

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

CIBELLE BONADIA

**PERCEPÇÃO DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE OS ASSIM
CHAMADOS “LOUCOS” – PESQUISA FENOMENOLÓGICA**

**SÃO PAULO
2018**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

CIBELLE BONADIA

**PERCEPÇÃO DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE OS ASSIM
CHAMADOS “LOUCOS” – PESQUISA FENOMENOLÓGICA**

**Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial
para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação do
Prof. Dr. Marcos Oreste Colpo.**

**SÃO PAULO
2018**

AGRADECIMENTOS

Às enfermeiras que permitiram, de braços abertos, que eu entrasse em seus mundos de trabalho e vida, engrandecendo minhas experiências como futura profissional da saúde.

Ao Professor Marcos que abraçou a ideia do trabalho, mergulhando comigo na compreensão dos sentidos.

À minha irmã por ter me oferecido sua inquietação e ideia inicial do trabalho.

À Laura por compartilhar suas evoluções e naufrágios do seu processo de trabalho, acolhendo também os meus.

Ao Giovani por ter me impulsionado nesta trajetória.

À minha mãe que escutou minhas angústias nessa produção e me mostrou que este era mais um passo de tantos que já dei e de muitos que ainda darei, sem menosprezar a importância deste processo.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo o desvelamento do sentido dos olhares de enfermeiras sobre os assim chamados “loucos”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger (1889-1976) apresentada na sua ontologia publicada em 1927 com o título: Ser e tempo. Foram realizadas entrevistas reflexivas com duas enfermeiras que trabalham ou já trabalharam em Unidades Básicas de Saúde. Compreendeu-se que uma inclinação com maior disponibilidade para o cuidado com os assim chamados “loucos” pode favorecer a desconstrução da visão estigmatizada e excludente que existe há muito tempo em relação a esse sujeito e a construção de um cuidado digno, o que envolve o não julgamento por parte da profissional e o favorecimento à autonomia do paciente. É importante que a formação acadêmica em enfermagem seja revista para que possa entrar em concordância com os serviços substitutivos de saúde mental contemporâneos, sendo também necessário buscar atuações inovadoras que estejam vinculadas às políticas de saúde mental. Além disso, é indispensável olhar para a saúde dessas profissionais que zelam diariamente pela saúde do outro.

Palavras-chave: loucura; profissionais de enfermagem; percepção; formação acadêmica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Situando a loucura historicamente	6
1.1.1 <i>Nomenclatura</i>	6
1.1.2 <i>História da Loucura</i>	6
1.1.3 <i>A Antipsiquiatria</i>	9
1.2 A Saúde Mental na formação em enfermagem	10
2. MÉTODO	13
3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	17
3.1 O entendimento sobre a loucura	17
3.2 A loucura na prática profissional	19
3.3 Formação e saúde mental	22
3.4 O cuidado de quem cuida	23
4. DISCUSSÃO	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
7. ANEXOS	30

1. INTRODUÇÃO

O interesse em estudar a percepção das profissionais de enfermagem sobre os assim chamados “loucos” partiu da experiência e visão de uma enfermeira que, trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) periférica, comentou sobre a dificuldade de muitas profissionais dessa área em recepcionar e atender esses sujeitos, uma vez que esse encontro aparentemente gera muitos desencontros. Existe um despreparo na lida com os loucos. Percebe-se que o relacionamento com estes pacientes recebe uma carga de posicionamentos prévios e pré-conceitos que criam ruído a essa relação.

Compreendendo este discurso e desejando obter maiores informações sobre essas experiências, interpretou-se que perceber mais profundamente esse fenômeno poderia colaborar tanto com a construção de outros olhares sobre o louco, sujeito historicamente estigmatizado, reduzido às suas restrições e isolado socialmente, como para o cuidado daqueles que diariamente zelam pela saúde do outro. Entende-se que compreender o que permeia esse encontro é o primeiro passo a se dar em busca de outras possibilidades de se relacionar que envolva as partes já citadas.

Como sustentação para o assunto, decidiu-se perpassar pela história do louco descrita por Michel Foucault em 1961 a fim de perceber algumas concepções que permearam sua existência da Idade Média até os dias hoje. Essa revisão possibilitou entender que a loucura foi uma criação pautada em diferentes exigências e interesses relativos às épocas, não sendo um fenômeno dado naturalmente, embora essa seja uma ideia bastante propagada (PROVIDELLO e YASUI, 2013).

Foi a partir das posições excludentes em que o louco foi colocado durante as épocas que a enfermagem também construiu sua atuação em saúde mental. A formação desta categoria está bastante carregada de preceitos que corroboram com a ideia de tutela do louco e da loucura, o que contribui com a segregação e fortalece um olhar fragmentado sobre estes sujeitos (SOUZA e AFONSO, 2015). Acredita-se, desta forma, que investigar mais sobre a loucura no contexto da profissão de enfermagem, auxiliará na compreensão da relação que se estabelece entre estes.

Considera-se que o método fenomenológico existencial é ideal para este tipo de investigação a campo, uma vez que pensar através desse viés requer lidar com os fenômenos do modo como eles originalmente aparecem à consciência, buscando compreender o sentido de tudo o que se mostra para o ser em questão. A utilização da entrevista reflexiva também decorre de um desejo de manter esse caráter, dado que este modelo permite uma relação dialógica, uma interação entre os envolvidos na entrevista e

momentos reflexivos que fazem emergir experiências e percepções importantes relacionadas aos fenômenos estudados. Acredita-se que por meio desse método se alcançará com êxito o objetivo deste trabalho, que no caso se refere ao desvelamento do sentido dos olhares que enfermeiras têm sobre os assim chamados “loucos”.

1.1 Situando a loucura historicamente

1.1.1 Nomenclatura

Existe uma dúvida fundante quanto à realização deste trabalho referente à nomenclatura que deva ser utilizada para designar os assim chamados “loucos”. São encontrados diferentes tipos de menções a esses sujeitos: psicótico, louco, alienado, portador de transtorno mental, doido, lunático, doente mental, entre outros. Cada designação aponta para um significado social, histórico e político (RIBEIRO, 2015).

O termo ‘louco’, por exemplo, não carrega uma conotação médica, surgindo antes da origem da psiquiatria. Essa expressão sustenta um significado relativo a anormalidade, embora haja certa subjetividade no uso do termo a depender da sociedade em questão. Philippe Pinel, precursor da psiquiatria, introduziu o termo ‘alienação’ e, posteriormente, a medicina psiquiátrica passou a utilizar a nomenclatura ‘doença mental’, permanecendo o uso do termo ‘loucura’ à dimensão popular. Nos conteúdos legislativos, usa-se o termo ‘portador de transtorno mental’, vocábulo que carrega uma noção relativa ao descontrole e à irrecuperabilidade. A partir da Reforma Psiquiátrica tende-se a evitar o uso dessas terminologias, já que a construção destas está repleta de significações estigmatizantes, acabando por contribuir com a exclusão social desses indivíduos. Dessa forma, o movimento acaba por incorporar o termo ‘pessoa em sofrimento mental’, nomenclatura que procura enaltecer a experiência do sujeito e não apenas a ideia de doença.

Apesar dos termos ‘louco’ e ‘loucura’ causar, por vezes, certo incômodo, são nomenclaturas que servem como ‘taquigrafia coletiva’, isto é, como uma maneira de generalização simbólica diante da amplitude que permeia esse tema. Seu uso é justificável pela capacidade de atingir de forma mais simples significações pretendidas, além de estar isento, originalmente, de concepções médicas.

1.1.2 História da Loucura

A obra *História da Loucura na Idade Clássica* (1961) de Michel Foucault tem como objetivo apresentar o processo de construção do significado de ‘loucura’ e ‘louco’ a partir do modo como a sociedade a experimenta. Além disso, a obra expõe a maneira como a

exclusão social dessa figura foi se constituindo. Para tanto, o autor perpassa pela Idade Média, Renascimento e Idade Clássica, buscando conhecimentos gerais e específicos que compusessem não uma definição da loucura, mas a forma como essas diferentes épocas foram arquitetando o entendimento sobre ela. Fica claro, assim, que a loucura não é um objeto natural, mas uma criação do homem, assim como as tecnologias que favoreceram a exclusão desses sujeitos (PROVIDELLO e YASUI, 2013).

Foucault (2014) inicia essa história através da menção aos leprosos na Idade Média. O surgimento dessa doença desencadeou na elaboração de valores e imagens associados diretamente à exclusão social. Os leprosos eram isolados da sociedade e isto era visto como salvação, uma vez que esse movimento lhes oferecia uma reintegração espiritual. Desaparecida a lepra por volta do século XV, o sentido produzido pela exclusão desse personagem persistirá, mas outras categorias serão colocadas neste lugar.

Surge no fim da Idade Média a Nau dos Loucos¹ – embarcação que transportava tipos sociais numa viagem simbólica em busca do desvelamento dos seus destinos e suas verdades –, como uma opção para cessar o vagar incessante dos loucos pelas cidades europeias. Dessa forma, essas embarcações levavam insanos para territórios distantes em busca da razão. O louco era visto, predominantemente, através de uma experiência trágica: embora de forma excêntrica, tinha um lugar iluminado, expressava a verdade e tinha uma linguagem aceita socialmente, bem como lugares próprios, como a Nau. Já havia aqui, embora de maneira hesitante, traços de uma normatividade e da necessidade desses sujeitos conquistarem aspectos racionais de vida para que pudessem conviver em sociedade.

Gradativamente o louco passou a ser concebido por meio de uma visão crítica, que envolvia a confrontação do homem com a verdade. A partir da experiência clássica, mais precisamente no século XVI, essa visão se acentua e duas questões passam a ser fundamentais para entender a loucura: 1) ela passa a ser entendida somente em relação à razão, possuindo uma referência recíproca, isto é, sendo a loucura fundamentada pela razão e vice-versa; 2) ela só passa a ter sentido no próprio campo da razão, sendo uma de suas formas.

Esse modo de pensar viabilizou a invenção do internamento – este que não tinha como objetivo curar, mas afastar - na época Clássica, assim como a Idade Média criou a

¹ A Nau dos loucos (Nau dos Insensatos) tela pintada por Hieronymus Bosh (1490-1500) encontra-se no museu do Louvre – Paris.

prisão para os leprosos. O vazio deixado pela lepra foi preenchido pelos 'internos', agora através de novas significações políticas, econômicas, religiosas, sociais e morais.

Os hospitais gerais, desenvolvidos no século XVII, revelam uma mudança que se fez em relação à loucura: antes santificada pela experiência religiosa, nesta ocasião passa a conter uma concepção moral que a condena, exigindo uma reclusão, uma vez que estes sujeitos acabam por perturbar, agora de maneira mais incisiva, a ordem do espaço social. O internamento, portanto:

“[...] organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação.” (FOUCAULT, 2014, p. 56)

Fazia parte deste grupo que perturbava a ordem social tipos heterogêneos, como o jovem rebelde, os vagabundos, insanos, prostitutas, pobres, entre outros perfis. Os critérios para o internamento, portanto, sempre estiveram relacionados à condenação ética da ociosidade, uma vez que sujeitos inativos não contribuem economicamente e ainda atrapalham o modo de vida civil. Em relação a esses perfis, quando necessário conveniente “a alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas.” (FOUCAULT, 2014, p. 67)

Nessa época, o internamento não se relacionava com um estabelecimento médico, mas com uma estrutura sem jurídica, isto é, algo próximo a uma instituição administrativa que possui poderes de decisão, julgamento e execução. Foucault procurou desnaturalizar a conexão medicina-loucura em seu livro, posto que essa área só se implicaria de forma incisiva no campo da loucura mais tardiamente.

O médico passa a fazer parte deste mundo a partir do século XVIII, quando se transforma em defensor dos perigos que as casas de internamento oferecem à sociedade. Essa nova prática faz ascender um novo debate, aquele no qual distingue doenças físicas das doenças psicológicas ou morais. Neste mesmo século passa-se a separar os loucos numa instituição específica, momento em que a loucura adquire um sentido próprio, autônomo, uma linguagem particular. A diferenciação se dá, agora, entre os próprios loucos e não em relação a outras categorias (VIEIRA, 2007).

A partir da estruturação de um elo forte entre internamento e medicina, surge, no século XIX, a psiquiatria positivista, instante em que a loucura vai se confinando aos domínios da ciência. Essa nova vertente, no entanto, não esteve ligada a libertação da loucura, mas a uniu ainda mais ao internamento. A questão da loucura, antes circunscrita

pelas instâncias social, moral e jurídica de exclusão, passa a ser uma questão médica de marginalidade.

