saberes populares, estes parecem, de alguma forma, resistir e se fazerem presentes, ainda que nos interstícios dos espaços institucionais – como no jeito discreto e debochado de Eugênio falar. Por ter desdobramentos nas condutas de usuários – como na postura de Eugênio, ao exigir uma medicação alternativa à que lhe era oferecida – e, consequentemente, nas dinâmicas institucionais, acredito ser premente ressaltar a importância, bem como o poder de tais

saberes populares, imiscuindo com o hegemônico, ora mais harmoniosamente, ora de maneira mais conflituosa.

Poucos instantes depois, saímos rumo à quadra de futebol com alguns pacientes que pareciam ansiosos para o jogo. A quadra se localiza em praça pública e fica aberta para a comunidade. Éramos em onze pessoas: Eduardo, eu, Germano (estagiário de enfermagem) e oito usuários – todos eram homens e pareciam se conhecer de jogos anteriores. A atividade se deu de forma muito descontraída. Todos pareciam bastante envolvidos, correndo e sorrindo boa parte do tempo. Alguns tinham muita habilidade com a bola, outros menos. Contudo, apesar da diferença entre eles na forma de jogar, todos pareciam ter seu lugar e a empolgação me parecia evidente em cada um.

Após aproximadamente meia hora de jogo, seis estudantes (de cerca de 16 anos) que pareciam estar saindo da escola, aproximaram-se e foram entrando na quadra e, aos poucos, se dividindo entre os dois times já formados. Fiquei admirado com aquele acontecimento, ao perceber a abertura de ambas as partes, favorecendo a integração na comunidade. Então, o jogo passou a se dar de maneira ainda mais emocionante: alguns pacientes tiraram a camisa, pois transpiravam muito, e os gritos e a constante correria davam espaço para belas jogadas e diversos gols.

Nesse momento, refleti sobre os alcances sociais de um jogo popular como o futebol. Mesmo sem se conhecerem e sem saberem *de onde vinham*, as pessoas mantinham-se juntas naquela quadra, ao produzirem o jogo. Eventuais barreiras e diferenças (como os preconceitos em relação aos “doentes mentais”, fatores socioeconômicos e diferenças de idade) pareciam ser momentaneamente diluídas. O compromisso parecia ser mesmo com a atividade, que somente poderia se dar com o funcionamento de todo o grupo. O futebol, nesse contexto, cumpre um papel “carnavalesco”, no sentido que fala Mikhail Bahktin (1987). Para o autor, o carnaval seria um momento em que as divisões sociais estariam suspensas, sendo as leis que regem esse momento as

da liberdade. A própria festa (ou, no caso, o futebol) é o palco, vivenciada por todos que a compõem, tornando-se, por assim dizer, universal. Podemos pensar que há momentos mais propícios para a difusão cultural, para o compartilhamento de sentidos e tal parece ser o sentido do jogo, que, nessa perspectiva, assume um caráter real.

Após voltar para a instituição, fui à sala da gerência e me despedi. Sentia-me muito grato pela oportunidade que tive nos dois dias que estive na instituição. Pensava que, a despeito da situação extremamente criticada da saúde mental no DF (SANTIAGO, 2009; ZGIET, 2010), esse CAPS parecia oferecer um serviço, que, com suas limitações e desafios, parecia estar aberto a novas iniciativas e à aproximação de novas pessoas. Agradei a todos que encontrei nesse momento pela acolhida e disponibilidade em ajudar. Dizia que seria um prazer trabalhar com eles de maneira mais próxima no futuro.

ALGUMAS PALAVRAS CONCLUSIVAS

Acredito que as informações construídas, em consonância com a literatura utilizada enquanto aparato teórico, sugerem a complexidade existente na relação entre o que é *hegemônico* e o que é *popular* no contexto do CAPS utilizado para esta pesquisa, mantendo, para além do conflito existente entre essas dimensões (que, definitivamente, não parecem desprovidas de poder), instâncias de constante permeabilidade. Isso nos coloca diante do desafio de não fazer uma análise simplista que substancie o que seria um “universo popular”, ou seja, de evitar a tendência de buscar um “mínimo denominador comum” (PACHECO, 2004, p. 25), enquadrando a realidade numa homogeneidade que dificilmente se encontra na prática. Há que se atentar, como apresenta Soraya Fleischer (2007), para a heterogeneidade e dinamicidade da *cultura*. Acredito que isso é feito não apenas enfatizando a complexidade social envolvida nesse contexto, mas, sobretudo, considerando a dimensão subjetiva envolvida

permanentemente nas práticas institucionais. Por subjetivo, não me refiro a qualquer tipo de essencialidade, ou concepção mentalista do ser humano (como amiúde o termo foi empregado), mas à condição singularizada, qualitativamente diferenciada, com que as pessoas se desenvolvem em um contexto social específico, permeado por conflitos, emoções e símbolos compartilhados (GONZÁLEZ REY, 2009; 2011).

Essa ideia me parece ir contra a concepção de uma *cultura*, ou um *sistema* de um grupo específico num sentido fechado e completo, como se fosse possível isolá-lo no espaço e no tempo. Pelo contrário, nessa perspectiva, o trabalho realizado a partir de um CAPS passa a ser compreendido em pleno processo de mudança, a partir dos desafios e inovações produzidas pelos sujeitos concretos que o realizam. Abre-se, assim, espaço para observar regularidades, mas também rupturas e descontinuidades, a partir de um respeito à alteridade, que, no entanto, não é “reificada como a ou uma diferença” (FLEISCHER, 2007, p. 34, grifos da autora). Há o cuidado, como aponta Sherry Ortner (1995) de não *dissolver os sujeitos* em alguma dimensão que constitui complexamente seus desenvolvimentos, seja a política, a história, a cultura, ou o discurso.

