



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BANCA DE DISSERTAÇÃO

CLAUDÊNIA MESQUITA BARROSO

“NAVEGAR É PRECISO” - Cartografando Subjetividades em Saúde Mental.

SOBRAL

2017

CLAUDÊNIA MESQUITA BARROSO

“NAVEGAR É PRECISO” - Cartografando Subjetividades em Saúde Mental.

Banca de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

SOBRAL

2017

Dados internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca universitária

Gerada automaticamente pelo modo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor (a)

B285" Barroso, Claudenia Mesquita.

"Navegar é preciso"- Cartografando subjetividades em Saúde Mental. / Claudenia Mesquita Barroso. – 2017.

92 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Percy Antonio Galiberti Catanio.

1. Subjetividades, Saúde Mental, Cartografia. I. Título.

CDD 610

CLAUDÊNIA MESQUITA BARROSO

“NAVEGAR É PRECISO” - Cartografando Subjetividades em Saúde Mental.

Banca de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Francisca Denise Silva do Nascimento
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Ivaldinete de Araújo Delmiro
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

A Deus.

À minha família, especialmente a minha tia e
mãe Audísia por sua confiança e compreensão.

Aos amigos queridos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha família, minha mãe, irmãs e sobrinhos pela compreensão por minha ausência e por torcerem sempre pelas minhas conquistas.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Ao Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio, por sua disponibilidade em ajudar e acompanhar este trabalho.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof^a. Dr^a. Francisca Denise Silva do Nascimento e Prof^a. Dr^a. Ivaldinete de Araújo Delmiro por terem aceitado o convite e tão cuidadosamente tecerem contribuições valiosas às questões aqui apresentadas.

A todos os professores do curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceara em Sobral, na pessoa de seus coordenadores, Prof. Dr. Percy A. Galimbertti Catanio e Prof^a. Dr^a. Roberta Lira, sempre dispostos a ajudar os alunos em suas questões.

Aos usuários e profissionais do CAPS II de Sobral, sem os quais este estudo não seria possível.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas contribuições tão valiosas e a todos os envolvidos nesse projeto, de forma direta ou indireta e que de alguma forma enriqueceram esse debate.

“Toda ordem estabelecida tende a naturalizar suas próprias arbitrariedades.”

(Pierre Bourdieu)

RESUMO

O presente trabalho analisa, a partir de um mapeamento sobre a área de saúde mental, a subjetividade e as influências culturais encontradas nas diversas épocas, que envolvem e definem o universo da loucura; as consequências da rotulação e da inserção da loucura ao rol de doenças, legitimando assim a intervenção sobre a liberdade e a autogestão, através do chamado Poder Psiquiátrico. Nesse sentido a cartografia nos permitiu fazer esse mapeamento crítico, sendo uma ferramenta emprestada da área de geografia, onde é utilizada para mapear territórios e populações; mas aqui buscamos mapear as relações sociais e seus aspectos presentes nos processos de cuidados em saúde. A pesquisa foi realizada no CAPS Geral II de Sobral, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários do serviço. E também traz a narrativa de como se deu a Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Sobral especificamente, propiciando o surgimento de novas práticas de cuidado em saúde mental. Houve nesse processo de mudança de postura e de como lidar com a doença mental, não só uma transformação do cuidado e acolhimento, mas uma mudança de comportamento e de visão sobre a doença, que resultou em uma profunda mudança do sistema de saúde, em relação ao doente mental, e que chamou a atenção para a questão da sua individualidade e humanidade na sociedade. Questionamentos foram surgindo sobre de que forma o CAPS II de Sobral direciona os cuidados aos usuários? Como são realizadas suas atividades terapêuticas? Que tipo de dificuldades esse dispositivo enfrenta no dia a dia? De que forma pode ser trabalhada a confiança e a autonomia do paciente? De que forma a criatividade pode estar presente nos processos de trabalho dos profissionais e das atividades direcionadas aos usuários? Questões que nos permitiram entender que a visão biologista e médico-centrada, na prática, ainda é forte; que o trabalho interdisciplinar encontra muitas barreiras; que as relações de trabalho são precárias, e que essa precariedade influencia negativamente a todos, trabalhadores e usuários dos serviços; e também nos permitiu perceber que profissionais dedicados exercitam sua criatividade no dia-a-dia, para poder ofertar diversas atividades na tentativa de resgate e fortalecimento da individualidade, da cidadania e da autonomia dos usuários.

Palavras chave: Subjetividades, SUS, Saúde Mental, Cartografia.

ABSTRACT

This work analyses from a mapping prospective the mental health field, the subjectivity, and the cultural influences found throughout the centuries, that involve and define the universe of madness. It also discusses the consequences of labeling, and the insertion of madness among the diseases classification, thus justifying the intervention over the liberty and the right to take care of themselves of those classified as mad, exercising the so-called Psychiatric Authority / Psychiatric Power. Cartography helped us with this task, as a tool borrowed from Geography, where is used in order to map territories and populations, but here we are looking for mapping the social relationships, and their characteristics in the health care processes. The research was conducted at CAPS Geral II, in the city of Sobral, State of Ceara, Brazil, where mental health professionals as well as patients answered a semi-structured interview. It also tells about the Psychiatric Reform, how it was conducted in Brazil, and in the city of Sobral, provoking the surge of new practices of care in mental health. Those processes of change in the ways of dealing with mental health patients led to a transformation not only in the processes of care, but also in a behavioral change, and in the way professionals see the mental illness, which resulted in a deep change of the healthcare system, towards those mentally ill. It also called the attention to the questions about their humanity and their individuality within society. Some questions started to appear, related to the way that CAPS Geral of Sobral takes care of their users: how the professionals conduct the therapeutic activities? Which kind of difficulties happen in a daily basis? In which way could they work to improve patients' confidence and autonomy? How the creativity could be exercised within the working processes of the mental health professionals, as well within patients' therapeutic activities? In search for the answers, we understood that the biological and physician-centered approach is still strong, and that there are many barriers to developing or practicing an interdisciplinary teamwork. We also found that the working contracts are precarious, having a negative effect on all, workers and users of the services; we also found, however, that dedicated professionals use their creativity every day in order to provide the users with various activities, attempting to rescue and fortify the individuality and autonomy of the users.

Key words: Subjectivity, Unified Health Care System (SUS), Mental Health, Cartography

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SM	Saúde Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
1.1	Percursos Iniciais	13
2	NATUREZA DO ESTUDO.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4	PISTAS METODOLÓGICAS.....	23
4.1	Mapeando movimentos e percepções em campo.....	23
5	COMPREENDENDO AS IDEIAS E OS PRINCIPAIS CONCEITOS SOBRE A LOUCURA.....	29
5.1	O que é loucura?	29
5.2	Mudança de paradigma.....	33
6	PRIMEIROS PASSOS DO CAPS II DE SOBRAL- CE.....	39
6.1	Contexto histórico da Saúde Mental de Sobral.....	39
6.2	Inserção em campo.....	47
7	CRIATIVIDADE E PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	52
7.1	A criatividade que impulsiona o cuidado diário.....	52
8	AUTONOMIA.....	60
8.1	Fomentando autonomias.....	60
8.2	Os grupos terapêuticos como recurso ao fortalecimento da autonomia.....	66
9	A ARTETERAPIA COMO MÉTODO TERAPÊUTICO DE CUIDADO....	72
9.1	A arte pensada como terapêutica do cuidado em Saúde Mental.....	72
10	SAÚDE MENTAL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	76
10.1	Desenvolvendo elos de cuidado entre a Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Mental.....	76

11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
12	REFERÊNCIAS	82
13	APÊNDICES	87
14	APENDICE A.....	88
15	APENDICE B.....	89
15	APENDICE C.....	90

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Percursos iniciais

Inicialmente faz-se necessário tecer considerações ao respeito de certos fatos e percursos envolvidos no desenvolvimento e elaboração desta pesquisa. O interesse em pesquisar e adentrar pelo mundo da saúde surgiu ainda durante o curso de graduação em ciências sociais, quando surgiu a oportunidade de estudar as práticas corporais voltadas para a terceira idade e como estas eram compreendidas a partir de um grupo específico.

A saúde como campo de estudo foi se revelando um território rico e que envolvia subjetividades sobre o entendimento do que era saúde e doença. A doença em si acarretava além do desconforto próprio causado pela ausência de saúde, vários questionamentos e aspectos que envolviam desde o histórico familiar, até o contexto social e o lugar do doente na sociedade, perpassando pela subjetividade do próprio entendimento da pessoa sobre sua condição física e pessoal a partir da sua história de vida e do lugar que ocupa na comunidade, que são os fatores que chamamos de determinantes sociais de saúde.

Hoje cada vez mais surgem trabalhos que se propõem a investigar os determinantes sociais de saúde e sua importância na vida do indivíduo. Assim aos poucos os autores e intelectuais interessados em quebrar barreiras e estudar a saúde com enfoque subjetivo vão questionando o saber dominante biomédico sobre a doença. Com o tempo e já como proposta de mestrado foi-se definindo um recorte de estudo sobre a área de saúde de interesse em investigar, que seria a área de saúde mental, mais especificamente, a questão das subjetividades que envolvem esse universo e que trazem questões como a autonomia do usuário de saúde mental, a criatividade presente nos processos de trabalho ao lidar com questões delicadas que envolvem o universo da loucura e do transtorno mental e tantas outras, como a arte usada como ferramenta terapêutica no cuidado aos usuários com transtornos mentais.

A saúde mental nos traz em seu bojo de articulações, vários fatores que nos mostram que não há apenas um caminho a ser seguido e que podemos caminhar desenvolvendo parcerias múltiplas que nos permitem visualizar a questão com um olhar ampliado, através de várias frentes, o que pode contribuir para a proposição e implementação de atitudes que privilegiem a humanização no cuidado em saúde. Esse tipo de cuidado compartilhado é algo a ser (re)construído não só dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas em todos os espaços de convivência, e com a ajuda e participação de todos aqueles que integram a vida dos sujeitos em sofrimento emocional, principalmente aqueles portadores de transtornos

graves e persistentes.

A autonomia de ir e vir, de realizar atividades “simples” do dia a dia, de conviver em comunidade não pode ser apenas algo dado ou permitido, mas algo a ser buscado e construído pelos profissionais, usuários e familiares através de uma rede de cuidados presentes nas comunidades, nos domicílios e nos equipamentos de saúde.

Refletir sobre saúde mental exige de nós mais do que um enfoque baseado na biomedicina sobre o que é o transtorno mental, pois a desordem que esse transtorno traz à vida do indivíduo afeta todos os campos ligados a esse sujeito: sua vida pessoal, seu trabalho, sua família, suas relações sociais, de maneira geral. Trazer apenas a visão biomédica para o estudo do transtorno mental seria deixar de dar importância a uma parte crucial da vida do indivíduo, necessária para compreendê-lo e compreender melhor seus sintomas, seu transtorno, possibilitando a construção conjunta de um plano terapêutico mais apropriado, mais holístico e humanizado. Questionamentos surgem a partir desta discussão: a) De que forma o CAPS II de Sobral direciona os cuidados aos usuários? b) Como são realizadas suas atividades terapêuticas? c) Que tipo de dificuldades esse dispositivo enfrenta no dia a dia? d) De que forma pode ser trabalhada a confiança e a autonomia do paciente? e) De que forma a criatividade pode estar presente nos processos de trabalho dos profissionais e das atividades direcionadas aos usuários?

Estudar a saúde do corpo e da mente nos obriga a refletirmos sobre o corpo e a saúde, tendo em vista que o corpo é o principal instrumento de verificação da existência ou não de saúde, mas esse corpo traz consigo histórias de vida, o que nos remete à ideia de um “mundo vivido”, com todas as experiências e sentidos, segundo Merleau Ponty (1999). Diante dessa diversidade de subjetividades que envolvem essa temática, achamos adequado, para este estudo, desenvolver um trabalho qualitativo com ferramentas que buscamos na antropologia, como a observação participante e as entrevistas semiestruturadas, que foram realizadas no próprio CAPS, acompanhadas do método de estudo cartográfico como estratégia de análise crítica que descreve as relações e trajetórias que envolvem determinado campo de estudo como se fosse um mapeamento de territórios subjetivos. Assim, a cartografia nos mostra que a subjetivação implica um movimento do sujeito em relação a si mesmo no sentido de “reconhecer-se como um sujeito de um enunciado, de um preceito, fazendo com que estes operem no seu próprio corpo, o que envolve um conjunto de trabalhos e práticas de si, visando estetizar-se conforme enunciado pelo preceito ou pela norma”. (Filho, et al., 2013, pg.50)

Perceber como são elaboradas as atividades direcionadas aos pacientes dentro do

CAPS Geral II, nos ajudou a obter uma visão ampla do serviço oferecido e fazer uma análise sobre o CAPS e seu objetivo maior que é desenvolver um trabalho de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, de praticar um cuidado humanizado onde se valorize o sujeito como cidadão e buscar oferecer um tratamento que possa se distanciar da concepção baseada no uso da contenção física, medicação, isolamento e que busque propiciar uma melhor “qualidade de vida” em relação ao “domínio de si mesmo”, que podemos considerar como autonomia de vida, lembrando sempre que este é apenas um passo e que seria necessário sempre estar discutindo, revendo e avançando, o que poderíamos chamar da promoção da “Reforma da Reforma”, para não cair na inércia e na cronicidade das ações.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a família, a sociedade e toda a comunidade deve se envolver no processo de ressocialização dos pacientes com dificuldades maiores em estabelecer vínculos com o mundo exterior. Esses indivíduos precisam de uma proposta de trabalho desenvolvida por equipes multidisciplinares que se distanciem do modelo tradicional do saber médico. Sabe-se hoje que esse modelo não se adequa a realidade que envolve a loucura. Apesar disso, ainda há grandes dificuldades nesse diálogo multidisciplinar, pois o saber biomédico ainda predomina na área da saúde e alguns discursos dos próprios usuários corroboram com a ideia de entender o serviço apenas como um lugar de pegar sua medicação ou apenas ver o médico em consulta.

Buscamos explorar o universo que envolve a saúde mental e seus aspectos, como a mudança de pensamento a partir da Reforma Psiquiátrica, que propiciou a quebra do regime hospitalocêntrico como forma de cuidado, os processos de trabalho pelos profissionais, a questão da autonomia do paciente, a arteterapia como ferramenta de cuidado e os aspectos gerais do CAPS II de Sobral como a estrutura, espaço físico, investimento e interesse por parte do poder público. Com esse intuito, iniciamos a pesquisa analisando e conversando com profissionais do CAPS ao respeito das atividades desenvolvidas e seus objetivos, analisando espaço e estrutura física onde são realizadas essas atividades e conversando também com alguns usuários do serviço para obter informações sobre suas necessidades e o que falta para melhorar, segundo sua percepção, sempre buscando apreender as características subjetivas implícitas nesse processo.

Nesse trabalho de fortalecimento dos vínculos, a família sempre é solicitada pelo dispositivo a estar participando das atividades e acompanhando o tratamento de seu ente, o que muitas vezes não acontece, por falta de empenho de muitos familiares que só mostram interesse em saber se seu parente está sendo medicado, mas outras famílias participam e se interessam em conhecer e contribuir para o tratamento. De acordo com Gonçalves (2013):

O que se almeja não é simplesmente a transferência da pessoa com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, entregando-o aos cuidados de quem puder assisti-lo ou largando-o à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da sua cidadania, “o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o como sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e a sociedade.” (Cadernos de atenção básica apud Gonçalves et al., 2013, p.64).

É um trabalho complexo que exige o envolvimento de todos aqueles que possam influenciar a vida do sujeito com transtorno mental de forma positiva. Para que esse trabalho flua da melhor maneira possível é necessário que haja “sujeitos coletivos que nas práticas concretas e cotidianas transformam o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também” para que essas práticas não se cronifiquem. (Camuri, et al., 2010, p. 806).

O objetivo principal deste estudo consiste em buscar entender os processos de trabalho e cuidados direcionados aos doentes mentais com transtornos graves na cidade de Sobral, Ceará, e quais os aspectos subjetivos implícitos nesse cuidado que possam fortalecer a autonomia do usuário e prepará-lo para enfrentar sua doença e marcar sua presença como cidadão na sociedade. Também estão presentes nessas condições as dificuldades que o CAPS Geral II enfrenta, sem ter uma sede própria e estrutura adequada para atender esse público e desenvolver atividades direcionadas que possam fomentar ainda mais as qualidades e potencialidades dos usuários.

Compreender as atividades ofertadas, dirigindo-as de acordo com as necessidades do serviço e dos próprios usuários, buscando desenvolver um trabalho de “diagnóstico” institucional que possa auxiliar a gestão dos serviços de saúde mental a desenvolver um atendimento mais atuante, se alinha com o objetivo proposto nesta pesquisa e nos possibilita levar em consideração não só a estrutura física do lugar, mas a capacitação dos profissionais para que estejam sempre atentos às complexas necessidades dos pacientes e assim possam realizar um trabalho sensível às múltiplas questões que envolvem o universo da loucura.

Não é um trabalho fácil, pois a loucura não é uma doença precisa, fixa... muitas vezes ela se constrói e reconstrói, ela varia de pessoa a pessoa, ela envolve aspectos da personalidade de cada um, envolve questões familiares e muitos outros aspectos individuais, exigindo assim que o profissional tenha um olhar sensível e apurado e saiba trabalhar em equipe.

Foram realizadas 11 entrevistas, sendo sete com profissionais de diversas áreas de atuação como terapeuta ocupacional, profissional de educação física, psicopedagogo(a), psicólogo(a), artesão e assistente social que desenvolvem atividades em grupos, e quatro

entrevistas com usuários portadores de doença mental grave e persistente¹, que frequentam as atividades do CAPS três (ou mais) vezes por semana, fazendo parte do grupo de “usuários intensivos”. Ao longo do trabalho destacaremos as falas desses profissionais como sendo P1, P2 e assim por diante, e da mesma forma a fala desses usuários como U1, U2..., preservando a identidade dos participantes que nesse universo principalmente, precisam ter suas identidades preservadas por conta do alto preconceito que ainda existe em relação ao sujeito com transtorno mental em nossa sociedade.

Abordaremos adiante a compreensão das ideias e dos principais fundamentos conceituais sobre a loucura; como é significada em diversas frentes e culturas de pensamentos ao longo do tempo, seguido da mudança de paradigma com o advento da Reforma Psiquiátrica, que veio alterar o modo asilar e opressor com que eram tratados os considerados loucos.

Logo mais teremos a oportunidade de refletirmos sobre os primeiros passos do CAPS Geral II em Sobral, após essa mudança de paradigma, que proporcionou uma visão diferente sobre a doença mental tanto a nível profissional ou de assistência, como também veio trazer argumentos e orientações para os familiares, os leigos e a sociedade como um todo. Impulsionando-nos a olharmos para a questão, como fato relevante para que possamos tratar com mais respeito e humanidade o doente mental, deixando de lado nossos preconceitos.

Abordaremos também a criatividade implícita no fazer diário dos profissionais e como esse fazer pode potencializar a autonomia do paciente no seu dia a dia. A arteterapia se revela como uma ferramenta lançada para estimular a capacidade de comunicação e socializações do doente mental com o mundo a sua volta, portanto aprofundaremos um pouco mais esse assunto. Finalmente, faremos uma reflexão sobre a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) na construção de um cuidado terapêutico mais abrangente, envolvendo as equipes de saúde (com múltiplos profissionais) e os usuários, em seus territórios.

Esta pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética sob o CAAE 65243017.0.0000.5054, seguiu os critérios éticos necessários para a realização de uma pesquisa envolvendo pessoas.

¹ “[...] pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.” (Extraído de folheto explicativo disponível no CAPS, 2017)

2 NATUREZA DO ESTUDO

Este estudo se destaca como uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo é agregar conhecimentos novos que possam contribuir para o avanço da ciência sem que haja uma aplicação prática prevista. Possui caráter exploratório e etnográfico, que permite uma primeira aproximação do pesquisador com o tema, para torná-lo mais próximo com os fatos.

É observacional, seguindo o método cartográfico de investigação, onde o investigador atua como expectador de fenômenos sem, no entanto, realizar qualquer tipo de intervenção que possa interferir na dinâmica dos acontecimentos da instituição, trazendo à luz dos debates questões subjetivas que possam detalhar como os fatos acontecem e quais os sentidos que trazem a partir das percepções de quem participa ativamente desses processos.

A cartografia nos permite realizar um estudo sem regras ou métodos já prontos, no entanto não se trata de um estudo sem direção, ela traz uma liberdade que foge ao método tradicional seguindo uma orientação no percurso das análises que nos permite visualizar o campo como um território repleto de subjetividades.

Quanto aos procedimentos técnicos segue a linha da pesquisa de campo, como já mencionado antes, que junto com as entrevistas semiestruturadas, foram emprestadas da antropologia como método de investigação em pesquisa etnográfica, onde o principal foco é o estudo da cultura de determinados grupos sociais, que possibilitarão o registro das falas e das interpretações daqueles que se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

Mapear esses territórios corrobora com os objetivos e nos proporcionam uma visão geral das condições que se apresentam diariamente na realidade vivida no CAPS Geral II, onde as relações se dão.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa se utilizou do arcabouço teórico de autores que versaram sobre conceitos nas áreas de ciências humanas e sociais, assim como também de conhecimentos específicos da área de saúde, para desenvolver um diálogo que pudesse trazer os aspectos subjetivos que envolvem as questões relacionadas à saúde mental.

Inicialmente ao apresentarmos o estudo nos utilizamos de autores como Merleau Ponty (1999), que nos trazem a ideia de mundo vivido para designar toda a experiência e histórias de vida que o indivíduo carrega consigo e que vai caracterizar sua personalidade e a doença. Ao mesmo tempo, Prado Filho e Teti (2013) dizem que esse sujeito possui a capacidade de reconhecer-se como protagonista de um enunciado que opera em seu corpo e sua vida envolvendo um conjunto de trabalhos e práticas de si. Essas práticas de si, que envolvem um domínio de si mesmo, estabelecem o resgate e a construção de cidadania, com a participação dos familiares na reintegração do sujeito com transtorno mental na comunidade e no seio familiar.