O internamento passa a ser criticado quando, em período de intenso mercantilismo, vê-se que sujeitos pobres internados não são nem produtores nem consumidores, mas mantidos pela caridade, o que é considerado uma falha econômica, uma vez que gera gastos e a produção de riquezas é impedida. A partir destas contestações, o miserável é 'libertado' deste local e passa a frequentar a sociedade, servindo como mão-de-obra barata, enquanto fica determinado que o louco permanecerá nas casas de internamento por meio da assistência integral.

Com o advento da Psicologia no século XIX, a concepção de homem modifica-se, visto que agora o homem é considerado detentor de sua própria verdade. O louco, por sua vez, também é percebido dessa forma, mas sua verdade encontra-se ocultada, momento em que a Psicologia, por meio de uma linguagem especializada, se manifesta como capaz de revelá-la.

Através deste compêndio, pode-se entender que o louco não é um dado biológico, algo dado naturalmente, mas se aporta numa construção baseada nas condições e interesses histórico-culturais correspondentes à época.

1.1.3 A Antipsiquiatria

Diante do cerceamento do mundo do louco, principalmente ao longo da Idade Clássica e Moderna, surgiram, na passagem do século XIX para o XX, contestações frente às formas de classificação e tratamentos ineficazes usados em doentes mentais, baseadas na individualização e na determinação orgânica. A desumanização decorrente do isolamento e das violências física e psicológica usadas no tratamento, focando o ajustamento desses sujeitos à ordem e à razão, foi alvo de críticas, bem como alternativas de cuidado, culminando no movimento chamado antipsiquiatria (OLIVEIRA, 2011).

A base epistemológica para a concepção teórica do movimento surgiu da fenomenologia e da filosofia existencialista de Sartre. A partir destas vertentes, compreende-se que a doença se realiza no núcleo da existência, sendo uma dimensão desta, e que a simples descrição dos fenômenos – em busca das causalidades - pautada no modelo positivista ocasiona no distanciamento do sujeito em questão. Entende-se que dispor de uma postura compreensiva frente ao adoecer psíquico se faz alcançar a essência dos fatos. Dessa forma, a psiquiatria tradicional, atuando sobre as inferências

psicopatológicas, inviabiliza projetos de ser, uma vez que encerra sujeitos a rótulos e julga deter a verdade sobre perspectivas de recuperação (SPOHR e SCHNEIDER, 2009).

A contracultura iniciada nos EUA na década de 1940 e expandida pelo mundo afora foi um movimento bastante importante para o incendiar das lutas das minorias que reivindicavam direitos à cidadania e à diferença, negando a ordem e a centralidade da racionalidade. O que estava em pauta era uma nova maneira de se olhar o mundo, de forma que este abarcasse as diferentes existências, as diversas formas de se relacionar, o que incluía a necessidade de reintroduzir o louco na sociedade a partir de uma reconstrução da compreensão desses sujeitos.

Influenciado pela contracultura, o movimento antipsiquiátrico iniciou na Inglaterra nos anos 50 e 60 através dos fundadores David Cooper e Ronald David Laing, e foi se expandindo para a França, Itália, EUA e outros países. Entende-se que o foco da psiquiatria tradicional sempre foi invalidar sujeitos através dos rótulos que se criava, e que as ideias referentes ao manicômio e a doença mental foram criadas para aprisioná-los física e simbolicamente. De acordo com Foucault, docilizar esses corpos tem como intuito dominá-los e puni-los mais facilmente e eficazmente, contribuindo com a manutenção do sistema capitalista, opressor e aniquilador de subjetividades. Os seguidores do movimento antipsiquiátrico, portanto, “acreditavam que a loucura é construída, fabricada pelas relações de poder e também a partir de práticas discursivas.” (OLIVEIRA, 2011, p. 143).

A antipsiquiatria admite a loucura a partir de uma dimensão política, acreditando que a “doença”, da forma como é compreendida e encarada pela psiquiatria tradicional, é forjada para que seja possível o uso do poder. Neste contexto, entende-se que os sintomas estão relacionados com as relações que são travadas entre os indivíduos e que a tendência a isolar o louco da sociedade e torná-lo passível de uma compreensão individualizante, é justamente o movimento oposto que deveria ser feito para alcançar o efetivo cuidado desses sujeitos. As referências da própria vida estão baseadas nas vinculações que são construídas com os outros, com o mundo. Logo, nenhum indivíduo deve ser visto isoladamente, como um corpo único, dissociável, descolado das condições da qual vive, mas sempre a partir das relações que estabelece.

1.2 A Saúde Mental na formação em enfermagem

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) estão associadas à Reforma Sanitária Brasileira e também aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas Diretrizes apontam que devem ser levados em

consideração na formação em enfermagem uma visão histórico-social dos processos, o compromisso ético, crítico e reflexivo para que seja possível agir a favor da saúde de forma integral (FERNANDES et. al, 2009).

Neste contexto, a Reforma Psiquiátrica (R.P.) também contribuiu com a reformulação da atenção à saúde mental, influenciando também nestas Diretrizes. A Reforma instaura a necessidade de superação do confinamento do louco em manicômios e da percepção que preza pela tutela do louco e da loucura, a favor de um cuidado que envolva dignidade, cidadania e desinstitucionalização, e à construção de um olhar e de um encontro com este sujeito que o considere de maneira íntegra: contexto social, econômico, cultural, etc.

No entanto, o que se vem percebendo é uma dificuldade em articular o novo modelo de assistência à saúde mental às práticas acadêmicas em enfermagem. Algumas vezes, o ensino é realizado com base nestes novos paradigmas, mas a prática ainda permanece dissociada da aprendizagem. Em outros casos, a experiência quase total do profissional é construída na prática, a partir da relação com outros profissionais e com as necessidades que a rotina de trabalho reivindica. As instituições formadoras ainda estão distantes do que é preconizado nas Diretrizes educacionais e da saúde. O desafio, então, consiste, em fazer valer os novos preceitos da R.P., tanto no discurso quanto na prática profissional (SOUZA e AFONSO, 2015).

Segundo Lucchese e Barros (2009), a formação do profissional de enfermagem ainda está apoiada nas pedagogias tradicional e técnica, estas que propagam uma visão biologicista, mecanicista (processo saúde-doença), fragmentada do sujeito e que leva em primazia o ensino no âmbito hospitalar, este que é voltado para a medicalização e estruturado numa cultura da exclusão. Dessa forma, reproduz-se o modelo dominante – o biomédico - e o enfermeiro acaba, em seu campo de atuação, a se limitar a uma prática prescritiva, pré-estabelecida, uma vez que o ensino não incita a autonomia do aluno, o pensamento reflexivo e questionador, e a construção de uma prática que permita ir além do prescrito, que saiba lidar com os imprevistos e com o cuidado ampliado.

A contradição está colocada quando o graduado em enfermagem passa a trabalhar nos serviços substitutivos, principalmente naqueles voltados para a saúde mental, uma vez que falta capacitação necessária – teórica e prática - para atuar conforme as políticas de saúde mental pautadas na R.F.. O modelo de educação tradicional e tecnicista opera numa dificuldade destes profissionais se enxergarem fora da prática que visa o modelo hospitalar, o que caracteriza numa imagem limitada no fazer da profissão e causa também uma crise de identidade na categoria quando estes são admitidos nos serviços substitutivos; isso

quando os serviços substitutivos de saúde mental são uma opção de trabalho para esses profissionais.

No estudo proposto por Souza e Afonso (2015), profissionais de enfermagem que trabalham na área de saúde mental em Minas Gerais relatam que a formação oferecida foi baseada no modelo manicomial e que esta foi ineficiente para a atuação profissional. Quando perguntado a eles sobre o que transformariam na formação, afirmam ver necessidade em investir mais em estudos psicopatológicos, mas não se preocupam com conteúdos relacionados aos serviços psicossociais, à Reforma Psiquiátrica e com as políticas de saúde mental e suas estratégias. Vê-se, dessa forma, que os profissionais percebem uma falha na formação, mas não estão apropriados das concepções que buscam pela superação da visão tutelada do louco e, conseqüentemente das competências necessárias para atuar nos serviços substitutivos. A partir desse cenário, fica claro que é necessário

“Desconstruir espaços, saberes e práticas burocráticas, controladoras e excludentes, de estruturas rígidas, onde espera-se do profissional atitudes fragmentadas e desarticuladas, que apenas revigora as práticas psiquiátricas. Não basta mudar o louco de espaço (do manicômio para os serviços substitutivos), se continuar reproduzindo um saber/fazer de controle total, relação vertical, hierárquica, domínio e dependência.” (LUCCHESI e BARROS, 2009, p. 158)

É preciso que haja mudanças nos métodos formativos em enfermagem, de forma a transformar o ensino rígido, tradicional e técnico, que visa somente a transmissão de conhecimento de um corpo para outro em uma formação que possibilite o diálogo, a inovação, a autonomia do aluno, ao desenvolvimento de uma disposição do profissional que contemple a atenção e a escuta, e a construção de um caminho para a práxis, para que seja possível exercitar ações que desmistifiquem a loucura e recupere o louco deste lugar sombrio e segregado do qual há muito tempo foi estrategicamente posicionado.

2. MÉTODO

A Fenomenologia tem origem no século XIX através de Edmund Husserl (1859-1938) como um movimento filosófico que progressivamente teve desdobramentos importantes na filosofia, psiquiatria e psicologia. Trata-se de um método que favorece um novo modo de se pensar os fenômenos, portanto, uma nova proposta epistemológica. Para Husserl, intenciona-se “voltar às coisas mesmas”, isto é, estudar os fenômenos da maneira como eles aparecem, como eles são dados à consciência. Nesse sentido, procura-se acessar os atos intencionais da consciência: percepção; emoções; pensamentos; fantasias; imaginação assim como os delírios e as alucinações. O que se mostra o faz de muitas formas e é relativo quando da pessoa que percebe e o lugar da qual ela olha (FREIRE e SODELLI, 2017).

Esse movimento filosófico surge como crítica ao pensamento positivista iniciado por Augusto Comte (1798-1837), cuja intenção é superar todo pensamento especulativo e toda a transcendência em favor da verificação e comprovação das leis que regem as experiências. Opera-se por meio do quantificável, do objetivável, possuindo noções fixas do que é real, do que é verdade. A separação sujeito e objeto (S-O) introduzida na filosofia moderna mais fortemente por René Descartes é enfatizada pelo positivismo.

A Fenomenologia de Husserl parte de um outro modo de pensar ao evidenciar a consciência como intencionalidade e por criticar as amalgamas interpretativas que revestem os fenômenos de posicionamentos ‘apriorísticos’ consolidados pelas ciências autônomas: a psicologia, a sociologia, a biologia, a antropologia, etc. Nesse sentido, Husserl propõe dois passos metódicos: a redução fenomenológica (suspensão dos apriórís) e a redução eidética (chegar às essências dos fenômenos). Entende-se por essência dos fenômenos aquilo que é invariável, atemporal.

Segundo Critelli (1996), pensar ou agir fenomenologicamente é lidar com os fenômenos do modo como eles aparecem, da maneira mais original possível, sem ter de envolver teorias, conceitos ou técnicas prévias para compreender o que se mostra. O fenômeno só se faz fenômeno a partir do modo como ele se manifesta e do olhar e lugar próprio de quem o percebe. Visto isso, a separação sujeito-objeto não faz sentido algum para o modo de pensar fenomenológico, já que o objeto não existe por si só, mas sempre a partir de uma intencionalidade. A consciência sempre é consciência de algo, o que nos faz compreender que o fenômeno sempre decorre de uma realidade interpretativa.

A Fenomenologia está atrelada a um processo de desconstrução-construção. Desconstrução de um modo científico específico de pensar, que aparece como uma

possibilidade entre outras, para construir novos olhares sobre os fenômenos, o homem, o mundo.

Posteriormente, Martin Heidegger (1889-1976), aluno, assistente e sucessor de Husserl, apresenta uma Fenomenologia Hermenêutica na sua ontologia fundamental – Ser e tempo (1927). A Fenomenologia passa, então, a seguir uma linha de pensamento que visa o desvelamento do ‘sentido do ser’ (uma ontologia), ou seja, do sentido de tudo aquilo que se mostra para o ser-aí (*Dasein*). Sentido é distinto de uma essência, pois o sentido é polissêmico, variável e sempre está ligado a um contexto. Assim, deve-se considerar o âmbito do enredo em que ele aparece – histórico e pessoal. Cabe ressaltar que ser para Heidegger é compreendido como um evento, um acontecimento apropriativo e não como interpretou a tradição metafísica: uma essência, um conceito, uma definição (COLPO, 2017).

