



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA



Anaísa Ribeiro Amorim

**O Centro de Atenção Psicossocial como caminho e o sujeito como
guia: narrativas de usuários**

UBERLÂNDIA

2021

Anáisa Ribeiro Amorim

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde e Educação

Orientadora: Professora Doutora Eliane Regina Pereira

UBERLÂNDIA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A524c
2021 Amorim, Anáisa Ribeiro, 1991-
O Centro de Atenção Psicossocial como caminho e o sujeito como
guia [recurso eletrônico] : narrativas de usuários / Anáisa Ribeiro Amorim.
- 2021.

Orientadora: Eliane Regina Pereira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.5589>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Psicologia. I. Pereira, Eliane Regina, 1975-, (Orient.). II.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Glória Aparecida
Bibliotecária - CRB-6/2047



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA



Anáisa Ribeiro Amorim

**O Centro de Atenção Psicossocial como caminho e o sujeito como
guia: narrativas de usuários**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde e
Educação

Orientadora: Professora Doutora Eliane Regina Pereira

Banca Examinadora

Profa. Dra. Eliane Regina Pereira
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia,
MG

Prof. Dra. Fernanda Nogueira Campos
Rizzi Universidade Federal de Uberlândia –
Uberlândia, MG

Profa. Dra. Renata Bellenzani
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Paranaíba, MS

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera (Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia –
Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 374, PGPSI				
Data:	Vinte e sete de agosto de dois mil e vinte e um	Hora de início:	09:30	Hora de encerramento:	11:30
Matrícula do Discente:	11912PSI002				
Nome do Discente:	Anaísa Ribeiro Amorim				
Título do Trabalho:	O Centro de Atenção Psicossocial como caminho e o sujeito como guia: narrativas de usuários				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Infância e juventude nas políticas públicas				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Renata Bellenzani - UFMS; Fernanda Nogueira Campos Rizzi - UFU; Eliane Regina Pereira, orientadora do candidato. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^a Dr.^a Renata Bellenzani participou da cidade de Paranaíba - MS e as professoras Dr.^a Eliane Regina Pereira e Dr.^a Fernanda Nogueira Campos Rizzi e a aluna Anaísa Ribeiro Amorim participaram da cidade de Uberlândia - MG, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dr.^a Eliane Regina Pereira apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Bellenzani, Usuário Externo**, em 27/08/2021, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Nogueira Campos Rizzi, Usuário Externo**, em 27/08/2021, às 14:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Regina Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 27/08/2021, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2969926** e o código CRC **616E9ED0**.

Agradecimentos

Ao olhar para minha trajetória, reconheço muitos encontros e acontecimentos que me marcaram e compõe parte de quem eu sou. Desde a adolescência, o desejo de cursar Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) me acompanha e eu batalhei muito para isso. Muitas pessoas também batalharam comigo. Hoje tenho uma trajetória nessa instituição composta pela graduação, residência multiprofissional e agora o mestrado. Me sinto realizada, satisfeita e grata. Sou grata à Deus por cuidar de mim e guiar meus passos nesse processo.

Agradeço à minha mãe, Sueli de Fátima Amaral por ser porto seguro no caos, por tantos momentos que apostou e acreditou em mim. Por ter sido escuta e amparo nesse processo. Obrigada pela vida, pela parceria, pelo afeto em toda nossa trajetória até aqui!

Agradeço ao meu pai, Carlos Magno Ribeiro Amorim, pelo suporte nos momentos em que a bagagem estava pesada para ser carregada sozinha.

À Carlos Magno Ribeiro Amorim Jr, meu irmão, meu eterno Carlinhos! Você é o melhor irmão que eu poderia ter. Obrigada pelas nossas trocas, nossos momentos juntos, pelo ombro amigo no caminho da vida e também do mestrado.

À minha avó Maria Conceição Amaral (in memoriam): aqui me faltam palavras para expressar meu afeto, gratidão e amor pela senhora. Ela que me amparou nos estudos, custeou livros, cursos, alimentos, além do afeto, do carinho e do amparo que me abasteceram. Minha saudade, minha gratidão, meu amor à senhora! Essa conquista é nossa, meu amor!

À Fernando Meira Mota, meu esposo: sou grata por termos nos encontrado, por aprender cotidianamente com você, pelo amparo, por você deixar tudo mais leve, por ser sorriso no caos. Obrigada por ter sido o chão nesse processo, por ter me cuidado a todo tempo! Sem você teria sido árduo; que bom termos um ao outro, obrigada por tudo!

À Isabela Nunes Pizzotti Ferreira, uma das pessoas mais importantes que encontrei desde 2009, na graduação e, desde então seguimos juntas. A você, minha amiga: obrigada pela

parceria, pela escuta cuidadosa, pelas inúmeras leituras do meu texto, pelo cuidado potente e afetuoso de sempre. Tem muito de você nesse processo e é um prazer para mim ter você aqui!

À Amanda Souza, pelo acolhimento, escuta generosa e potente, por desenvolver um trabalho comigo que me auxiliou a retomar o eixo, a conectar com a potência, a acolher a vulnerabilidade. Obrigada por tudo que foi até aqui!

Aos meus amigos que foram colo na angústia, parceria na celebração, cuidado nessa estrada: vocês são maravilhosos e sou muito grata por ter vocês comigo!

À FAPEMIG, sou grata pelo fomento da minha bolsa de estudos durante a minha Pós-graduação; esse subsídio foi crucial para que eu conseguisse desenvolver esta pesquisa com a melhor performance possível.

Agradeço aos protagonistas desta pesquisa: os usuários do CAPS Maria Boneca que, aceitaram embarcar neste estudo e tanto contribuíram para a construção de reflexões que ampliarão nosso repertório de cuidado. Ao CAPS Maria Boneca por ter aberto as portas para esta pesquisa e confiado em nós.

À Fernanda Nocam por, em 2016 ter topado embarcar nas minhas inquietudes e na vontade de ativamente contribuir com as transformações no contexto micro da saúde mental e, estar juntos aos principais afetados em todo esse campo: o usuário do serviço. Nosso encontro foi e é de extrema importância em minha trajetória profissional: muito obrigada!

À Eliane Regina Pereira, minha orientadora. Agradeço pelas leituras, por ter me auxiliado a ampliar meu repertório de escuta, escrita e amadurecimento no campo da ciência.

À Renata Bellenzani e Fernanda Nogueira Campos Rizzi, membros da minha banca de qualificação e da defesa: obrigada por terem aceitado estar nesse momento conosco, pelos olhares atentos e assertivos com o texto e pelas pontuações que apontaram possibilidades de crescimento da pesquisa.

Sobretudo, no contexto brasileiro atual em que há frequentes ataques as Universidades Públicas, a ciência e ao conhecimento advindos do governo Federal, esta dissertação é também um ato de resistência. Agradeço aos pares da academia por não desistirem e terem sido caminho

para nós alunos nessa jornada. Agradeço à UFU e ao Instituto de Psicologia pelo apoio e direcionamento ao longo do processo, especialmente à Adriana. Agradeço ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelo seu relevante papel de atuação frente ao cuidado integral com os cidadãos brasileiros sustentado na universalidade, equidade e integralidade das ações.