Para que haja a construção da cidadania do sujeito e sua reintegração na comunidade é importante que se desenvolvam processos de trabalho e cuidados que envolvam pessoas comprometidas com esse processo e a inserção de profissionais de várias áreas que possam lançar diferentes olhares, trazendo o caráter interdisciplinar, que possa gerar sujeitos coletivos, que nas práticas diárias transformam o modo de produzir cuidados. (Camuri, 2010).

Sobre a compreensão de noções que nos levam a questionar sobre o que é loucura, é importante destacar que a loucura ocupou vários lugares em diferentes culturas. Scaramussa (2009) nos diz que cada cultura traz em seu interior muitas possibilidades de atuação e entendimento que propõe a seus integrantes um modelo de conduta. Esse modelo relacionado à loucura sofreu variações através das diversas épocas, desde a antiguidade até a contemporaneidade, que são apresentadas e desenvolvidas no texto, no capítulo 5 (o que é loucura?)

Portocarrero (2002) nos revela que a prática psiquiátrica penetrou na sociedade, nas instituições como a família, forças armadas, etc., com o objetivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, pois aqueles que não produziam eram tachados de loucos e colocados em hospícios. Assim, os doentes, os alcoólatras e todos os que não conseguiam seguir as regras que emergiam na sociedade eram tidos como anormais ou loucos.

Complementando, Hannah Arendt (2007) nos fala que três fatores correspondiam à condição humana de estar no mundo: o labor, o trabalho e a ação que de algum modo se

correlacionavam com a questão produtiva designada ao homem. Nesse conjunto de acontecimentos que levaram a exclusão de indivíduos “improdutivos” surgiu a noção de estigma, que também será trabalhada no capítulo 5.

Nunes (2007) afirma que a vulnerabilidade humana se mostra de duplo modo, onde os seres humanos encontram-se expostos à loucura e conseqüentemente às suas formas de tratamento em instituições que possuem um alto grau de limitação em compreender esse processo. Seria, portanto, necessário na visão desse autor, discutir um modelo alternativo que deveria em sua construção considerar as relações entre o conceito de saúde e as ações de saúde.

Esse modelo alternativo proporcionou uma mudança do paradigma de cuidado asilar para um cuidado humanizado do sujeito com transtorno mental, fazendo surgir uma nova ordem de pensamento e ações voltadas para o sujeito como cidadão detentor de direitos, que carrega uma história de vida, trazendo para o cuidado em saúde mental os aspectos subjetivos da doença. A trajetória percorrida para efetivar tais mudanças, que no Brasil se espelharam nos preceitos filosóficos e na práxis da Reforma Psiquiátrica italiana, que foi liderada por Franco Basaglia, também é detalhada no capítulo 5.

Essa mudança nas práticas e saberes provocou transformações importantes, que poderiam ser classificadas segundo o conceito do “derretimento dos sólidos”, pois para Bauman (2001), na modernidade “líquida” tudo ou quase tudo se torna líquido e se transforma o tempo todo deixando para trás concepções sólidas e imutáveis, e afirma que a situação presente emergiu do derretimento dos grilhões e das algemas. Essa liquidez das ações ou de determinada ordem estabelecida, no mundo contemporâneo em que vivemos, transforma o que antes poderia ser visto como algo sólido e imutável, em algo fluído. Nada está estabelecido. Tudo se transforma.

Por conta disso, Franco e Merhy (2013) ressaltam que o trabalho em saúde é vivo e possui uma liberdade de atuação pelo profissional ao lidar com o outro no dia a dia, sendo capaz de encontrar novos territórios de significações.

Ao explorar esse território de significações que envolvem a área de saúde mental, Pierre Bourdieu (2004) destaca que o campo da pesquisa é cheio de detalhes, e que só compreendemos o que diz e faz o interlocutor presente no campo, se estamos em condições de nos referirmos à posição que ele ocupa nesse campo. Para isso é necessário que nos misturemos aos agentes presentes na trama diária do campo que está sendo estudado, e que mantenhamos um distanciamento que se caracteriza como um estranhamento, na concepção de Teis e Teis (2006), que nos dará pistas de como lidar em um esforço sistemático de análise

de uma situação, que mesmo sendo familiar, nos pareça estranha, para que surjam questionamentos acerca do que se passa. Minayo (2001) complementa que em pesquisa científica, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social.

Oliveira e Ribeiro (2000) nos traz informações de que mesmo obtendo grandes avanços nas pesquisas, os conceitos do modelo biomédico tradicional, baseado na doença, na farmacologia e na internação, ainda são observados na prática dos profissionais de saúde mental. Ainda assim há um esforço grande em superar essas barreiras ainda existentes. Franco e Merhy (2013) nos dizem que qualquer trabalho realizado junto a um usuário, produz, através de um trabalho vivo em ato, o encontro entre duas pessoas no qual se opera um jogo de expectativas, e se produzem relações de vínculos e aceitação.

É na micropolítica do trabalho diário que as relações se dão e se fortalecem, proporcionando, a cada um dos participantes, experiências que se traduzirão em marcas invisíveis. Paulo Freire (1996) nos fala que somos mais que seres no mundo. O ser humano se tornou uma presença no mundo com os outros e com o mundo. Presença que reconhecendo a outra presença como um “não eu” se reconhece como si própria. Assim todos nós temos um papel fundamental na vida do outro, podemos afetar e sermos afetados de forma positiva ou negativa no processo de desenvolvimento de cada um.

Nessa explosão de relações, a criatividade opera em todos os sentidos, ainda de acordo com Freire (1996) não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos deixa impacientes diante do mundo, acrescentado a ele algo que fazemos. Porém a rigidez dos processos burocráticos que envolvem o trabalho e a organização dos serviços de saúde, e os modos de cuidar centrados na doença, contribuem para uma naturalização do cotidiano, produtor de indiferença ao sofrimento do outro, de acordo com a Política Nacional de Humanização, Humanizassus.

No entanto os profissionais lutam diariamente para fortalecer, através de atividades propostas, a autonomia do sujeito com transtorno mental. Cohen e Salgado (2009) nos mostram que a autonomia está relacionada com a capacidade de se autogovernar e ter o domínio de si mesmo. Almeida (2010) diz que uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir em direção a esta deliberação. Ferreira (1999) nos lembra que considerar a ampliação da autonomia como um dos objetivos do trabalho implica na reformulação de valores políticos e de conceitos teóricos que orientam esse tipo de trabalho.

Esse processo passará pela questão etnocêntrica que permeia as relações sociais

que envolvem os indivíduos. Rocha (2010) destaca que o etnocentrismo é uma visão de mundo onde nosso próprio grupo é tomado como referência e todos os outros são pensados e sentidos através dos nossos valores. A questão etnocêntrica permeia nossas relações como seres humanos e pode trazer benefícios ou pode atrapalhar, quando colocamos nossa visão de mundo como único caminho a seguir, menosprezando o saber do outro.

Nesse processo de conhecimento e autoconhecimento das nossas ações em saúde, destaca-se a importância de ferramentas como a arteterapia, usada como recurso importante para ter acesso a questões profundas, como o fortalecimento dos vínculos, traumas psicológicos e outros fatores que muitas vezes encontram dificuldades para sua expressão em terapias tradicionais. Nesse campo dois nomes importantes se destacam como precursores desse trabalho no Brasil, Nise da Silveira, médica psiquiatra e Osório César, psiquiatra e psicanalista. Ambos desenvolveram técnicas da arteterapia em pacientes com transtorno mental e tiveram grandes avanços na questão da saúde mental dos seus pacientes. Aqui, autores como Andriolo (2003) e Carvalho (2001) explicitam bem sobre a arte como terapia do inconsciente.

Faz-se importante também a discussão sobre o trabalho de interdisciplinaridade entre os profissionais da saúde mental e os profissionais da Estratégia Saúde da Família, trazendo questões pertinentes em reuniões e atendimentos compartilhados que proporcionam maior integração da unidade básica de saúde com a área de saúde mental no sentido de acolher os pacientes da comunidade que possam ter problemas dessa categoria. Para endossar esse assunto nos utilizamos de conceitos de autores como Chiaverini (2011); Mileke e Olschowsky (2010)

Esses autores citados e outros mais nos ajudaram a compreender o fenômeno da loucura e os cuidados direcionados aos doentes mentais em nossa sociedade, enriquecendo o debate e fomentando questões que nos propusemos a investigar em campo, buscando sempre apreender as subjetividades implícitas nesse processo.

4 PISTAS METODOLÓGICAS

4.1 Mapeando movimentos e percepções em campo

Com a inserção em campo e a percepção de subjetividades implícitas no processo de cuidado em saúde mental, adotamos o método de pesquisa denominada cartografia direcionada à pesquisa social. Ela se propõe como método nas ciências humanas em mapear territórios existenciais e subjetivos implícitos que envolvem o indivíduo, como as relações de poder, emoções, jogos de verdade e outras tantas características que envolvem nossa vida e nossas relações com o outro em determinada comunidade ou contexto, ou seja, nos espaços sociais.

Ao citarmos a cartografia como recurso metodológico de pesquisa é importante destacarmos que ela não se refere a método como um conjunto de regras. De acordo com Prado Filho, et. al., (2013), a cartografia permite delinear uma trajetória de sentimentos e percepções que envolvem o objeto de estudo e o campo onde esse objeto está inserido. Assim eles ressaltam que:

É bom lembrar ainda que existem tantas cartografias possíveis quanto campos a serem cartografados, o que coloca a necessidade de uma proposição metodológica estratégica em relação a cada situação ou contexto a ser analisado, indicando que dessa perspectiva método e objeto são figuras singulares e correlativas, produzidas no mesmo movimento, e que não se trata aqui de metodologia como conjunto de regras e procedimentos preestabelecidos, mas como estratégia flexível de análise crítica. (Prado Filho, et al., 2013, p. 46)

Assim como destaca o autor, a cartografia não propõe regras a serem seguidas e sim é uma estratégia flexível de análise, achamos que essa forma de trabalhar seria o mais adequado a se adotar nesta pesquisa que envolve sujeitos e territórios delicados de serem abordados e nos trazem diversos aspectos que nos conectam ao mundo sensível.

A cartografia como método de estudo surgiu no campo da geografia, como conhecimento preciso e análise de territórios por meios estatísticos, matemáticos contando com instrumentos e técnicas sofisticadas. Ao ser trazido para as ciências humanas, tornou-se um método eficaz em pesquisas qualitativas que envolvem o ser humano e as questões subjetivas a ele ligados, nos proporcionando uma viagem por territórios impalpáveis e ao mesmo tempo tão questionadores e implícitos em nossas vidas e nas diversas formas de nos relacionarmos com o mundo e conosco mesmos.

Na geografia sua especialidade é demarcar territórios ou ainda “tratar da distribuição de uma população em um espaço, mostrando suas características étnicas, sociais,

econômicas, de saúde, educação, alimentação, entre outras”. (Prado Filho, et al., 2013, pg. 47). Assim:

A cartografia social aqui descrita liga-se aos campos de conhecimentos das ciências sociais e humanas e, mais que mapeamento físico, trata de movimentos, relações, jogos de poder, enfrentamento entre forças, lutas, enunciações, modos de objetivação, de subjetivação, de estetização de si mesmo, práticas de resistências e de liberdade. (Prado Filho, et al., 2013, p. 47)

Em meio à elaboração do estudo e das questões que se apresentavam em campo, a cartografia juntamente com a observação participante e as entrevistas semiestruturadas, que são técnicas cunhadas da antropologia social, mostraram-se eficientes no debate acerca do universo da saúde mental, dos processos de trabalho e do cuidado humanizado. Trata-se não de territórios estáticos em si, mas trata-se muito mais de movimentos, desdobramentos no tempo e espaço, que segundo Deleuze (1995) é um método para “desemaranhar as linhas de um dispositivo”. Desta forma:

Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que Foucault chama de trabalho de terreno. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal. (Deleuze, et al., 1995, p. 1)

Deleuze e Foucault nos trazem a ideia do que é ser um cartógrafo, que incorpora características históricas de Foucault e seu eixo metodológico saber-poder-subjetividade à medida que se apresenta como método de análise de dispositivo, o que gerou desdobramentos em obras posteriores desses autores, discorrendo sobre o que é dispositivo. Sobre a cartografia Deleuze acrescenta que ela traça diagramas de poder, que segundo ele:

O diagrama não é mais o arquivo, auditivo e visual, é o mapa, a cartografia coextensiva a todo campo social. É uma máquina abstrata. Definindo-se por meio de funções e matérias informes, ele ignora toda distinção de forma entre um conteúdo e uma expressão, entre uma formação discursiva e uma formação não discursiva. É uma máquina quase muda e cega, embora seja ela que faça ver e falar. Se há muitas funções e mesmo matérias diagramáticas, é por que todo diagrama é uma multiplicidade espaço-temporal. Mas, também, porque há tantos diagramas quanto campos sociais na História. (Deleuze, et al., 1988, p. 44)

Deleuze relaciona ainda a cartografia como um rizoma, em sua obra *Mil Platôs*, onde esse rizoma “se estende e se desdobra num plano horizontal, de forma acêntrica, indefinida e não hierarquizada, abrindo-se para a multiplicidade, tanto de interpretações quanto de ações, remetendo à formação radicular da batata, da grama e da erva daninha”. (Prado Filho, et al., 2013, p. 51). É exatamente a proposta deste trabalho, ao trazer para a discussão sobre a saúde mental, a multiplicidade de ideias e interpretações que envolvem esse

campo que é interdisciplinar e nos traz em seu bojo diversas formas de fazer e olhar o cuidado humanizado direcionado ao doente mental.

A interdisciplinaridade é importante na visão dos profissionais e usuários do CAPS Geral II, pois enriquece a troca de saberes e proporciona um cuidado onde se leva em consideração o sujeito e não apenas a doença. Pois a doença existe a partir de um sujeito e de um contexto onde esse sujeito está inserido com toda sua carga de expectativa e simbologia expressa nesse processo. Diante dessa interdisciplinaridade a profissional P4 afirma:

O ser humano é multi, claro que cada um tem suas especificidades, mas ainda assim o ser humano é multi, ele é um ser relacional, sabe? É um sujeito de relação. Somos sujeitos de relação, né, não somos sozinhos. Então, eu acho que é fundamental o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar, intersetorial, né? Porque é isso que nos constitui. É como eu acabei de dizer, não são usuários do CAPS, são do sistema. (P4, entrevista realizada dia 21/02/2017)

Trazer, sobre o fazer na saúde, a participação e a discussão interdisciplinar enriquece não só o debate, mas enriquece também as ações diárias e descentraliza o olhar do profissional que tende a centralizar as questões a partir do lugar profissional que ele ocupa. Apesar disso, alguns estudiosos nos incitam a pensar que para além do discurso da interdisciplinaridade, existem algumas incoerências e contradições. Carvalho e Queiroz enfatizam:

O conceito de interdisciplinaridade, que o projeto do Serviço de Saúde realiza concretamente, padece de alguma inconsistência teórica, mas é vivido como uma troca permanente de conhecimentos e que evita as hegemonias disciplinares. Destaca certa tensão entre os médicos e não médicos devido às realidades legais e jurídicas das categorias e, também, devido ao uso de técnicas especializadas na ausência de capacitações correspondentes. (Carvalho, et al., 2006, p. 2736)

Historicamente o espaço da doença mental no modelo hospitalocêntrico tem seu funcionamento centrado na figura do médico. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, houve uma mudança paradigmática nesse modo de pensar e buscou-se então envolver diversas categorias no trato da doença mental, com o intuito de desenvolver novas metodologias de cuidado.

Houve um incremento de ações que possibilitaram aos usuários e profissionais a troca de ideias e ações que permitissem enriquecer o cuidado. São essas ações e trocas que a cartografia busca mapear, não através de dados estatísticos como na geografia, mas através de percepções, falas, gestos, impressões, etc. que possam de alguma forma nos transportar ao campo de estudo para que possamos sentir como de fato as coisas se dão no dia a dia e quais as impressões sentidas.

Essa troca de percepções, ideias e ações no cuidado permite aos usuários e trabalhadores dialogar com outros dispositivos, o que se mostra positivo na fala de uma das profissionais do serviço, que destaca a importância de ocupar novos espaços e o que isso implica no próprio fortalecimento do usuário. Assim ela diz:

[...] é algo que minimamente que a gente consegue, que é sair para outros espaços. De não só trazer esse mundo pra cá, mas levá-los pra lá também. E aí, vai ao encontro também com essa desinstitucionalização. Como é que você vai mostrar esse mundo pra eles, se eles não saem daqui? É preciso ocupar os espaços fora, no mundo lá fora, reinseri-los na dinâmica diária, na comunidade, na sociedade. (P4, entrevista realizada dia 21/02/2017)

Sair e interagir com outras pessoas ou dispositivos que possam estar contribuindo para a reinserção do usuário no mundo fora dos muros do CAPS é um processo que carrega uma simbologia, tanto pelo histórico de segregação que no passado não tão distante, esses usuários ou doentes mentais sofreram. Por isso, mesmo é um processo a ser sempre buscado de várias formas, seja pela inclusão no mundo do trabalho, seja em uma visita ao Teatro São João (no centro da cidade de Sobral), ou mesmo nas festinhas de carnaval que muitas vezes são feitas em espaços externos, como foi neste último carnaval realizado na Praça do Bosque, aos olhos de muitos curiosos e visitantes.

Realizações desse tipo permitem a aproximação dos usuários com os diferentes espaços que também lhes pertencem na sociedade, e também permite aos outros, de fora, superar as barreiras do preconceito em relação ao doente mental, que ainda é muito forte em nossa sociedade.

Nesse sentido fazer pesquisa é se reinventar também nesse processo, onde todos os protagonistas e inclusive o próprio pesquisador supere barreiras que impedem um diálogo mais próximo e aberto que possibilite uma transformação terapêutica relacional com o outro. Terapêutica no sentido de fazer bem, de transformar para melhor nosso convívio com as diferenças em nosso meio.

Martins ressalta que “a variedade de material obtido qualitativamente exige do pesquisador uma capacidade integrativa e analítica que, por sua vez, depende do desenvolvimento de uma capacidade criadora e intuitiva”. (Martins, 2004, p. 292)

Ao seguir nesse processo de fazer ciência, colocamos e cunhamos um pouco de cada um de nós e aprendemos um com o outro, e nessa construção de sentidos e percepções direcionamos sob uma metodologia de pesquisa, uma forma de análise. É um processo que além de descobertas, traz ao pesquisador o autoconhecimento e amadurecimento de ideias que permitem uma análise profunda da realidade estudada e segue um rigor metodológico que a

pesquisa qualitativa nos traz.

Diferentemente das pesquisas quantitativas que mostram seu rigor por meio de análises estatísticas e matemáticas, a pesquisa qualitativa também possui seu rigor pautado na seriedade de suas análises, trazendo a visão de vários autores sobre o assunto, fazendo um estudo aprofundado sobre o tema. Portanto nem um método se sobressai sobre o outro, mas complementam-se em muitos momentos, ao depender do tipo de estudo. O que o método qualitativo nos traz é uma absorção do objeto de estudo ou um mergulhar na realidade do outro. Ainda de acordo com Martins:

Esse mergulho na vida do grupo e em culturas às quais o pesquisador não pertence depende de que ele convença o outro da necessidade de sua presença e da importância de sua pesquisa. Para que a pesquisa se realize é necessário que o pesquisado aceite o pesquisador, disponha-se a falar da sua vida, introduza o pesquisador no seu grupo e dê-lhe liberdade de observação. Esse mergulho na vida de grupos e culturas aos quais o pesquisador não pertence, exige uma aproximação baseada na simpatia, confiança, afeto, amizade, empatia, etc. (Martins, 2004, p. 294)

Esse mergulhar nos permite conhecer novas realidades, novos mundos que também acabam por nos afetar enquanto pessoa que vem de fora, trazendo em sua vivência outras histórias. Nesse processo é interessante a quem vem de fora deixar de lado tudo o que sabe ou que pensa que sabe sobre a realidade escolhida para investigar e se abrir para novas experiências que são possíveis a partir da inserção em campo. Deixar as velhas concepções e absorver o campo de pesquisa da forma como se mostra, nos dá a ideia de neutralidade que é tanto falada em pesquisa.

É necessário ter certa neutralidade para que a pesquisa se desenvolva, mas segundo alguns autores essa neutralidade completa tão almejada não existe. Tomanik entende que o cientista, quando estuda a natureza, “traz consigo, ao menos em parte, a representação social da natureza que adquiriu no decorrer de sua aprendizagem”, e essa formação social nos condiciona em nossos estudos. (Tomanik, 2004, p. 28).

Podemos refletir que, ao pesquisarmos sobre determinado assunto, colocamos em nossas análises aquilo que desejamos que fosse baseado em nossos conhecimentos e teorias que trazemos conosco. Imprimimos em nosso estudo nossas expectativas e assim projetamos o desejo de possíveis mudanças de acordo com alguns estudiosos. Nesse sentido a neutralidade nua e crua não existiria, mas é necessário tentarmos nos desfazer de pré-julgamentos e juízos de valor, para poder caminhar e fazer observações críticas de qualidade, que é o que se espera de uma pesquisa científica.

A pesquisa qualitativa nos permite entrar em campo e dialogar com o interlocutor

expondo analiticamente a visão de diversos autores que trazem ricos conhecimentos teóricos que, segundo Roberto Da Matta, seria “uma interação complexa entre o investigador e o objeto investigado”, que compartilham, mesmo que muitas vezes não se comuniquem, “de um mesmo universo de experiências humanas”. (Da Matta, 1981, p.23). Seria a possibilidade de nos relacionarmos com as pessoas que vivem determinado contexto investigado que faria com que deixássemos nossos preconceitos de lado.