Ser se realiza enquanto abertura, visto suas possibilidades de existir e devido à capacidade compreensiva de dar sentido às coisas. Também se realiza em relação à sua incapacidade de atingir qualquer fixidez no mundo inóspito do qual faz parte e à condição de ser para além do presente, já que o passado não está encerrado, mas atualizado conosco, e pelo fato de que somos conduzidos para o futuro. Além disso, envolve a condição de que somos seres-para-a-morte, isto é, temos certeza de uma finitude.

Sentido (*Sinn*= rumo, direção do existir), refere-se grosso modo ao propósito, ao projeto de mundo que orienta as ações do homem como ser-no-mundo, sendo que o sentido do ser, como já dito, é mutável, itinerante, polissêmico. Como diz Critelli (1996): “Ser aparece para o homem durante sua própria existência como sentido de seu próprio ser-no-mundo” (p.53). Ser e sentido realizam a unidade de uma correspondência, mas como complementa a autora: “[...]é constitutivo deste sentido evadir-se para algum ocultamento, de onde ele provoca o homem a desocultá-lo” (Idem). Como o sentido nem sempre se revela, podendo se evadir ou se mostrar nos seus modos privativos (parecer ser, aparência e mera aparência) é que a fenomenologia como uma prática hermenêutica tem como tarefa desocultá-lo. O empenho desse trabalho tem como horizonte desvelar o sentido do fenômeno aqui pesquisado.

2.1 Procedimento

Esta pesquisa visou revelar os sentidos que marcam a experiência de duas enfermeiras que trabalham ou já trabalharam em Unidades Básicas de Saúde ao recepcionarem e lidarem com pessoas com transtornos psiquiátricos, “os assim chamados

loucos”. A pesquisa foi de natureza qualitativa, pautada na abordagem Fenomenológica Existencial e delineada pelo método da entrevista reflexiva exposto no livro: A entrevista na pesquisa em Educação – a prática reflexiva – Heloisa Szymanski (org). Este tipo de pesquisa é baseado na horizontalidade entre entrevistadora e entrevistada, em que o aspecto dialógico leva a uma reflexividade e a uma interação entre os envolvidos, favorecendo uma situação de confiabilidade para que a entrevistada se abra. Há um caráter ativo de ambas as participantes na entrevista já que os significados só surgem por conta da inter-relação que se estabelece (SZYMANSKI, org., 2010).

A questão da reflexividade trata-se da ação constante, por parte da entrevistadora, de refletir sobre o significado daquilo que a participante expõe e, conseqüentemente devolver a ela essa compreensão, de forma a assegurar que o entendimento construído pela entrevistadora seja verdadeiro. Sendo assim, há uma “volta” constante à entrevistada, permitindo-lhe um espaço de escuta, além de um espaço de fala. A função primordial da entrevistadora é dar abertura para a relação interpessoal que se estabelece e dar voz às ideias expressas pela entrevistada.

Não há um roteiro prévio para a execução da entrevista e, portanto, ela se desenrola de forma semiestruturada através de questões norteadoras, no intuito de que seja possível que a entrevistada discorra o mais livremente possível sobre o assunto. Esse modo de conduzir permite que haja um exercício de abertura por parte da entrevistadora, uma vez que os assuntos se manifestarão sem que os conheça previamente.

Este tipo de entrevista se inicia pela fase de aquecimento, que consiste na apresentação pessoal e na preparação para que o encontro se torne confortável, favorecendo o diálogo. Posteriormente, a questão norteadora é lançada e, ao passo que a entrevistada comunica suas ideias, a entrevistadora devolve as informações da maneira como ela as compreendeu.

As questões norteadoras utilizadas abordaram de maneira ampla a forma como as enfermeiras percebem a pessoa em sofrimento mental. Para tanto, perguntou-se para as entrevistadas o que é loucura, como se desenrola a vida com a loucura em seu cotidiano de trabalho, como essa pessoa é tocada afetivamente quando se depara com esse tipo de experiência e como foi o processo formativo dessa profissional em relação a saúde mental.

A realização das entrevistas vinculada à instituição PUC/SP foi aprovada pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil (Nº Parecer: 2.388.593) em 20 de novembro de 2017. As entrevistas foram gravadas a partir da autorização das entrevistadas expressas em termos

de consentimento. Após sua execução foi feita a transcrição literal da gravação e, em seguida, a análise.

Na análise, as entrevistas foram sintetizadas em “Indicadores de Sentido”, sendo estes trazidos como possíveis indicadores que possam revelar as direções, os rumos que constituem esses sentidos. O uso de tal método de pré-análise é justificado a partir de Heidegger (2015), cujo autor traz que em uma “(...) primeira aproximação e na maioria das vezes, os fenômenos não estão dados. O conceito oposto de fenômeno é o conceito de encobrimento” (p.00). Outra indicação importante que corrobora com este entendimento e que é consonante a noção de sentido encontra-se em ST (2009): “Sentido é o contexto no qual se mantém a possibilidade de compreender alguma coisa, sem que ele mesmo seja explicitado ou, tematicamente visualizado” (p.408). Portanto, tal método busca uma primeira aproximação daquilo que se mostra e configura-se a partir destes indicativos encontrados.

Realizam-se, então, leituras sucessivas do discurso até inteirar-se do seu contexto, mantendo o olhar sensível para aquilo que possa conter significações existenciais do fenômeno que procura compreender. Aos poucos, a pesquisadora identifica partes que, na relação com o todo, trazem sentido ao seu mundo vida; surgindo daí as constelações de sentido que revelam o pensar da pessoa pesquisada sobre a experiência vivida. Começa-se, então, a tarefa hermenêutica, tendo sempre como referencial a questão norteadora da investigação. Os índices de sentido selecionados, ainda na linguagem coloquial do sujeito, às vezes, requerem transformações, com objetivo de tornar claro o seu conteúdo e até mostrar as estruturas que, à primeira vista, pareciam ocultas. Elas podem também ser agrupadas, de acordo com as semelhanças de seus temas, interpretadas e, se necessário, sintetizadas (GRAÇAS, 2000).

A partir dos Indicadores de Sentido que se abriram foram construídas constelações de sentido (SZYMANSKI, 2004), para que assim com tais constelações formadas fosse possível extrair uma análise sobre os sentidos da percepção das profissionais de enfermagem sobre “os assim chamados loucos” e o modo como eles são recepcionados por essas profissionais. A ideia das constelações corrobora com a fenomenologia hermenêutica de Heidegger, pois tais constelações se configuram a partir dos indicativos assinalados previamente.

3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As profissionais de enfermagem entrevistadas se formaram em 2008 e 2010, em Universidades diferentes dentro da capital paulista e construíram suas carreiras no setor público de saúde, mais sistematicamente na Atenção Básica - Unidades Básicas de Saúde (UBS) - localizadas em áreas de alta vulnerabilidade social. Há cerca de 2 anos, a enfermeira L. migrou para a Atenção Secundária, passando a exercer a profissão em um Ambulatório Médico de Especialidades (AME).

Nas entrevistas percebeu-se uma diferença no interesse em Saúde Mental durante a trajetória acadêmica e profissional das enfermeiras, o que ajuda desde o início a entender a construção da percepção e da prática com os assim chamados “loucos”. Enquanto a enfermeira L. apresentou desejo em se debruçar sobre o mundo da saúde mental, a enfermeira F. parece um pouco mais distanciada desse tipo de cuidado em específico, apresentando facilidades e inclinações para outros tipos de ocupações que, segundo ela própria, não deixam de ser humanizadas².

A partir da lida incessante dos relatos e com o auxílio das perguntas disparadoras, identificou-se quatro constelações de sentido. São estas:

1. O entendimento sobre a loucura;
2. A loucura na prática profissional;
3. Formação e saúde mental;
4. O cuidado de quem cuida.

3.1 O entendimento sobre a loucura

O olhar sobre a loucura tem diferentes inclinações nos discursos de cada profissional. A enfermeira F. aponta definições que se assemelham àquelas da área médica, uma vez que aparecem de forma mais determinista e tomadas em comparação a um padrão de normalidade. Inicialmente, a loucura é apresentada por ela como uma *“alteração de reação aos estímulos da vida”* e um *“desvio de ideias e comportamento mediante adversidades ou coisas boas”*, dando a entender que há um conjunto de reações, comportamentos ou ideias que são melhores aceitos socialmente e acabam por fazer parte daquilo que se julga como realidade. Logo, aquilo que não compreende como um ato

² Cuidado humanizado é aquele no qual há “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.” (BRASIL, 2004, p. 8)

padrão, esperado, aquilo que é fora das possibilidades comuns é incluso no que se chama de loucura. Os termos “*fugir do padrão de normalidade*” e “*perder a noção de realidade*” são usados pela profissional, embora logo em seguida ela se indague sobre como é estranho pensar sobre o que é socialmente aceito, uma vez que pensar sobre essa questão ou o que é realidade parte de uma construção social relacionada, muitas vezes, a interesses, tratando-se, portanto, de definições arbitrárias. O que se julga como verdadeiro ou falso só o são dessa maneira, pois o fazem em comparação a algo. Sendo assim, é bastante claro que o louco é colocado na posição do ser de fora, do anormal, pois é contraposto à ideia de homem ideal da sociedade contemporânea: aquele que segue padrões de conduta, que reproduz, que é voltado ao trabalho, à produção e à utilidade econômica. Pede-se uma disposição no mundo muito específica, que se alterada é tomada como anormalidade, inatividade, mesmo que o louco se ocupe e produza no mundo de outras formas.

As causas da loucura estão também expressas neste discurso e possui uma importância explícita no fazer cotidiano desta enfermeira. Ao mesmo tempo em que a profissional se preocupa com a influência que possui mais e menos peso na construção da loucura, não sabe precisar a proporção de causas genética e/ou educacional. Essa visão possibilita que a enfermeira perceba também que há loucuras reversíveis e irreversíveis, uma vez que causas genéticas possivelmente estejam relacionadas àquilo que não há mais volta, enquanto aquilo que foi construído durante a vida, o que está relacionado à educação, poderá ser desconstruído.

Em contraponto, a enfermeira L. parte da afirmativa de que “*não é só o diagnóstico que classifica a loucura*”, nos dando a entender que o que a nomenclatura médica carrega não define por completo quem esse sujeito é. Entende-se, assim, que a profissional percebe mais do louco do que aquilo que a psicopatologia tradicional ditou, o que permite um olhar com maior abertura para este sujeito, pois entende-se o diagnóstico também como uma percepção afunilada de determinada patologia, o que resulta, muitas vezes, numa tentativa de fazer caber um sujeito em uma classificação já dada. Colocar este sujeito dentro de determinado rótulo é, muitas vezes, um processo que facilita e favorece o cuidado, pois dessa forma compreende-se o mundo geral desse sujeito, mas, grande parte das vezes, a definição é usada de forma a evitar o contato singular, admitindo-se parâmetros e condutas gerais para lidar com sujeitos que, na realidade, são diferentes entre si e, dessa forma, demandam cuidados distintos.

Segundo L., se a loucura não for reduzida apenas ao diagnóstico, todos nós somos loucos porque apresentamos atitudes que fogem do senso comum, do padrão. Essa compreensão é expandida quando a profissional relata que a *loucura “às vezes é uma construção apenas e não uma doença de fato”*, discurso que nos remete imediatamente à visão de Foucault que, em sua obra, identificou os diferentes lugares que a loucura ocupou e ocupa a depender dos interesses políticos, econômicos e sociais das épocas.

Se a loucura é vista de maneira tão abrangente, então o que realmente a compreenderia? Segundo L., o olhar e o cuidado diferenciado têm que se dar àqueles aos quais a funcionalidade do dia-a-dia está comprometida. Aquele que *“não está conseguindo mais fazer uma gestão da sua própria vida, das suas atividades do seu cotidiano, que isso independe de um diagnóstico”* precisa de ajuda especializada.

L. profere repetidas vezes que o louco ocupa um lugar muito específico na sociedade, que é o da exclusão, uma vez que existe um preconceito grande em relação a esse sujeito e que, no geral, a sociedade tem grande dificuldade em lidar com a diferença. Essa forma de pensar e lidar com a loucura esbarra também na dificuldade das pessoas em identificar o adoecimento dessa ordem em si próprias quando necessário, pois estão atravessadas por uma visão extremamente estigmatizada da loucura, que acaba por interferir no auto cuidado e por protelar ou anular um pedido de ajuda.

3.2 A loucura na prática profissional

Assim como o entendimento sobre a loucura tem diferentes significações para as duas enfermeiras, a atuação também possui pilares distintos, o que tem relação direta, como já dito anteriormente, com a inclinação para esta área. Segundo L., existem profissionais que por variados motivos, inclusive medo do desconhecido e/ou por ter vivenciado experiências negativas com saúde mental, se afastam desse tipo de cuidado. Além disso, há de se levar em conta o processo formativo das profissionais de enfermagem, em que o distanciamento e o medo em relação ao louco são aspectos recorrentes nos conteúdos, tendo as medidas classificatórias e medicamentosas uma importância muito grande.