**Dedico à minha avó Maria: pelo amor, amparo e cuidado
que conduzem meus passos nesse mundo.**

Nada é impossível de mudar

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.*

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

*Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,*

*de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar.*

(Bertolt Brecht)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Processo de recuperação dos artigos de acordo com as bases de dados.....	31
Tabela 2- Caracterização geral dos artigos selecionados para revisão integrativa.....	34
Tabela 3- Artigos recuperados: número de participantes e objetivo principal.....	37
Tabela 4- Tabela com os dados dos sujeitos entrevistados.	55

SUMÁRIO

Apresentação.....	14
1. Introdução.....	17
1.1 Objetivo Geral.	23
1.2 Objetivos específicos.....	23
2. Revisitando porões, construindo novos caminhos: a Reforma Psiquiátrica no berço do Brasil pelo olhar da Revisão Integrativa.....	24
2.1 O percurso do processo de revisão integrativa	30
2.2 Breve apresentação dos achados: características gerais das publicações.	32
2.3 Quem e o que dizem desses achados: objetivos principais e participantes das pesquisas.....	36
2.4 Achados principais como preciosidades do percurso: desinstitucionalização, protagonismo do sujeito e reflexões sobre os serviços de Saúde Mental.	39
3. Percurso Metodológico.....	46
3.1 O cenário da pesquisa	47
3.2 “Eu sou porque nós somos”: uma breve apresentação sobre os atores do estudo	52
3.3 Procedimentos da pesquisa.....	56
3.4 Procedimentos de análise: compreendendo o discurso para lapidar caminhos.	59
3.5 Considerações éticas.....	61
4. CAPS: cuidado, reabilitação e acolhimento.	62
4.1 Entre o Cuidado e a Norma: A Percepção do Usuário Frente ao Serviço de Saúde Mental.....	82
4.2. “Eu estou chorando aqui e agora porque eu voltei para minha ferida e ela sangra” - o sofrimento psíquico em interface com a exclusão e o sofrimento ético-político.	93
5. Para não concluir.....	115
6. Referências.....	120

APÊNDICE A- DECLARAÇÃO DA INSITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	130
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	131
APÊNDICE C- ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	132
APÊNDICE D- COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.	133

Resumo

Do ponto de vista histórico, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é recente, o que corrobora para que os profissionais se deparem cotidianamente com desafios em suas práticas. Tal movimento tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços de destaque para fomentar e efetivar transformações no cuidado ao usuário apoiado na perspectiva antimanicomial. Esta pesquisa tem como objetivo principal compreender como os serviços desenvolvidos no CAPS tem contribuído com a saúde mental dos usuários por eles assistidos. Como objetivos específicos, buscou-se: identificar os percursos terapêuticos desenvolvidos no CAPS ao que tange cuidado, tratamento e reabilitação social direcionados aos usuários; identificar se e como os usuários do CAPS são escutados e suas demandas validadas na vivência cotidiana de seu tratamento no serviço e explorar a relação existente entre sofrimento psíquico e marcadores sociais. Este estudo foi realizado com a abordagem qualitativa e desenvolvido em um CAPS de uma cidade do interior do estado de Minas Gerais. Pelo método 'snowball', foram selecionados 10 usuários que, por meio de entrevistas individuais e com roteiro semiestruturado, contribuiram com o desenvolvimento da dissertação. Além das entrevistas, o estudo é composto pelo método da observação participante e do diário de campo da pesquisadora. Como resultados, foi possível identificar que o CAPS, por meio das propostas de cuidado, reabilitação e tratamento, consegue ofertar um cuidado humanizado e que atenda as políticas públicas de saúde mental. A participação social também foi um fator apurado nas entrevistas para entender se, e quais lugares sociais que aqueles sujeitos ocupam no serviço de saúde. Os usuários também denunciam fatores culturais, de vulnerabilidade social e econômica diretamente ligados aos processos de adoecimento psíquico dos sujeitos na sociedade contemporânea. Conclui-se que, apesar do avanço nas transformações e rupturas que emergem no cotidiano, o CAPS ainda reproduz intervenções que enclausuram o sujeito. Isso acontece ao limitar a participação do usuário ao interior do serviço, imposição de condutas que delimitam os comportamentos permitidos, escuta profissional ofertada aos usuários, mas apoiada no modelo biomédico. Avanços à ruptura com a lógica hospitalocêntrica aconteceram, mas, para avançar ainda mais, é preciso escutar os usuários e reconstruir novas condutas.

Palavras-chave: Usuário; CAPS; Reforma Psiquiátrica; Participação Social.

Abstract

From the historical point of view, the Psychiatric Reform movement in Brazil is recent, which corroborates that professionals face daily challenges in their practices. This movement has the Psychosocial Care Centers (CAPS) as prominent services to promote and effect changes in user care supported by the anti-asylum perspective. This research has as its main objective to understand if and how the services developed in the CAPS have contributed to the mental health of the users they assist. As specific objectives, we sought to: identify the therapeutic paths developed in CAPS with regard to care, treatment, and social rehabilitation directed to users; identify if and how users of CAPS are listened to and their demands validated in the daily experience of their treatment in the service and explore the relationship between psychological suffering and social markers. This study was carried out with a qualitative approach and developed in a CAPS in a countryside city in the state of Minas Gerais. Using the 'snowball' methodology, 10 users were selected and, by means of individual interviews with a semi-structured script, contributed to the development of the dissertation. In addition to the interviews, the study is composed of the participant observation method and the researcher's field diary. As a result, it was possible to identify that CAPS, through its proposals of care, rehabilitation, and treatment, is able to offer a humanized care that meets the public mental health policies. Social participation was also a factor investigated in the interviews to understand if and which social places those subjects occupy in the health service. The users also denounce cultural factors, social and economic vulnerability directly linked to the processes of psychological illness of the subjects in contemporary society. We conclude that, despite the advances in the transformations and ruptures that emerge in daily life, the CAPS still reproduces interventions that enclose the subject. This happens by limiting the participation of the user to the interior of the service, imposition of behaviors that limit the allowed behaviors, professional listening offered to users, but supported by the biomedical model. Advances in breaking with the hospital-centric logic have occurred, but to advance further, it is necessary to listen to users and reconstruct new behaviors.

Keywords: User; CAPS; Psychiatric Reform; Social Participation.

Apresentação

Quando repenso sobre minha trajetória de formação profissional, vejo o campo da saúde mental presente em muitos momentos e de fato não sei se eu o escolhi ou o campo me escolheu. Aqui faço um destaque, pois falo do lugar da saúde mental e não da doença mental, falo do lugar de potência, prevenção e tratamento e não da paralisia, medicalização, silêncio e exclusão.

Diante disso, eu sempre estive inserida e atuante em espaços que compreendesse a saúde com um olhar integrado, contextualizado, isto é, um olhar atento para o sujeito em sua complexidade de existência e que levasse em consideração fatores sociais, econômicos, culturais, a história de vida daquelas pessoas e os elementos subjetivos e singulares de cada pessoa.

O exercício de olhar para o outro por essa lente me convida a olhar também para o coletivo que é composto pelos sujeitos individualmente. Na sensibilidade do coletivo eu também me percebo na singularidade, nos aspectos plurais que me compõe, no cotidiano de afetações que experienciamos e o que fazemos com isso. Nessa perspectiva, mergulho também na humanidade que nos constitui.

A escolha de fazer essa pesquisa tem seu berço nas experiências que vivi durante minha formação: estágios, projetos de extensão, trabalho de conclusão de curso e especialmente na residência multiprofissional em saúde na categoria de saúde mental.

Não período de minha graduação pude ter experiências enriquecedoras. Fui estagiária no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), estagiária durante 18 meses no Empreendimento de incubação de projetos com catadores de recicláveis e família da agricultura camponesa e Movimento Sem-Terra, durante 12 meses estagiei em um dos CAPS-ad da cidade de Uberlândia-MG, estive durante 13 meses em dois projetos de extensão: um de prevenção ao uso de álcool e outras drogas em universitários da

UFU e outro fazendo grupos na sala de espera de uma unidade básica de saúde. Em todos esses espaços vivenciei junto da comunidade os preconceitos, o escancarar de vulnerabilidades sociais, perpetuações de manejos higienistas. Vivenciei também momentos de empoderamento, reflexões, ressignificações e repertórios de vida ampliados, mudança de postura por parte da equipe profissional. Fui entendendo que o trabalho se faz no caminhar e tendo clareza por qual estrada eu escolheria caminhar.