Para Martins, diante da diversidade, o “fazer ciência” não aborda um único modelo ou padrão de trabalho científico. Pois, “é preciso esclarecer, antes de mais nada que as metodologias qualitativas privilegiam, de modo geral, a análise dos microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais”. (Martins, 2004, p. 292).

Foram esses microprocessos, presentes no trabalho diário do CAPS Geral II que buscamos apreender e estudar, trazendo todas as dificuldades e também as vitórias por cada dificuldade superada no dia a dia dos profissionais, pois eles mesmos ressaltam que o trabalho é difícil, mas é gratificante. Nesse sentido a cartografia, associada ao método qualitativo de pesquisa, foi grande auxiliar, junto aos estudos teóricos que orientaram este debate.

5 COMPREENDENDO AS IDÉIAS E OS PRINCIPAIS FUNDAMENTOS CONCEITUAIS SOBRE A LOUCURA.



Foto de autoria própria, 2017

5.1 O que é loucura?

A loucura ao longo dos séculos ocupou vários lugares sob abordagens diferenciadas, dependendo da concepção epistemológica, histórica e cultural dominante nas diversas épocas e sociedades. Tais variações provocaram uma ideia de descontinuidade, tanto do saber quanto da prática. Segundo Scaramussa (2009), cada cultura traz em seu interior “infinitas virtualidades da essência humana e propõe a seus membros um modelo de conduta”, sendo que aqueles que se aproximam mais ao modelo proposto são favorecidos e os que não se adéquam a esse modelo são os considerados anormais. (Scaramussa, et al.,2009, p.21)

No âmbito do saber, podemos resgatar historicamente que a partir do momento em que a loucura foi capturada pela psiquiatria e transformada em psicopatologia através do conceito de anormal, ela deixou de ser vista como um comportamento ou concepção de vida ligada ao imaginário e ao místico, e assim todas as formas de desvio de conduta foram consideradas anormais.

No que se refere à prática, podemos dizer que houve uma grande mudança, causando uma ruptura com o sistema de assistência vigente até então, que não se restringe somente ao doente mental e ao esquema asilar, mas traz à luz concepções de vida que vislumbram a condição humana de estar no mundo e trazem à luz questões que envolvem não apenas a doença do indivíduo como também a subjetividade do ser humano atuante na sociedade.

A questão da produtividade condicionada na ideia do labor, trabalho e ação, na visão de Hannah Arendt (2007), nos traz certos conceitos: “o labor seria a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano” e tem relação com as necessidades produzidas e introduzidas no processo da vida; “o trabalho é a atividade que produz um mundo artificial de coisas, nitidamente diferente de qualquer ambiente natural”; “a ação seria a única atividade que se exerce diretamente entre os homens” e corresponde à condição humana da pluralidade. (Arendt, 2007, p. 15). Esses três conceitos estão ligados à condição humana de estar no mundo. Estar em uma condição à parte deste enlace social, nos coloca à margem de uma condição determinada para entrar em outro tipo de condição, a dos alienados.

De acordo com a concepção sobre o ser “alienista” (aquele que trata os alienados), foram criados os asilos, com características estruturais especiais capazes de receber as diferentes formas de alienados que surgiam nas sociedades do séc. XX. Sobre isso, Feltes descreve:

Os isolamentos dos manicômios tornaram-se caminhos sem volta, privou os adoecidos mentais do convívio de familiares e da comunidade em momento de fragilidade emocional, além de submetê-los a terapias violentas e desumanas, como administração de medicamentos em dosagens elevadas, camisas-de-força, eletrochoque, entre outras”. (Feltes, et al., (2015) apud Jorge, et al., 2004, p.04)

Aos poucos esse paradigma foi sendo substituído por outra forma de encarar a loucura em nossa sociedade. Para Foucault, a medicina viu aos poucos esfumar-se progressivamente a linha de separação entre o normal e o patológico (Foucault, 1975). Além disso, o autor destaca que em meio à análise dos mecanismos normais da doença devemos levar em conta, no processo de cura, a personalidade que molda o caráter da doença. Na sociedade atual em que vivemos, onde a lógica mercadológica envolve os diversos tipos de

relações e como diria Bauman (2001), tudo ou quase tudo se torna “líquido” e “descartável”, está cada vez mais difícil às pessoas se “encontrarem”; é cada vez mais difícil a arte de escutar o outro e essa dinâmica de liquidez da vida produz nos indivíduos um sentimento de vazio de onde decorrem vários outros problemas emocionais que afetam diretamente a vida das pessoas e suas escolhas.

A vulnerabilidade humana... se mostra de duplo modo, ou seja, todos os seres humanos se encontram expostos à loucura e conseqüentemente, às formas de tratamento em instituições psiquiátricas; e que são todos limitados a compreender e lidar com tal limitação humana. (Nunes, et al., 2007, p.66)

Esse fenômeno que caracteriza a “modernidade líquida” em que vivemos nos faz refletir a partir da fala de Zygmunt Bauman (2001), nos remetendo ao conceito de “derretimento dos sólidos” que são mudanças de posturas e paradigmas antes bem estabelecidos para algo mais fluído. De acordo com ele:

Os sólidos que estão para ser lançados no cadinho e os que estão derretendo neste momento, o momento da modernidade fluída, são os elos que entrelaçam as escolhas individuais em projetos e ações coletivas _ os padrões de comunicação e coordenação às políticas de vida conduzidas individualmente, de um lado, e as ações políticas de coletividades humanas, de outro. (Bauman, 2001, p.12)

Todos nós estamos envolvidos em um sistema em constante mudança e que traz em seu interior regras e conceitos, aos quais devemos nos adequar, produzir e consumir que nos colocam suscetíveis a toda sorte de problemas psíquicos que poderiam acometer qualquer ser humano. Qualquer pessoa em qualquer parte do mundo e diante de condições tão fluidas pode se ver acometido de determinado infortúnio, surgindo, principalmente, a sensação de insegurança que todo esse processo traz. Se de um lado, a fluidez nos deixa passear por vários tipos de pensamentos, ações e concepções que nos permitem evoluir em discussão, por outro também nos traz diversos tipos de insegurança, dependendo da personalidade de cada um. À respeito dos malefícios trazidos pela doença mental, Foucault escreve que:

Diante de um doente atingido profundamente, tem-se a impressão primeira de um déficit global e maciço, sem nenhuma compensação: a incapacidade de um sujeito confuso de localizar-se no tempo e no espaço, as rupturas de continuidade que se produzem incessantemente na sua conduta, a impossibilidade de ultrapassar o instante no qual está enclausurado para atingir o universo do outro ou para voltar-se para o passado e futuro, todos estes fenômenos levam a descrever sua doença em termos de funções abolidas: a consciência do doente está desorientada, obscurecida, limitada, fragmentada. (Foucault, 1975, p.16)

Esse turbilhão de sensações, que acomete o indivíduo com transtorno mental não pode ser anulado nem esquecido. Ainda de acordo com o autor, a linguagem interior “invade

todo o domínio da expressão do sujeito que prossegue à meia voz um monólogo desordenado sem endereçar-se jamais a alguém; finalmente, por instantes, surgem reações emocionais intensas”. (Foucault, 1975, p.16)

Tais sensações provocam, nos outros o medo que dá origem ao estigma que se segue, criando, no imaginário da sociedade, imagens distorcidas desse processo. Na tentativa de socializar com os outros, muitas vezes o estigmatizado “aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma ideia geral do que significa possuir um estigma particular”. (Goffman, 1980, p.30).

Muitas das pessoas que procuram o serviço de saúde mental são extremamente relutantes, de início, em buscar ajuda, por medo de serem tachados de loucos pelas outras pessoas, e mesmo os que já estão sendo acompanhados por longos períodos também não se sentem à vontade para falar de suas experiências para pessoas de fora, que não conhecem o processo e não entendem o que significa essa doença. Goffman complementa dizendo, que muitos dos casos em que a estigmatização do indivíduo está associada a sua admissão em alguma instituição, tudo o que “ele vai aprender sobre o estigma será transmitido pelo contato com aquelas pessoas, seus companheiros de infortúnio”. (Goffman, 1980, p. 34).

A partir do conceito de patologia mental, as doenças foram sendo estudadas e classificadas em várias categorias que aprisionaram o fenômeno da loucura em si. Foucault nos diz que “a doença seria a alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento: só teria realidade e sentido no interior de uma personalidade estruturada”. (Foucault, 1975, p. 9). Buscar entender essa personalidade estruturada é o primeiro passo para entender a natureza da doença e do distúrbio, e podemos pensar que é extremamente difícil categorizar isso em classificações, embora seja necessário partir de um ponto. “Quando o médico acredita diagnosticar a loucura como um fenômeno da natureza, é a existência deste limiar que permite portar o julgamento da loucura”. (Foucault, 1975, p. 62)

Assim, é necessário que nos permitam dialogar sobre a loucura e tudo que ela representa em seus aspectos mais subjetivos, para criarmos condições necessárias para o surgimento de novas consciências que possam direcionar o trabalho e a compreensão desse fenômeno que nos possibilite:

A discussão de um modelo alternativo que deveria, em sua construção, considerar as relações entre o conceito de saúde e as ações de saúde e nos modos de produção e as formações socioeconômicas; elaborar investigações históricas sobre as práticas de

saúde e sobre o ensino médico; definir, do ponto de vista epistemológico, as relações entre as ciências biológicas e sociais. (Nunes, 2007, p.159)

Abordagens múltiplas são necessárias para o entrosamento e a disseminação de conhecimento, trazendo benefícios para os que operam na micropolítica do cuidado em saúde mental. Partir de um modelo pré-estabelecido para algo a ser construído, através de discussões, estudos, elaboração de projetos que possam nos dar pistas de como exercer o papel de cuidador e usuário rumo a um cuidado humanizado, é o que interessa, neste momento de fluidez constante, apesar das regras e métodos a serem seguidos e protocolados. Há liberdade na negociação que se revela nas relações sociais com os outros, liberdade de pensamento, falas, gestos, opiniões, ações, etc., que vão direcionar o caminho a ser percorrido.

A mudança de paradigma proporcionada pelo momento em que vivemos de fluidez, nos trouxe características importantes, que fizeram emergir uma nova ordem social que abrange mais o ser humano como ser subjetivo presente e atuante neste mundo, deixando de lado a ideia do ser humano visto como objeto no campo da saúde. Apesar do discurso biomédico ainda ser/estar bastante presente, ainda assim, surgem no cenário atual, cada vez mais atores interessados em quebrar essa barreira e discutir com outras concepções a questão da saúde. E nesse sentido, continuaremos a seguir com nossa abordagem que mostra como houve essa mudança e que nova ordem social foi emergindo.

5.2 Mudança de paradigma e uma nova ordem social surge.

Contextualizando historicamente, como já dito antes, as impressões sobre a loucura tiveram forte influência das práticas culturais adotadas nas diversas épocas. Na Grécia antiga, acreditava-se que tudo tinha origem no divino, e que eram os deuses que determinavam tudo o que acontecia. A loucura, ou os comportamentos que se desviavam daquilo que era esperado ou praticado pela maioria, eram considerados como um castigo dos deuses, e só através da vontade deles poderia acontecer uma cura ou o retorno à “normalidade”.

Com os questionamentos formulados pelos filósofos, a partir do século VII a. C., iniciou-se a busca por explicações racionais; os seres humanos não se satisfaziam mais com as explicações míticas. Foi o médico grego Hipócrates (460 – 375 a.C.) “...who finally freed medicine from the shackles of magic, superstition and the supernatural.” (http://www.greekmedicine.net/whos_who/Hippocrates.html, 2017). Hipócrates idealizou a teoria dos humores, e afirmou que os transtornos mentais eram provenientes de desarranjos

biológicos, fisiológicos.

Podemos dizer que a explicação orgânica ou organicista dos transtornos mentais se inicia com essa orientação e com os ensinamentos iniciados pela escola Hipocrática. Com o passar dos séculos e o advento do Cristianismo e do Catolicismo, a igreja católica, de enorme influência em todo o mundo ocidental conhecido até então, promoveu um retrocesso científico, retornando à mitologia como explicação para muitos fenômenos naturais, incluindo os transtornos mentais.

Durante toda a Idade Média (século V ao século XV da era cristã), a igreja católica impediu a divulgação do conhecimento científico, restringindo o acesso aos escritos clássicos, e atribuindo os transtornos mentais à obra do demônio. Consequentemente, aqueles que desejavam estudar a loucura eram considerados hereges, pois queriam conhecer as coisas do demônio, o que era proibido (Pessotti, 1995).

Segundo Michel Foucault (2009), as origens da internação na Inglaterra nos leva ao ano 1575; por decreto real, “para punição aos vagabundos e alívio dos pobres”, ordenando a construção de “casas de correção” (Foucault, 2009, p. 54). Em Paris, segundo o mesmo autor, o Hospital Geral foi fundado em 1656, destinado “aos pobres de Paris, de todos os sexos, lugares e idades [...] válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes. Curáveis ou incuráveis.” (Foucault, 2009, p.49). Foram, pois, lugares de acolhimento de pessoas abandonadas, andarilhos, prostitutas, e outros considerados indesejáveis nos meios sociais da época, entre eles, os que apresentavam comportamentos desajustados, os loucos.

No fim do século XVIII, o médico francês Philippe Pinel foi nomeado diretor de um grande hospital e tomou a iniciativa de libertar muitos que se encontravam acorrentados devido a sua inquietação ou agressividade. Ele é considerado o pai da Psiquiatria e sua atitude é vista como um gesto de humanização diante do sofrimento daqueles acometidos por transtornos mentais.

Uma cena é descrita por Foucault e tida como a grande fundadora da psiquiatria moderna:

Essa cena é a famosa cena de Pinel que, no que não era exatamente um hospital, em Bicêtre, tirou as correntes que prendiam os loucos furiosos no fundo da sua masmorra; e esses loucos furiosos que eram retidos por que temia-se que, se fossem deixados soltos, eles dariam livre curso ao seu furor, esses furiosos, mal são soltos das suas correntes, exprimem seu reconhecimento a Pinel e entram, por esse fato mesmo no caminho da cura. (Foucault, 2006, p.25)

No momento em que a nova especialidade médica (Psiquiatria) se configura, e a loucura passa a ter o status de doença, sendo, portanto, objeto de estudos, de diagnóstico e de

tratamento, acaba-se legitimando a intervenção sobre os transtornados, os desviados, os “loucos de todo o gênero”². Silva (2001) aponta que o louco diferencia-se do cidadão comum; do criminoso racional; e do miserável, e que o “alienismo” instaura uma relação de tutela: dominação e subordinação regulamentada e legitimada com base na competência do tutor vs. o tutelado.

No interior das instituições asilares, existia uma ordem que Foucault destaca como uma regulação perpétua, permanente, dos tempos, das atividades, dos gestos. Essa ordem envolve os corpos, os penetra, se aplica à superfície deles, como uma grande nervura de prescrições, fazendo estes serem atravessados por essa ordem. (Foucault, 2006). Essa ordem advém do poder psiquiátrico que ganha espaço e força dentro das instituições, onde seu discurso é determinante e centralizador, fazendo a objetividade do conhecimento médico, e a condição da operação terapêutica serem as mesmas: a ordem disciplinar.

No Brasil, adotou-se o modelo hospitalar europeu, e o primeiro grande hospital para doentes mentais inaugurado no Brasil foi o chamado Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852 e renomeado depois de Hospício Nacional dos Alienados, sendo a primeira instituição a receber oficialmente alienados no Brasil. Logo depois, foram construídos outros, em Pernambuco, São Paulo, Bahia, Rio Grande do sul, etc. Com o passar do tempo, foram surgindo críticas ao modelo asilar, manicomial, onde se questionava a superlotação das instituições e seus métodos de tratamento. Essas críticas, que inicialmente atingiam o Hospital D. Pedro II, se estenderam para os outros hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios espalhados pelo Brasil.

No ambiente manicomial não existia trocas sociais entre trabalhadores e internos, não havia comunicação e nem afetividade. Por não haver estímulo e nem acolhimento, os internos iam perdendo aos poucos sua capacidade de viver, socializar e seus sintomas só pioravam com o tempo.

As críticas foram ficando cada vez mais severas a esse modelo, e a partir de 1978, por influência de uma nova corrente de pensamento conhecida como Movimento da Reforma Psiquiátrica foram propostos novos dispositivos de cuidado, de base comunitária, tendo o acolhimento, escuta e atividades terapêuticas como ferramentas de cuidado.

Esse movimento no Brasil foi crescendo espelhando-se na Reforma Psiquiátrica Italiana, que teve como principal articulador o médico psiquiatra Franco Basaglia que

² “Sob esta rubrica, o Direito Civil costuma incluir não só os indivíduos portadores de lesões mentais crônicas, como também os que apresentam simples taras psíquicas. Abrange tanto os absolutamente incapazes, quanto os que o são apenas relativamente incapazes a certos atos.” (<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/382685/loucos-de-todo-o-genero>, 2017)

“propunha não somente a erradicação dos manicômios na Itália, o que começa a ocorrer a partir de 1973, como também a desconstrução dos saberes, práticas e discursos psiquiátricos” (Batista (2014) apud Basaglia, 2010, p.398). Para Basaglia (2010), as instituições como família, escola, prisões e manicômios são instituições de violência. “A autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na chantagem e na ameaça; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental”. (Batista (2014) apud Basaglia, 2010, p.91).

A partir das mudanças fomentadas por Basaglia na forma de cuidar e acolher o paciente com transtorno mental, é que se criou na Itália a lei 180, conhecida como Lei Basaglia. “A lei integrou a doença mental na legislação sanitária, o que para adeptos da Psiquiatria Democrática retirava dela a condição de periculosidade particular” (Batista, 2014, p. 399).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira seguiu os ideais contidos na Reforma Psiquiátrica Italiana e a partir da década de 1970 e 1980 é possível encontrar com mais frequência, embora ainda de forma tímida, iniciativas na área de saúde mental, que valorizam os aspectos subjetivos e sociais que envolvem a vida do indivíduo considerado louco.

No Brasil, antes da aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, vários Estados aprovaram leis modificando o sistema de assistência em saúde mental. No Estado do Ceará, temos a Lei Estadual de número 12.151/93 Lei Mário Mamede, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

Em 1989 o projeto de lei instituindo a Reforma Psiquiátrica no país, proposto pelo então deputado federal Paulo Delgado, foi aprovado na Câmara dos Deputados, precisando a aprovação do Senado, para ser sancionado pelo presidente. Durante 12 anos, a força econômica e política da associação de donos de hospitais impediram, através de pesado lobby junto aos senadores, que o projeto fosse aprovado no Senado, retornando à Câmara dos Deputados várias vezes para modificações. Somente em 2001 a lei foi finalmente aprovada e sancionada.

Essa mudança do paradigma asilar para o acolhimento do doente mental e seus familiares vai além da mudança da forma ou da estrutura, no caso, dos manicômios pelos CAPS, que começaram a ser criados em todo o Brasil. Essa nova proposta exige também uma mudança profunda no imaginário dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, uma mudança de comportamento, de visão de mundo, dos conceitos.

Essa nova ordem nos trouxe conceitos como: cuidado humanizado, considerar o indivíduo em sofrimento mental como ser histórico presente no mundo e trazendo sua história

de vida em sua bagagem, permeado pela sua personalidade única. Pensando assim, não há como apenas considerar diagnósticos, rótulos e medicações. O diagnóstico é importante, um diagnóstico psicossocial, que como consequência possa levar à formulação de um projeto terapêutico individual, ou singular.

Hoje, depois de 16 anos da aprovação da lei da reforma Psiquiátrica, esses aspectos singulares da individualidade de cada um que precisam ser considerados são cada vez mais atuais e devem estar presentes nas discussões, reuniões, e nos estudos sobre a saúde mental, para que não sejam apenas seguidas orientações protocolares, que muitas vezes massificam ou propõem ações genéricas para os conjuntos de usuários, muitas vezes esquecendo da personalidade, da individualidade de cada sujeito, e da necessidade de um projeto terapêutico personalizado para cada usuário.

É exatamente por isso que, algumas pessoas, trabalhadores da saúde mental, defendem que deve haver a “Reforma da Reforma Psiquiátrica”, que nada mais é do que implementar, caminhar e questionar as intervenções propostas pela Reforma Psiquiátrica, não estacionando aí, mas sim seguindo em frente melhorando e aperfeiçoando as intervenções propostas; expandindo uma consciência coletiva de cuidado humanizado.

Há que se fugir desse tal engessamento e da burocracia exagerada, presente em todas as nossas ações e formas de conduzir as coisas, pois “sair da caixa” é necessário para obtermos uma consciência social que enfatize o ser humano e suas especificidades. Segundo Ferreira (2007), a Reforma Psiquiátrica veio trazer ética e democracia participativa:

O movimento da Reforma Psiquiátrica assume assim, a partir de 1992, o desafio para expressar a ética em todos os domínios da vida, um desafio para a construção de uma democracia real que tem na participação (interesse, valores, opiniões) a força do coletivo como instrumento de referência nas diversas instâncias que compõem o público. (Ferreira, 2007, p.21)

É um desafio proposto a toda a sociedade, exercer a ética em todos os domínios da vida para assim, materializarmos a democracia real, necessária para as relações sociais se desenvolverem com a participação de todos, sem deixar ninguém à margem dessa empreitada.

Esse desafio, na prática de nossa realidade brasileira, torna-se um desafio muito difícil, se levarmos em conta a marginalização histórica de vários grupos sociais ao longo dos anos que persistem até hoje. São diversas formas de exclusão de grupos tidos como minorias que fogem aos padrões pré-determinados ou desejados pela maioria. Debates como esses são políticos e como tais tem que ser amplamente discutidos pela sociedade e com a sociedade; buscar a participação efetiva de todos os que compõem nosso ambiente e que possam contribuir, para sempre se agir em consonância com o outro, com ética e democracia.

A questão que envolve a saúde mental em nossa sociedade é bastante complexa, sendo difícil estabelecer um discurso favorável e unânime que possa contemplar a todos. Sendo assim, é razoável que possamos entender como se deu essa mudança de paradigma a nível local, na cidade de Sobral, Ceará, passando de uma prática asilar, manicomial, para uma consciência mais ética e acolhedora sobre a doença mental.