Percebe-se no discurso de F. uma dificuldade institucional em fazer o acolhimento da pessoa adoecida psiquicamente. *“Quando é uma demanda agendada, entra no consultório do médico, da enfermeira, do psicólogo e ali é feito a consulta. Quando é do dia [acolhimento] é difícil você ficar meia hora conversando, tentando descobrir, desvendar, atendendo, porque você tem ali um papa pra colher, um pré-natal pra abrir.”* O fato dos

profissionais da UBS possuem tempo demarcado (15 minutos) de atendimento faz com que eles sejam bastante práticos na lida com esse sujeito, de forma a, muitas vezes, rapidamente medicá-lo e liberá-lo. A profissional conta que a demanda por tempo para este sujeito é maior do que o tempo preconizado. Esse fator compreende numa falha institucional, uma vez que se determina a priori um tempo hábil de atendimento que, na maioria das vezes, não é suficiente para realmente acolher o sofrimento do indivíduo.

Segundo F., o diálogo com o paciente que possui questões de saúde mental é mais difícil. Então, como atuar de forma a oferecer um atendimento humanizado, que realmente envolva o sujeito em seu processo de cuidado, levando em consideração essa dificuldade de diálogo e o atendimento com tempo restrito? Vê-se, dessa forma, que o cuidado a esse paciente pode se dar de maneira muito arbitrária e verticalizada a partir dessas prescrições. Ademais, o profissional fica fadado a um tipo de atuação que preza pelo quantitativo, podendo tornar-se uma prática bastante superficial.

Compreende-se também no discurso de F. que o atendimento ao louco é priorizado, principalmente quando se trata do acolhimento, pois enxerga-se esse sujeito como capaz de realizar algum ato que comprometa de alguma forma as pessoas que se encontram na instituição. *“Pra que ele [louco] não ficasse lá na recepção de alguma forma perdido, solto e pudesse... porque a gente não sabia até que ponto a reação dele pudesse virar uma agressão, então a gente dava uma certa prioridade pra que ele se sentisse mais à vontade.”* Entende-se a partir disso que o atendimento é agilizado para evitar situações desagradáveis, ações violentas vindas deste paciente, condições que são bastante difundidas na sociedade em relação a este indivíduo. Esse tipo de acolhimento acaba por reforçar esse tipo de compreensão acerca da loucura, levando, conseqüentemente, a evitar o contato social com esses sujeitos. Assim, caímos num ciclo vicioso que compreende numa visão estigmatizada desse indivíduo que sustenta uma segregação; esse afastamento da sociedade, portanto, também mantém enrijecida a visão que se tem sobre a loucura. Esse fenômeno é observado na própria instituição, quando, por exemplo, os funcionários comentam com a chegada de algum paciente adoecido psiquicamente: *“ixi, chegou o doidinho”*, seguido de risadas. Por trás dessa fala aparentemente inofensiva, existe uma construção complexa em relação ao olhar que se tem do louco na sociedade. O sofrimento deste sujeito é invisível e dá lugar a uma visão cômica de seu modo de viver.

De acordo com F., sua atuação com os assim chamados “loucos” ocorre e deve ocorrer no sentido de reforçar a realidade, mas de não combater a visão deste indivíduo. Existe uma necessidade da profissional em entender que atitudes são reais/verdadeiras e

quais fazem parte da loucura, isto é, são falsas. Há um certo incômodo quando ela não consegue discernir entre essas opções. Os esforços são direcionados para descobrir os fatos, o que também faz com que, em certa medida, se perca o olhar sobre o indivíduo dotado de um sofrimento.

Já no discurso de L. identifica-se a importância da articulação da rede de apoio (outros equipamentos de saúde, comunidade, amigos e família) em sua prática para lidar com as questões do paciente em sofrimento psíquico. Em um dos casos que estava envolvida, em que praticamente a família inteira possuía questões com saúde mental, chegou a acionar a vigilância sanitária, pois precisava de auxílio com o acúmulo da família.

A profissional também vê grande relevância no trabalho realizado através de um Grupo de Saúde Mental que participou em uma das UBS, dando destaque para este tipo de cuidado envolvendo a grupalidade, o coletivo, o diálogo. Foi neste ambiente que percebeu com mais propriedade a importância da vinculação com os pacientes considerados loucos para a efetiva melhora dos mesmos. Além disso, compreende que o espaço de fala e escuta disponível no grupo vai na contramão do que lhes é oferecido no dia-a-dia. De acordo com L., o louco *“não tem com quem desabafar e isso faz com que a qualidade de vida deles seja muito pior. Eu percebo que quando ele tem espaço de escuta ele melhora muito, ele começa a ser visto na sociedade, ele começa a estudar, ele começa a ter um papel na família e descobrir esse papel, que não é só daquele coitado que é doente. Pelo menos é essa visão que eu tinha no grupo, inclusive a maioria dos que participavam do grupo acabavam sendo inseridos no mercado de trabalho.”* O grupo, então, é visto como um espaço potente para o acolhimento e para a troca, influenciando na reinserção desse sujeito na sociedade e no alívio de seu sofrimento.

Na comunicação com os tipos como “loucos”, L. expressa ter como uma das estratégias mergulhar na loucura do sujeito. Ela enxerga que combater seu posicionamento não é uma opção viável, pois constantemente esse sujeito é negado em suas colocações. Segundo L., *“eles enfrentam uma dificuldade no ‘não’, eles já tem muito não”*. Dessa forma, dar espaço para a expressão e validar esse discurso - tudo o que se diz e o que se faz tem um sentido - é mais digno e benéfico do que simplesmente desacreditá-lo. L. revela que são essas negações da sociedade em relação ao sujeito louco que motivam suas reações violentas, afirmativa que aponta a responsabilidade do outro da relação na maneira como o louco reage.

De acordo com esta profissional, o cuidado ao sujeito em sofrimento mental deve envolver o não julgamento, a construção de um vínculo de confiança e a empatia. A partir destes pilares é possível cuidar de forma humana e respeitosa.

3.3 Formação e saúde mental

“[...] o enfermeiro não é formado pra saúde mental, assim como não é pra saúde pública. A maioria das faculdades de enfermagem formam um enfermeiro que vai trabalhar de salto lá no Einsten. A faculdade não nos prepara pra atenção pública, pra atenção dos marginalizados, dos excluídos. A gente não é preparado pra isso.”, diz L. O pouco que L. teve de conteúdo em sua graduação foi aproveitado, mas a maioria dos conteúdos relacionados à saúde mental eram tratados no âmbito da hospitalização e não dos serviços substitutivos. Além disso, L. conta que em sua formação *transmitiam “[...] os cuidados que você tinha com os pacientes que podem te agredir, então já traz essa questão do medo por si só. Eles trazem esses temas. E isso traz um pouco de medo, talvez seja daí né. É que eu não consegui interpretar dessa forma, até porque quando eu vim trabalhar já foram outras experiências, já fui desconstruindo.”*

Seu crescimento efetivo voltado à lida com os chamados “loucos” advém de interesses e buscas pessoais sobre o tema, além de contatos com profissionais dos CAPS e da construção desse modo de se relacionar no próprio campo prático.

Dessa forma, percebe-se na experiência de L. um descompasso na formação em relação às novas propostas de cuidado em saúde mental e uma reprodução, na própria academia, da ideia de periculosidade dos loucos, o que contribui com o distanciamento do profissional de enfermagem em relação a esse paciente.

Já F., enxerga em sua formação um momento extenso e produtivo em relação ao ensino-aprendizagem em saúde mental, tendo inclusive estagiado em CAPS. Embora tenha vivido isso, diz não conseguir exercer o que aprendeu - se debruçar em poucos casos e pensá-los profundamente de maneira singular -, de forma a realizar um projeto terapêutico singular. Aqui detecta-se, mais uma vez, uma falha institucional, pois não é possível dar conta com propriedade dos casos dos pacientes por conta da alta demanda. Vê-se, dessa forma, uma divergência entre o que a academia prega como necessário nos atendimentos e o que a realidade possibilita como condição para o exercer do trabalho das enfermeiras.

F. conta que para exercer a função de enfermeira em uma UBS necessita *“[...] saber de tudo um pouco”*. Sendo assim, conta que se seu intuito fosse trabalhar especificamente com saúde mental, precisaria de uma especialização para auxiliar em seu trabalho.

Completa dizendo que lidar com a loucura exige um esforço maior e que se sente mais preparada ao atender uma paciente que realizará um papanicolau, por exemplo. Dessa forma, percebe-se que a profissional de enfermagem é formada de maneira a estar mais preparada para lidar com questões técnicas e relacionadas ao trato biomédico, objetivo; diferente de lidar com um paciente com questões de saúde mental, em que a medicalização e a lida física são apenas uma das possibilidades de intervenção que se pode realizar.

3.4 O cuidado de quem cuida

Os discursos das duas enfermeiras levantam a questão da importância do cuidado em relação às profissionais de saúde, mais especificamente das enfermeiras. O envolvimento diário com o sofrimento do outro, a necessidade de se lidar rapidamente com cada paciente frente à alta demanda e o despreparo em relação a algumas situações que surgem como solicitações a essas profissionais geram, muitas vezes, sentimentos de frustração e impotência.

Segundo F., é necessário reiterar a cada instante na prática profissional que a resolução dos problemas dos pacientes não depende apenas do trabalho das enfermeiras, embora essa seja uma ideia muito difundida. Diz F., “(...) às vezes a gente se sente muito impotente. A gente está ali, vai passar uma terapia medicamentosa ou que seja uma psicoterapia ou um encaminhamento ou alguma atividade laboral, mas e o resto?”. A maioria dos problemas com que elas lidam são complexos, pois envolvem questões de vulnerabilidade social extrema. Logo, muitos dos cuidados que se oferece esbarra em dificuldades educacionais, culturais, de saúde, de trabalho, de habitação, entre outras. Como essas profissionais estão muito vinculadas a essa população, acabam enxergando sistematicamente as mazelas em que vivem e são, muitas vezes, as primeiras pessoas a receberem um pedido de ajuda, estas das mais variadas ordens. Carregam, dessa forma, um incômodo frente a essas negligências, isto é, às violências de direitos.

L. explora em outra direção a questão do cuidado com estas profissionais. Conta que o preconceito em lidar com “os assim chamados loucos” esbarra na dificuldade que as profissionais têm em lidar com a própria saúde mental. “Hoje a gente tem, pelo menos em algum dos estudos que eu tenho levantado, um afastamento dos profissionais da área da saúde em massa, justamente porque nós temos um preconceito em relação à loucura. Ah não, tomar remédio? Passar no médico? Fazer terapia? To bem, to lúcida, são só os pacientes que eu atendo. Mas será que não é? Como que inicia a loucura pra cada paciente, né?”. Entende-se através deste relato que é necessário desenvolver outras possibilidades

de postura profissional para lidar com a demanda da loucura, mudança que evitaria o adoecimento das próprias profissionais, pois assim, segundo L., seria possível maior abertura para que percebessem e se defrontassem com essa questão.

O contato diário com o sofrimento, com essa realidade - territórios em que a pobreza e a vulnerabilidade predominam -, com a dificuldade de resolução rápida e efetiva dos problemas e, em alguns casos, com a lida específica com a loucura, acabam por trazer sentimentos como impotência e frustração, que se não cuidados podem acarretar em processos de adoecimento das profissionais, situação que, segundo as próprias entrevistadas, vem ocorrendo de maneira significativa. Visto esse fenômeno, é de extrema importância pensar sobre a saúde dessas profissionais - da saúde -, e também zelar por ela.

4. DISCUSSÃO

Através da tentativa de desvelamento do sentido da percepção das enfermeiras sobre os assim chamados “loucos”, observou-se que as profissionais entrevistadas possuem posicionamentos bastante distintos em relação a esses sujeitos, o que tem influência nas diferentes aberturas para este cuidado. Frente a uma disposição mais desimpedida, vê-se uma apropriação mais profunda das práticas de desinstitucionalização da loucura, dando ênfase à importância do estabelecimento de um vínculo de confiança com esses sujeitos, prezando pelo não julgamento e oferecendo um espaço digno de expressão para essa população, este que lhe é apreendido constantemente.