De maneira geral, acredito que a incipiente articulação do CAPS em foco neste estudo com a atenção primária, em função principalmente da grande carência de serviços na região, seja um elemento que limite a aproximação da instituição com a comunidade. Nesse sentido, a potencial abertura para as *práticas populares* se restringe em grande medida, culminando em ações ainda muito circunscritas ao ambiente institucional (*no interior dos muros* do serviço). Não obstante, diversas iniciativas (como algumas abordadas neste trabalho) parecem sugerir importantes inovações no universo assistencial à saúde mental, apontando para mudanças em direção a uma atenção mais integral às pessoas atendidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2009. Disponível em: < http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2012.
- BAKHTIN, Mikhail. Introdução: Apresentação do problema. In: BAKHTIN, Mikhail (Org.). *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: O contexto de François Rabelais*. São Paulo: Hucitec; Brasília: EdUnB, 1987 p. 1-21.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 4*, ano II, n. 4. Informativo eletrônico. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_numero_4.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 10*, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2012.
- DE CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- FLEISCHER, Soraya. *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. Tese (Doutorado em Antropologia Social)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- FRANK, Arthur. The rhetoric of self-changing: illness experience as narrative. *The Sociological Quarterly*, v. 34, n. 1, p. 39-52, 1993.
- GONZÁLEZ REY, Fernando Luís. *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. Tradução de Raquel Souza Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. Título original: Sujeto y subjetividade.
- _____. *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. Tradução de Guillermo Matias Gamucio. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2007. Título original: Psicoterapia, subjetividade y postmodernidad.

- _____. Epistemología y Ontología: un debate necesario para la Psicología hoy. *Diversitas* (online), v. 5, n. 2, p. 205-224, 2009b. Disponível em: <<http://ojs.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/viewFile/6/pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2012.
- _____. *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez, 2011.
- LIPSKY, Michael. Part III: Patterns of practice. In: LIPSKY, Michael (Org.). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation, 1980. p. 81-156.
- LOYOLA, Maria Andrea. A medicina popular. In: GUIMARÃES, R. *Saúde e medicina no Brasil: Contribuições para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 225-237.
- MALUF, Sônia. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. *Horizontes Antropológicos*, v. 5, n. 12, p. 69-82, 1999.
- NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes do. *Reprodução, Desigualdades e Políticas Públicas de Saúde: Uma etnografia da construção do desejo de filhos*. Tese (Doutorado em Antropologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ORTNER, Sherry. Resistance and the problem of ethnographic refusal. *Comparative Study of Society and History*, v. 37, n. 1, p. 173-193, 1995.
- ORTNER, Sherry. Uma atualização da teoria da prática. In: GROSSI, Miriam; ECKERT, Cornelia; FRY, Peter (Orgs.). *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: Nova Letra, 2007. p. 17-44.
- PACHECO, Gustavo de Britto Freire. *Brinquedo de cura: um estudo sobre a pajelança maranhense*. Tese (Doutorado em Antropologia Social)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- RAMOS, Déborah Karolynne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; ENDERS, Bertha, Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011.
- SANTIAGO, Marina Agra. *Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- TEIXEIRA, Sidnei; KANTORSKI, Luciane Prado; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30, n. 3, p. 453-460, 2009.

ZGIET, Jamila. *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação*. 156f. 2010. Dissertação (Mestrado em Política Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

RESUMO | O POPULAR E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: UMA INCURSÃO ETNOGRÁFICA

O objetivo deste estudo é refletir, mediante incursão etnográfica, sobre as possibilidades de permeabilidade do *popular* na assistência pública em saúde mental, mais especificamente, no contexto do Centro de Atenção Psicossocial II, localizado no Distrito Federal do Brasil. Para tanto, foram acompanhadas algumas atividades cotidianas do serviço, de modo que as observações e conversas tecidas nessa aproximação foram registradas em diário de campo e, posteriormente, analisadas. As informações construídas sugerem a complexidade e algumas possibilidades existentes na relação entre o *hegemônico* e o *popular* no contexto estudado.

Palavras-chave: Saúde mental, Popular, Saberes populares.

ABSTRACT | THE POPULAR AND MENTAL HEALTH CARE: AN ETHNOGRAPHIC FORAY

This study aims to reflect, upon ethnographic incursion, possibilities of permeability of the *popular* in mental health public assistance, more specifically, in the context of the Psychosocial Care Center II, located in the Federal District of Brazil. Thus, some daily institutional activities were accompanied, so that the observations and conversations conducted in this approach were registered in the field diary and subsequently analyzed. The constructed information suggests the complexity and some possibilities in the relationship between the *hegemonic* and the *popular* in the context studied.

Keywords: Mental health, Popular, Popular knowledge.

RESUMEN | EL POPULAR Y LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL: UNA INCURSIÓN ETNOGRÁFICA

El objetivo de este estudio es reflexionar, a través de una incursión etnográfica, sobre la posibilidad de permeabilidad de lo *popular* en la asistencia pública en salud mental, más específicamente, en el contexto de Centro de Atención Psicosocial II, ubicado en el Distrito Federal de Brasil. Para esto, algunas actividades del servicio fueron acompañadas, de forma que las observaciones y conversaciones tejidas fueron registradas en diario de campo y posteriormente analizadas. Las informaciones construidas sugieren la complejidad y algunas posibilidades en la relación entre lo *hegemónico* y lo *popular* en el contexto estudiado.

Palabras Clave: Salud mental, Popular, Saberes populares.