6 PRIMEIROS PASSOS DO CAPS II DE SOBRAL-CE



Foto retirada do site “Sobral Online”, 2017.

6.1 Contexto histórico da saúde mental em Sobral

Primeiramente é importante destacar que Sobral, conta com uma população de 203.682,00 habitantes, segundo o IBGE (2016) e é o quinto município mais povoado do estado do Ceará e o segundo maior do interior. De acordo, com Andrade & Martins Jr. (1999), até o ano de 1996, Sobral tinha como principal característica um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Esta característica se perpetuava em todos os setores relacionados à saúde. Pereira e Andrade afirmam que a saúde em Sobral, anteriormente refletia:

Quase toda a rede de serviços assistenciais de saúde pertencia a entidades filantrópicas, entidades privadas e o governo estadual [...] O modelo assistencial do município, referência para toda a região, apresentava um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo o espaço hospitalar como seu centro de gravidade. (Pereira, et al., 2001, p.168)

A saúde como serviço se caracterizava mais nos atendimentos privados, funcionava então como um grande negócio que gerava lucros. E dessa forma, o repasse de financiamento se limitava ao pagamento de prestação de serviços. A nova proposta do modelo assistencial teria então que ser o inverso desse modelo vigente, onde pudesse ser

trabalhado o conceito de saúde como qualidade de vida.

As mudanças no modelo assistencial não ocorreram da noite para o dia, houve a mobilização populacional e dos profissionais de saúde, e muitos participaram de reuniões, congressos e discussões que possibilitaram aos poucos dar passos importantes em relação a uma assistência centrada nas questões dos indivíduos e não só na doença em si. De acordo com Pereira, et al., (2001):

No que se refere à atenção em saúde mental, a assistência era tão ou mais deficiente que o restante do setor saúde. Situação esta que não diferia da de outros municípios do estado, como Iguatu, Canindé e Quixadá, que após a implementação de ações concretas no âmbito da municipalização da saúde, se tornaram vanguarda do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Ceará (Pereira, et al., 2001, p. 171)

Assim, a questão do atendimento especializado em saúde mental era precária no município de Sobral, bem como em outros municípios. Os atendimentos eram baseados no modelo assistencial médico privatista e tinham na figura do psiquiatra o principal aporte do tratamento e cura, com métodos medicamentosos que poderiam em tese resolver todos os problemas advindos da doença. Este modelo de medicina era reducionista no sentido de que o corpo era reduzido apenas a determinados órgãos e não se visualizava esse corpo como um ser humano. Ou seja:

O modelo médico hegemônico apresenta como características: o individualismo, a saúde–doença como mercadoria; a ênfase no biologismo; a historicidade da prática médica; a medicalização dos problemas; o privilégio da medicina curativa; o estímulo do consumismo médico e uma participação passiva e subordinada dos consumidores. (Miotto, et al., 2009, p. 44)

Dessa forma o corpo humano é visto como uma máquina. E quando essa máquina apresenta algum defeito, passa a ser analisada apenas como um conjunto de peças passíveis de serem consertadas. Aos poucos, esse modelo vai se mostrando insuficiente ao se buscar práticas de prevenção de doenças ou práticas que proporcionem saúde e bem-estar. A “inclusão da análise subjetiva trouxe um ressignificado das práticas de saúde na relação da equipe com as pessoas, antes consideradas objetos, no modelo biomédico”. (Miotto, et al., 2009, p. 44).

Especialmente em Sobral o atendimento especializado em psiquiatria data de 1970 e atendia os pacientes de forma particular. Especialmente nessa mesma época, paralelamente ao movimento pela Reforma Sanitária, inicia-se também o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde trabalhadores da saúde e movimentos sociais lutaram para que houvesse a desinstitucionalização da psiquiatria e para que os pacientes psiquiátricos pudessem ter, para além dos muros dos hospitais psiquiátricos, um tratamento mais digno,

longe das correntes e da subjugação do indivíduo com transtorno mental. Sob o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’, ocorreu no Brasil o movimento que teve visibilidade no chamado período de redemocratização, entre as décadas de 70 e 80.

Segundo Pereira e Andrade, em 1974 foi criada a casa de Repouso Guararapes em Sobral, que se consolidou como referência regional em atenção psiquiátrica até seu descredenciamento em 10 de julho de 2000. (Pereira, et al., 2001). Funcionava então, a Casa de Repouso Guararapes, para internação, como dispositivo asilar e manicomial com capacidade para 80 leitos de internação integral e 30 leitos de internação-dia (hospital-dia). Segundo relatos dos próprios pacientes, o hospital-dia atendia aqueles que estavam com quadro de doença menos agudo, mais organizado.

A casa de Repouso foi desativada após a morte de um dos pacientes que se chamava Damião Ximenes Lopes, que gerou uma reviravolta na saúde mental local e assim originou-se o CAPS Geral II, que leva o nome de Damião em sua homenagem. Pereira & Andrade destacam que:

Em outubro de 1999, por determinação da Coordenação Municipal de Controle e Avaliação, foi constituída uma comissão de sindicância para apurar a responsabilidade da Casa de Repouso Guararapes em relação à morte de um paciente aí internado. A denúncia dos familiares, que contava com apoio do Fórum Cearense de Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará, era de que o paciente teria morrido em consequência dos maus tratos. O relatório confirmou as denúncias de maus tratos, espancamentos e abuso sexual, atos caracterizados como rotineiros na instituição. (Pereira, et al., 2001, p. 174)

Ao ser constatado que houve maus tratos houve uma grande mobilização por parte dos familiares e de agentes públicos que buscaram ajuda inclusive de pessoas importantes do cenário político nacional para que houvesse uma reforma no modo de atendimento aos doentes mentais na cidade de Sobral, onde o atendimento pudesse ser humanizado de forma a valorizar a pessoa humana como cidadã e merecedora do direito de ter um atendimento digno. Assim, Pereira e Andrade complementam:

O início da organização da assistência em saúde mental no município teve como marco inaugural uma reunião de planejamento, ocorrida em outubro de 1997. Na ocasião estavam presentes o secretário municipal de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, o consultor em saúde mental da mesma secretaria, e um grupo de técnicos (um médico, uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira), que viriam a constituir a primeira equipe de saúde mental do município. Neste primeiro encontro decidiu-se pelo seguinte: a) implementar uma política de saúde mental para o município de Sobral; b) que a política implementada fosse capaz de reverter o modelo atual: assistencialista, voltado para a doença, hospitalocêntrico, de lógica asilar; c) que a reversão do modelo fosse direcionada para o cumprimento da Lei Estadual de número 12.151/93 (Lei Mário Mamede, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos

assistenciais) e que fossem aplicadas as diretrizes defendidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, em consonância com os princípios doutrinários do SUS. (Pereira, et al., 2001, p.172)

Com esse conjunto de ações foi dado o pontapé inicial para a criação do CAPS Geral II de Sobral, em 1999 (Barros, et al., 2011) que se efetivou de fato no dia 10 de julho de 2000, com o fechamento do Hospital Guararapes e que se constituiu como um serviço extra-hospitalar de assistência pública, que opera seguindo as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O CAPS Geral II é um serviço público que atende demandas de saúde mental e tem como proposta trabalhar a reinserção do paciente na comunidade e sua interação no meio familiar por meio de ações direcionadas ao usuário e seus familiares e “desempenha papel estratégico na articulação e na construção de redes sociais, cumpre suas funções na assistência direta, bem como na regulação da rede de serviços de saúde” (Barros, et al., 2010; p. 471). Este serviço é um dos dispositivos presentes em uma rede de apoio da qual constam: o CAPS Geral II (CAPS II) ou CAPS Damião Ximenes Lopes, especializado no tratamento de transtornos mentais; CAPS Francisco Hélio Soares -álcool e outras drogas- (CAPS - Ad), que realiza o tratamento de pessoas com problemas relacionados às drogas; Serviço residencial terapêutico (SRT); Serviço de urgência e emergência em hospital geral que funciona no Hospital Dr. Estevão.

A Rede ainda articula-se com outros serviços, como as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no sentido de dar uma maior cobertura no território e nos próprios serviços. Dessa forma desenvolvem um trabalho junto às equipes de ESF, por meio da estratégia do matriciamento, onde em um processo de construção compartilhada cria-se uma proposta de intervenção que prioriza trabalhar questões relacionadas à autonomia do indivíduo no convívio com seus familiares, e na comunidade, através de grupos terapêuticos realizados no próprio CAPS Geral II ou atendimentos nos postos de saúde de suas comunidades. De acordo com uma profissional entrevistada:

Eu acho que os grupos auxiliam a questão da autonomia e também tem os atendimentos de terapia ocupacional que, quando eu vejo que alguém precisa, eu sempre recorro às terapeutas ocupacionais, eu acho que elas ajudam muito. E, eu acho que o técnico de referência também, porque, essa forma da gente estar atendendo uma pessoa e ampliando esse olhar para o território também, a gente acaba se aproximando mais da família e aí a gente acaba cutucando mais a família entre outras coisas. (P1, entrevista realizada em 13/02/2017)

Os grupos terapêuticos desenvolvidos no CAPS Geral II têm como propósito não só trabalhar a autonomia do usuário na vida em geral, mas também trabalhar sua capacidade

cognitiva e socialização com outras pessoas, tendo em vista que, para muitos, essa socialização não se dá de forma natural, muitas vezes tem que ser buscada através de ações terapêuticas. E nesse sentido a interdisciplinaridade das profissões contribui muito para um diálogo mais abrangente com a família, com o usuário e com a sociedade, melhorando o quadro de transtorno que aquele usuário apresenta. Ainda de acordo com a profissional:

Eu me vejo muito aqui como uma técnica de saúde mental. Então, todo mundo tem esse cuidado né? Se corresponsabiliza também. Quando a gente precisa cuidar de um caso, a gente se procura, a gente conversa, a gente discute, a própria equipe que faz essa movimentação. Ainda assim a gente não está tão organizada pra que as coisas funcionem tão bem, porque ainda depende de agendamentos e encaminhamentos. (P1, entrevista realizada em 13/02/2017)

Nesse discurso fica evidente que muitas vezes a questão da burocracia como encaminhamentos e agendamentos muitas vezes engessa o atendimento e impede as coisas de fluírem de forma mais leve e natural. Franco ressalta que:

O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde. (Franco, et al., 2013, p. 228)

Diante de tal cenário, e analisando as mudanças que a Reforma Psiquiátrica trouxe ao campo da saúde mental, podemos visualizar grandes avanços no sentido de se buscar e implementar um atendimento voltado ao ser humano e suas demandas emocionais. Porém, estudiosos e autores importantes, como Franco, et al. (2013), nos alertam para questões que nos levam a refletir se de fato os profissionais de saúde na área de saúde mental, trabalham a questão do reforçar a autonomia do paciente para poder realizar atividades, como qualquer cidadão que vive em sociedade ou se esses profissionais desenvolvem apenas seu papel pautado em questões e normatizações técnicas e o fazem de forma automatizada e cronificada.

O labor diário e as regras que envolvem boa parte dos atendimentos em saúde, muitas vezes transformam o fazer dos profissionais em algo muito técnico o qual nem sempre é percebido por eles, enquanto outros já conseguem perceber esse engessamento, como ressalta a profissional P7:

Eu acho que aqui, a gente discutiu em roda [...], e a gente viu sobre a nossa dificuldade [...] a gente não se apoia. E acontece que fica uns mais sobrecarregados que outros, com algumas situações de trabalho mais tranquilo e sempre houve isso daqui, até onde eu sei não é algo de agora, sempre houve. Mas essa cronicidade de agora, ela se tornou muito difícil, não sei se porque agora quem está nesse papel de sobrecarregar, tem falado mais né. (P7, entrevista realizada em 17/02/2017)

Essa preocupação com a burocratização e a repetição de atividades faz sentido quando se pensa que os princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica não são algo dado, estático em si, e sim um caminhar a ser construído, baseado em discussões com profissionais, familiares e pacientes no sentido de buscar sempre uma conduta que evidencie o ser humano como protagonista de sua vida, como um ser social inserido dentro de uma comunidade e socializando com outras pessoas.

Houve, portanto, um “derretimento” de formas de atuar institucionalizadas e que denegriam o ser humano de forma física e psíquica, afrouxando seus laços com o mundo e com ele mesmo, fazendo o indivíduo perder sua humanidade. A própria estrutura do manicômio nos remete a algo que faz mal e que é ruim, que prende, despersonaliza e não só no que se refere à estrutura física, mas também às formas de atuação e pensamento de alguns profissionais que ainda hoje resistem às mudanças propostas para melhorar esse quadro.

De acordo Zygmunt Bauman, a situação presente “emergiu do derretimento dos grilhões e das algemas que, certo ou errado, eram suspeitos de limitar a liberdade individual de escolher e de agir. A rigidez da ordem é o artefato e o sedimento da liberdade dos agentes humanos”. (Bauman, 2001, p.11). O autor propõe que nos libertemos de amarras que não nos permitem evoluir em pensamento e em ações. Ter a liberdade de escolher e fazer é essencial para que evoluamos em nossas discussões sintonizando com as mudanças de padrão de cuidado que fizeram com que a ideia de manicômio como tratamento passasse a ser vista como uma ação negativa. E nesse jogo de mudança de padrões a relação profissional-usuário passou a se estreitar mais, aproximando o cuidador do sujeito cuidado, gerando um diálogo mais próximo.

Essa relação entre os usuários e os outros à sua volta é que vai moldar as características da doença. Se não há uma boa relação entre esse sujeito e as pessoas que o rodeiam como a família, não há como essa pessoa melhorar e ter uma vida minimamente digna e ter autonomia em suas ações ou até mesmo entendimento sobre a doença que o acomete. Por isso, de acordo com uma profissional do CAPS é importante se trabalhar a família toda, para que esta possa auxiliar o usuário em seu tratamento. De acordo com ela:

Agora eu acho que a gente ainda tá muito longe; o nosso trabalho tá muito pequeno ainda, muito tímido com a família. Porque eu não vejo como trabalhar a autonomia do usuário longe da família, não tem como a gente tá combinando alguma coisa só com ele aqui e a família não saber, senão a família dele vai burlar tudo. E eu acho que não é só uma pessoa da família, eu acho que tem que ser a família toda. ((P1, entrevista realizada em 13/02/2017)

Nesse cenário o papel dos CAPS seria o de buscar estabelecer formas de cuidados

em saúde mental na perspectiva de atendimento integral e territorial que possam incluir além do paciente, também seus familiares e aqueles que estão ao seu redor que possam de alguma forma contribuir para uma melhora em seu estado mental. Zygmunt Bauman acrescenta ainda que:

Configurações, constelações, padrões de dependência e interação, tudo isso foi posto a derreter no cadinho, para ser depois novamente moldado e refeito; essa foi a fase de “quebrar a forma” na história da modernidade inerentemente transgressiva, rompedora e capaz de tudo desmoronar. [...] Os poderes que liquefazem passaram do “sistema” para a “sociedade”, da “política” para as “políticas da vida” _ ou desceram do nível “macro” para o nível “micro” do convívio social”. (Bauman, 2001, p. 13-14)

As políticas sociais nesse mundo liquefeito, onde as relações são mais fluídas segundo o autor, passaram então do macro para o cenário micro do convívio social. E é nesse micro que as relações reais se dão, as relações de poder e as subjetividades presentes nesse processo. Mesmo com a proposta de incrementar as relações “micro” do fazer, com diálogos, estudos, discussões, reuniões, etc. na tentativa de mudar aos poucos a realidade e as dificuldades para algo menos invasivo e usurpador de direitos, nem tudo são rosas. E o que se evidencia, por outro lado, no dia a dia é uma dificuldade imensa no diálogo com outros dispositivos para que se possa fazer esse trabalho compartilhado, e ninguém sabe explicar o porquê, como evidencia a profissional P7, que “essa falta de apoio entre profissionais sempre existiu e essa cronicidade nos fazeres diários se intensifica a cada dia”.

A Reforma Psiquiátrica em Sobral foi um marco e serviu de referência para outras unidades de saúde a nível nacional, mas a impressão que se tem hoje, a partir de discursos dos próprios profissionais é que as ações de saúde caíram numa espécie de dormência, onde apesar dos profissionais demonstrarem amor e dedicação pelo seu trabalho, há uma dificuldade para propor e desenvolver atividades novas, ou estabelecer diálogo com outros setores de saúde da sociedade ou mesmo no sentido de desmedicalizar ou desviar o foco da saúde centrado na ambulatorização e medicação dos usuários, o que ainda é muito forte.

Basta entrar no serviço do CAPS Geral II para perceber que muitas salas servem de consultórios médicos, onde ocorre essa ambulatorização, quando na verdade o ideal segundo a proposta da Reforma Psiquiátrica, seria o foco em atividades outras, que possam substituir esse modelo de medicalização excessiva.

A Reforma não teve a pretensão de sugerir um modelo fixo a ser seguido, mas de fomentar nos profissionais o desejo para se buscar novas possibilidades de tratamento que pudessem levar em conta o ser humano e suas demandas específicas sem ter que, recorrer a

métodos cruéis como eletrochoques, medicalização excessiva e anulação do sujeito. Assim:

Não basta o profissional fazer o que demanda cuidado, falar o que sabe ser relevante; é preciso ter interesse efetivo pelo outro, estabelecendo uma escuta atenta e desarmada em frente à alteridade encontrada, abandonando a arrogância de falar para o outro e passar a falar com o outro. (Miotto, et al., 2009, p.47)

Nessa dinâmica que envolve o cuidado em saúde mental podemos visualizar grandes avanços no sentido de se buscar um atendimento voltado ao ser humano e suas demandas emocionais. Porém muita coisa se perde diante do entrave causado principalmente pela questão burocrática que se revela todos os dias e que acaba limitando o fazer diário do profissional e acaba trazendo consigo outros problemas como, a precarização do trabalho, a falta de vínculos trabalhistas e a falta de uma estrutura melhor no serviço, provocando uma grande rotatividade de profissionais no serviço, o que acaba afetando o vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário. Nas palavras da profissional (P2):

Além do vínculo, a valorização do profissional é muito importante. Porque, tipo assim, você precisa ter um olhar de fora, do que e como é que as pessoas estão enxergando. Porque você faz o seu trabalho né? E, por exemplo, a gente procura fazer um trabalho até com o que não tem, mas a gente tem que fazer de qualquer forma né? (P2, entrevista realizada em 08/02/2017)

Muitas vezes o trabalho desenvolvido no CAPS Geral II, mostra-se um pouco aquém do que deveria ser pela falta de condições e materiais necessários para a realização de determinadas atividades, como evidencia a fala da interlocutora, de uma forma ou de outra o trabalho tem que ser feito e é cobrado isso, mesmo não havendo as condições para que isso aconteça. Nesse contexto a criatividade se mostra como uma ferramenta mais do que necessária, ela é na verdade indispensável para que se possa pensar formas diversas de trabalhar vários temas nos grupos terapêuticos e assim buscar minimamente trabalhar a questão da autonomia dos pacientes.

É inegável a transformação que se segue à implementação do CAPS Geral II em Sobral, no sentido de acolhimento e tratamento humanizado a seus usuários que, antes tinham apenas como suporte um cuidado privatista que circulava mais em função do lucro de instituições e de precárias condições de cuidado. Assim, na visão de um usuário o CAPS representa “a glória de Deus e Nossa Senhora. A maior, o presente maior, feliz natal na minha vida foi o CAPS”. (U1, entrevista realizada em 06/02/2017).

Mesmo com todos os problemas presentes hoje e que dificultam o desenvolvimento de um trabalho mais humanizado, o CAPS ainda representa um avanço no modo de acolhimento e cuidado e isso fica claro nos discursos dos usuários. Ainda nas

palavras do usuário, “antes do CAPS era sofrimento, dor, surra, muita pisa no Dr. Remo”. (U1, entrevista realizada em 06/02/2017). Esse usuário tem 48 anos e é remanescente da Casa de Repouso Guararapes, conhecida por eles como Dr. Remo.

Percebe-se que a maioria dos que passaram pela Casa de Repouso, não gostam muito de lembrar dessa época, mas quando se referem ao CAPS sua expressão muda e mostram logo um sorriso. Ainda assim, muitos reclamam de algumas coisas, como a falta de novos grupos terapêuticos ou mesmo da merenda, que é assunto recorrente entre eles, mas pesando na balança sobre o antes e o atualmente dos atendimentos voltados para a saúde mental, eles destacam a conjuntura atual de atendimentos da saúde mental como sendo “bem melhor que antes”.

Com a inserção em campo várias questões foram surgindo e direcionando esta pesquisa, como relataremos a seguir.

6.2 Inserção em campo

Inicialmente a inserção no campo de pesquisa, ou seja, no CAPS Geral II de Sobral, se deu de forma tranquila, no sentido da proposta de pesquisa ter sido bem acolhida pelos profissionais e usuários. A pesquisadora já era conhecida de alguns dos profissionais e usuários, pelo fato desta ter trabalhado alguns anos antes na instituição e mesmo sem ter tido contato direto com os usuários no sentido do cuidado, era inevitável a convivência com muitos deles no dia a dia. Assim sua inserção se deu de forma natural e lhe rendeu muitos abraços dos usuários principalmente, e muitos “dotôra, a senhora voltou” ou “por onde andou?”.

Nesse momento, a pesquisadora volta a seu antigo ambiente de trabalho ocupando outro lugar, agora como visitante e observadora da dinâmica, o que traz um misto de sentimentos familiares pelas pessoas e ambientes já conhecidos e um sentimento de estranhamento, como se tudo estivesse diferente, essa sensação de estranhamento é a força que traz vigor necessário para pôr a pesquisa em andamento, e nos permite uma abertura para o diálogo, assim como uma atenção constante a tudo que acontece. Pierre Bourdieu nos diz que “só compreendemos, verdadeiramente, o que diz ou faz um agente engajado no campo, se estamos em condições de nos referirmos à posição que ele ocupa nesse campo, se sabemos de onde ele fala” (Bourdieu, 2004, p. 23).