Observou-se também que existe uma lacuna entre a formação acadêmica e a prática destas profissionais. Mesmo frente à alteração dos manicômios pelos serviços substitutivos, percebeu-se que a lógica asilar persiste, uma vez que o processo ensino-aprendizagem ainda ocorre numa direção prescritiva, biologicista e técnica, voltada para as funções hospitalares. Compreende-se que esse aspecto formativo contribui com uma prática profissional fragmentada e desarticulada, favorecendo a manutenção da posição tutelada do louco. Entende-se que uma formação que envolva o diálogo, a autonomia, a atenção e escuta, a reflexividade e a construção de uma atuação pautada na práxis, possa favorecer a aluna e futura profissional de enfermagem a propiciar um cuidado íntegro e inovador, auxiliando na criação de espaços que acolham a diferença, que envolva o sujeito em sofrimento mental em seu próprio cuidado e favoreça o seu convívio social, de forma a romper com as barreiras estigmatizantes e segregacionistas (Lucchese e Barros, 2009).

É claro que a formação destas profissionais se encontra dentro de um contexto social em que a loucura é percebida, de maneira geral, de forma desumana, com tendências a distanciar socialmente este sujeito (Foucault, 2014). Porém, entende-se que é papel também desta categoria trabalhar em prol da desmistificação da loucura, da recuperação do louco deste lugar de isolamento e da conscientização desta condição – ser louco - como uma forma de sofrimento que exige ajuda.

Além disso, é necessário, ainda, compreender os processos de adoecimento da própria categoria e agir a favor do cuidado da saúde destas profissionais que se dedicam constantemente à saúde do outro. A saúde das enfermeiras está significativamente ameaçada, por isso é de grande relevância que se levante essas condições de trabalho e que se entenda este fazer cotidiano, principalmente os que estão atrelados a realidades envolvendo vulnerabilidades sociais importantes, como é o caso das enfermeiras entrevistadas neste trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a pesquisa realizada mostrou sua relevância ao abordar questões importantes e significativas sobre aspectos que dizem respeito ao preparo dessas profissionais de saúde de enfermagem em relação à condição de sofrimento desses pacientes, os “assim chamados loucos”. A formação dessas profissionais deve ser generalista, no sentido de poder contemplar vários âmbitos da saúde, mas deve se ater também ao preparo para lidar com os assim chamados “loucos”, o que envolve uma necessidade de desconstrução das visões estigmatizadas e excludentes relacionadas a esses sujeitos. Faz-se necessário também cuidar daquelas que cuidam, isso envolve uma atenção maior às profissionais que em seu dia-a-dia lidam com condições estressantes, sentimento de impotência e frustração, desenvolvendo, muitas vezes, problemas emocionais.

A pesquisa realizada tem seus limites por conta da natureza do seu processo, como o número de pessoas envolvidas. Neste sentido, é relevante explorar mais amplamente a relação entre a profissional de saúde de enfermagem e os pacientes que elas acompanham, no intuito de encontrar e aprimorar as questões que permeiam essa relação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2008. Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf. Acesso em 14 de maio de 2018.

COLPO, Marcos O. Pesquisa em fenomenologia hermenêutica – cinema, arte e literatura. Livro enviado para análise e publicação, 2017.

CRITELLI, Dulce Mára. **Analítica do Sentido**: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: Brasiliense, 1996.

FERNANDES, Josicélia Dumêtet al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.962-968, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000400031>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400031>. Acesso em: 11 abr. 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FREIRE, Fabiola; SODELLI, Marcelo. Pesquisa em Fenomenologia. **Modelos de Investigação**, São Paulo, p.1-15, 2017.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 4, p.28-33, 2000.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. 10. Ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

LUCHESE, Roselma; BARROS, Sônia. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.],

v. 43, n. 1, p.152-160, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000100020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100020. Acesso em: 11 mar. 2018.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.141-154, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702011000100009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009. Acesso em: 25 out. 2017.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1515-1529, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n4/0104-5970-hcsm-20-04-01515.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

RIBEIRO, Bruna Vanessa Dantas. **SAÚDE MENTAL, CIDADANIA E TELEVISÃO**: representações da loucura no programa “A Liga”. 2015. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Comunicação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: https://mestrado.fic.ufg.br/up/76/o/Bruna_Vanessa_Dantas_Ribeiro.pdf. Acesso em: 20 set. 2017.

SOUZA, Miriam Candida; AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p.332-347, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a04.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SPOHR, Bianca; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre. **Revista Abordagem Gestalt**, Goiânia, v. 15, n. 2, p.115-125, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200007. Acesso em: 01 nov. 2017.

SZYMANSKI, Heloisa (Org.); ALMEIDA, Laurinda Ramalho de; PRANDINI, Regina Célia Almeida Rego. **A Entrevista na Pesquisa em Educação: a prática reflexiva**. 3. ed. Brasília: Liber, 2010.

SZYMANSKI, H. A prática reflexiva em pesquisas com famílias de baixa renda. Anais do II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos. A pesquisa qualitativa em debate, p. 1–7, 2004.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**, Campinas, v. 3, n. 1, p.1-21, 2007. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1934/1395>>. Acesso em: 23 set. 2017.

7. ANEXOS

Entrevista 1

Entrevistadora: O que é loucura pra você?

Profissional: Que pergunta complexa hein, abrangente. Eu acho que loucura é um desvio de personalidade e de percepção e de reação às coisas, então normalmente quando a pessoa tem algo de loucura, eu acho que todo mundo tem um pouco de loucura, mas, assim, uma loucura mais complexa ou uma maior loucura, acho que ela tem uma dificuldade de lidar com as reações do dia-a-dia, com as coisas boas e as coisas ruins ela não consegue lidar e aí ela tem uma alteração de comportamento, uma alteração até de ação, não só de pensamento. Então ela tem um pensamento um pouco dificultado. Não é bem dificultado, mas ela não consegue reagir da melhor forma possível, então ela acaba se descontrolando, não só com o pensamento, como às vezes nas ações. Eu entendo a loucura mais ou menos como um desvio, não de personalidade, mas um desvio de ideias e comportamento mediante as adversidades ou até das coisas boas. É uma forma de reagir fora do normal, do que é considerado socialmente aceito. E é aí que a gente às vezes acha que tá normal aquela reação e pode não ser tão anormal dependendo do pra quê ela está reagindo. E tem reações que você fala 'não, realmente, diante desta situação não deveria ter reagido desta forma', um pouco exacerbado, um pouco fora do controle. É um descontrole nas reações. Eu entendo loucura mais ou menos como isso. Nas reações e nos pensamentos, porque normalmente tá ligado, mas tem pessoas que reagem sem pensar e tem pessoas que pensam muito e de repente reagem vinculado àquele pensamento meio descontrolado, meio fora da realidade. É meio complexo definir loucura.

E: Deixa eu ver se entendi. Louco é aquele que foge do padrão de normalidade e é uma pessoa que não consegue muito bem saber como reagir e pensar.

P: É. Ela acaba, ao mesmo estímulo... então, duas pessoas recebem o mesmo estímulo, que seja uma coisa adversa, uma coisa ruim, uma notícia ruim, existem formas de reagir, existem diferentes formas. Então aquela pessoa que reage muito, não sei se muito, mas fora do que é considerado normal, na minha opinião tem certo grau de loucura. Hoje em dia é difícil você encontrar alguém que não tem nem um pouquinho de loucura porque eu acho que as pessoas acabam, com a loucura do dia-a-dia, o mundo está uma loucura, as pessoas tem suas diferentes maneiras de reagir a tudo: todas as notícias, seja política, seja social... Ah, por exemplo o desemprego: tem pessoas que ficam desempregadas e conseguem reagir facilmente a isso - 'vamos procurar' - e tem pessoas que, por exemplo, ficam desempregadas e de repente não conseguem nem se relacionar mais com a família,

com os amigos, os amigos começam a ver coisas, a querer, por exemplo, se excluir do mundo. Determinados tipos de reação que, não é que não era esperado, existem pessoas que infelizmente, por diversos motivos, e eu creio que tem muito a ver com genética, e eu acredito que tem muito a ver também com a criação, a como aquela pessoa ao longa da vida foi lidando com as adversidades e como aquela pessoa foi educada. Tipo, caiu: 'não, vamos levantar'; ou caiu, pega no colo. Eu acredito muito no caminho que a pessoa percorre ao longo da vida e da forma que ela vai reagir a determinada notícia depende muito disso, além da questão dela ser geneticamente mais depressiva ou ter mais tendência a ser depressiva, ou ter mais tendência a ser negativa, mas isso é só uma parte, não saberia te dizer a porcentagem, mas eu acredito que tem essas duas coisas que influenciam. Aí se uma pessoa reage de uma forma que é considerada não socialmente aceito, que pra mim isso é muito esquisito - o que é socialmente aceito? - porque uma pessoa passar por uma parte triste ok, mas a gente sempre fala nos estudos que tem o período né, do luto ou o período..., e que isso tem que ser superado e não conseguem superar, e acabam tendo que ir buscar algum tipo de tratamento. Acho que isso pode ser considerado um tipo de loucura. É difícil. A loucura é uma doença psiquiátrica? Toda doença psiquiátrica é uma loucura? É uma questão a se fazer. Depressão é loucura ou só esquizofrenia que é loucura? Não sei, a depressão pode ser um grau de loucura, um grau de alteração de reação aos estímulos da vida, aos estímulos (...) normalmente negativos né, porque ninguém fica louco ganhando na mega sena, eu acho (risada). É um pouco disso, de você perder a noção de realidade. Eu to vendo um cachorro, 'ah não, isso é uma planta', mas todo mundo sabe que é um cachorro, por que eu to vendo que é uma planta? Então existe alguma coisa ali, nas suas sinapses e nos seus sentimentos que está bagunçando e fazendo com que você veja uma flor, uma folha e é um cachorro. Então a pessoa tem alguma alteração, algum estímulo, que junto com a carga genética, com seu histórico de vida, estimulou, fez com que ela desenvolvesse esse pensamento descordenado, fora da realidade.

E: Como se dá no seu cotidiano a lida com esse paciente em específico?

P: O paciente que possui algum distúrbio psiquiátrico tem o atendimento do médico clínico do Programa Saúde da Família e também o atendimento da enfermagem sempre que preciso, e o médico encaminha pra avaliação da psicóloga e da psiquiatra dependendo do grau de complexidade. Como lá nós temos uma psiquiatra para cinco equipes, ela só atende os casos mais graves. Então, dependendo do grau de loucura ou do grau de distúrbio psiquiátrico, se o clínico consegue controlar isto, estar acompanhando, ele acompanha somente com o clínico e com o psicólogo se o clínico avaliar a necessidade de uma

psicoterapia junto. E se ele avaliar ainda uma necessidade do complemento com a psiquiatra, aí ele também encaminha. Na minha antiga equipe, eu tenho isso muito recente ainda, a gente tinha uma família bem complexa. De vez em quando apareciam lá os três irmãos, com nomes muito parecidos – ‘Anailson, Ana..., Ana...’ – e tinha um deles que falava que comia pilha, falava que alguém tinha injetado alguma coisa nele. Ele não ia nas consultas marcadas, mas sempre que ele aparecia lá a gente já sabia que estava na hora da medicação. Ele tomava (...) acho que decanoato. Ele sempre aparecia e aí ele foi criando vínculo com alguns profissionais. Como eu fazia a visita na casa dele, quando ele aparecia e me via ele já falava assim: ‘olha ela lá’. E cada hora ele me chamava de uma coisa: uma hora ele falava que eu era a presidenta, outra hora ele falava... e eu tentava acolher ele, colocar ele num lugar assim ‘não, peraí que a gente vai resolver...’, não isolá-lo completamente da recepção, mas pra que não criasse um ambiente mívucado, porque ele começava a falar, começava a falar que tinha uma pessoa que ia trazer uma máquina que ia tirar o sangue dele. Ele tinha uma esquizofrenia com não sei exatamente, não lembro exatamente todos os diagnósticos, e aí é isso: a gente atende com as consultas marcadas, mas quando chega alguém, algum tipo de surto, principalmente quem a gente conhece, a gente já faz esse atendimento, já priorizava, já dá a medicação, já conversava, programava a próxima visita pra ver como ele ia se comportar dali por diante. A gente já recebeu gente em prantos, chorando por algum problema e que estava entrando em algum surto ou tinha alguém ou algum familiar que precisava muito de ajuda, porque a gente também recebe muitos casos com envolvimento de álcool, drogas e por dependência psicoativa, aí a gente faz o primeiro atendimento e se precisar faz a medicação, chama o médico e pode encaminhar também para o CAPS. A gente encaminha alguns casos pro CAPS pra avaliação, pro acompanhamento, tem CAPS Infantil, CAPS Adulto, CAPS Álcool e Drogas. É difícil você parar um atendimento, porque normalmente quem recebe esse paciente é a enfermeira e os auxiliares que estão lá na demanda, que estão na retaguarda atendendo os casos do dia e isso é uma demanda do dia. Quando é uma demanda agendada, entra no consultório do médico, da enfermeira, do psicólogo e ali é feito a consulta. Quando é do dia é difícil você ficar meia hora conversando, tentando descobrir, desvendar, atendendo, porque você tem ali um papa pra acolher, um pré-natal pra abrir. Então esse atendimento do dia-a-dia, sem estar marcado, com a demanda da UBS, é um atendimento mais prático pra tentar entender o que está acontecendo, tentar tratar aquele momento, controlar aquele momento e depois agendar um outro atendimento mais específico, mais individualizado. A gente tem cada vez mais uma demanda aumentada desse público, elas buscam porque a

vizinha toma um medicamento x, y, z e elas também que estão tendo um problema, que estão ficando ansiosas e irritada, loucas, etc, e elas buscam sem que o profissional identifique a necessidade, mas elas já vem com o cardápio na mão pedindo, – “ah, doutora, a vizinha toma fluoxetina, ela toma também a maracujina. Outro dia eu experimentei...”. Aparece muito isso. Querem ser consideradas loucas no sentido de ‘ah, eu preciso de um remedinho pra me controlar, estou fora do normal’. Então eu acho que é muito delicado pro profissional lidar com isso. É delicado você entender até que ponto é uma reação esperada ou uma reação que precisa ser medicada, porque dá pra controlar de outras formas, mas as pessoas ainda tem muito isso na cabeça, de que o remédio é a solução. Se você fala: ‘não, vamos tentar de outras maneiras. Vamos colocar você no grupo de mulheres, no grupo de escuta...’, ‘ah não doutora, não gosto grupo’, ‘ah não, não gosto de ficar expondo as minhas coisas, eu quero só um remedinho pra eu não ficar irritada com os meus filhos, com o meu marido’. Então é um pouco do que o profissional acredita, um pouco do que ele está identificando, mas também do que o paciente espera.