Entretanto, a experiência na residência multiprofissional de saúde foi um divisor em minha trajetória de vida até então. Ora, se aqui escrevo de sensibilização, humanidade e potência, o que eu posso fazer quando conto sobre um período imersa em um contexto de práticas sustentadas em tentáculos manicomial, silenciadores e autoritários enquanto acabo de me graduar orientada a seguir uma postura humanizada e coerente com a reforma psiquiátrica? Qual é meu papel de fato ali e o que fazer com toda aquela experiência que me atravessou?

Um dos encaminhamentos que resultou dessa experiência foi à consciência de estarmos atentos e disponíveis para rever nossa percepção, intervenções realizadas, fortalecer o trabalho em equipe e desmistificar informações de manejo para familiares e a comunidade. Outra questão que a mim merece ter a relevância que precisa é a participação do usuário do serviço de saúde em seu tratamento; quando escrevo sobre o silenciamento que as pessoas vivenciam nesse espaço me refiro a necessidade de contrapor a isso podendo ser aplicado pela via da participação social.

Os sujeitos assistidos pela saúde mental podem contribuir muito no aprimoramento e elaboração das práticas realizadas atualmente quando sua perspectiva é valorizada e incluída na corrente de estudos e reflexões sobre a reforma psiquiátrica brasileira, em especial na identificação do que reverbera ainda nos dias de hoje, calcado no passado manicomial. Essa iniciativa colabora para que novos futuros sejam ladrilhados integrando cidadania, acesso a direitos sociais e de existência.

No campo da saúde mental, nós profissionais consideramo-nos habilitados a escutar, olhar, indagar e criar possibilidades de transformação das realidades humanas seja por uma clínica voltada para os sujeitos seja por práticas que visam às instituições que regulam a vida dos sujeitos. Assim, enquanto profissionais de saúde, entendemos em muitas das vezes que somos responsáveis pela forma com que damos significados para as experiências humanas, pela forma com que buscamos compreender as situações de sofrimento e as condutas individuais e coletivas.

O compromisso ético-político e reflexões das práticas psi cotidianas, me inspiram no desejo de realizar esta pesquisa além de falas, posturas, condutas, olhares, escuta, histórias de vida e sensibilidade multilaterais no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, sofrimento psíquico e loucura.

Coloco-me a serviço do sentir, pensar e agir embasada no saber científico, nas políticas públicas e práxis em saúde que preconizam tratamento digno aos sujeitos; tratamento esse que, contraditoriamente, têm sido muitas vezes o berço da multiplicação de diagnósticos, lógicas de medicalização e rompimentos na subjetividade do outro.

A escuta atenta e generosa que escapa à norma e capta a necessidade de ampliar, questionar o trivial, é uma importante ferramenta na promoção de melhora no tratamento aos usuários dos dispositivos de saúde mental e promover práxis que abarcam a subjetividade do sujeito, aspectos culturais, sociais e locais. Refletir e transformar a partir da experiência é um ato político e de compromisso ético com o meio social.

1. Introdução

A saúde mental e seus desdobramentos são temas caros para o campo das Ciências Humanas, em especial, para a Psicologia. Gradativamente sou atravessada por novas manifestações de ser e estar no mundo, diretamente relacionadas ao que o contexto me solicita e a forma como ele me afeta. Por equívoco, ou propositalmente, me refiro à saúde mental associada ao adoecimento psíquico, ao que é estranho, desajustado, diferente da norma. Cabe refletir: o que meus olhos enxergam, quando sou capturada pelo horizonte desse campo?

Na busca por compreender a subjetividade humana, é comum deparar com manejos que reduzem a subjetividade a aspectos que agem na contramão de seu entendimento. Isso se dá pelo fato de classificar e normatizar manifestações do ser humano em padrões preexistentes ao sujeito. A respeito da subjetividade, entendo que a pluralidade das muitas formas de existir do sujeito corrobora com o entrecruzamento das circunstâncias sociais, históricas, culturais, econômicas e relacionais (Miranda, 2016).

Cotidianamente, nas práticas clínicas, encontro sujeitos que anseiam por nomear, medicar e curar o mal-estar que lhe toma, anseio comum também a outras pessoas como familiares, profissionais ou mesmo a sociedade. A saúde e o sujeito têm sido objetificados e transformados em produtos, quando, na verdade, resultam e estão diretamente ligados ao mal-estar cotidiano que me atravessa.

A procura pela definição do processo de saúde-doença é antiga no campo das ciências biológicas. Nesse sentido, ao falar de saúde, vale apontar que seu conceito foi reformulado em alguns momentos da história. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de *saúde* como “um estado completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 1946).

Ainda que reformulado, compreendo que o conceito é problemático, afinal, o que é bem-estar? De qual bem-estar estou falando? Como ter bem-estar físico, mental e social quando

a maioria da população vive em condições indignas?

Sawaia (1999) alerta que o adoecimento vivido pelos sujeitos é construído em uma relação dialética com o contexto social. Nesse sentido, as vivências de desigualdade social, ausência (ou a relação com o) do trabalho, moradia, alimentação, acesso ao lazer são elementos constituintes do que seja bem-estar e das possibilidades de saúde e doença dos sujeitos.

Concebo um sujeito como *saudável* quando as condições dignas de vida, como as citadas anteriormente, são atendidas. Nesse sentido, amparo minha concepção de saúde nos preceitos de saúde ético-política definida por Sawaia (2014) como uma dimensão

que considera essas determinações sociais, mas vai além, coloca o processo de saúde/doença na ordem da dialética entre autonomia e heteronomia, o que significa tirar a saúde do campo biológico e das condições materiais, inserindo-as na ordem da virtude pública. (p.308)

Com isso, consubstancio minha teoria e prática do campo da saúde na política do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil o qual defende os princípios da universalidade, integralidade e equidade do acesso ao cuidado assim como as diretrizes de funcionamento, descentralização e controle social a serviço da regulação e do acesso pela população (Brasil, 2004).

O SUS como um sistema de alta complexidade, atende diferentes demandas fortalecendo ações no que tange a promoção, prevenção e tratamento do sujeito. Um dos campos assistidos horizontalmente nesse sistema é o da saúde mental. Destaco também que a construção e manutenção dessa política, especialmente de saúde mental, caminha conjuntamente com um Estado democrático visto que neste há possibilidade de acesso à direitos e manutenção da vida. Apesar de historicamente recente, o SUS fortalece dispositivos na luta pelo cuidado em liberdade dos usuários dos serviços de saúde mental ao romper com a lógica encarceradora do tratamento até então previsto.

Historicamente, os cuidados em saúde mental calcados nos princípios da reforma psiquiátrica são recentes, visto que a norma manicomial e medicalizante eram preconizadas hegemonicamente como modelo de atendimento até meados do século XX. Esse modelo clássico da Psiquiatria recomenda o tratamento a partir de uma lógica organicista, normativa e enclausurada do sujeito (Amarante, 2007).

As conjecturas desse modelo psiquiátrico corroboram com a exclusão do chamado louco na sociedade a qual ele está inserido, aniquilando sua subjetividade e suas possibilidades de existir no mundo. Em meados da década de setenta, auge do governo ditatorial militar, perante as inúmeras denúncias de violência e desumanização nos hospitais psiquiátricos e pesquisas científicas desenvolvidas nas universidades, o Brasil começa a dar passos decisivos para uma reforma no campo psiquiátrico.