É necessário estarmos em campo, junto às pessoas que vivem a realidade daquele

contexto e procurar entender e ver a partir do lugar que ela ocupa nessa trama de convívio social e trocas de experiências para compreendermos como se dão as relações. E, apesar de alguns profissionais não serem mais os mesmos de antes, por conta das condições frágeis de trabalho que proporcionam mudanças constantes no quadro de funcionários, aqueles que estão lá atualmente souberam acolher e colaborar por vontade própria com esta pesquisa. Como parte do protocolo, foi apresentado e assinado termo de consentimento livre e esclarecido (vide anexo).

O esforço por parte da pesquisadora em estar exercitando seu estranhamento diante de algo tão familiar por conta dos anos em que trabalhou nesta instituição, traz à luz novas formas de pensar, analisar e questionar o modo como se desenvolvem ações de saúde ligadas ao psíquico. De outra forma não haveria esse questionamento. O estranhamento é importante e nos permite olhar para algo de forma indagadora, proporcionando questionamentos e olhares curiosos, nos permitindo desnudar e conhecer a realidade que se apresenta através de um olhar cuidadoso de fora e de dentro, que nos mostre a situação em seus ricos detalhes e nos proporcione acompanhar o desenrolar dos processos que ali se apresentam. Na visão de Teis e Teis, o desafio se coloca, nesses casos, em buscar saber trabalhar o envolvimento e subjetividades, mantendo sempre o distanciamento necessário que requer um trabalho científico. Assim, “uma das formas de lidar com esta questão tem sido o estranhamento, um esforço sistemático de análise de uma situação familiar como se fosse estranho” (Teis, D. T; Teis, M. A, 2006, p.05).

Acreditamos que a cartografia nesse sentido, como método de investigação, se mostrou mais atraente ao nos proporcionar um mapeamento dos territórios e subjetividades detectadas na área de saúde mental como, por exemplo, a questão da autonomia do usuário, da criatividade na produção do cuidado por parte dos profissionais, a questão da medicalização como tratamento, que se mostra ainda muito forte no cotidiano dos profissionais e usuários e a própria percepção dos funcionários sobre o trabalho desempenhado por eles no cuidado com o outro.

Em relação à medicalização e ambulatorização do serviço, podemos dizer que é uma situação difícil e a todo momento os profissionais tentam mudar um pouco esse foco com proposição de atividades alternativas, mas essa cultura de tratar o doente mental com uso de medicamentos apenas, não só permeia o pensamento de alguns poucos profissionais que ainda acham que só a medicação é a saída, como também permeia o pensamento de muitos usuários e familiares que se sentem mais seguros em saber que seu parente está sendo medicado e assim controla suas crises. Essa ambulatorização também está presente na estrutura do

serviço, pois existem várias salas de consultórios médicos para atendimentos individuais. Oliveira e Ribeiro ressaltam que “apesar dos avanços das pesquisas, os conceitos do modelo médico curativo, na doença, na farmacologia e na internação, ainda são observados na prática dos profissionais de Saúde Mental”. (Oliveira, et al., 2000, p.9).

É comum, vários pacientes irem ao serviço apenas para pegar medicação sem querer participar de atividade nenhuma proposta.

Logo de início, na recepção do CAPS, nos deparamos com um folheto explicativo disponibilizado a todos os visitantes e integrantes do serviço, onde é explicado o que é e quais são os objetivos do CAPS. Neste folheto é salientado que o CAPS é um:

Serviço aberto e comunitário, de atenção secundária, do Sistema Único de Saúde (SUS) que integra a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM). Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Funciona semanalmente, de segunda a sexta feira, das 8 às 12 horas e das 14 às 18horas. (Folheto explicativo disponibilizado pela instituição)

O CAPS é, portanto, um serviço que atende demandas de transtornos mentais graves e persistentes. Os usuários precisam ser primeiramente avaliados no Posto de Saúde (PSF) a qual ele frequenta, caso tenha perfil, ele é encaminhado ao CAPS para acompanhamento especializado. Dentre os objetivos destacados pelo serviço, constam:

_ Realizar o acompanhamento clínico e a habilitação social dos usuários mediante ações intersetoriais, visando o acesso a trabalho, lazer, esporte, cultura, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, construindo estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; _ Desenvolver atividades de integração familiar, comunitária, com vistas a evitar e superar práticas de estigmatização e isolamento social da pessoa com transtorno mental; _ Operar o cuidado em saúde mental, valorizando a interdisciplinaridade, a clínica ampliada, a atenção psicossocial, tendo como horizonte de trabalho a integralidade do cuidado; _ Realizar atividades de cunho econômico, político e sociocultural que possibilitem o exercício de cidadania; _ Gerenciar projetos terapêuticos dos usuários assistidos oferecendo cuidado psicossocial eficiente e personalizado; _ Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e famílias assistidas; _ Oferecer suporte e supervisionar a atenção à saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde); _ Contribuir no processo de formação acadêmica e de pós graduação dos profissionais da área da saúde. (Folheto explicativo disponibilizado pela instituição)

Os objetivos são claros e destacam a importância da interdisciplinaridade no desempenho das ações, no sentido de trabalhar no usuário a sua cidadania e autonomia que possam lhe render artifícios para uma vida em comunidade mais tranquila e com seus direitos e deveres garantidos. Além disso, também destaca a importância em contribuir para a

formação acadêmica de novos agentes de saúde, que possam futuramente desenvolver trabalhos e discussões, visando a melhoria dos cuidados em saúde. Nesse sentido as atividades desenvolvidas visam acompanhar o indivíduo de forma consistente em seus aspectos socioculturais que possam trazer e ressaltar o caráter da cidadania em seus múltiplos aspectos. Assim, as atividades se definem como:

_ Atendimentos individuais e grupais para os usuários assistidos na modalidade de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo; _ Atendimentos grupais (grupo de crianças, grupo de pais, grupo de famílias, grupo de psicoterapia, grupo de psiquiatria, grupo de convivência, grupo de atividade física, grupo de terapia ocupacional, oficinas expressivas, oficinas culturais, atividades de suporte social); _ Em parceria com a Escola de Cultura. Comunicação, Ofícios e Arte (ECO) destaca-se a participação dos usuários nos grupos de arteterapia e produção de costura; _ A parceria com a escola de música possibilita que os usuários participem de grupos de música; _ Atenção domiciliar; _ Monitoramento farmacológico; _ Visita institucional; _ Apoio matricial de saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde; _ Atividades educativas e comunitárias, buscando a integração da pessoa com transtorno mental nas dimensões familiar, comunitária e social; _ Reunião semanal da equipe; _ Apoio clínico institucional; _ Atividades de ensino e pesquisa- São ofertados estágios e visitas institucionais para estudantes de graduação e pós graduação, consoante as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Folheto explicativo disponibilizado pela instituição)

Esta é a apresentação, objetivos e descrição das atividades oferecidas pelo CAPS, disponibilizada a todos que chegam pela primeira vez no serviço, em formato de folheto. A pesquisadora teve a oportunidade de participar destes grupos, como observadora, para conhecer melhor estas atividades e como os usuários se comportam em cada uma delas. É bem verdade, que alguns deles não interagem muito durante essas atividades, muitas vezes por conta do próprio distúrbio que o acomete e às vezes limita o grau de comunicação entre os demais e este, outros, porém, interagem bastante e se divertem com as atividades propostas como pintar, dançar, etc. Na ocasião das visitas, os usuários estavam envolvidos com os preparativos para a festa de carnaval deles, que aconteceria em alguns dias, então, as atividades se concentravam mais na confecção das fantasias que eles usariam na festa.

A criatividade vai surgindo em meio às atividades propostas, de múltiplas formas, tanto no fazer e desenvolver de ações, bem como na receptividade dos usuários diante dessas propostas e na interação entre todos em um jogo de articulações e manobras que driblam as dificuldades e vislumbram algo maior, subjetivo e que possa trazer qualidade ao cuidado. Mesmo assim, não podemos deixar de mencionar que, mesmo a criatividade operando nas atividades diárias desenvolvidas no CAPS Geral II, há também um tipo de cronicidade instalada, quando verificamos, por exemplo, que algumas atividades são exercidas há vários anos no mesmo formato e pouco tem mudado nesse tempo.

Minayo destaca que “a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social” (Minayo, 2001, p.13). Acrescentaria que a criatividade também pode ser uma questão social tão importante quanto às mencionadas acima. Ela nos fornece subsídios para atuar de forma desafiadora em qualquer esfera de uma sociedade, e faz parte do nosso processo evolutivo nesse mundo permeado por relações sociais.

Acreditamos que o exercício da criatividade está diretamente vinculado a questões subjetivas ligadas ao sujeito, seja ele profissional ou usuário, que tem como pontos principais, a satisfação no trabalho realizado, no reconhecimento profissional, incentivo e vontade de inovar, estrutura física adequada à realização de novas atividades, grupos de conversa e estudos que busquem um conhecimento mais profundo sobre a temática trabalhada, atendimento adequado, alimentação, acolhimento, etc. Estas e outras subjetividades que envolvem tanto o profissional quanto o usuário e precisam ser levadas em consideração, para que possamos avançar em conhecimento e a concepção de outras formas de cuidar que possam acolher de forma significativa o sujeito.

7 CRIATIVIDADE E A PRODUÇÃO DO CUIDADO



Foto de autoria própria, 2017

7.1 A criatividade que impulsiona o cuidado diário no CAPS II de Sobral.

Primeiramente podemos dizer que trabalhar na área da saúde mental requer não só a disponibilidade do trabalhador em ouvir e acolher a cada demanda que chega, mas também requer certa dose diária de criatividade no lidar com o outro e reinventar-se a cada dia no sentido de superar as dificuldades que surgem e que dificultam a realização de um atendimento satisfatório. Desta forma:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações; isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (Franco, et al., 2013, p. 73)

É, portanto, no fazer diário que a criatividade é exercitada seja por meio da negociação pessoal do trabalhador com o usuário, seja por meio das alternativas buscadas para a falta de estrutura que se apresenta, por exemplo, na ausência de materiais para se trabalhar, falta de alimentação adequada ou a falta de um lugar próprio, como uma sede para o

CAPS Geral II, que funciona em uma casa alugada e apresenta muitas dificuldades como a falta de espaço para o desenvolvimento de diversas atividades. Essa falta de estrutura fica evidenciada na fala da profissional P2, quando ela diz, “Se a gente tivesse um espaço mais adequado, seria bem melhor. Uma sede própria já com os locais de atendimentos adequados, umas salas mais especiais, mais dinâmicas, principalmente com atendimentos com crianças, né”. (P2; entrevista realizada em 08/02/2017)

Frente a essas dificuldades que se apresentam, os autores Franco e Merhy destacam que:

Percebe-se que o modo de produção do cuidado se revela, de forma eficaz no âmbito da sua micropolítica, se houver um método que seja capaz de verificar o dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo. (Franco, et al., 2013, p. 152)

É na micropolítica do fazer diário que surgem as oportunidades dos trabalhadores em saúde mental poderem de fato exercer um papel criativo direcionado especificamente ao acolhimento e escuta das demandas que surgem e exigem cada vez mais uma sensibilidade em buscar alternativas que possam envolver o usuário em uma rede de assistência humanizada, criando condições para que sua criatividade também flua.

O que se evidencia no dia a dia do CAPS Geral II de Sobral é que os profissionais trabalham com dedicação e gostam do trabalho que desenvolvem junto aos usuários, apesar das dificuldades que se apresentam todos os dias de diferentes formas, ainda encontramos pessoas comprometidas e interessadas em desenvolver atividades várias que possam contribuir da melhor forma possível para o bom desenvolvimento das demandas dos usuários.

Apesar disso, também se percebe em alguns, principalmente aqueles que estão nessa batalha há mais tempo que, invariavelmente surge, junto ao sentimento de amor pelo trabalho, também uma atmosfera de cansaço, acomodação e desânimo causados principalmente pela crise na saúde e, em especial, na saúde mental, que aparece em forma de problemas, como a precarização dos vínculos trabalhistas, que muitas vezes obriga o trabalhador a sair do serviço e buscar outras condições de trabalho e melhores remunerações. Ainda segundo Franco, et al., “a produção subjetiva do meio em que se vive traz à tona, constante desconstrução e construção de territórios existenciais em fluxos de identidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social”. (Franco, et al., 2013, p.152)

É na micropolítica do fazer diário que surgem as oportunidades de reinventar

novas práticas de cuidados com o outro, o que se classificaria como uma geração de redes de reabilitação psicossocial, inclusivas; dispositivos de tensão entre novas práticas e velhos costumes. É no fazer diário que os profissionais se veem muitas vezes no “olho do furacão”, onde surgem possibilidades de reinventar novas práticas de cuidado que ao se relacionarem com práticas antigas, possam criar novas possibilidades de acolhida e cuidado. (Franco, et al., 2013)

Nessa lógica de lidar com o outro podemos lembrar o que Paulo Freire destaca sobre nós mesmos e os outros, quando diz “que mais do que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma Presença no mundo, com os outros e com o mundo. Presença que reconhecendo a outra presença como um “não eu” se reconhecesse como si própria” (Freire, 1996, p. 09). E dessa forma temos a certeza que pelo simples fato de sermos presença neste mundo e nos relacionarmos uns com os outros, causamos efeitos na vida do outro, assim como também somos afetados pelos outros.

Ao cuidarmos de alguém tornamo-nos de alguma maneira uma referência para essa pessoa e isso se potencializa quando lidamos com um grupo de pessoas que carregam consigo questões e aspectos tão singulares de personalidade, como é o caso de pessoas com transtornos mentais. Ainda de acordo com Paulo Freire, “não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos” (Freire, 1996, p. 18).

No processo de criatividade, os profissionais de saúde deveriam se perguntar diante de questões já pré-estabelecidas sobre o que poderiam fazer de diferente para melhorar seu trabalho e o acolhimento da pessoa que necessita de cuidados de uma forma digna e transformadora. E de que maneira poderia contribuir no sentido de transformar a realidade dessa pessoa em algo um pouco melhor, seja na sua convivência com a família, sobre o entendimento da sua condição, sobre seus direitos como cidadão e na relação consigo mesmo. A Política Nacional de Humanização discorre sobre a saúde mental relatando que:

A rigidez dos processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde, modos de cuidar centrados na doença; trabalhadores destituídos da capacidade de decidir e usuários que só são escutados impacientemente em suas queixas: tudo isso contribuiu para uma naturalização do cotidiano produtor de indiferença ao sofrimento do outro. Uma máquina de reprodução de relações de assujeitamento, heteronomias, subjetividades servis e tristes. (Brasil, 2015, p. 20)

O que se destaca em diversas pesquisas sobre o tema é que é inegável o avanço na saúde mental em relação ao cuidado humanizado, mas por outro lado também há ainda uma clara rigidez nos processos de trabalho que é fruto do conservadorismo ainda existente e

que limita, de certa forma, a inovação e o percurso de novos caminhos que possibilitem uma maior liberdade das ações.

Algo assim pôde ser percebido e sentido nas visitas realizadas ao CAPS de Sobral, quando se percebe que a burocracia envolve todas as atividades ali realizadas. E mesmo havendo a criatividade do profissional em se reinventar todos os dias e de várias maneiras, há a cobrança típica de instituições que precisam dar e saber tudo que é feito, partindo principalmente da área administrativa que detém a questão do chamado “faturamento” onde são preenchidos os Registros das Ações Ambulatoriais (RAAS), que foram instituídos pela portaria n. 276, de 30 de março de 2012, com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde e enviado ao Ministério da Saúde como controle.

Anteriormente ao preenchimento da RAAS, existia o preenchimento da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), que servia para controlar os aspectos que envolvem o faturamento de um atendimento realizado a um paciente do SUS. Com o preenchimento das APACs era necessário ter várias informações, como o diagnóstico do paciente, que muitas vezes gerava alguns desconfortos entre os profissionais médicos que eram de certa forma, obrigados e até exigidos a darem um diagnóstico logo ao paciente, para que os funcionários da administração do serviço pudessem colocar na APAC.

O conflito era gerado no sentido de que, em se tratando de transtorno mental é necessário que o médico veja o paciente e faça a avaliação do usuário de forma calma e isso pode se estender durante vários encontros entre o médico e o usuário. O preenchimento desse documento era mensal, assim como seu envio para a auditoria do município que por sua vez avaliava e enviava ao Ministério da Saúde, para que este pudesse fazer o repasse de recursos ao município. Atualmente não é mais a APAC e sim a RAAS, mas continua sendo um procedimento que requer bastante atenção e mobilização de parte da equipe de funcionários em estar colaborando com as informações, preenchimento e envio. Franco, et al., (2013) destaca que a subjetividade capturada vai repetir as práticas em série de forma burocrática e considerar o usuário como mais uma peça de um conjunto padronizado.

A Política Nacional de Humanização (2015) vem complementar o pensamento de Franco, et al., em um de seus artigos, e ressalta que não é possível desenvolver um trabalho de fato humanizado seguindo apenas os conceitos ou os passos da burocratização. E especifica que:

Não é possível pensar o cuidado ao sofrimento psíquico considerando-o apenas como um diagnóstico resultante das disfunções de interações neurobioquímicas, nem

tampouco com práticas que restrinjam ou limitem o exercício de ir e vir, que incidam sobre o já precário poder de contratualidade que o sujeito tem sobre si e sobre as coisas do mundo. Muito menos com práticas que o submetem a um regime de controle e de vigilância sobre todas as suas ações cotidianas. O resultado histórico desse modo de pensar a dor psíquica é bem conhecido: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana. (Brasil, 2015, p. 20)

Acrescentaríamos neste discurso que não há como pensar o cuidado ao sofrimento psíquico restringindo os passos dos usuários e nem dos funcionários que precisam de uma boa dose de criatividade para se reinventar todos os dias, pois diante dessas cobranças burocráticas, o trabalho tende a se tornar mecanizado e automatizado, característica intrínseca às empresas já burocratizadas, que precisam seguir determinado padrão. Temos que ter em mente que o cuidado em saúde lida diretamente com o ser humano, que traz consigo subjetividades, histórias de vida diferentes, diferentes contextos e que envolvem uma infinidade de sentimentos como expectativas, alegrias, tristezas, opiniões, etc., e que constituem as chamadas “tecnologias leves”, que diferem das “tecnologias duras” por serem impalpáveis no seu sentido específico, mas que podem ser compreendidas e sentidas de várias formas pelos profissionais, o que requer uma boa dose de sensibilidade e conhecimento.

O que poderia ser feito para driblar a questão do impasse da burocratização seria a necessidade de integração do trabalhador aos processos de formulação da própria política de gestão do trabalho, reconhecê-lo no seu protagonismo e saber sobre o trabalho em saúde. A profissional P1 fala um pouco da burocracia e sugere:

A interdisciplinaridade não é uma característica assim, do que a burocracia nos coloca pra fazer. Porque se a burocracia colocar a gente pra fazer grupos interdisciplinares, a gente fazer só porque tá mandando não rola. Mas eu acho que a questão da gente se procurar, eu acho que é uma característica da equipe. Então algumas pessoas sabem trabalhar mais e procuram trabalhar mais interdisciplinarmente. Tanto é que a gente vai aprendendo um pouco do que cada um faz né. E aí, as pessoas às vezes não sabem se você é psicólogo, se você é educador físico, enfermeira, as pessoas não sabem, fica bem misturado. Às vezes acham que o educador físico é que é enfermeiro, que o enfermeiro é educador físico. Eu acho que isso é fruto da interdisciplinaridade. (P1, entrevista realizada 13/02/2017)

Nesse discurso, a profissional fala da importância da interdisciplinaridade que permite ao usuário chegar a qualquer profissional e solicitar algo, sem dar muita ênfase à categoria de cada um, pois todos estariam preparados para ouvi-lo e acolhe-lo. Ou seja, o usuário tem a liberdade de falar com qualquer um dos profissionais e solicitar ajuda. Mas também ressalta a dificuldade de alguns profissionais em estarem se buscando ou dialogando uns com os outros, o que demonstra a dificuldade de alguns em trabalharem enquanto equipe, monopolizando determinadas questões e centralizando coisas que poderiam ser compartilhadas.

Há certa dificuldade em desempenhar um trabalho interdisciplinar entre algumas categorias como a categoria médica, por exemplo. Alguns médicos psiquiatras ainda mantêm posturas conservadoras e centralizadoras de trabalho, e não procuram compartilhar os casos com os outros profissionais, mas isso não se configura em um problema exclusivo dos médicos e nem todos agem dessa forma. Mas é como as ações vão seguindo no ambiente de trabalho que o CAPS de Sobral tem tomado para si, quando prioriza a ambulatorização em vez de priorizar outras formas de cuidado.

Esse processo não é exclusivo somente do CAPS de Sobral, mas parece ser algo que está acontecendo em outros CAPS pelo Brasil, em uns mais e outros menos. Segundo a profissional P1 a relação e o compartilhamento de informações com os médicos são difíceis e destaca:

É mais difícil, mas acontece. É mais difícil porque eu vejo que o médico que é sobrecarregado, que chega aqui e tem que atender aquela quantidade de pessoas, e tem que fazer receitas e tem que discutir casos de acolhimento... então é muita coisa para um turno só que aquela pessoa tá aqui. [...] eu percebo que, quando algum médico tá mais disponível, tipo assim, ele ia pra visita e o carro quebrou e não tem agendamento pra ele, aí a gente consegue conversar, discutir casos e fazer mais coisas. Então mesmo que ele não tenha nada marcado, sempre vai ter como ele colaborar, entendeu? E o que tá faltando, eu acho, que é a gente se organizar pra poder o médico ter tempo para trabalhar essa interdisciplinaridade. (P1, entrevista realizada 13/02/2017)

Nesse discurso a profissional, ressalta a importância dos profissionais buscarem alternativas de diálogos que possam facilitar o compartilhamento de casos acolhidos no serviço e que nessa dinâmica se reorganizem de uma forma a inserir a dinâmica de atendimentos dos médicos, para que de alguma forma eles possam contribuir mais. O que dificulta muitas vezes esse movimento é a enorme quantidade de pessoas atendidas diariamente pelo serviço e que precisam ser vistas pelos médicos que acabam sendo absorvidos por essa demanda diária.