E: Com base no exemplo dos irmãos, como esse atendimento ressoa em você? Quais são as peculiaridades desse atendimento?

P: Eu acho complicado porque a loucura está ligada a várias coisas e eu acho que está muito relacionada ao convívio familiar, ao ambiente que a pessoa vive, aos estímulos, às perdas, aos ganhos, até as expectativas, às vitórias, às derrotas. Muitas vezes é difícil lidar com as frustrações e você não tem a solução pra pessoa, você fica ali tentando entender porque aquela pessoa chegou e está daquele jeito, muitas vezes existe uma questão genética, às vezes também uma questão de uso abusivo de álcool e outras drogas que acabam também danificando a cognição e você vai ter que lidar com aquela pessoa daquele jeito. E existem loucuras, na minha opinião, reversíveis e loucuras irreversíveis, que você, na verdade, vai ter que lidar com aquilo para o resto da vida. Existem perdas reversíveis e irreversíveis. Quando a gente fala em saúde e em loucura existem várias coisas que interferem: existe a parte social, a parte educacional. Então, às vezes a gente se sente muito impotente. A gente está ali, vai passar uma terapia medicamentosa ou que seja uma psicoterapia ou um encaminhamento ou alguma atividade laboral, mas e o resto? Ali dentro do nosso ambiente de saúde a gente consegue, de alguma forma, controlar, no sentido de tentar promover um ambiente bacana, tentar promover ideias diferentes pra que aquela pessoa saia daquele surto, daquele momento, mas ela sai da nossa UBS pra casa dela e lá naquele ambiente com a família, com os irmãos, as dificuldades financeiras, sociais, educacionais, brigas, etc, a gente não tem muito como controlar, então a gente

tentar ensinar ou de alguma forma entender e junto com o paciente ver qual a melhor forma dele, diante de tudo isso, reagir. Esse paciente específico tinha o pensamento muito fora da realidade, muito difícil manter um diálogo. Quando eu estava lá e ele já me reconhecia, eu tinha que atender ele, porque uma vez que ele me reconhecia, ele ficava me seguindo, então eu tinha que resolver. Ele ia lá querendo a medicação, e realmente, o doutor Jorge era o médico que atendia, ele falava: 'ele vai vir aqui, ele já se percebe, ele já sabe que está entrando em surto maior'. E realmente tinha uma periodicidade muito parecida com a periodicidade que deveria ser dada a medicação. O que já aconteceu foi da gente não ter toda a medicação, não sei se eram três injeções e a gente só tinha duas, e a gente fingiu que deu três. Também tinha um pouco desse psicológico: 'tomei a medicação, to bem'. Ele tinha que sair de lá sabendo que ele tinha tomado a medicação e que agora ele ia ficar melhor, mas o melhor dele era só não falar mais alto, não ficar intervindo com as pessoas, porque se você tentasse qualquer diálogo com ele, era um diálogo sem começo, sem meio, sem fim. O máximo que eu fazia era escutar e dizer 'é isso aí Ailson. É, mas isso aí vai melhorar. Não, o presidente já foi embora, eu sou a enfermeira'. Eu tentava reforçar a realidade, mas também não adiantava combater. Você, às vezes, se finge de louco pra que a pessoa se sinta acolhida e sinta que você está falando de igual pra igual, pra que ela te escute, pra que ela preste atenção em você, pra que ela tente manter uma relação mais saudável possível. Mas fora isso, casos mais complexos, a gente atende muita gente com ansiedade, depressão, esquizofrênico tem um pouco, mas a maioria é alguma reação comportamental, crianças e adolescentes com agressividade, um pouco de alteração de atenção, de comportamento. A gente percebe, por exemplo, na consulta de enfermagem ou na consulta médica, e aí pede uma avaliação da psiquiatra ou até da psicóloga. Pra criança vem cartinha de escola, falando que a criança tá com algum déficit ou tem alguma dificuldade, mas nos casos mais complexos a gente encaminha para o CAPS para que tenha um cuidado um pouco mais no dia-a-dia, porque lá a gente não tem como atender todo dia. No CAPS a gente sabe que tem atividades diárias. O dele a gente encaminhou, mas ele não ia. O único lugar que ele tinha alguma adesão e algum vínculo era lá. Ele chegava lá e a gente atendia. A gente já tinha encaminhado. A mãe dele não tinha nenhuma condição de levá-lo, ela não tinha nenhum domínio sobre ele, ele já tem, sei lá, trinta e poucos anos. Então ele aparecia quando ele achava que precisava e a gente fazia esse atendimento. Mas era muito engraçado porque ele entrava na unidade e as pessoas já falava: 'ixi, chegou o doidinho" (risada).

E: Quem são as pessoas?

P: Os funcionários, todo mundo já conhecia. Eles já procuravam ou a mim, porque sabiam que eu era a enfermeira da equipe que ele estava, ou ao doutor Jorge, o médico, ou a Tais, que era normalmente a auxiliar que aplicava a injeção, porque ele já tinha essa confiança. Pra que ele não ficasse lá na recepção de alguma forma perdido, solto e pudesse... porque a gente não sabia até que ponto a reação dele pudesse virar uma agressão, então a gente dava uma certa prioridade pra que ele se sentisse mais à vontade. Ele não ficava parado. Se ele me via subindo o corredor da farmácia pra ir atrás de medicamento, ele ia atrás de mim pra ver o que eu estava fazendo, pra ver se depois eu ia atender ele.

E: E o que você sentia com essa 'perseguição'?

P: Muitas vezes ele chegava, eu via e ele não me via, aí eu pensava 'meu Deus do céu, vou em esconder hoje, hoje eu escapo dele'. Se ele me achasse eu tinha que acompanhar ele até o fim. Aí eu falava assim pra minha auxiliar 'chama o doutor Jorge, fala pra ele que dessa vez é a vez dele', mas mais porque era um tempo que eu tinha que dedicar a ele, e não precisava necessariamente ser eu, podiam ser outras pessoas, mas se precisasse que fosse eu, eu fazia, não tinha problema nenhum. Eu tenho mais aflição de atender gente depressiva do que gente eufórica. Porque a depressiva você não sabe o que fazer, às vezes dá vontade de chorar junto, mas você fica ali, tentando tirar a pessoa do buraco. Com a eufórica você só dá uma acalmadinha. Mas é isso, era um caso que não me incomodava. Faz tempo que ele não aparece lá, daqui a pouco ele aparece.

E: Teve algum caso envolvendo a loucura que já te incomodou?

P: Acho que não. (...) Na verdade, não sei bem se incomodou, mas eu lembrei de um caso de uma filha de um agente comunitária que tem distúrbio psiquiátrico e aí ele me mandou mensagem fora do expediente falando que achava, e essa menina acompanhava no CAPS porque a mãe era agente comunitária, conseguia levar, fazer o acompanhamento, falando que tinha tido uma suspeita de abuso sexual dela por um paciente do CAPS e aí me perguntando o que ela deveria fazer. Eu fiquei bem agoniada porque eu falava: será que é verdade ou que é parte da loucura dela? Porque era uma coisa que ela às vezes falava, às vezes não. Ela deixava a menina no CAPS e ia buscar, e aí o pessoa do CAPS falava assim: teve um período aí que ela sumiu e ficava nisso: o que será que aconteceu? Eu não soube muito como lidar e falei pra ela: olha, talvez o que você possa fazer é um exame corporal pra ver se existe algum sinal de abuso, é uma ideia. Mas é muito difícil saber se aquilo que a pessoa está dizendo é parte da loucura ou se é realidade. Você fica com medo de julgar ou de não dar atenção àquilo e de repente ser verdade. Eu me sinto incomodada quando eu sinto essa dificuldade de distinguir o que é a loucura, o que é alguma ilusão,

imaginação e o que realmente é realidade, o que realmente aconteceu, ainda mais quando envolve esse tipo de coisa, abuso, violência, alguma coisa assim que você percebe que se for verdade você tem que tomar alguma atitude. De repente foi abusada e daqui a pouco essa menina aparece grávida. Se realmente for abusada vamos entrar com anticoncepcional, até com o tratamento pra abuso, de prevenção de doença, fazer exame, tudo isso. Às vezes você fica sem saber o que fazer porque até você descobrir o que é loucura e o que é realidade... esse caso ficou meio assim, ela foi conversando e foi achando que era mais loucura da cabeça dela [filha] do que realidade, mas eu não sei se a gente foi pelo caminho... ela não apareceu grávida. Mas ela [mãe] falou assim 'não vou deixar mais ela lá sem estar acompanhada, vou ficar sempre junto ou pedir para algum funcionário estar sempre de olho'. Esse caso foi um pouco impactante porque a agente comunitária me pediu ajuda até por ser minha agente comunitária, por ter confiança em mim, pra pensar o que fazer e eu falei pra ela que a primeira coisa que a gente tinha que descobrir era se é realidade ou se é coisa da cabeça dela, que é isso que a gente tentou de alguma forma descobrir. A gente foi fazendo isso com base no comportamento, é uma menina jovem, vaidosa. Falei pra ela conversar no CAPS, pra fazer com que ela não suma, pra que eles fiquem sempre de olho. Porque, às vezes, a paciente está estável e eles deixam mais solta. Pra ficar mais de olho pra ver se isso pode ter procedência ou não. Eu ainda cheguei a fazer a receita do anticoncepcional, falei 'olha, pega. Você pode dar pra ela até cinco dias depois do provável abuso porque ele pode ter efeito. Claro que a cada dia que passa é menos. Se você realmente achar que foi... malmal não vai fazer, ele é um hormônio, é uma bomba hormonal, mas se você acha que tem grandes chances de ter acontecido, talvez seja melhor medicar pra evitar pelo menos uma gravidez indesejada, o resto a gente tem que ver, colher exame".

E: Então a loucura em si não te afeta muito diretamente? O que pega mais é o sentimento de impotência? De achar que tem mais coisas para fazer e não poder?

P: Exatamente. Do pouco tempo que a gente tem pra atender o paciente. O médico, por exemplo, tem consulta de quinze minutos. Como você consegue em quinze minutos entender a história, entender de repente qual foi o estopim, o que aconteceu pra gerar aquilo e onde você pode agir ou não. Infelizmente a gente está com uma demanda cada vez maior e eu acho que a loucura está crescendo em todos os diversos níveis de loucura, no sentido de graus de loucura. É um pouco disso, talvez não existisse tanto antes, talvez as pessoas não manifestavam tanto ou talvez a gente não identificasse tanto, ou talvez a gente não olhasse com o mesmo olhar que a gente olha hoje, mas que o mundo está

diferente e eu acho que as pessoas estão adoecendo mais por diversos fatores, inclusive mentalmente, mas isso pra mim é muito claro. Inclusive os próprios funcionários, as próprias pessoas que atendem. Quando você lida com a loucura você precisa ter alguma forma de não absorver aquilo pra você, não juntar aquilo, pôr pra fora, pra que a gente também não enlouqueça junto. Porque a gente recebe diversas histórias, diversos casos. Eu sempre falo para as enfermeiras e auxiliares que eu trabalho, 'se a gente for olhar dez casos e eu tive sucesso em um, a gente tem que olhar esse um que a gente teve sucesso'. Infelizmente se a gente for trabalhar com todas as nossas frustrações e desistir por conta disso, estamos perdidos. Deu certo esse, que bom, esse deu certo. O resto a gente tentou, pode continuar tentando, mas não depende só da gente. Às vezes depende da própria pessoa e a pessoa não consegue se auto ajudar, não consegue ir ajudando a gente a ajudar ela. É um trabalho um pouco cansativo, eu acho que cansa. Eu me sinto cansada, mas talvez se eu trabalhasse todo dia com a loucura, eu estaria mentalmente mais cansada.