Dentre a presença de importantes atores e pesquisadores nessa área, Franco Basaglia, pioneiro no movimento da reforma psiquiátrica italiana, foi um importante marcador que inspirou a reforma psiquiátrica em terras brasileiras quando encoraja a problematização da realidade posta e articulação dos trabalhadores da saúde a construir outras formas de cuidar do sujeito dito louco, promovendo a descentralização do saber antes unificado no médico, desinstitucionalização do cuidado e reabilitação social (Yasui, 2006).

Nesse sentido, a reforma italiana tem como guia a postura democrática comprometida com a reformulação da dinâmica social e política sustentada na exclusão e violação de direitos dos sujeitos dito loucos visando a reinserção social dessas pessoas.

Vale ressaltar que não existe um único modelo e forma de instituir a reforma psiquiátrica, existem reformas. No Brasil, o modelo italiano foi inspirador para as mudanças necessárias em seu território, dentre elas a desinstitucionalização.

Inspirada em Rotelli (1990), aposto na desinstitucionalização como medida que rompa com a lógica hierárquica a qual encarcera e silencia seus direitos, vontades próprias,

possibilidades de gerenciar sua existência. Para isso, espaços de troca e acompanhamentos, impreterivelmente, em serviços de portas abertas, são potenciais garantias do acesso à cidadania, acesso à direitos e protagonismo dessas pessoas. Destaco que o processo de desinstitucionalização difere da desospitalização visto que esta refere-se estritamente à desocupação de leitos hospitalares estendido para além do setor psiquiátrico.

Outro pilar da reforma brasileira é a reabilitação social. Esse processo galga por caminhos espinhosos em que é importante atentar às suas contradições e complexidades. Nesse sentido, Saraceno (1999) é o autor que me guia nesse campo ao propor pensar a reabilitação social como um modelo o qual inclui as dimensões sociais, políticas da sociedade contemporânea, visando construir redes de apoio e trocas pela via da inclusão e integração dos sujeitos. Essa perspectiva auxilia-me a balizar iniciativas psicoeducativas e voltadas a preparar as pessoas para produzirem e responderem necessidades capitalistas produtivistas, ao lugar da vivência de sua autonomia e emancipação.

No Brasil, a Reforma é compreendida como um processo multidimensional que fortalece a iniciativa de movimentos sociais em defesa de um sistema de saúde público, gratuito e de qualidade para a população brasileira e visa a construção de um novo lugar social para que o sujeito seja assistido em suas demandas e não somente tratá-lo de maneira humanizada. (Amarante et al., 2016).

A reforma psiquiátrica visa construir um novo lugar social para o sofrimento psíquico e para as pessoas acometidas pelo mesmo, ao invés de somente humanizar ou promover mudanças sutis nas intervenções propostas no campo da saúde mental. Dito de outra forma, a Reforma objetiva intervir nas relações da sociedade com a loucura e, por ser um processo social complexo, tal movimento é compreendido a partir de quatro dimensões: dimensão epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (Amarante et al., 2016). Neste estudo, me apoiarei nas dimensões técnico-assistencial e sociocultural como guia para o

embasamento de minha proposta de reflexão.

Segundo Amarante et al. (2016) algumas estratégias são viabilizadas para vias de ações cotidianas a fim de materializar as transformações almejadas: a participação social das pessoas envolvidas no processo; atividades de trabalho e geração de renda além dos projetos artístico-culturais compostos pelos usuários dos serviços junto aos profissionais. Essas condutas fortalecem a luta diária de enfrentamento à norma manicomial que paira nos serviços de diferentes maneiras.

A norma questionada calcada no higienismo e aniquilação das possibilidades de ser e se cuidar centraliza a doença mental em detrimento do sujeito e, conseqüentemente, a resolução desse quadro é pautada na cura e remissão de sintomas (Foucault, 1978). O campo da ciência já apresentou estudos que comprovam a limitação e infertilidade dessa lógica de cuidado e, dessa forma, ressalto que esta pesquisa se apoia nas orientações dadas pelo movimento da reforma psiquiátrica em que almejo repensar elementos que destoam dessa realidade para contribuir com reflexões e problematizações no percurso do cuidado preconizado ao sujeito.

O campo da saúde mental, conseqüentemente a reforma psiquiátrica no Brasil, é amparado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de mobilização popular e frente de resistências ao Estado foi oficialmente reconhecido no ano de 1988, alicerçado pelas Leis Federais 8080/1990 e 8.142/1990. Portanto, consubstanciado por princípios e diretrizes citados anteriormente, aqui destacarei essas diretrizes, as quais têm relação direta com o novo formato de cuidado à Saúde Mental: a descentralização, participação comunitária e a integralidade do acesso que viabiliza os cuidados contínuos individuais e coletivos, de baixa e alta complexidade no território brasileiro (Brasil, 2004). Entrelaçada ao SUS, a reforma psiquiátrica assume frente a um novo modelo de cuidado ao sujeito, nesse caso, ao usuário dos serviços de Saúde Mental.

Yasui (2006) postula que esse movimento visa estremecer verdades prontas, cria

contradições, realoca os sujeitos atendidos para um lugar ativo de seu processo, provoca instituições e aquieta universidades. É necessário a reivenção no cotidiano, tendo como instituição carro-chefe para essas mudanças, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS surgiram no Brasil em 1987, na cidade de São Paulo, substitutivos ao modelo asilar e manicomial que eram disseminados antes da reforma psiquiátrica no Brasil.

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 22/1992 e são serviços compostos por equipe multiprofissional e interdisciplinar que oferecem tratamentos para a população acometida por transtornos mentais (Brasil, 2004).

Por definição e de forma sucinta, o CAPS é um serviço de saúde comunitário que recebe sujeitos com transtornos mentais e demandas afins, visando promover o restabelecimento do sujeito e reinserção social a partir do tratamento ali proposto (Brasil, 2004).

A configuração dos serviços de assistência à saúde, assim como as demandas atendidas por eles, está diretamente ligada ao contexto e ao tempo histórico e social correspondente. Por isso, conforme aponta Vasconcelos (2013), é relevante construir aparatos que avaliem e acompanhem as instituições em suas práticas como forma também de criar novas possibilidades de estar com o outro em consonância com suas demandas, consolidar as mudanças necessárias nesse campo e manter-se alinhados às políticas públicas de saúde e humanização.

Com base nessa compreensão e entendendo os avanços das políticas de saúde mental, me questiono sobre como e em quais momentos o acompanhamento preconizado no CAPS, caminha na contramão da legitimidade de um novo lugar social para os usuários que ali tratam? De que forma os sujeitos participam do acompanhamento destinado à ele? O CAPS integra os marcadores sociais presentes na vida dos sujeitos ao elaborar estratégias de cuidado para ele? Há relação entre esses marcadores e os adoecimentos psíquicos percebidos nos usuários desse CAPS?

1.1 Objetivo Geral

Compreender como os serviços desenvolvidos no CAPS tem contribuído com a saúde mental dos usuários por eles assistidos.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os percursos terapêuticos desenvolvidos no CAPS ao que tange cuidado, tratamento e reabilitação social direcionados aos usuários;
- Identificar se e como os usuários do CAPS são escutados e suas demandas validadas na vivência cotidiana de seu tratamento no serviço;
- Explorar a relação existente entre sofrimento psíquico e aos respectivos marcadores sociais: preconceito, violência de gênero e trabalho.

2. Revisitando Porões, Construindo Novos Caminhos: a Participação Social do Usuário da Saúde Mental pelo Olhar da Revisão Integrativa

Uma das primeiras etapas na construção desta pesquisa foi adentrar na literatura e conhecer os passos já dados por outros pesquisadores nessa área, para fomentar minha intenção de estudo, conhecer e refinar as possíveis contribuições que me cabe dar nesse território.