A produtividade do trabalho exercitada pela curiosidade não é apenas um mero desafio, mas uma necessidade que transformaria o cuidado em um ato coletivo e interdisciplinar implicado. Mas para isso acontecer de forma contínua, é necessário despertar em cada um dos que trabalham nessa área da saúde, o interesse efetivo em estar buscando informações e conhecendo mais profundamente a história e trajetória da saúde mental e as dificuldades que surgiram no caminho até chegarmos a uma lógica de cuidado onde o usuário possa ser visto como um sujeito que carrega consigo questões subjetivas e que o coloca na qualidade de um ser humano como qualquer outro que precisa ser respeitado e acolhido dentro da sociedade.

Nessa qualidade, vale ressaltar que o CAPS Geral II de Sobral possui profissionais com grau de ensino médio que atuam nas funções de serviços gerais, recepção e funções administrativas e há os profissionais técnicos de nível superior que atuam diretamente no cuidado do usuário.

Nessa divisão de funções é comum os profissionais de nível superior se reunirem e devido a sua trajetória de estudos, faculdades, especializações, etc., possuírem certo conhecimento sobre a história da Reforma Psiquiátrica, sobre como aconteceu ou vem acontecendo, e quais os impactos que teve e tem nos atendimentos a pessoas com transtornos mentais. Isso não acontece com os profissionais de ensino médio que muitas vezes não sabem nada sobre isso e apenas trabalham com isso por que as condições os empurraram para essa área. Levando isso em consideração, é perceptível que a falta de conhecimento sobre a área traz problemas, como um primeiro contato com o usuário de forma inadequada ou não saber exatamente o que fazer diante de uma crise aguda de algum usuário, e acabar dizendo coisas que não deveriam.

A falta de conhecimento adequado afeta diretamente o contato destes profissionais de ensino médio com os usuários e suas características peculiares. Uma profissional técnica destacou em um dos primeiros contatos e ponderou que, seria necessário mais atenção a essa questão e que deveria ser feita uma primeira conversa com essas pessoas falando um pouco da Reforma Psiquiátrica, como era antes desse movimento acontecer, as dificuldades; como eram tratados os doentes mentais e a importância desse movimento e o que ele trouxe de bom, fazer um tipo de capacitação inicial quando essa pessoa fosse contratada, para evitar ações equivocadas no futuro.

A busca de informações e a troca de experiências entre profissionais é algo que se mostra importante no desenvolvimento de um trabalho em equipe mais assertivo, facilitando o diálogo e a discussão de casos complexos e melhorando consideravelmente a acolhida do usuário pelo serviço de modo geral.

É necessário exercitar o dialogar com as categorias profissionais diferentes, envolver todos na discussão sobre o cuidado em saúde mental, falar sobre os diferentes transtornos e assim “engravidar” conhecimentos e colher novas formas de “partos” que possibilitem cuidados alternativos que se adequem à diversidade e às subjetividades que envolvem cada indivíduo adoecido. (Franco, et al., 2013). Essa seria uma forma produtiva de gerar novos conhecimentos e possibilitariam o caminhar e o avançar em novas tecnologias de cuidados que pudessem inserir o usuário e suas demandas específicas em uma atmosfera de cuidado realmente humanizado.

O que se percebe principalmente nas reuniões internas que acontecem toda quinta-feira no CAPS Geral II é que participam e falam apenas os profissionais de nível superior, e os profissionais de nível médio ficam calados praticamente a reunião inteira, não se envolvem nas discussões e nem prestam muita atenção, pois estão na reunião apenas por uma exigência burocrática do serviço. Assim, há um descompasso entre a equipe, que traz consigo ainda mais desconforto e desinteresse dos trabalhadores de nível médio em se apropriarem da temática que envolve seu ambiente de trabalho.

É difícil desenvolver um trabalho em equipe satisfatório quando não há o diálogo necessário para desenvolver as atividades corriqueiras que envolvem vários atores do serviço. Dentre todas as dificuldades aqui relatadas, acreditamos que esta seja uma das mais dramáticas e que altera consideravelmente o cenário de trabalho de forma negativa. Sobre isso, Franco, et al., destaca:

Pensar como ir para além dos encontros, mutuamente irritativos e de reafirmações de territórios bem instituídos, entre as distintas profissões, no cotidiano do trabalho em saúde, e buscar novas formas de engravidar nossos atos, com sentidos e significações diferentes dos paradigmas que temos adotado a partir dos nossos núcleos profissionais, é uma tarefa colocada para todos os trabalhadores, que não têm coragem de ser usuários do seu próprio fazer, muito menos do colega do lado, ou de toda sua equipe. (Franco, et al., 2013, p. 257)

O trabalho em equipe é fundamental para o desenrolar de ações em prol do usuário de saúde mental de forma efetiva e satisfatória; ações que tragam em seu bojo artifícios para o desenvolvimento da sua autonomia, cidadania, respeito como ser humano e detentor de direitos e também de deveres. É imprescindível a implicação de todos os que possam de alguma forma contribuir e trazer especialmente a família para estar participando e contribuindo também com esse processo.

Estudar questões subjetivas desse tipo e em uma área tão delicada como a área de saúde mental, que envolve questões pessoais e visões de mundo diferentes tanto dos profissionais quanto dos usuários, nos exige um cuidado especial e uma forma de trabalhar que leve em consideração toda a simbologia contida nesse processo.

8 AUTONOMIA



Foto de autoria própria, 2017.

8.1 Fomentando autonomias

Já é sabido que o modelo biomédico valoriza a relação existente entre o corpo e a doença, suprimindo ou ignorando questões sociais, individuais e subjetivas envolvidas no processo saúde/doença. Esse modelo de cuidado foi aos poucos sendo questionado e substituído por uma visão mais complexa que envolve o ser humano e que permite desenvolver um trabalho relacionado aos aspectos biopsicossociais que envolvem o sujeito e seu bem estar. Propõe-se, portanto uma “mudança do modelo biológico para o modelo psicossocial” que possa trazer transformações por meio do fortalecimento das habilidades humanas e a diminuição das deficiências que possam existir. Essa é a força propulsora que busca fortalecer a autonomia do sujeito. (Ferreira, et al.,1999 apud Sarraceno, 1999, p.43)

E o que podemos entender por autonomia no contexto da saúde mental? Ferreira (1999) destaca que de acordo com Silva (2013),

Autonomia é um dos princípios da bioética, responsável pelo rompimento com concepções paternalistas na medicina, onde o médico detinha o poder de decisão, determinando o tratamento a ser realizado pelo paciente. Assim, a autonomia pode significar o poder do homem em tomar decisões que afetam sua vida. (Ferreira, et al., (1999) apud Silva, 2013, p. 43)

Autonomia é definida pelos autores como sendo a capacidade do indivíduo em

dirigir sua própria vida e de tomar decisões que possam afetar seu futuro como pessoa. Cohen e Salgado (2009) afirmam que:

Autonomia é a capacidade de autogoverno, de livre arbítrio quanto à regência de seu próprio destino, no fazer ou não fazer, no ir ou não ir, no aceitar ou no recusar e assim por diante, concedida pouco a pouco, por parâmetros biológicos e de convívio social, que afastam os seres humanos dos animais e criam os contornos de sua personalidade. (Cohen, et al., 2009; p. 227)

Seria a capacidade do sujeito em lidar com suas redes de relações dando-lhe significações, ou seja, “uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir em direção a esta deliberação, considerando os valores morais do contexto no qual está inserido” (Almeida, 2010, p. 383)

No processo de adoecimento, as pessoas em sofrimento, consideradas doentes, se colocam em condições de dependência em relação a outras pessoas especializadas e nessa relação ou expectativa, as imagens que se produzem são distintas, onde um se coloca no lugar de quem vai cuidar e o outro no lugar de quem recebe esse cuidado, criando uma atmosfera de que com isso as coisas vão se resolver de uma forma a contemplar as expectativas de ambos.

Essa dependência traz consigo certa vulnerabilidade e fragilidade que requer reflexão e que exige cuidados. Esse momento do cuidado pode ser aproveitado como uma oportunidade de (re)colocar o indivíduo adoecido no lugar de protagonista e sujeito do processo saúde/doença que vivencia. “Considerar a ampliação da autonomia como um dos objetivos do trabalho em saúde implica na reformulação de valores políticos e de conceitos teóricos que orientam este trabalho”. (Ferreira, et al., 1999, p. 45).

Os profissionais de saúde ao lidarem com o outro, precisam se desfazer de concepções pré-estabelecidas e de ideias baseadas apenas em seus pontos de vista, e encarar de forma mais aberta e acolhedora a visão de mundo que o “outro” possui. Tal ação requer discussão e reflexão para que possa ser amadurecida, pois de outra forma é muito difícil considerar o “outro” em sua totalidade e subjetividade. Na prática, essa ação se perde muitas vezes nas grandes demandas do dia a dia, restando ao profissional de saúde apenas a visão etnocêntrica sobre sua atividade, tendendo a anular e desconsiderar o saber do outro.

Etnocentrismo é uma categoria bastante estudada em antropologia e significa “uma visão do mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros são pensados e sentidos através dos nossos valores”. (Rocha, 2010, p. 01). A questão do etnocentrismo torna-se elemento fundamental nas relações humanas em qualquer nível, pois a partir da visão etnocêntrica ou não sobre o outro, poderemos proporcionar a oportunidade deste mostrar seus saberes de forma autônoma. O fortalecimento da autonomia

exige atenção e vigilância sobre o campo etnocêntrico que envolve os profissionais, familiares e as próprias instituições de atenção à saúde. Não é uma tarefa fácil de realizar, se desprender de tudo aquilo que cada um conhece e que lhe parece familiar e se colocar muitas vezes no lugar do outro e acolhê-lo em suas questões complexas.

Trazendo essa reflexão para a área de saúde mental, podemos nos questionar sobre como fazer um trabalho de fortalecimento ou mesmo construção de uma autonomia perpassando pelo campo etnocêntrico da instituição, dos profissionais e familiares, considerando que a loucura em si para nossa sociedade já é de fato uma questão de segregação, anulação e exclusão do portador de transtorno mental. Como mudar essa visão? Como fazer para realizar atividades onde se valorize o sujeito “outro”, portador de transtorno mental, como detentor de conhecimento e utilidade para ele e para a sociedade?

Há quem defenda determinadas ações que possam ajudar a desenvolver essas interrogações, envolvendo principalmente a participação ampla de pessoas em discussões, despertando novas reflexões nesse sentido.

É necessário, portanto, que os serviços de saúde debatam questões relacionadas ao atendimento, à organização e aos objetivos que perseguem. Há que exercitar a capacidade do profissional de saúde em dialogar com seus pacientes, sem pré-julgamentos ou modelos constituídos que possam atrapalhar o exercício da negociação pessoal com o usuário que já sofre com a normatização das ações e processos burocráticos. Refletir sobre a autonomia do sujeito portador de transtorno mental nos faz pensar que é muito difícil uma pessoa se munir de ações autônomas quando está envolto em angústia, falta de acompanhamento, educação, assistência, etc. Chalesworth (1996) afirma que,

Ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e sentir-se autônomo se está angustiado pela pobreza, privado da educação básica ou se vive desprovido da ordem pública e complementa seu pensamento dizendo que a perspectiva da autonomia nos leva a noção de cidadania. (Chalesworth, 1996, p. 383).

Ainda segundo este autor, a presumida incapacidade de pacientes psiquiátricos em exercer sua autonomia frente às possibilidades terapêuticas e a participação em grupos de pesquisa médica os tornaria um grupo particularmente vulnerável a sofrerem abusos.

A autonomia é companheira da liberdade, e a liberdade exige saúde, no conceito mais amplo e contemporâneo, como destacado por Galimberti (1996) para quem a definição de saúde deve contemplar, necessariamente, as questões subjetivas, o acesso à educação, o afeto, a liberdade:

Saúde é um estado geral de bem-estar, de ter atendidas as necessidades de ser humano em suas áreas mais básicas: condições apropriadas de moradia (saneamento básico, conforto), educação (direito de ter acesso ao conhecimento), trabalho (como uma necessidade de realização e de produção, com benefício próprio e coletivo), afeto (alicerce fundamental para o desenvolvimento da personalidade), liberdade (de poder ser coerente com sua individualidade). Uma pessoa deixa de ser saudável quando se sente humilhada por não ter onde morar, frustrada ao não ter chance de desenvolver suas aptidões, carente de vínculos afetivos ou cerceada em sua liberdade. (Galimberti, 1996, p.105).

Para que um indivíduo possa exercer sua autonomia é necessário que ele se utilize de mecanismos como cognição, pensamento, linguagem, razão, e todas as funções mentais que comumente são afetadas pela doença psiquiátrica. Então como poderia se dar o processo de fortalecimento dessa autonomia? Primeiramente podemos pensar que, para que essa autonomia floresça no curso da “doença mental” é necessário que o indivíduo adoecido goze de condições favoráveis para exercitá-la seja através do apoio familiar, seja através de um acompanhamento cuidadoso de seu estado de saúde ou através de reconhecimento de sua vontade como pessoa.

É comum presenciarmos a anulação de direitos e vontades nos pacientes com transtorno mental pela própria família que muitas vezes não escuta o doente e simplesmente decide os procedimentos a seguir por este. Almeida (2010) diz que “pacientes psiquiátricos podem (ou não) se encontrar clinicamente impedidos de consentir soberanamente, dado que existe a possibilidade de o distúrbio que os afeta dificultar ou impedir o uso de um ou mais atributos de cognição” (Almeida, 2010, p.385). Mas nem todos os pacientes se encontram nessa posição de não ter condições de exercer sua autonomia, na verdade uma parte significativa de pessoas com adoecimento psíquico entendem o que se passa ao seu redor e compreendem seu estado mental, ou seja, nem todos têm a cognição afetada.

A rotulação de loucura colocada sobre o indivíduo já por si só o coloca numa posição de incapacidade em relação a tomadas de decisões. A partir do diagnóstico o indivíduo fica marcado como incapaz e passa a ser tutelado pela família, pelos profissionais de saúde e pelo sistema. Almeida (2010) sugere:

Uma pessoa com autonomia diminuída é, pelo menos em algum aspecto, controlada por outros ou incapaz de deliberar e agir com base em seus desejos e planos. A incapacidade limita a autonomia da mesma forma que a institucionalização coercitiva o faz com os seus prisioneiros. (Almeida, 2010, p.386)

Nessa lógica há que se pensar uma forma produtiva de gestão onde, seja trabalhada a responsabilidade do profissional e o coloque como a potência necessária ao serviço do cuidado e da elaboração de um projeto técnico associado à produção de sujeitos ativos no conceito de autonomia, para poderem viver suas próprias vidas.

Nesse sentido, os CAPS ocupam um lugar privilegiado no que concerne à capacidade criativa, inventiva e dinâmica do cuidado. Permitem que no desenrolar de suas funções diárias possam ser criados mecanismos de criação e arte que possam resgatar a capacidade criativa dos usuários e nessa lógica traz “o processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, vai nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não-estruturado e de alta possibilidade inventiva” (Franco, et al., 2013, p.227).

É um trabalho dinâmico que se desenvolve no interior dos CAPS com a participação dos usuários, funcionários e familiares e por ser um trabalho ativo exige reinvenção diária dos mecanismos de socialização, conquista e confiança junto aos profissionais, pois “autonomia envolve, a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de ações que se baseiam em um consentimento informado, opondo-se a qualquer forma de coerção, mesmo que seja justificada por eventuais benefícios sociais” (Cohen, et al., 2009, p.227) Se o usuário de um sistema de saúde é envolvido por atividades e pessoas que procuram estimular sua criatividade e confiança, mais facilmente ele terá condições de desenvolver uma autonomia de fato mais sólida diante dos problemas que se apresentam.

Nessa perspectiva é importante ressaltar que o ideal seria desenvolver atividades diversas nos CAPS e que os profissionais procurassem não cair na redundância e automatização durante as atividades e buscassem sempre trazer novas questões e novas formas de interagir, para não cronificar suas atividades, como alguns autores se referem, em relação aos processos de trabalho que nunca fogem à rotina, ao padrão e às normas. Assim “o trabalho em saúde é fortemente marcado pela liberdade, sim, liberdade por que é ele mesmo, o sujeito-do-trabalho quem define o modo de organização de seu processo produtivo, isto é, a produção do cuidado” (Franco, et al., 2013, p.243). E que liberdade é essa, à qual o autor se refere? É a liberdade do fazer acontecer, e ela surge da natureza do trabalho em saúde que é um trabalho expressamente relacional, apesar das regras existentes nesse campo.

Franco (2013) ainda ressalta, ao ser questionado sobre se as normas não tiram a liberdade do trabalhador, respondendo que as normas são formas que a gestão encontrou de disciplinar os funcionários a seguir certo padrão, mas a liberdade de realizar as ações proporciona a este trabalhador artificios para conduzir inclusive essa disciplina imposta pela gestão. Essa forma de disciplinarização captura o “trabalho vivo” desenvolvido pelos trabalhadores que precisam cumprir prazos e protocolos, mas segundo Franco, esse é o caráter paradoxal que envolve o trabalho em saúde e muitas vezes, faz com que se desenvolva em meio a essa dicotomia, um trabalho criativo e revelador.

O processo da Reforma Psiquiátrica permitiu um novo olhar sobre o campo da saúde mental, que deixou de ser campo de domínio exclusivo da medicina para ser um campo de interesse em diversas áreas, e essa abertura proporcionou um novo paradigma de cuidado a ser almejado, a ser buscado na saúde. Um cuidado que se envolve de várias formas e possui vários olhares sobre a vida e a saúde do indivíduo.

Inicia-se, portanto, não só uma transformação radical no processo de produzir cuidado em saúde mental como também se inicia um processo criador de subjetividades, onde o paciente com transtorno mental agora pode exercitar sua criatividade e produção por meio de atividades, assim como idealizar e criar sua própria percepção acerca dos acontecimentos de sua vida e seu transtorno. O trabalho em si desenvolvido na área de saúde mental, nos mostra que:

Configura-se, portanto, um processo dinâmico de desenvolvimento de ações e serviços que não apenas produzam números de consultas, atendimentos e procedimentos, mas, sobretudo, uma prática cuidadora, com criação de laços de compromissos balizados por um agir interdisciplinar, de responsabilização e postura acolhedora dos trabalhadores de saúde na interação com os usuários e familiares copartícipes do serviço, através de respostas às suas necessidades de saúde, levando-se assim, à sua resolubilidade. (Firmo, et al., 2015, p. 228)

A criatividade presente nesse movimento é uma área de difícil apreensão onde se colocam em ação a capacidade do indivíduo se relacionar com o outro, e a maneira como isso se dá nos dará pistas de como desenvolver um trabalho onde se vislumbre o outro como protagonista de sua vida, de seu transtorno e de suas relações sociais neste mundo.

Dentro dessa concepção de se buscar desenvolver um trabalho atrelado às criatividade do paciente surgem várias atividades terapêuticas como a arteterapia que é uma técnica que se estabelece através da interação do paciente, que no caso é o “criador”, o objeto de arte e o arteterapeuta, utilizando recursos como imaginação, símbolos e metáfora. O fazer artístico traz a possibilidade dos seres humanos se expressarem com a imaginação, autenticidade e espontaneidade. Um processo que leva à realização pessoal e transformação no nível psíquico (Rato, 2009). Teremos a oportunidade de mais adiante, nos aprofundarmos na questão da arte como terapia.

O processo criativo ou criador possibilita ao ser humano promover situações que resultem em uma maior autonomia sobre seus atos. Podemos, através dos grupos realizados dentro dos CAPS, ter uma ideia geral de como esse processo subjetivo acontece através das relações sociais ali estabelecidas.

8.2 Os grupos terapêuticos como recurso ao fortalecimento da autonomia do usuário do CAPS Geral II.

Desenvolver minimamente a capacidade cognitiva dos usuários, e que esse desenvolvimento possa levar ao fortalecimento de sua autonomia é uma das bandeiras do CAPS Geral II. Lembrando que autonomia é o fator principal, que leva o ser humano a gerir sua própria vida. Podemos destacar alguns grupos terapêuticos que acontecem no serviço e que têm a missão de exercitar no usuário a prática de se colocar e expor suas opiniões sobre determinado assunto e de trabalhar também seus conhecimentos sobre questões relevantes.

Os grupos terapêuticos desenvolvidos no CAPS Geral II são:

- Segunda-feira (manhã) tem os grupos temáticos: que trazem questões do interesse ou que os usuários destaquem como importantes e queiram tirar dúvidas;
- Segunda-feira (tarde) tem o grupo de mulheres: que foi criado para atender especialmente mulheres com depressão e com dificuldade de buscar acompanhamento, seja por medo, insegurança ou vergonha, e tem o propósito de trabalhar questões do dia a dia delas e também trazer oficinas, como artesanato ou o que lhes interessar aprender.
- Na terça-feira (manhã), tem o grupo expressivo: que procura trazer dinâmicas para facilitar o ato de expressarem seus sentimentos, onde também são colocadas questões de interesse dos participantes;
- Na quarta-feira (manhã), existe o grupo de educação e saúde: que faz exercícios diários de higiene com os usuários, que são geralmente os mais afetados cognitivamente e são pacientes com transtornos graves, esses exercícios os ajudam a praticar um pouco sua autonomia em relação à higiene pessoal;
- Na quarta-feira (tarde), existe o grupo de esportes: onde eles praticam futebol geralmente, e também caminhada, e outras atividades físicas, que visam extravasar as energias, e dar mais movimento ao corpo como forma de terapêutica.
- Na quinta-feira (manhã), tem-se o grupo de práticas corporais: com atividades como relaxamento, dança, alongamentos, etc., em prol de trazer

mais tranquilidade a essas pessoas, e também é puxado por um profissional da educação física, assim como o grupo de esportes;

- Na sexta-feira (manhã), tem o grupo de lazer: que traz atividades lúdicas e também tem o grupo aquático, onde eles praticam natação.
- Ainda a cada quinze dias, nas sextas-feiras têm o grupo de pais e crianças e o grupo de família, ambos puxados por profissionais da área do serviço social, psicologia e terapia ocupacional.