E: Você acha que demanda muito de você?

P: Sim, de qualquer profissional que atende. Porque, às vezes, você se vê sem saída ou num ciclo vicioso, fazendo sempre a mesma coisa, sempre tentando dar a mesma orientação. Você vê que aquilo vai ficar do mesmo jeito, não vai ter nenhuma melhora, aí você trabalha com a manutenção, pelo menos não piora. É que a gente sempre quer ver melhorar, quer ver ficar bom. Mas é o que eu falei: existem loucuras reversíveis e irreversíveis. É lidar com isso, com o cansaço mental, com o que as pessoas trazem de energia, muitas histórias e você tem que entender, absorver, mas depois tentar pôr pra fora e lidar com as frustrações. Dar o seu melhor, achar que você está fazendo seu melhor e de repente descobrir que fulano de tal se matou. A culpa é minha? Não. Eu fiz o que eu achei que tinha que ter feito.

E: Então não é um grande problema pra você atender essa população, mas te sobrecarregam, diferente de outros pacientes. Agora, pensando na sua formação, diante de tudo isso que você vive hoje, você acha que a faculdade te preparou para lidar com esses pacientes em específico?

P: Eu acho que a faculdade teve um embasamento bacana. Eu tive até estágio no CAPS. Eu acho que a faculdade que eu fiz teve uma área específica só pra saúde mental, o que dá uma ajudada. Mas é óbvio que quando você chega na realidade você vai encarar diversas situações diferentes e eu acho que se, por exemplo, eu tivesse escolhido seguir a área de saúde mental, provavelmente eu teria feito uma especialização ou algum curso

mais ligado à área, e aí eu estaria mais preparada. Mas no serviço onde eu trabalho, ele não é específico de saúde mental, apesar da gente receber pacientes com diversos tipos de loucura, diversos distúrbios mentais. O profissional da UBS tem que saber de tudo um pouco e quando você tem que saber de tudo um pouco, dificilmente você consegue saber de uma coisa específica com tanta complexidade porque você tem que saber um pouquinho dali, um pouquinho daqui. É uma sobrecarga maior, as vezes me sinto despreparada sim. Diferente, por exemplo, de atender uma mulher que veio pra colher um papaNicolau. Eu me sinto muito mais preparada, consigo conversar com ela tranquilamente, perguntar todo o histórico, ver as necessidades dela, colher o exame, orientar. É um atendimento mais prático, mais rápido, não deixa de ser humanizado. Agora, com a loucura, as vezes você está na loucura do seu dia-a-dia e você tem que lidar com um paciente que vai demandar, vai te sugar mentalmente, vai demandar mais tempo e às vezes você não está preparada para dar aquele tempo. Você faz rapidamente o que você conseguiu ali, um atendimento breve, conversa rapidinho, pede ajuda de um colega, marca um retorno ou pede pra vir no grupo pra conversarmos melhor, agenda uma consulta pra gente conversar melhor. Às vezes a pessoa está com o horário marcado pra falar com você e mesmo assim é pouco, as vezes ela aparece, não tem hora pra se sentir triste, descontrolada, etc. E às vezes a pessoa marcou pra pegar um exame e de repente ela começa a contar várias coisas e aquela consulta de dez minutos que você tinha se programado, que você convocou quarenta pacientes pra pegar o exame, e aí você ali tem que tentar de alguma forma falar 'eu te entendo, eu acho que você tem que ser ouvido, mas vamos marcar outro momento?'. Você não vai deixar o outro que está ali esperando quarenta minutos, senão ele vai ficar também muito bravo com você. É fazer o melhor com aquilo que você tem. Pode não ser o melhor do mundo, mas é o melhor nas condições que você tem.

E: Você mudaria algo no seu curso? Acrescentaria algo ou acha que foi o suficiente?

P: Eu acho que se a minha escolha fosse pra saúde mental eu faria um curso a mais, óbvio. Tem muita coisa a se aprender, muitas maneiras diferentes de interpretar e de consequentemente agir, de prescrever, etc. Mas eu acho que dentro do possível teve um momento bem extenso, bacana na minha faculdade. Talvez em outras não tenha tido. Eu acho que um mês ou um pouco mais eu estagiei no CAPS e foi uma experiência bem bacana. A gente fez projeto terapêutico, cada um escolheu um caso pra entender e pra se debruçar. Mas é isso, no dia-a-dia não consigo praticar aquilo que eu aprendi exatamente. No dia-a-dia você tem que lidar com outras atividades, outras pressões e tentar levar aquilo que você aprendeu da melhor forma possível. Eu não acho legal excluir a pessoa que tem

loucura, eu acho que a gente tem que tentar incluir, acho importante envolver a família e essa é uma parte bem difícil porque os familiares não costumam querer se comprometer muito. Eu sei que é difícil porque o familiar de uma pessoa que tem qualquer tipo de loucura tem também grandes chances de enlouquecer. Talvez o que seja legal, não na formação, no dia-a-dia do trabalho é alguma atividade com os profissionais pra relaxar, de relaxamento mesmo, de tirar essa tensão porque a gente recebe tanta tensão de todos... as pessoas não procuram a gente porque elas tão bem, apesar da gente querer que eles procurem antes de estarem ruim, mas normalmente a pessoa procura quando ela tem algum problema e a gente vai só absorvendo, só absorvendo. Sofre, mas estamos lá todo dia (risadas).

Entrevista 2

Entrevistadora: O que é loucura pra você?

Profissional: O que é loucura... olha, nessa especialização que eu to fazendo a gente tem que falar tanto de loucura. Tem um cara, não lembro o nome dele, é um sanitarista que fala de loucura e eu li um artigo dele que ele faz uma analogia da loucura com um mapa. Não vou lembrar o nome dele agora, tenho dificuldade com nomes, mas ele traz um retrato da loucura que pra mim é muito interessante e muda muito a minha visão. Ele faz um artigo e coloca a experiência dele trabalhando com loucos que já tiveram uma rotina em manicômios e agora estão nessas casas pra serem reinseridos na sociedade, fazer aquilo que hoje a gente acredita que deve ser feito. Ele coloca pra esse louco que os pais assassinaram os filhos, mataram os filhos, um fato real. E esse louco coloca: "e eu que sou o louco da sociedade?". Então, a loucura é vista de uma maneira, às vezes, pra mim, muito de exclusão, muito de pessoas que são excluídas da sociedade, o diferente, mas todos nós temos um pouco de loucura, todos nós somos loucos e podemos apresentar comportamentos tal qual. Quem é louco de verdade? O esquizofrênico ou aquele que comete um ato de suicídio, de vandalismo? Quem de fato é o louco? É o diagnóstico só ou um ato? E na minha prática eu tenho pensado muito isso. Não é só o diagnóstico que classifica a loucura. A loucura pra mim pode ser apenas um ato e não um diagnóstico. E se for um ato eu também tenho loucura, todos nós temos, apresentamos atitudes que fogem do senso comum ou do padrão.

E: Você acha que fugir do padrão é ser louco, então? Se formos diferentes temos chances de ser loucos?

P: Então, os diferentes são tidos como loucos, mas todos nós temos um pouco de loucura. Pra mim, é fato.

E: E o que diferencia um louco com pouca loucura de um louco que é visto com um olhar de exclusão?

P: Eu acredito que seja muito (...) é da minha vivência tá?! A minha loucura ainda não interfere na minha rotina de atividades diárias. Eu consigo trabalhar, eu consigo estudar, eu consigo fazer minhas atividades do dia-a-dia sem acabar tendo (...) eu não tenho ainda uma rotina prejudicada. É o que acontece, às vezes, com alguns pacientes que começam a apresentar alguns episódios e aí não conseguem mais dar conta de fazer suas atividades. Aí é onde entra uma ajuda psicológica, uma ajuda especializada pra ajudar no tratamento, as vezes, que é a equipe de estratégia ou a primeira equipe não vai dar conta. Enfim, são várias coisas né... eu acredito que existam muitos preconceitos aí. Pra você que está se formando em Psicologia agora, a terapia é vista como algo para o louco, e a gente sabe que todo mundo precisa de terapia, principalmente os profissionais de saúde. Eu acho que é isso, às vezes você não se percebe em um adoecimento psicológico e vai virando, vai levando e daqui a pouco você não está conseguindo mais fazer uma gestão da sua própria vida, das suas atividades do seu cotidiano, que isso independe de um diagnóstico. Hoje a gente tem, pelo menos em algum dos estudos que eu tenho levantado, um afastamento dos profissionais da área da saúde em massa, justamente porque nós temos um preconceito em relação à loucura. "Ah não, tomar remédio? Passar no médico? Fazer terapia? To bem, to lúcida, são só os pacientes que eu atendo." Mas será que não é? Como que inicia a loucura pra cada paciente, né?

E: Então, o louco é aquele que sofre exclusão, que é segregado da sociedade, e todos temos loucura, a diferença desse louco taxado de louco pra nós é a funcionalidade. Atrapalhar meu cotidiano de trabalho, estudo, relacionamentos ou não.

P: É isso.

E: Era pra ver se eu entendi e acompanhar seu raciocínio. Pensando na sua experiência na UBS e agora no AME, como se dá a lida com esses tidos como loucos, marginalizados? Vocês atendem essa população né, não só pelo motivo da loucura, mas por qualquer motivo. E eu gostaria de saber como se dá o seu encontro com ele, sua relação com eles.

P: Então, eu na verdade (...) a Karine brincava muito comigo na época. Eu tinha muitas famílias, em vivência dos tidos como loucos, marginalizados, eu tinha uma família inteira. Desde as mães, aos filhos, enfim, toda a família. Eu começo a fazer um cuidado muito mais assíduo com eles quando nasce um bebê nessa casa. Acho que foi a minha experiência

com loucura que me fez despertar para um monte de outras coisas. Eu tava no Cocaia, com 3 ou 4 anos de formada, eu fiz territorialização, mudei de equipe e visitei essa família. Eles estavam com um bebezinho de 1 ano na casa, menor de 1 ano, tava com 9 meses. A situação da casa, pra você ter uma ideia, usar de exemplo, a única paciente tida como não louca, lúcida, tinha 92 anos, que era a vó. Ela tinha uma filha que tinha 2 filhos. A filha era etilista de longa data, não conseguia mais gerir a própria vida, tinha 2 filhos, um autista grave com movimentos estereotipados e defecava na casa inteira, e um filho com deficiência intelectual, que é uma doença com alto índice e pouco notificada, pouco diagnosticada. Eu li uns estudos que falam até que tem mais pacientes com deficiência intelectual do que idoso na cidade de São Paulo. É um índice bem alto. E esse paciente com deficiência intelectual começou a namorar uma menina com deficiência intelectual e os dois tiveram um filho, de 1 ano, numa casa em que vivia um monte de gente e eles eram acumuladores, acumulavam tudo, tudo: roupa, comida... era uma casa que você tinha dificuldade de andar nela, tinha que ficar pulando. O paciente defecava na casa, então você tinha que ficar pulando pra não pisar e todo aquele acúmulo de coisas que eles tinham dentro da casa. Aí a gente fez um Projeto Terapêutico Singular, só que é muito complexo as políticas de saúde, por exemplo, eu não conseguia ter uma assistência que conseguisse dar pra essa família uma rotina de vida. Eles funcionavam bem com alguém lá dentro, mas eu não tinha como, como uma enfermeira de família, ir lá todos os dias. O ACS fez isso por um tempo porque pela deficiência intelectual, pelo etilismo de uma das cuidadoras, que ajudava ali no cuidado da casa, e a senhora de 92 que não tinha condições, eles precisavam de alguém que todos os dias ajudassem eles na rotina: "olha gente, vamos fazer a comida pro bebê, vamos limpar a casa, vamos colocar a fralda no paciente que tinha o autismo grave e ele não conseguia ir ao banheiro". Enfim, essas rotinas de vida diária, que existe até um serviço que cuida disso que eu não vou me lembrar o nome agora, mas que na área que eu trabalhava (...) é como se fosse um ACS que ficava dentro da casa ajudando na rotina. Eu consegui envolver um monte de gente pra ajudar essa família: na comunidade, fiz reuniões com a vigilância porque a gente precisava tirar um monte de coisa de lá de dentro e eu não podia ser tão agressiva porque eu to dentro da área. Foram várias, várias intervenções nessa família, inclusive de dar contraceptivo pra essa menina todo o mês e quando eu saí ela engravidou, porque não fizeram. Complexo. É um caso complexo. Eu fiz também alguns grupos de saúde mental, que me ajudaram muito na minha formação. Fazia com uma psiquiatra e uma psicóloga, chamava Cuca Fresca, lá no Cocaia também. Aprendi muita coisa com elas, de como vincular, de como ajudar os pacientes, principalmente os

esquizofrênicos, que escutavam vozes. Todos tinham um diagnóstico. A maioria era esquizofrênico e eles vinculavam muito. Teve uma mulher que um dia me levou uma faca porque ela tinha matado o gato dela.