A área da saúde mental é feita sob várias mãos, lutas e resistências, sendo necessário fazer uma breve contextualização e me familiarizar com esse território. Os estudos feitos neste campo precisam ser revisitados sempre que necessário para atualizar e analisar as políticas adotadas no contemporâneo e as intervenções adotadas no cuidado com o sujeito.

Isso se faz necessário quando considero meus aparatos históricos e sociais advindos de um berço colonizador, manicomial e higienista, uma vez que minha forma de cuidar se transforma com o passar do tempo e, justamente aqui, corro o risco de travestir manejos de cuidado em conduções que podem sustentar-se em uma lógica que enclausura e silencia os sujeitos.

Assim, na busca por garantia de direitos, práticas humanizadas e que respeitassem a dignidade dos profissionais e dos pacientes, surge o movimento da reforma psiquiátrica em diferentes locais do mundo. Destaco que esta pesquisa tem seu enfoque no movimento que acontece no Brasil, inspirado no modelo italiano e é importante apontar de forma breve sobre alguns dos principais marcos históricos no que diz respeito ao tratamento oferecido ao sujeito com doenças psíquicas ou mesmo neurológicas. Isso contribui para a compreensão dos arranjos que esse campo sofre, permite também identificar os aspectos que se mantêm, o que melhorou e o que ainda precisa ser feito.

Durante a Idade Média, os hospitais tinham suas práticas embasadas na caridade, assistência de abrigo, alimentação aos pobres e mendigos. Mesmo com a mudança de hospital para instituição médica, a lógica de funcionamento dessas instituições era seletiva, pois as

internações eram demarcadas a partir de delegações jurídicas ou médicas, quando havia anomalias orgânicas (Amarante, 2007).

Em virtude desse fundamento, o hospital psiquiátrico contribuiu para o processo de cronificação da doença mental, ao sentenciar o sujeito ao internamento por toda a vida. Uma importante consequência desse ato diz respeito à impossibilidade do retorno à vida pública, ou seja, do retorno ao convívio social (Feitosa et al., 2010).

Outras consequências identificadas, resultante desse modo de lidar com o sofrimento emocional, foram a morte de muitos que viveram em condições insalubres nos manicômios, sendo privados de sua vida, sentenciados ao confinamento e à exclusão. Aqui, o confinamento e decadência da vida eram difundidos como forma de tratar o sujeito condenado como louco.

Diante desse quadro, na Itália, surgiu a psiquiatria democrática, com intuito de enfrentar o estatuto jurídico e o tratamento hospitalar manicomial. Isso se deu a partir de experiências com participação pública, ao invés do enaltecimento clínico, tendo como importante protagonista, Franco Basaglia (Passos, 2009).

A proposta de tratamento que preza pela dignidade, respeito à cidadania e aos direitos do sujeito foi promissora para o surgimento de novas formas de promover e construir outro arranjo de tratamento e compreensão do processo de Adoecimento - Saúde Mental. Essa reconstrução de conceitos gera um movimento de transformação, que acontece no âmago das formações, profissões e das práticas nas áreas da saúde, Ciências Humanas e Sociais no território brasileiro.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve seu marco inicial ao final da Ditadura Militar. Nesse contexto histórico, a população gradativamente retoma seu lugar de fala perante o enfraquecimento da censura, denunciando maus tratos e inabilidade dos hospitais psiquiátricos, demandando a criação de novas formas de tratar o adoecimento mental.

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental foi precursor no fomento à reforma,

visto que os trabalhadores dos serviços se mantinham mobilizados por reivindicações salariais, redução de horas trabalhadas e número massivo de consultas, críticas à cronificação dos sujeitos, medicalização, denúncias de práticas violentas e truculentas com os pacientes, melhores condições de assistência e humanização do cuidado.

Esse posicionamento popular também corrobora para a mobilização da Reforma Sanitária, iniciativa que contribuiu para a implantação dos Centros de Saúde Mental (CSM). Tais serviços são de caráter substitutivo aos manicômios, sendo regionalizados e integrados de acordo com as demandas de cada território. Posterior à implementação dessas instituições, surgiram os ambulatórios como alternativas substitutivas aos manicômios até então existentes.

A mudança na concepção da saúde mental em território brasileiro está intimamente ligada a movimentos sociais que lutavam pelo acesso integral e universal à saúde para a população.

Posto isso, destaco que nos braços da reforma psiquiátrica no Brasil nasce o movimento da luta antimanicomial. Luta compreendida como um movimento composto por trabalhadores da saúde, usuários, familiares e instituições que visam construir novas formas de intervir e tratar o sujeito acometido por doenças mentais calcados na humanização e garantia de dignidade e respeito aos direitos humanos, proteção dos sujeitos de quaisquer abusos ou violências em seu tratamento, garantia de acesso a informações sobre seu tratamento bem como assegurar a participação ativa e protagonista do processo por parte do usuário (Amarante, 2007).

Logo, o que está em revisão e reconstrução são as convicções filosóficas do processo saúde - doença. Essas reconstruções são geradas por diversas mudanças as quais acontecem no âmago das formações profissionais e das práticas na área da saúde, das Ciências Humanas e Sociais.

Vale ressaltar que, segundo Feitosa et al., (2010),

[...] A reforma psiquiátrica brasileira buscou criar uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova na sociedade em relação aos doentes mentais. Procurou, também, produzir um novo modo de conceber e tratar a doença mental, subordinando os saberes e os instrumentos da psiquiatria a uma nova apreensão da loucura. (p.129)

O árduo caminho da reforma psiquiátrica no Brasil é marcado por momentos de debates, decisões e mudanças com importantes eventos que aconteceram posteriormente à Reforma Sanitária. Dentre eles, destaco a seguir, espaços pioneiros promissores de transformações nesse campo, sendo: a 8ª Conferência de Saúde realizada no ano de 1986, evento que oficializou o acesso à saúde como dever do Estado e direito do cidadão e a criação do Sistema Único de Saúde; a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 1987; a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 e a III Conferência Nacional em Saúde Mental em 2002, eventos que regulamentaram novas diretrizes de intervenção no tratamento e legitimaram as políticas que o regulamentam (Hirdes, 2009).

Na luta pela implementação de serviços reivindicados pelos atores sociais dos movimentos no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocuparam um lugar de destaque. Eles surgem como instituições que fortalecem o tratamento para os usuários do serviço de Saúde Mental em uma lógica de funcionamento diferente do ambulatório, por exemplo, efetivando mudanças no projeto de cuidado que acolha crises familiares, propostas de reabilitação social e horário de atendimento integral, o que difere do regime de funcionamento ambulatorial (Brasil, 2004).

Um importante marco histórico, nesse campo, aconteceu no ano de 2001 em que foi promulgada a Lei 10.216 que visa assegurar os sujeitos com transtornos mentais de seus direitos e sua proteção perante maus tratos ou demais situações de vulnerabilidade, garantindo cidadania e humanização no tratamento de saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), os CAPS:

[...] São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território' o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (p. 6)

A equipe que compõe os CAPS é multiprofissional e interdisciplinar. Por conseguinte, preconiza-se que o tratamento seja elaborado de forma individual e que respeite a singularidade e necessidade de cada sujeito, tendo como um dos princípios norteadores a reabilitação social a partir do cuidado dos sintomas, remissão de crises e intervenções que corresponsabilizem o sujeito pelo seu cuidado.