Tais grupos, na visão dos profissionais, são importantes para o desenvolvimento cognitivo dos usuários que possuem condições de melhorar. Trazem mais segurança e mais autonomia no ir e vir, pois muitos vão sozinhos ao serviço e muitas vezes até moram em bairros bem distantes. Existem quase sempre problemas com o carro, designado para ir buscá-los, o que é uma das intercorrências negativas que mais se destacam no dia a dia do serviço, pois isso mexe com a rotina de visitas e de buscas, e assim apenas aqueles que têm condições de se deslocar sozinhos, vão ao serviço, diariamente. A profissional P2, destaca a importância de todos os grupos no fortalecimento da autonomia do paciente e diz “todos os grupos acabam trabalhando isso, né, essa autonomia que é um dos nossos objetivos, [...] e aí a gente vai percebendo quais são as autonomies, quais são as queixas, as dificuldades”. (P2, entrevista realizada em 08/02/2017)

Além das atividades lúdicas, também existe a oficina do artesanato que traz técnicas da marcenaria, do artesanato, e confecções de objetos e propõe-se a ensinar ao usuário a desenvolver suas qualidades nos trabalhos manuais e muitos deles às vezes seguem trabalhando com isso. Segundo o profissional P5, “quando o paciente sai daqui, muitas vezes, já sai com um emprego, já vai indicado daqui mesmo”. (P5, entrevista realizada dia 15/02/2017). Outro grupo que acontece é o de corte e costura que geralmente é composto só de mulheres. Tanto o grupo da marcenaria, como o grupo de corte e costura acontecem fora do CAPS, em outros lugares designados pela Prefeitura.

Sobre a importância de trabalhar as habilidades desses pacientes, podemos pontuar, em uma experiência mais ou menos recente, em um congresso de saúde mental, um “paciente” ou “usuário” de saúde mental, como são usualmente referidos, de um determinado estado, expôs a realidade do CAPS que ele frequenta em sua cidade e falou dos diversos cursos e oficinas que esse dispositivo oferece, ressaltando veementemente a importância de se oferecer, aos usuários, possibilidades para o desenvolvimento de suas habilidades. Segundo suas palavras, é muito importante, o serviço de saúde oferecer oficinas diversas dando

possibilidades e oportunidades para que o indivíduo escolha a que mais se identifica.

Outro dado importante dessa realidade que o usuário colocou é que eles participam de feiras onde expõem seus produtos, que podem ser comprados pelos visitantes, e o rendimento é utilizado para compra de materiais bem como para remunerá-los. Com isso, os usuários sentem-se úteis para si mesmos e para a sociedade, pois também estão produzindo e recebendo pela sua produção de forma que passam a se sentir autônomos, ao usarem e usufruírem de suas habilidades.

Além das atividades propostas por meio de grupos terapêuticos, acontece na primeira quarta feira de cada mês, a assembleia dos usuários do CAPS Geral II. Visa instigar o poder da palavra do usuário, reflete um momento de troca, de reivindicações, reclamações que expressem como eles se sentem no serviço e o que eles precisam. Algumas deliberações são levadas à gestão municipal, até a Secretaria de Saúde, principalmente os assuntos relacionados à falta de medicação, que com frequência ocorre. Segundo alguns profissionais, esse exercício de ter esse espaço para falar, e de se apropriar desse momento da assembleia, que é um momento deles, ainda é pouco usufruído pelos usuários. Alguns falam e outros só ouvem, participam de corpo presente na assembleia, mas não se posicionam. A profissional P7 ressalta que:

A gente tem usuários que sabem que eles precisam colaborar também, né, e que tem que partir deles, mas também a gente tem outros usuários que não, que acham que a responsabilidade é do CAPS. E que, nós estamos aqui para estarmos servindo 24 horas, que eles não podem ir à procura do que eles realmente querem, mas é o profissional que tem de estar fazendo isso por ele. (P7, entrevista realizada 17/02/2017)

É um trabalho que tem de ser desenvolvido com a participação dos usuários e principalmente dos profissionais que buscam incentivar o desenvolvimento de habilidades que possam conduzir a uma autonomia sobre sua ação e produção; no exemplo, a confecção de produtos. Assim, o desenvolvimento dessas atividades ou habilidades que possam atuar na vida do usuário como uma ferramenta que proporcione maior autonomia passa diretamente pela dinâmica dos modos de trabalho que envolve os profissionais. Há, na visão de Franco, uma liberdade na forma como o profissional de saúde lida com o usuário e sua subjetividade no sentido de que o vínculo é construído entre estes e não há uma fórmula para isso, ao mesmo tempo em que há uma captura do comportamento desse profissional, no sentido de que há normas a serem seguidas, formulários a serem preenchidos, etc. Segundo Franco (2013):

O espaço social de trabalho no qual o profissional opera sua micropolítica, ou seja, as relações, o modo de agir, o jeito de manejar os casos em que atua, a singularidade com que interpreta as muitas situações no seu trabalho e as atitudes específicas de interagir com este ambiente e os outros neste mesmo espaço, pode perceber que esta forma de olhar traz novos e espetaculares dados para compreender por que o trabalhador “pode tudo”. (Franco et al., 2013, p.243)

Sendo assim, na visão de Franco (2013) “liberdade é a palavra mágica, substantivo do qual o trabalhador vai tirar todo o proveito, por um lado, com o fim de acolher, estabelecer vínculo, se responsabilizar; ou por outro lado, quando encaminha um cuidado burocrático, meramente prescritivo”. (Franco, et al., 2013, p.244). O CAPS, porém, proporciona um ambiente de multiplicidades e cuidados diversos em saúde e só vingará se estiver atrelado a uma transformação cultural, do imaginário social, que permita a geração de novas possibilidades de compreender o sofrimento humano de forma inclusiva e cidadã. (Franco, et al., 2013).

Nessa proposta de desenvolver novas possibilidades que possam valorizar o sujeito e desenvolver suas habilidades, há que se ter maiores investimentos e interesse por parte do poder público não só no quesito econômico, mas de buscar estar mais presente e se apropriar do que acontece na saúde mental e saber as reais necessidades dos serviços. Para o usuário U3, o que falta para melhorar é “o prefeito trazer comida melhor e, fora o café, que a gente não pode tomar café não, é refresco de goiaba, suco de laranja, goiaba, tudo e maçã” (U3, entrevista realizada dia 09/02/2017).

Em relação às dificuldades, o profissional P5, descreve que poderia melhorar “em material de trabalho que a gente não tem muito, a gente trabalha praticamente com as unhas. Então se trouxessem mais material, se a gente tivesse mais produtos de material pra gente trabalhar com eles, seria bem melhor”. (P5, entrevista realizada dia 15/02/2017). Assim, os fazeres em saúde vão se desdobrando, de acordo com as condições que se apresentam diariamente. De acordo com Franco:

Os fazeres, as práticas de cuidado, vão assumindo assim configurações diferentes em espaços e tempos distintos. Esta é a dinâmica do trabalho em saúde, que parece paradoxal, mas na verdade é o contraditório que se instala como elemento da realidade e inerente ao trabalho em saúde. (Franco, et al., 2013, p. 245)

Não há, pois como definir apenas um modo de trabalho, pois o trabalho em saúde depende exclusivamente das relações desenhadas com o outro e como essa relação poderá se apresentar. As mudanças propostas pela Reforma perpassam dimensões políticas, sociais, culturais e clínicas que, compõem o projeto de transformação social e subjetiva.

Outros problemas que surgem na vida diária do dispositivo, também refletem de

modo claro essas questões que são também sociais, como por exemplo, pacientes chegarem pedindo ajuda para pagar tal conta, aluguel, gás e recorrem ao serviço que é único lugar onde se sentem acolhidos.

A maioria dos pacientes são de famílias pobres ou muito pobres e não tem muitas vezes nem o que comer. Tais preocupações acabam afetando ainda mais seu problema de ordem psíquica, pois, como uma pessoa pode melhorar diante de tantas adversidades? Nessa dinâmica, muitos usuários acham que o CAPS tem por função resolver todos os seus problemas, isso é algo delicado de lidar, segundo os funcionários, pela dificuldade que os usuários podem ter, de entender que tem coisas que não dá para serem resolvidas por eles.

Dessa forma, o trabalho em si desenvolvido na área de saúde mental nos traz a noção de liberdade de ação que é característica da condição humana de estar no mundo, e transforma as relações criando laços de compromissos fortalecidos por uma postura acolhedora, resultado da interdisciplinaridade de áreas de atuação que fortificam os vínculos estabelecidos entre os profissionais e usuários do serviço.

Esse dinamismo presente nas relações e que envolve nosso encontro com o outro é uma categoria difícil de ser analisada, percebida ou de ter a apreensão do seu sentido. Alguns estudiosos destacam que a criatividade, assim como a visão interdisciplinar, incluindo áreas importantes como a psicologia, sociologia, antropologia, etc., nos fornecem artifícios para uma multiplicidade de olhares e permitem a investigação de diferentes dimensões da criatividade, a criatividade artificial e sistêmica. (Rato, 2009).

Partir para um tratamento onde se vislumbre questões imbricadas e complexas nos faz pensar que o trabalho em saúde mental é uma proposta de tratamento “de foro psíquico, visando o desenvolvimento pessoal e a mudança de aspectos menos adaptados do indivíduo para que este venha sentir um bem estar maior e ter uma vida mais produtiva e significativa”. (Rato, 2009, p.3-4).

Os grupos terapêuticos também trabalham de forma lúdica, as questões de vínculo entre pessoas, da família, entre os profissionais, e nas relações múltiplas dos usuários. Trazem um sentimento de pertença a um determinado grupo de pessoas e de aceitação naquele ambiente, o que é muito importante para os participantes, que já trazem consigo muitas histórias de exclusão, preconceito e um sentimento de que são diferentes por conta de sua condição psicológica. É essa sensação de diferença que faz que se sintam muitas vezes inferiores aos outros, e lhes causa vergonha em muitas ocasiões, e muitos não querem que ninguém “lá fora” saiba que frequentam o CAPS, pois seriam taxados de loucos.

Sentir-se pertencendo a um grupo fortalece sua relação consigo mesmo e

consequentemente melhora sua autonomia, pois se sentem mais à vontade para se expor sem que sejam julgados, e ainda solidificam as relações interpessoais.

Braga, et al., destaca que “as relações interpessoais têm importância na vida de cada pessoa, pois melhorando nossas relações com o outro, compreendemos que cada um precisa ser respeitado de acordo com as necessidades psicológicas, físicas e sociais individuais”. (Braga, et al., 2013, p.02)

O que se pôde perceber dos grupos realizados no CAPS Geral II, é que os usuários gostam de participar, embora uns participem mais do que outros, mas no geral as propostas são bem aceitas e realizadas pelos participantes. Também é um momento, onde os participantes interagem uns com os outros, conversam sobre coisas que aconteceram em suas casas, se divertem e brincam com os amigos.

Também é sentido que para eles é a melhor hora do dia, quando vão ao CAPS e participam dos grupos, e principalmente quando chega a hora da “merenda”, que é um intervalo do grupo. Durante o grupo, alguns perguntam sempre sobre o que é o lanche e querem sair para lancha logo. Esse momento de interação os tira um pouco da realidade de privações que vivem em suas casas, onde muitas vezes falta tudo e principalmente o amor, muitos não são cuidados e não são acolhidos de forma adequada pelas famílias e trazem consigo carência de afetividade, que encontram de certa forma no CAPS.

É nesse contexto que as relações se dão e se fortalecem no dia a dia do CAPS, onde questões tão singulares se apresentam e trazem características sensíveis ao lidar com o outro. Nesse ambiente a arte pode ser uma ferramenta de grande ajuda, pois tem a sensibilidade de tocar a alma e trabalhar o inconsciente de maneira leve e profunda. Falaremos um pouco mais sobre a arte como terapia utilizada na saúde mental, na tentativa de trabalhar a mente e o corpo proporcionando uma liberdade que vem do sentimento mais profundo e muitas vezes impenetrável.

9 A ARTETERAPIA COMO MÉTODO TERAPÊUTICO DE CUIDADO



Foto: Percy Galimberti, arte de usuários do CAPS Conviver, Londrina, PR, 2016

9.1 A arte pensada como terapêutica do cuidado em saúde mental.

A arte pensada como ferramenta de cuidado terapêutico em saúde mental, surgiu no Brasil antes da Reforma Psiquiátrica. A psiquiatra Nise da Silveira começou a utilizar em seus atendimentos, por volta de 1946, atividades diversas como oficinas de pintura, modelagem e terapia ocupacional, e com isso observou a melhora em seus pacientes. Através dela, essa técnica se tornou bastante conhecida nacionalmente, embora esse tipo de observação já tivesse sido pleiteado antes como método de tratamento pela ótica da psicanálise com o médico psiquiatra Osório César (Andriolo, 2003).

A melhora no estado de saúde de seus pacientes foi tão significativa que os resultados foram a base da criação do museu da imagem do inconsciente, criado em 20 de maio de 1952, por iniciativa da própria Nise da Silveira. Ela montou dentro do Hospital Pedro II, um ateliê de expressões artísticas e passou a analisar o sentimento e expressão contidos em cada uma das obras, como forma de alcançar o que antes era inalcançável pelos métodos tradicionais empregados no hospital, aos quais se opunha radicalmente.

A partir daí, surgiram vários profissionais interessados nessa corrente de

tratamento e pessoas que buscavam conhecer e estudar melhor essa técnica. Hoje a arteterapia é uma forma bastante utilizada de terapêutica em várias propostas e projetos ligados a questões psíquicas e emocionais. De acordo com Carvalho, a arteterapia é uma atividade de estimulação à execução de imagens pela expressão artística que busca respostas em pacientes que possam se auto-observar, promovendo reflexões sobre o desenvolvimento pessoal, habilidades, interesses, preocupações e conflitos. (Carvalho, 2001).

A pintura, modelagem, atividades físicas e outras expressões que deixam o sentimento se expor livremente ajudam imensamente o usuário a relaxar, e nesse momento, muitas vezes eles vão revelando coisas, sentimentos, angústias, alegrias e vão também socializando com os demais e consigo também. Os usuários demonstram gostar muito das atividades que são propostas que, junto ao tratamento medicamentoso, vão estabilizando seu quadro.

Quando participava do Hospital-Dia que existia na época do Hospital Guararapes e tinha conexão com este, em Sobral, atendendo aqueles que eram mais estáveis e menos graves, o usuário U4 afirma que “lá nós fazíamos atividade física, nós jogávamos bola, nós brincávamos de dominó, nós merendávamos, tomávamos banho lá [...], lá era um lazer pra gente.” (U4, entrevista realizada em 07/02/2017). No hospital Dia, segundo ele não tinha agressão como tinha no Guararapes, lá “os pacientes eram melhorzinhos” e eram tratados de forma diferenciada, embora tivesse ligação com o Guararapes.

Esses momentos de lazer e de inclusão da arte e da brincadeira possibilita uma liberdade maior do sentimento que está enclausurado, fazendo-o sair e se mostrar. São momentos importantes de terapia, onde o terapeuta observa e analisa com o intuito de conhecer melhor o que há por dentro do outro que ele não consegue expressar de outras formas. Nesse sentido, podemos perceber que a criatividade permeia as relações humanas de várias formas, seja pela arte, pelo lazer, no trato pessoal com o outro, no cuidado diário, etc., sendo o fator principal que estimula a dinâmica de tratamento desenvolvida nos CAPS, após a Reforma. De acordo com Coutinho, o fazer criativo geralmente é uma atividade que provoca prazer, não apenas pelo contato com os materiais, mas pela possibilidade de materializar as imagens que trazemos na mente. (Coutinho, 2007).

A arteterapia definida por Philipini nos traz a noção de que a criatividade envolvida na atividade artística e terapêutica é enriquecedora da qualidade de vida das pessoas e é uma técnica utilizada por profissionais para acolher pessoas que sofreram traumas, doenças, dificuldades na vida ou pessoas que buscam seu desenvolvimento pessoal. (Philipini, 1995). A arte é, portanto “uma experiência humana de conhecimento estético que transmite

ideias e emoções”. (Azevedo, 2007, p.07)

Ao longo da história percebemos que o homem sempre buscou se expressar através de imagens, símbolos, desenhos (desde os rupestres), etc., como forma de expressão de seus conhecimentos, estabelecendo um diálogo entre conteúdos internos e externos por meio da simbologia, estabelecendo assim uma linguagem peculiar. Fischer revela que as pinturas rupestres, também caracterizavam as primeiras formas de ação, demonstrando que o homem da caverna, naquele tempo, já tinha interesse em se expressar de maneira diferente. (Fischer, 1983)

A arte na filosofia antiga tinha relação com a evolução moral, a beleza; a evolução espiritual e a realidade natural. De acordo com Bilbao e Cury pelo fato da arte ser composta de símbolos, “para se chegar ao sentido interno é necessária uma decodificação que possa corresponder o sentido interno, correspondente ao signo externo um processo que anule a distância e permita uma correspondência plausível, que seria a interpretação” (Bilbao, et al., 2006, p. 92). A arte nos transmite emoção, sentimento e através dela podemos conhecer muito da personalidade do autor da obra, pois esta carrega consigo características pessoais do criador.

O processo criativo nos permite a livre experimentação, exercitando a imaginação; traz benefícios e pode modificar aquele que cria e detém uma característica dinâmica que surge e intensifica-se a partir do próprio fazer e não de um planejamento pronto. O que a arte nos proporciona é uma conexão com o ser íntimo que molda a personalidade de quem a criou. Na saúde mental, a arte não tem o propósito de ser uma obra conhecida por todos no mundo da arte, o que ela nos proporciona é conhecermos a intimidade, as ideias, emoções de quem as criou de forma a nos colocarmos diante de sentimentos profundos que possam nos revelar melhor quais os sentimentos que estão em ebulição naquele momento e que de outra forma seria bem mais difícil de perceber.

Segundo Azevedo (2007), para que a arte exista é necessário dispor de três elementos que seriam: o artista, o observador e a obra de arte, onde há uma interação entre os três em diferentes níveis, seja de forma direta ou indireta.

A arteterapia teve, além de Nise da Silveira, Osório César que era crítico de arte, músico e psiquiatra e foi o precursor de Nise, atuando na década de 1920, despertando para a arte como forma de análise do campo psíquico e trabalhou dessa forma no hospital Juquery, em São Paulo, sob a influência da Psicanálise. Adquiriu assim, grande conhecimento através da “observação dos pacientes trabalhando de forma espontânea e verificou que o material produzido tinha natureza própria, com deformações e distorções figurativas, de caráter

simbólico”. (Mendonça, 2013, p. 07) Essa simbologia expressa através das obras criadas pelos pacientes, traziam deformações e impressões únicas que caracterizavam sentimentos que cada um deles possuía, definindo assim, a personalidade de cada um deles. Segundo Fischer, a arte corresponde ao:

Papel de clarificação das relações sociais, ao papel de iluminação dos homens em sociedades que se tornavam opacas, ao papel de ajudar o homem a reconhecer e transformar a realidade social. Uma sociedade altamente complexificada, com suas relações e contradições sociais multiplicadas, já não pode ser representada à maneira dos mitos. (Fischer, 1983, p. 01)

A arte entendida como ação humana, carrega em seu conjunto de simbologias questões relacionadas não só a personalidade de quem a criou, como também questões atreladas aos costumes e expressões da cultura na qual foi criada e tem a função de transformar a realidade e fortalecer as relações sociais que se apresentam nesta cultura.

Partindo de suas observações e estudos, Osório César fundou a Escola Livre de Artes na década de 50 que funcionou por vinte anos, durante esse período ocorreram várias exposições, que trouxeram vários questionamentos sobre essa técnica de tratamento. A arteterapia é uma técnica que se estabelece através da interação entre o criador, a arte e o arteterapeuta, que tem como função analisar o processo de criação e o produto final, a arte, a partir de técnicas desenvolvidas para a compreensão do mundo imaginário que todos nós carregamos e que vai ser expresso no momento da criação. De acordo com Rato,

O processo criativo pode ser também um processo terapêutico, definindo-a como “arte como terapia”. O fazer artístico é visto como uma experiência que oferece a oportunidade de se expressar com imaginação, autenticamente e espontaneamente. Um processo que, ao longo do tempo, leva à realização pessoal, reparação emocional, e transformação a nível psíquico. (Rato, 2009, p.17)

Essa transformação a nível psíquico e reparação emocional que o autor menciona é o que os profissionais da área, buscam apreender e executar como forma terapêutica de cuidado. Tentar minimizar os efeitos que os distúrbios causam na mente e na vida das pessoas é o que se busca nos tratamentos desenvolvidos pelos CAPS e com esse intuito, a maioria dos CAPS no Brasil, trabalham com a arteterapia como forma de resgatar a produção criativa, que possa de alguma forma auxiliar na reinvenção de si mesmo e no autoconhecimento, que possibilite fortalecer o indivíduo como cidadão e autor de sua própria vida.

10 SAÚDE MENTAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



Foto de autoria própria, 2017

10.1 Desenvolvendo elos de cuidado entre a Estratégia Saúde da Família e a saúde mental.

O Sistema Único de Saúde (SUS) pautado em diretrizes como a integralidade da assistência, formulou uma nova organização de atendimentos e cuidados onde se valorizasse a participação de diversos profissionais em prol de um atendimento integral ao sujeito. Dessa forma o Estado Brasileiro priorizou os atendimentos no âmbito da atenção básica como forma de acolhimento e prevenção de doenças. No intuito de realizar um atendimento voltado à família como um todo, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), substituindo o modelo tradicional de cuidado baseado apenas no tratamento e cura da doença partindo para o modo de prevenção como estratégia de cuidado.