E: E como foi esse contato pra você nesse dia?

P: Ela sempre contava no grupo que essa voz pedia pra ela matar a filha dela e a gente sempre tentou trazer o que ela poderia fazer quando isso acontecesse: ligar pra alguém, pensar em outras coisas, ligar pra alguém de maior vínculo, pra mãe, pra tia, pra uma amiga... e a gente foi trazendo essa rede que ela tinha de amigos. E aí ela sempre fez isso, e nesse dia a voz pediu pra ela matar o gato, e a gente não tinha conversado sobre o gato. Ela matou o gato e ela foi na unidade. Aí a gente começou a fazer outros trabalhos e ela melhorou muito, de fato, quando a filha dela foi embora de casa. A filha dela foi fazer faculdade no interior de São Paulo e aí ela melhorou totalmente, começou a trabalhar, as vozes não apareciam mais.

E: Como era a sua relação com eles do grupo? O que te despertava quando você encontrava eles?

P: Eu penso, principalmente depois que eu fiz o grupo, que essa exclusão prejudica muito o paciente tido como louco né, já que a gente tá falando assim. Ele não tem com quem desabafar e isso faz com que a qualidade de vida deles seja muito pior. Eu percebo que quando ele tem espaço de escuta ele melhora muito, ele começa a ser visto na sociedade, ele começa a estudar, ele começa a ter um papel na família e descobrir esse papel, que não é só daquele coitado que é doente. Pelo menos é essa visão que eu tinha no grupo, inclusive a maioria dos que participavam do grupo acabavam sendo inseridos no mercado de trabalho.

E: E o que você sentia estando nesse grupo? Esse tipo de relação é diferente, te traz coisas diferentes, te toca de alguma forma. O que despertava em você?

P: Sempre me despertou uma vontade de ajudar mais, de tentar levantar a rede, de tentar, às vezes, entender o que fez ele chegar ali, esse contexto familiar que sempre está presente na saúde mental, sempre tem uma história. Quando é um diagnóstico fechado, as vezes nem tanto, mas quando é um surto e a pessoa já não consegue gerir a própria vida, sempre tem uma história familiar, aconteceu com alguém da família, quando você faz o genogramafica mais claro, existe ali algo naquela família que precisa ser quebrado, às vezes é uma construção apenas e não uma doença de fato. Mas o meu sentimento era de poder contribuir, de tentar pensar numa sociedade que veja o tido como louco de uma maneira diferente, não na maneira de exclusão, de incapaz, mas de trazer ele pra realidade

(...) não pra realidade, mas de tentar incluir, fazer com que ele seja estimulado, porque a nossa tendência também não é estimular. Eu tenho uma amiga que trabalha num CAPS Infantil que ela tem criança de 9 anos que o pai não consegue fazer ele se desenvolver porque ele tem um diagnóstico. O diagnóstico trava esse desenvolvimento. Crianças de 9 anos que ainda fazem uso da mamadeira porque o pai acha que se ele comer vai engasgar, todo um cuidado que prejudica totalmente o desenvolvimento dessa criança e aí não é a doença que vai fazer isso, não é a esquizofrenia, não é o autismo, não é o CID, e sim a maneira como ele foi estimulado, a maneira como ele está sendo educado. Acho que o meu sentimento é esse, de tentar trazer sempre a inclusão, de tentar ver ele como tido como normal e não como 'o doente', porque o tido como louco pode ter, talvez, eu acredito que até pensando sobre o que eu penso da loucura, como todos nós, pra mim, somos loucos, muitas vezes aquela loucura está em um desequilíbrio, e se você consegue ajudar aquele paciente em alguns aspectos do sofrimento dele ou na configuração familiar que ele está vivendo neste momento, ele vai melhorar. Ele vai melhorar não, vai começar a ser inserido de novo nas suas atividades.

E: Você parece aberta para esse tipo de relação.

P: Sim. Acho que sim.

E: O que você acha que tem de específico o atendimento a esse paciente?

P: O desafio de lidar com esses pacientes é o não julgamento porque o paciente vem te falar que está escutando vozes e qual a sua atitude perante a isso? Às vezes a atitude dos profissionais é de julgar, falam "você está louco mesmo". E não que a gente tenha que entrar na loucura, mas a gente não pode julgar essa loucura. Ele escuta vozes, ponto. E como a gente vai trabalhar com ele pra que essa voz não faça que ele prejudique a própria vida ou das pessoas que ele vive. E, as vezes, quando você tem um pouquinho de empatia pro paciente, independente da loucura, você vai se imaginar escutando vozes. E aí? O que é isso? O que é a Letícia enfermeira escutando vozes? Como que seria a minha vida? Como eu ia lidar com essa situação? E será que isso realmente não me faria também parar de trabalhar, parar de fazer minhas atividades de vida diária? O diferencial de trabalhar com o paciente com o diagnóstico de loucura ou o tido como louco é não ter julgamento, ter o máximo de empatia, porque eles vivem um sofrimento que se você se coloca no lugar você também viveria. Eu, às vezes, me imagino escutando vozes, vendo coisas surreais. Enfim, não é fácil.

E: É um sofrimento né, assim como quebrar a perna, mas essas coisas são vistas de forma diferente.

P: Escutar vozes não pode. Fora o sofrimento que eles tinham depois que eles se conscientizavam que eles tinham feito algo que não foi legal. A mulher que me levou a faca porque ela matou o gato dela, o sofrimento que ela estava naquele momento. O que que aquilo representou pra ela. Por um lado legal, ela vinculou comigo, ela conseguia dizer o que ela fazia, o que que ela tinha feito, ela tinha esse escape, mas o quanto ela sofria depois daquele ato? O gato de estimação dela, dormia na cama com ela. Ela não queria fazer, mas ela fez.

E: E essa ação específica? Como te deixou?

P: Eu não senti receio, mas eu intervi um pouco com a psiquiatra porque, do mesmo jeito que ela cedeu a voz com um gato, ela poderia ceder para a filha dela. A gente tentou fazer com que a filha dela participasse um pouco mais das conversas.

E: O medo não te tocou?

P: Não senti medo, nunca senti medo. Tenho uma abertura, até porque no Cocaia a gente tinha atendimento de Psiquiatria, então tinha dia que eu só tinha Psiquiatria, e foi muito tranquilo pra mim, até porque, não sei se é dica, mas uma coisa que facilita é você tentar entrar um pouco na loucura deles porque o paciente tido como louco ou com diagnóstico, eles enfrentam uma dificuldade no 'não', eles já tem muito 'não'. Então, quando você fala 'não, isso não é real', tenta fazer com aquilo que ele está te contando tenha menos peso ou seja irreal, isso pode fazer com que ele tenha uma reação agressiva. Ele já está cansado disso, todo mundo fala pra ele que isso não existe.

E: E você nunca agiu nesse caminho, então?

P: Nunca agi assim. Até na questão dos medicalizados, porque infelizmente hoje os pacientes tidos como loucos são medicalizados e bem medicalizados.

E: Bem no sentido de bom ou bem no sentido de muito?

P: Bem no sentido de muito. Precisam disso pra sobreviver porque causa dependência. Aí quando falta medicação eles são agressivos. Você não pode dizer "não vou dar a medicação". Até essa abordagem tem que ser muito consciente porque eles vão realizar atitudes agressivas, pelo menos na minha prática, quando você diz o 'não'. Então, olha, "vamos ver com a médica", "vamos organizar pra que você tenha a sua medicação", "eu vou te dar um retorno dia tal" porque às vezes não dava pra ser naquele momento, às vezes ele ainda tinha medicação pra semana, mas está com medo de acabar. Acho que tentar acalmá-lo e o vínculo é o diferencial. Você conseguir trazer essa confiança do paciente pra você, e se ele vincular, isso vai ajudar totalmente no processo de cuidado.

E: Na UBS ou no AME, como você vê a relação de outras enfermeiras e enfermeiros com o louco?

P: Acaba que cada um tem um perfil. Não que precise ter um perfil pra saúde mental, mas tem profissionais que, talvez por algumas outras vivências negativas ou por ter medo do desconhecido, talvez o fato de ter famílias tão complexas me fez gostar da saúde mental e trabalhar com isso de uma maneira muito tranquila, de às vezes sentar no chão pra fazer alguma coisa com eles, de tentar entrar no mundo deles. Que mundo é esse que ele vive? O que que ele faz quando escuta vozes? Tentar olhar pro olho dele, ficar na posição que ele está me fez vivenciar essas atitudes, ler coisas sobre, ler textos sobre, me fez viver isso. Nem todo enfermeiro teve esses casos ou essa abertura ou sentiu essa necessidade, porque o enfermeiro não é formado pra saúde mental, assim como não é pra saúde pública. A maioria das faculdades de enfermagem formam um enfermeiro que vai trabalhar de salto lá no Einstein. A faculdade não nos prepara pra atenção pública, pra atenção dos marginalizados, dos excluídos. A gente não é preparado pra isso.

E: Essa era uma última questão que eu queria mesmo abordar. Você, então, não acha que sua formação te propiciou ferramentas e bagagem pra lidar com esse público?

P: Não. Você tem que buscar. Até porque, eu brinco muito, assim, quando eu vim pra Estratégia Saúde da Família, que na minha faculdade eu aprendi a fazer receitinha de dieta, fazer um cronograma alimentar para as crianças de 1 ano, a partir de 6 meses, e não é isso, a realidade é outra. Você vai lidar com pessoas que não tem o que comer.

E: Onde você aprendeu a lidar com a loucura? Onde você acha que construiu esse olhar?

P: Na prática e buscando alguns artigos, algumas referências, conversando com alguns profissionais do CAPS, tentando entender como é esse serviço, pra ajudar os meus pacientes, né, porque a formação dá muito pouco da saúde pública. Pelo menos a minha formação não me preparou para isso, nem pra trabalhar na Estratégia, muito menos com a loucura. E eu gostei desde a formação, acho que uma das matérias que eu fui melhor na faculdade foi a saúde mental, porque eu sempre gostei, sempre pesquisei. Eu acho que falta esse investimento na formação, tanto da loucura como da saúde pública mesmo. A gente vem preparado pra fazer a receitinha dos pacientes do Einstein, a dietinha dos pacientes do Einstein que vai ter espinafre, brócolis. Aqui, se você conseguir um alface você tá feliz. Não é o que tem na maioria da assistência pública e da Estratégia Saúde da Família, principalmente aqui na Zona Sul que é o maior índice de vulnerabilidade do estado de São Paulo. Você vai ver realmente pacientes marginalizados, não só pela loucura, por não ter

um tênis, não tem uma roupa, por não conseguir, às vezes, ter um alimento. Principalmente aqui na Capela do Socorro, a vulnerabilidade é muito alta.

E: Você falou de uma matéria em saúde mental que você foi bem. Acredito que você tenha tido poucas matérias.

P: Poucas, mas sempre me despertou interesse.

E: Do que ela tratou foi útil?

P: Foi útil, foi mais voltado pra área de hospitalar, a vivência dos manicômios, ainda tava na luta antimanicomial, hoje acho que a gente já fechou a maioria, não se tem mais esses hospitais totalmente psiquiátricos.

E: Eu sei que estão obrigando a fechar, mas existem hospitais que ainda perseveraram na lógica manicomial, mas são disfarçados. Eles estão pintados.

P: Pois é. Então, as matérias tratavam da história da loucura, como era isso no ambiente hospitalar, os cuidados que você tinha com os pacientes que pode te agredir, então já traz essa questão do medo por si só. Eles trazem esses temas. E isso traz um pouco de medo, talvez seja daí né. É que eu não consegui interpretar dessa forma, até porque quando eu vim trabalhar já foram outras experiências, já fui descontruindo.

E: Mas você acha que a mensagem passada é que eles são perigosos?

P: Sim. Até porque a gente falava de fazer contenção no leito, essas coisas que 'tem que aprender né'.