A partir das diretrizes de funcionamento citadas anteriormente, compreendo o CAPS como uma instituição promotora de vida, propulsora de construção, desconstrução e reconstrução do cotidiano social que considera a subjetividade e alteridade dos sujeitos.

Ainda nesse caminho, Amarante (2007) sugere colocar entre parênteses a doença e promover a escuta genuína do sujeito como estratégia que viabilize práticas e cuidados não encarceradores. Essa é uma lógica revolucionária e subversiva perante o modelo psiquiátrico cristalizado, o qual preconiza que o único tratamento para o sujeito louco seria a internação calcada na exclusão social, sobrepondo a doença ao sujeito.

Colocar a doença entre parênteses me permite evidenciar o sujeito para além de seu sofrimento psíquico, enxergando-o de forma integral, propiciando-lhe que novas possibilidades de existir emergjam. Inerente a isso, é necessário que haja mudança na forma de compreensão e mentalidade no campo da Saúde Mental, pois, do contrário, corro o risco de fazer e reproduzir tratamentos equivalentes aos preconizados no modelo manicomial o qual

legítima práticas patologizantes.

Um dos preceitos da reforma psiquiátrica é fomentar a participação social nas formulações de políticas de saúde e a aplicabilidade delas no cotidiano. Isso implica também investir na participação do usuário do Serviço de Saúde Mental no tratamento por ele vivenciado, investindo na autonomia e ética de liberdade da relação estabelecida entre sujeito e emancipação, loucura e sociedade (Emerich et al., 2014).

Nessa perspectiva, percebo que o atual caminho de tratamento busca redefinir o lugar do sujeito em sua própria vida e na sociedade de um modo geral. Isso acarreta também a relação existente entre o sujeito e os espaços que ele ocupa. Com isso, vale refletir sobre os modos de cuidados que acontecem no campo da Saúde Mental, uma vez que fortalecer o protagonismo do sujeito “libera” os serviços substitutivos da cronificação de um modo de operar e conseqüentemente modo-de-existir das pessoas acometidas por doenças mentais, rompendo com os tentáculos de clausura travestidos de formas de tratar.

Saliento que as instituições, de um modo geral, por replicarem formatos de relações sociais predominantes, indubitavelmente tenderão a contribuir com o processo de alienação e despersonalização das pessoas através da violência e da exclusão, atributos os quais estão no alicerce de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista. Entretanto, uma nova lógica humanizada, democrática e potente é possível.

As mudanças na lógica de compreensão e cuidado no contexto da Saúde Mental foram valiosas para a construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: leitos psiquiátricos em hospitais gerais, CAPS, ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas. As portarias que regulamentam as diretrizes da reforma participam da liberação de recursos para procedimentos e aprimoramentos das ações em Saúde Mental a nível federal, estadual e municipal (Brasil, 2004).

Frente a essas considerações e a relevância atual dessa temática, por meio da revisão

integrativa, busco conhecer como tem se dado/acontecido a participação dos usuários junto aos serviços de Saúde Mental no tratamento à eles preconizado.

2.1 O Percurso do Processo de Revisão Integrativa

O percurso utilizado neste estudo foi por via da revisão integrativa com enfoque qualitativo. A revisão integrativa fornece informações de forma ampla acerca do tema escolhido, permitindo conhecê-lo de forma sistemática, ordenada e abrangente (Ercole et al., 2014).

O primeiro passo da pesquisa foi a elaboração da pergunta norteadora que guiou minha busca: *como a produção científica tem compreendido a participação dos usuários do serviço de saúde mental em seu tratamento atualmente?*

Posteriormente, realizo uma pesquisa exploratória na literatura para conhecer e localizar a existência ou não de produções científicas em formato de artigos que contemplassem a temática da pergunta norteadora do meu trabalho.

As buscas foram realizadas no *Scientific Electronic Library Online* (Scielo.org) base geral que abarca trabalhos de diversos países, no portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando dos descritores: Saúde Mental, CAPS, protagonismo e usuário em formato de busca cruzada entre esses termos mediado pelo termo '*and*' a partir do campo 'todos os índices' para pesquisa.

É importante esclarecer que a escolha dos descritores citados para substanciar essa revisão foi feita a partir da afinidade com o tema, sendo uma das estratégias para viabilizar um levantamento bibliográfico preciso e que consolide informações atuais e relevantes no que se refere ao campo do cuidado em saúde mental no Brasil.

Para realizar a seleção dos títulos, parti dos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados completos na língua portuguesa e que foram realizados entre os anos de 2009 e

2019.

A busca realizada para localização de trabalhos que compusessem a revisão seguiu os passos descritos anteriormente. Feita a busca de periódicos, obtive como resultado o total de 1.572 artigos. Porém, foram eliminados 104 títulos por duplicidade, restando assim 1.468 trabalhos.

Inicialmente, foram localizados 1.468 artigos, sendo: 900/LILACS, 529/SciELO e 39/PePSIC. Após leitura dos títulos, foram eliminados 1.407 artigos, sendo: 1357 publicações, cujo tema não corresponde ao objetivo da pergunta norteadora, 47 correspondentes a pesquisas no campo da infância e adolescência, 3 trabalhos referentes à Saúde Mental LGBT, sendo selecionados 61 artigos para leitura dos resumos.

Após a leitura dos resumos, 31 títulos foram eliminados em consonância com os critérios descritos anteriormente, visto que eram pesquisas voltadas para oficinas terapêuticas, intervenções na atenção primária, saúde do trabalhador da área de saúde mental e trabalhos teóricos. Ao final da leitura, foram eleitos 17 artigos para compor o corpus de análise, sendo: 10 da base de dados LILACS, 4 da SCIELO e 3 referentes a PePSIC.

A tabela 1 abaixo ilustra o processo de resgate dos artigos selecionados.

Base de dados	Número de artigos Localizados	Eliminados após leitura de títulos	Número de artigos para leitura dos resumos	Eliminados por repetição	Eliminados por critérios de exclusão	Eliminados após leitura de resumo	Amostra Final
LILACS	1.000	922	4	9	32	23	10
SCIELO	533	402	4	95	19	9	4
PEPSIC	39	33	6	—	2	1	3

A seguir, em ordem cronológica os trabalhos selecionados são: Gageiro, Costa, Londero, Pereira, Mello e Rosa (2011), Surjos e Campos (2011), Costa e Paulon (2012), Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013), Machado e Santos (2013), Emerich, Campos e Passos (2014) Martinhago e Oliveira (2015), Pitta, Coutinho e Rocha (2015), Ely, Terra, Silva, Freitas, Leite e Brum (2017), Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira e Gomes (2017), Pacheco, Rodrigues e Benatto (2018), Paulon, Protazio e Tscheidel (2018), Santos, Baptista, Nasi e Camatta (2018), Silva, Lima e Ruas (2018), Rocha, Penna, Manfré e Jesus (2019), Sousa e Jorge (2019), Vaz, Bessoni, Nunes e Silva (2019).

2.2 Breve Apresentação dos Achados: Características Gerais das Publicações

O olhar panorâmico para os trabalhos que selecionei na revisão integrativa, permite-me um contato inicial que facilita estruturar o percurso a ser analisado e organizá-los grupalmente de acordo com as temáticas afins.

Em relação ao intervalo de 10 anos, percebi a não existência de um período de tempo e espaço, em específico, que condensa pesquisas nesse campo, embora tenho em meus achados 6 pesquisas, entre os anos de 2018 e 2019, que buscaram investigar a participação do sujeito em seu tratamento de Saúde Mental e se debruçaram a analisar o processo de desinstitucionalização dos serviços substitutivos.

Isso aponta que houve uma continuidade em estudos nessa área os quais afetam diretamente a relevância dessa temática e confiabilidade do levantamento feito, propiciando acompanhar a realidade dos profissionais de saúde e os diferentes formatos de participação que os usuários têm experienciado nos serviços de saúde.