A ESF foi criada em 1994 com o propósito de ser um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e a organização do sistema de saúde do Brasil, e possui em seu quadro de profissionais várias categorias configurando-se como uma equipe multiprofissional. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de determinado número de famílias, em um determinado espaço territorial. Entre as ações desenvolvidas estão: ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. Mielke, et al., (2010) relatam:

As diretrizes da ESF colocam em pauta conceitos como vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção humanizada, e ainda remetem à construção de uma gestão compartilhada do cuidado que implica a existência de uma rede de compromissos e responsabilidades que devem ser assumidas pelos gestores, pelos profissionais, pelos usuários do sistema de saúde e pela comunidade em geral. (Mielke, et al., 2010, pg. 901)

É uma proposta de cuidado integral que envolve a todos e chama à responsabilidade os gestores, profissionais e usuários a participarem de forma conjunta do cuidado e prevenção de doenças.

Nessa proposta de cuidado, a ESF está inclusa como um elemento de cuidado importante para a promoção do bem estar e o acompanhamento dos indivíduos com transtorno mental, onde o ideal é que as unidades básicas de saúde estejam alinhadas com as equipes de saúde mental, e possam acolher os usuários em seus territórios de atendimentos, na própria comunidade do sujeito.

Essa ligação entre a ESF e a saúde mental (SM) ocorre principalmente por meio de apoios matriciais que é quando as equipes do CAPS, por exemplo, vão ao território na Unidade Básica de Saúde (UBS) e se reúnem com a equipe da unidade e discutem casos vistos por ela e tiram dúvidas em um momento de apoio e capacitação para que essas equipes possam no dia a dia identificar e tratar ou dar encaminhamentos aos casos que necessitem de apoio especializado da rede de saúde mental.

Esse apoio matricial acontece uma vez por mês, quando a equipe de saúde mental vai à unidade básica para se reunir com a equipe de lá e é entendido por muitos autores, como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção compartilhada, como uma proposta pedagógica- terapêutica”. (Chiaverini, 2011, p. 13).

Nessa lógica, a responsabilização compartilhada torna possível distinguir situações individuais e sociais que podem ser acolhidas pela equipe de referência, evitando a psiquiatrização e a medicalização do sofrimento, garantindo o cuidado de acordo com a vulnerabilidade e potencialidade do usuário. Pegoraro et al. afirmam que o apoio matricial pode ser desenvolvido através da “troca de conhecimentos, do fornecimento de orientações, de intervenções conjuntas e de intervenções complementares realizadas pelo apoiador, mas sempre com a equipe de referência responsável pelo caso”. (Pegoraro, et al., 2014, p. 623).

Essa articulação das equipes de saúde mental com as equipes das UBS é necessária para o trabalho ser efetivo na comunidade, com as famílias e também na capacitação de profissionais da ESF em reconhecer e acolher o indivíduo que chega à unidade

necessitando de acompanhamento em saúde mental. Segundo alguns profissionais do CAPS II, esse diálogo com a unidade básica dos territórios é importante e em alguns momentos acontece de forma satisfatória, já em outros o diálogo é difícil porque muitas vezes as equipes da UBS acham que a equipe de saúde mental é que deve atender, deixando de participar das discussões.

Cada território possui seus problemas e dificuldades, e o apoio matricial é um trabalho que exige muito diálogo e paciência tanto da equipe de Saúde Mental, como da equipe de atenção básica, para poder fazer uma ligação, uma ponte útil entre a Estratégia Saúde da Família e a Saúde Mental.

Segundo a profissional P6, “é um trabalho bem difícil de fazer, estar o tempo todo chamando as equipes a participarem das discussões e aprendendo mais sobre como atender o paciente com transtorno mental, pois alguns são mais relutantes. Mas quando dá certo, é muito bom, é muito gratificante”. (P6, entrevista realizada dia 24/02/2017).

De acordo com Sampaio, et al., as ações devem estar “onde as pessoas estão experimentando seus estilos de vida e suas escolhas, na trama de possibilidades, condições de existência, funções, papéis, trabalhos e crenças”. (Sampaio, et al., 2001, p.205). Nesse sentido, a ESF parte do princípio da ação como ferramenta de prevenção de doenças junto às famílias na comunidade realizando um trabalho com o envolvimento de múltiplos profissionais. Dentre suas principais atribuições comuns a todos os profissionais, estão:

Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, atualização do cadastramento das famílias, no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde. Cuidar da saúde da população adscrita, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio, e nos demais espaços comunitários, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde [...] Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (BRASIL, 2011)

O trabalho realizado na comunidade com as famílias, tendo a ESF como determinante para que seja realizado um acompanhamento direto, segue a noção de acessibilidade e equidade política, que nos remete à capacidade de planejar e decidir de modo participativo sobre as questões relacionadas à saúde. Sampaio e Barroso ressaltam que, na saúde mental, “as mais complexas atividades, seja o diagnóstico diferencial entre sintoma negativo, sintoma positivo, padrão cultural ou escolha capaz de afirmar autonomia, seja a contenção de uma crise psicótica aguda, tudo pode e deve ser feito na comunidade”. (Sampaio, et al., 2001, p.205)

Apesar de ter na ESF um importante instrumento de trabalho que auxilie na prevenção de doenças (desde o diabetes, passando por várias áreas até a saúde mental) juntamente à atenção básica de saúde, para realizar um trabalho de prevenção de doenças no âmbito da família e comunidade, ainda não é sensato afirmar que esse trabalho acontece da forma que deveria acontecer.

Várias equipes da ESF não estão aptas para acolher e escutar o paciente, principalmente o paciente com transtorno mental, da forma como deveriam ser atendidos, isso acontece porque não houve uma transformação significativa no modo de pensar e agir desses profissionais.

Nesse sentido é necessário que exista regularmente um chamamento à participação em reuniões, oficinas e planejamentos que possam trazer esses profissionais para o centro da discussão sobre o tema, sobre os modos de cuidado e sobre seu papel como profissional de saúde, e como articulador de novos conceitos que priorizem a escuta e o entendimento sobre as doenças mentais que possam acometer os indivíduos atendidos pela Unidade Básica.

Diante das dificuldades que se apresentam ao tentar realizar um trabalho em parceria com a ESF em conformidade com a SM, é necessário que se produzam rodas de conversas, cursos e diálogos que possam trazer questionamentos de acordo com os Princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica juntamente com questões de Saúde Coletiva, que possam trazer ferramentas que possibilitem um maior entendimento sobre o cuidado e o acolhimento dos usuários e seus familiares na comunidade.

Diante do que foi exposto, tornou-se necessário pensar formas de observação, escuta e análise que pudessem de algum jeito trazer as características implícitas desse fenômeno que é a área de saúde mental e suas vertentes. Para este estudo o método cartográfico nos mostrou que é possível captar esses territórios existenciais.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a loucura nos proporciona um universo de possibilidades de representações que permeiam nossas ações e nossos pensamentos sobre como desenvolver um trabalho baseado na ética e no cuidado humanizado. O caráter da doença nos traz um terreno em constante transformação e quebra de paradigmas nas formas de como acolher e cuidar, sem tutelar ou anular o indivíduo, buscando fortalecer uma consciência profunda sobre a delicadeza e a singularidade presentes na doença mental, tanto nos profissionais quanto nos usuários e preparando estes para a ressocialização e convivência familiar.

Em meio a esse processo, as ações dos profissionais que ficam na linha de frente do serviço, parecem estar engessadas pelo processo de burocratização do serviço e pelos protocolos a serem seguidos, dificultando um pouco o fluir das ações. Mesmo enfrentando essas dificuldades, os profissionais procuram demonstrar interesse e dedicação ao que fazem, buscando sempre alternativas para driblar a burocratização excessiva.

Entre as dificuldades apresentadas pelo CAPS Geral II de Sobral, também percebemos a falta de estrutura física para a realização de um trabalho satisfatório, tanto para os profissionais quanto para os usuários, que às vezes ficam limitados pela falta de espaço. Também destacamos a ambulatorização dos atendimentos, que acontece de forma muito constante e por mais que sejam propostas alternativas, os profissionais não conseguem se desvencilhar disso.

De acordo com estudiosos e profissionais da área é preciso que haja uma consciência coletiva e interdisciplinar no manejo com pacientes psiquiátricos. É preciso superar barreiras que impeçam a evolução na discussão sobre tratamento humanizado, levando em conta pontos de vista de várias áreas e profissionais que possam pensar em uma conduta coletiva possível e que contemple o ser humano em sua complexidade, e assim lutar por sua reinserção na comunidade da qual faz parte. Fazer um estudo sobre tais relações nos mostra a complexidade desse processo, onde se captura o indivíduo e seus sistemas de significados.

A metodologia escolhida nos auxiliou nesse processo de investigação e nos ajudou a refletir de modo geral qual o papel do profissional e qual o lugar do sujeito acometido pelo transtorno mental na sociedade na qual está inserido, e onde se pretende chegar. Partimos da técnica da observação participante para adentrarmos no campo e conhecê-lo melhor; logo depois realizamos as entrevistas, no próprio espaço do CAPS, como forma de conhecer e

ouvir o que os atores dessa trama nos tinham a dizer. Atrelado às técnicas de pesquisa descritas, recorreremos ao método cartográfico para mapear as ações, gestos e palavras que compõem as questões subjetivas surgidas ao longo da pesquisa, como método de análise, e as leituras que nos proporcionaram um conhecimento maior sobre o tema e nos permitiu dialogar com estudiosos da área.

O recorte que propomos, busca olhar para as práticas profissionais no intuito de perceber de que forma essas práticas estão sendo trabalhadas em campo, se estão de fato ligadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica sobre o cuidar de forma digna o sujeito, e se buscam questionar a cronicidade ou inércia na aplicação desses princípios, assim como se percebem e discutem a necessidade de se fazer a “Reforma da Reforma” como caminho de evolução a uma consciência ética e democrática sobre a saúde, pois continuar navegando “é preciso”.

Pleitear fazer ciência é percorrer o caminho do conhecimento que se esforça para resolver contradições, entre as representações do objeto de estudo e a realidade que o circunda. Caminhamos nessa trajetória do conhecimento, nos esforçando para apreender a subjetividade que envolve a realidade em que se encontra a saúde mental na cidade de Sobral, mais precisamente no CAPS II.

Tendo sempre em mente que uma pesquisa direcionada às relações humanas e suas complexidades jamais terá fim, pois sempre haverá alguma questão latente a ser levantada, entendemos que este estudo é apenas o início de um aprofundamento necessário nessa temática, e que este trabalho poderá ser complementado e melhorado por estudos futuros e novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E.H.R. Dignidade, autonomia e doença mental. *Revista Bioética* (impresso), v. 18, p. 381- 395, 2010.
- ANDRADE, L. O.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da família: Construindo um novo modelo – A Experiência de Sobral. *SANARE*, Sobral, v.1, p. 7- 17, 1999. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/215/202>. Acesso em: 18/05/2017.
- ANDRIOLO, A. A psicologia da arte no olhar de Osório César: leituras e escritos. *Psicologia e Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 23, n.4, p. 74-81, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a11.pdf>. Acesso em: 19/05/2017.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. Disponível em: <http://www.pet.eco.ufrj.br/images/PDF/hannah.pdf>. Acesso em 19/05/2017.
- AZEVEDO J. J. G. *Apostila de Arte – Artes Visuais*. São Luís: Imagética Comunicação e Design, 2007. 59 p.: il.
- BASAGLIA, F. (2010). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J. A. A. Melo, trad.). Rio de Janeiro: Garamond. (original publicado em 1924).
- BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. Prática de Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial: O discurso do sujeito coletivo. *Revista Baiana Saúde Pública Miolo*. V. 34_ n.3. indd, p. 468-481. 2010.
- _____. *Concepções e Práticas de Atenção na Saúde Mental – O Discurso do Sujeito Coletivo*. Fortaleza: EdUECE, 2011.
- BATISTA, M. D. G. Breve História da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, França e no Brasil. *Política & Trabalho* (online), v. 1, p. 391- 404, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>. Acesso em: 20/05/2017.
- BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BILBAO, G. G. L.; CURY, V. E. O artista e sua arte: um estudo fenomenológico. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 16, p. 91- 100, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/12.pdf>. Acesso em: 20/05/2017.
- BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004. Disponível em: https://cienciastecnologiasassociedades.files.wordpress.com/2011/10/pierre_bourdieu_-_os_usos_sociais_da_cincia.pdf. Acesso em 20/05/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de*

Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL, Portaria No 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [HTTP://www.brasilsus.com.br/legislações/gm/110154-2488.html](http://www.brasilsus.com.br/legislações/gm/110154-2488.html) acesso em 08/05/2017.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. . Processos de Trabalho em Saúde: práticas em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde e Sociedade (USP. Impresso), v. 19, p. 803-813, 2010.

CARVALHO, M, R. Terapia Cognitiva e Comportamental através da Arteterapia. Trabalho apresentado no 3 Congresso das Terapias Cognitivas, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.nacsantos.com.br>>. Acesso em 09/05/2017.

CARVALHO, F, B.; QUEIROZ, M, S. Saúde mental, interdisciplinaridade e um serviço de saúde. Revista UNIVAP, v. 13, p- 2735 – 2737, 2006. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000625-ok.pdf. Acesso em 09/05/2017.

CHARLESWORTH, M. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge: Cambridge, 1996: V,131.

CHIAVERNI, D. H. (Org.). (2011). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

COHEN, C.; SALGADO, M. T. M. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. Revista bioética (online), v.17, p.157-341, 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/163/168. Acesso em 10/05/2017.

COUTINHO, V. Arteterapia com crianças. Rio de Janeiro: Wak. 2007.

DELEUZE.; GUATARI. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. O que é um dispositivo? Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.pdf>>. Acesso em: 24 de março, 2017.

_____. & GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. I. São Paulo: Ed.34, 1995.

FELTES, D. L.; HOCH, V. A. Saúde Mental: (re)conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades. 2015. (Apresentação de Trabalho/Outra). Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/Artigo-Danielle-Lasarotto-Feltes.pdf>. Acesso em 11/05/2017.

FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: GULJOR, A. P. (Org.). Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007. p. 209-223.

FERREIRA, M. S. C.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA, A. J. Auto-organização, autonomia e o cuidado em Saúde Mental. *Simbio-Logias*, v. 6, p. 41, 1999. Disponível em: http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/auto_organizacao_autonomia_cuidado_saude.pdf. Acesso em :11/05/2017.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B.; Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face a reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. *Saúde e sociedade (USP. Impresso)*, v.24, p. 217-231, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0217.pdf>. Acesso em : 12/05/2017.

FISCHER, E. A necessidade da Arte. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

FOUCAULT, M. A História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2009.

_____ Doença mental e psicologia. Traduzido por Lilian Rose Shalders. Título original: *Maladie mentale et psychologie* (Presses Universitaires de France). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____ O Poder Psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção leitura)

GALIMBERTTI, P. A. Em Busca da Desinstitucionalização da Doença Mental. Pela humanização do atendimento e a conquista da cidadania. In: SILVA, S.F. A Construção do SUS a Partir do Município. São Paulo: Hucitec, p.105-116, 1996.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/92113/mod_resource/content/1/Goffman%3B%20Estigma.pdf. Acesso em: 20/05/2017.

JUSBRASIL. Loucos de todo o gênero. No site: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/382685/loucos-de-todo-o-genero>, acessado em 23 de julho de 2017.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. *Educação e Pesquisa (USP)*, v. 30, p. 289-300, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>. Acesso em: 13/05/2017.

MATTA, R. Relativizando: uma introdução à antropologia social. Petrópolis: vozes, 1981. 248.p

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Saúde mental na ESF: avaliação do apoio matricial. *Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)*, v.63, p.900- 907, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/05.pdf>. Acesso em 13/05/2017.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTTO, M. M. B.; BARCELLOS, L. A. Contribuição das Ciências Sociais na prática de Saúde Pública. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 11, p. 43-48, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/426/301>. Acesso em: 14/05/2017.

NUNES, E. D. Sobre a Sociologia da Saúde. 2 ed. Editora: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, L. C.; RIBEIRO, P. R. M. O campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. Salusvita, Bauru, v.19, n. 2, p. 89- 111, 2000.

OLIVEIRA, R. Q.; BRAGA, J. E. F, NETO, G. C. Desenvolvimento de grupo terapêutico como estratégia educativa em saúde mental: enfoque nas relações interpessoais para aprimoramento do convívio social de portadores de transtorno mental. 2013. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/enex/trabalhos/6CCSDESPPFLUEX2013392.pdf>. Acesso em 17/05/2017.

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L; LEÃO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia saúde da família. Psicologia em estudo (impresso), v. 19, p. 621- 631, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00621.pdf. Acesso em: 17/05/2017.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral-Ce. In: LACETTI, A. Saúde e Loucura: saúde mental e saúde da família, 2 ed., no 07, p. 167-197. São Paulo: Hucitec, 2001.

PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PHILIPINI, A. (1995). Universo Junguiano e Arteterapia. Imagens da Transformação. Revista de Arteterapia, v. 2, n. 2, p. 4-11. Disponível em: <http://www.arteterapia.org.br/pdfs/univers.pdf>. Acesso em: 18/05/2017.

PONTY, M, M. Fenomenologia da percepção. 2ª ed - São Paulo: Martins Fontes, 1999.

PORTOCARRERO, V.: Arquivos da Loucura. Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/p26q6/pdf/portocarrero-9788575413883.pdf>. Acesso em: 18/05/2017.

PRADO FILHO, K.; TETI, M. M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. Barbarói (UNISC. Online), v.1, p. 45-59, 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2471/2743>. Acesso em 19/05/2017.

RATO, I. E. M. N. A pessoa criativa_ perspectivas em saúde mental. 2009. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14200/1/A%20pessoa%20criativa:%20perspectivas%20em%20saúde%20mental.pdf>. Acesso em 18/05/2017.

ROCHA, E. O que é etnocentrismo. 27. Ed. São Paulo: Brasiliense (1 ed. 1984), 2010.v. 1. 200p.

SCARAMUSSA, R., FAE, J., DANTAS, P. R., BARBOSA, P. S. R., MARTINS, R. A. S. Saúde Mental e Produção de Subjetividade: o discurso de profissionais do SUS sobre a loucura, 2009.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). Saúde Loucura 7: Saúde mental e Saúde da família. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 199-219.

SILVA, F, J, F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 75-102.

TEIS, M. A.; TEIS, D. T. A abordagem qualitativa: A leitura no campo de pesquisa. BOCC. Biblioteca online de Ciências da Comunicação, v.1, p. 1-8, 2006. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/teis-denize-abordagem-qualitativa.pdf>. Acesso em 21/05/2017.

TOMANIK, E. A. O Olhar no espelho: “conversas” sobre a pesquisa e Ciências Sociais. Maringá: Eduem, 2004. 2 ed.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Claudênia Mesquita Barroso**, mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), solicito sua colaboração para participar da construção da pesquisa: **“Navegar é preciso” Cartografando subjetividades em saúde mental**, realizada sob orientação do Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio, residente à Rua Gerardo Rangel, 436, Bairro Derby, Sobral-CE. Em caso de dúvida entrar em contato no endereço citado, ou pelo email: galimbertti@ufc.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú, localizado na Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, Bairro Derby, CEP: 62042-280, telefone: (88) 36774255.

Seu apoio como participante é fundamental para materialização do estudo. As informações emitidas por você não causarão nenhum dano ou risco a sua pessoa e serão tratadas em sigilo. São seus direitos:

- A garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- Liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízos a si;
- A segurança de que não será identificado e que manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

Contamos com sua participação, pois a mesma é vital para o desenvolvimento da pesquisa. Desde já agradeço pela colaboração.

Claudênia Mesquita Barroso

.....
 ...

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os objetivos e benefícios da pesquisa intitulada: **“Navegar é preciso” Cartografando subjetividades em saúde mental** e concordo participar de forma voluntária da mesma.

Sobral, Ceará, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) participante

Claudênia Mesquita Barroso

APÊNDICE B

QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA (Usuário)

- 1- O que você entende por autonomia?
- 2- Você se considera uma pessoa autônoma?
- 3- Fale um pouco de sua vida.
- 4- Qual a importância do Caps em sua vida?
- 5- Você participa de atividades ou grupos terapêuticos? Com que frequência?
- 6- Como acontece a escolha das atividades em que você participa?
- 7- As atividades e grupos tem lhe ajudado?
- 8- O que você poderia sugerir para melhorar as atividades e o atendimento no Caps?

(Profissionais)

- 1- Qual é o seu conceito sobre autonomia?
- 2- Você acha que os usuários que frequentam o CAPS de forma intensiva e semi-intensiva, são autônomos? Em que medida?
- 3- Existem atividades que auxiliam os usuários em relação a sua autonomia? Quais? Como elas são definidas?
- 4- Essas atividades têm tido bons resultados nesse sentido?
- 5- O que você acha da interdisciplinaridade em saúde mental?
- 6- O que você acha que precisa melhorar na estrutura ou atendimentos que possam auxiliar o trabalho e facilite a busca por essa autonomia nos pacientes?
- 7- Você acha que o serviço consegue atender a demanda dos pacientes intensivos?
- 8- Você tem alguma crítica a fazer aos serviços de cuidado em saúde mental de modo geral?

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

2016										
Mês										
Atividade	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Busca de conhecimento Bibliográfico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Montagem do Projeto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Qualificação do Projeto de Dissertação							x			
Apreciação Comitê de Ética em Pesquisa da UEVA										
Coleta de dados										
Organização e análise das informações										
Apresentação da Dissertação										

2017										
Mês										
Atividade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago		
Busca de conhecimento Bibliográfico	x	x	x	x	x	x	x			
Montagem da Dissertação	x	x	x	x	x	x	x			
Qualificação do Projeto de Dissertação										
Apreciação Comitê de Ética em Pesquisa da UEVA	x	x								
Coleta de dados		x	x							
Organização e análise das informações		x	x	x	x					
Apresentação da Dissertação								x		