As publicações que investigam e dissertam sobre a participação dos usuários do Serviço de Saúde Mental em seu tratamento, em sua maioria, pertencem ao periódico Ciência e Saúde Coletiva (n=2). Nela são feitas apresentações de estudos que visam debater novos olhares e

intervenções no campo da saúde, coerentes com a pergunta norteadora deste estudo.

Outros 8 trabalhos selecionados nesta pesquisa são procedentes de revistas do campo da Psicologia, revelando a importância e necessidade desses estudos para profissionais psicólogos.

Quanto ao tipo de estudo, grandes partes dos trabalhos são caracterizados pelos autores como sendo de caráter qualitativo-descritivo. Prevaleram os estudos qualificados como pesquisa- intervenção (5 artigos) e relato de experiência (4 artigos), especialmente em formato de estudo de caso e trabalhos nomeados pelos autores de descritivo-avaliativo.

Há outros dois trabalhos descritos como estudos exploratórios e outras duas pesquisas seguem a metodologia fenomenológica (um de caráter hermenêutico e outro à luz de Merleau-Ponty). Outros dois trabalhos são de caráter quantitativo em que os autores utilizam de um método transversal e correlacional com aplicação da escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR).

Um dos artigos utiliza da metodologia qualitativo-descritiva entendendo que a interpretação dos resultados é fundamental no paradigma emergente da Atenção Psicossocial. Dois estudos utilizaram da metodologia qualitativa de quarta geração, valorizando a ideia de diferentes vozes e atores compondo uma mesma análise.

A tabela 2 apresenta a caracterização geral dos artigos selecionados apresentado: ano de publicação, autores, revista, tipo de estudo e os achados principais de cada trabalho:

Artigo	Ano	Auto(res)	Periódico	Tipos de Estudos
A1	2018	Silva, Lima & Ruas	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo Empírico
A2	2017	Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira & Gomes	Interface	Pesquisa-intervenção
A3	2015	Martinhago & Oliveira	Saúde Soc.	Estudo exploratório
A4	2014	Emerich, Campos & Passos	Interface	Estudo empírico
A5	2013	Alves, Oliveira & Vasconcelos	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo empírico
A6	2011	Surjos & Campos	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental	Estudo empírico
A8	2019	Sousa & Jorge	Trabalho, Educação e Saúde	Pesquisa-intervenção
A9	2017	Ely, Terra, Silva, Freitas, Leite & Brum	Texto & Contexto Enfermagem	Pesquisa-intervenção
A10	2019	Rocha, Pena Manffré & Jesus	Vínculo	Relato de experiência
A11	2015	Pitta, Coutinho & Rocha	Saúde em Debate	Pesquisa-intervenção
A12	2013	Machado & Santos	Psicologia em estudo	Pesquisa-intervenção
A13	2018	Santos, Baptista, Nasi & Camatta	Gaúcha Enfermagem	Relato de experiência
A14	2012	Costa & Paulon	Saúde em Debate	Pesquisa-intervenção
A15	2018	Paulon, Protazio & Tschiedel	Polis e psique	Pesquisa-intervenção
A16	2018	Pacheco, Rodrigues & Benatto	Mental	Relato de experiência
A17	2019	Vaz, Bessoni, Nunes & Silva	Nufem: Phenomenoly and interdisciplinarity	Relato de experiência

Todos os estudos que compõem o corpus da revisão são pesquisas de campo. Entretanto, a forma de realizar cada uma delas é um ponto diferencial entre elas, isso porque foram encontrados estudos realizados à distância, estudos de caráter multidimensional, estudos de caso e relatos de experiência, o que não afetou na análise das informações obtidas.

Os campos de realização dos estudos selecionados foram predominantemente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e enfermarias hospitalares. Contudo, é importante considerar também outros espaços presentes nas pesquisas como unidades de Atenção Primária, espaços acadêmicos de pesquisa e extensão que aparecem contribuindo com esses serviços, viabilizando a construção de intervenções potentes, benéficas ao usuário e coerentes com as políticas públicas vigentes (Ferreira et al., 2017).

Inseridos nesses contextos, esses autores apontaram em sua pesquisa a percepção obtida quanto à dinâmica relacional de usuários e profissionais dos serviços, a contribuição que os familiares dos usuários forneciam ao participarem das atividades institucionais e os conflitos políticos existentes nas instituições de saúde e todos esses aspectos participam do processo de reinserção e reabilitação social do sujeito.

Ademais, o esclarecimento aos familiares e acompanhantes quanto a informações sobre o sofrimento psíquico e a relação com a loucura vivida por aqueles sujeitos, também contribuíram para esse resultado (Ferreira et al., 2017).

Um contraponto a esse olhar é apresentado na pesquisa de Sousa & Jorge (2019). Eles identificaram certo receio, desesperança na reforma psiquiátrica, bem como a não credibilidade do benefício dessa perspectiva por um grupo de profissionais que atuam em um CAPS. Isso colabora para a centralização do cuidado no modelo biomédico e hospitalocêntrico e

silenciador dos sujeitos.

Em contribuição a esse apontamento, Rocha et al. (2019) problematizam em seu texto a institucionalização da vida e das experiências dos sujeitos que se veem capturados a uma lógica que afeta sua constituição subjetiva. Frente a isso, faz-se necessária a criação de estratégias de cuidado que almejem a manutenção de vínculos sociais, o respeito para com a governabilidade do que o sujeito experiencia e também do profissional que trata.

Em consonância com esses apontamentos, os autores Vaz et al. (2019) destacam o fortalecimento e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como caminho promissor no processo de desinstitucionalização, concomitante ao fechamento dos hospitais psiquiátricos ainda existentes. Ambas as pesquisas destacam que não basta fechar as instituições psiquiátricas para consolidar a reforma psiquiátrica, mas estar atento e transformar as intervenções cotidianas.

Ainda nesses trabalhos, o empoderamento e protagonismo do sujeito no tratamento que vivenciam foram temas abarcados. Santos et al. (2018) e Rodrigues e Bennato (2018) apontam uma ausência da corresponsabilização do sujeito em seu próprio tratamento, tendo como consequências disso, a incompreensão do diagnóstico e prognóstico de seu quadro e a adesão ao tratamento. Isso se dá, pois a instituição promove tutela dos sujeitos ao invés de um lugar que cuida e gera processos reflexivos e críticos.

2.3 Quem e o que Dizem desses Achados: Objetivos Principais e Participantes das Pesquisas

Partindo da pergunta norteadora que me guiou na pesquisa bibliográfica, chama-me a atenção o número reduzido de trabalhos que foquem na compreensão do próprio usuário do serviço sobre seu tratamento, em detrimento de pesquisas que buscam tal compreensão através do olhar da equipe profissional ou da família.

Tabela 3: Caracterização dos artigos recuperados quanto ao número de participantes e

objetivo principal da pesquisa.

Periódico	Participantes	Objetivo principal
A1	11 dispositivos do CAPS- não especifica número	O objetivo foi avaliar a satisfação de usuários dos principais CAPS de uma região de Minas Gerais e seus fatores associados
A2	Equipe de um CAPS	O objetivo do estudo é apresentar algumas problematizações, que vêm sendo produzidas entre pesquisadores, acadêmicos, profissionais de saúde, gestores e usuários, sobre os desafios de se produzir a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental a partir dos CAPS.
A3	36 (12 gestores e 24 técnicos)	O objetivo não é descrito de forma clara.
A4	familiares, gestores, residentes de psiquiatria e usuários. Destaque para usuários e gestores.	Objetivo é analisar a perspectiva de usuários e gestores de CAPS acerca dos direitos dos usuários de CAPS, construindo interpretações possíveis para as aproximações e distanciamentos das diferentes vozes
A5	7 usuários, 3 familiares e 24 profissionais	Investigar o conceito de empoderamento reconhecido pelos principais atores envolvidos no cuidado em saúde mental em dois serviços de atenção psicossocial, como forma de contribuir para a avaliação da identificação, caracterização e apropriação dos dispositivos de empoderamento no processo de Reforma Psiquiátrica no país.
A6	usuários do serviço CAPS adulto (grupos focais com sujeitos em representatividade- representantes de conselho, forúns e conferências).	O objetivo não é descrito de forma clara.
A7	14 (8 trabalhadores do CAPS e 6 trabalhadores do hospital psiquiátrico)	Objetivo: compreender a experiência da convivência entre os serviços substitutivos e o hospital psiquiátrico
A8	10 participantes.	Objetivo de desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental.
A9	3 estagiárias do curso de Psicologia.	discutir como têm ocorrido os processos de desinstitucionalização na atualidade e investigar de que maneira os novos modelos de atenção adotados nos CAPS contrastam com as formas de tratamento que eram oferecidas nas instituições totais.
A10	375 (75 usuários, 75 familiares e 75 profissionais).	Avaliar as praticas dos CAPS no respeito aos direitos humanos dos usuários, analisando suas percepções referentes as crenças, valores, hábitos, preconceitos sofridos, reivindicações, atendidas ou não e a participação comunitária como exercício de cidadania

A11	22 usuários com história de reinternação psiquiátrica	Investigar o relato das experiências vividas por pacientes reinternados em relação aos serviços substitutivos de saúde mental
A12	12 usuários e 4	Analisar o grau de responsabilização e participação do usuário

É relevante, pois, conhecer as intervenções clínicas executadas atualmente; (re)examinar as práticas profissionais cotidianas, a dinâmica dos dispositivos de saúde mental, a aplicabilidade das políticas da reforma psiquiátrica, quando feitas pelos profissionais e pesquisadores e contribuem com os passos a serem dados no cotidiano do acompanhamento ao sujeito em sofrimento psíquico. Desse modo, inserir a compreensão dada pelo usuário no tratamento por ele vivenciado, convoca-me a refletir sobre o fazer clínico exercido nos serviços de saúde. Isso será apresentado posteriormente, a partir de alguns trabalhos que buscaram desenvolver estudos nessa perspectiva.

Parte dos estudos localizados objetivaram incluir a participação do usuário na compreensão do tratamento ofertado ou recebido por ele no serviço da rede de saúde mental. Dentre esses trabalhos, Machado e Santos (2013), Pacheco et al. (2018), Alves et al. (2013), Surjus e Campos (2011) e Ely et al. (2017) consideraram exclusivamente ou preferencialmente a escuta do sujeito em tratamento para analisar a participação dele no serviço.

Além disso, nos trabalhos de Rocha et al. (2019), Vaz et al. (2019), Paulon et al. (2018), Martinhago e Oliveira (2015), Pitta et al. (2015), Ferreira et al. (2017) e Costa et al. (2011), a escuta sobre processo de desinstitucionalização é feita pela perspectiva dos profissionais e gestores, isto é, os participantes da pesquisa relatam que buscam efetivar esse caminho respeitando os direitos humanos e crenças dos sujeitos, além de construir estratégias que rompam com preconceito cotidianamente presente tanto no serviço quanto em outros pontos da comunidade.

Alguns trabalhos como Sousa e Jorge (2019), Alves et al. (2013), Costa e Paulon (2012), Santos et al. (2018) e Emerich et al. (2014) são pesquisas que ouviram usuários do

serviço, familiares, profissionais e gestores, com o intuito de compreender a protagonização do sujeito no cuidado ofertado e de avaliar os dispositivos de saúde.

A leitura na íntegra das publicações, em especial dos objetivos dos trabalhos, auxiliou a compreender os caminhos e escolhas que os autores foram percorrendo para desenvolver a pesquisa. No que diz respeito ao processo de desinstitucionalização no campo da saúde mental, Rocha et al. (2019), Ferreira et al. (2017) e Martinhago e Oliveira (2015) desenvolveram suas pesquisas exclusivamente com a equipe profissional do serviço de saúde.

Ely et al. (2017) escreveram à luz da percepção do sujeito internado em um serviço psiquiátrico e o viver com a doença mental. Um grande achado dessa pesquisa é a proposta da construção conjunta (terapeuta e sujeito) de um plano de alta hospitalar ao do terapêutico singular (PTS). O projeto terapêutico quando construído e executado de forma respeitosa e efetiva, indica também melhor aderência ao tratamento. Essa é uma das intervenções preconizadas para o CAPS como direito do usuário na política da reforma psiquiátrica no Brasil.

Compartilhando dessa perspectiva, Santos et al. (2018), Pacheco et al. (2018) focaram exclusivamente em usuários dos dispositivos de saúde para serem participantes de suas pesquisas, apontando sugestões e incentivos no paradigma de cuidado, a partir do próprio sujeito ativo e crítico ao seu processo.

2.4 Achados Principais como Preciosidades do Percuro: Desinstitucionalização, Protagonismo do Sujeito e Reflexões sobre os Serviços de Saúde Mental

Compreendo o campo da reforma psiquiátrica, em especial nos dias atuais, como perene e mutável, visto que a sociedade e suas formas de organização e compreensão dos fatos muitas vezes é fluida, contraditória e urge por demandas efêmeras e complexas.

As mudanças defendidas pela reforma psiquiátrica escancaram e confrontam o modo de funcionamento da sociedade e não compactuam com preceitos do sistema capitalista

calcados na opressão e exclusão dos sujeitos, na desigualdade social e vulnerabilidade social em todas suas facetas. A convocação é para a construção de transformações e novas formas de se fazer saúde mental.

Posto isso, Torre e Amarante (2011) em seu trabalho, alertam para que haja elaboração de mudanças reais no campo da psiquiatria ao invés de reformulações que exerçam função de assistência psiquiátrica para que não haja apenas readaptações e rearranjos. Uma aposta dos estudiosos dessa área é o modelo de desinstitucionalização.

A respeito disso, vale considerar que a vida em sociedade é delineada em certa medida por aparatos institucionalizantes. Nesse viés, a desinstitucionalização é compreendida como pilar para transformação do cenário manicomial que me encarcera. Possibilitar diálogos, construir relações interinstitucionais, fortalecer a RAPS são ações que preconizam essa mudança de paradigma.

Nesse sentido, três das publicações que compõem essa revisão integrativa sendo Rocha et al. (2019), Martinhago e Oliveira (2015) e Vaz et al. (2019), apontam o CAPS como serviço substitutivo das instituições totais sendo carro-chefe no panorama antimanicomial. Esse serviço preconiza suas intervenções e modo de funcionamento que respeite a individualidade e subjetividade dos sujeitos sem controlar a loucura e o modo de existir das pessoas, atuando em consonância com as políticas da reforma psiquiátrica junto à comunidade e no interior da instituição.

Na pesquisa bibliográfica feita, os autores apontam que muitos dos profissionais conhecem a política de desinstitucionalização, mas encontram dificuldades de vivê-las no cenário dos serviços substitutivos, em especial, no CAPS. Outra dificuldade comum da equipe profissional é a obscuridade das intervenções nesse serviço de saúde preconizadas pela reforma psiquiátrica, o que colabora para manutenção de intervenções que perpetuam a lógica manicomial ainda nos dias atuais (Martinhago e Oliveira, 2015).

Perante esse fato, há pesquisas que sugerem como possíveis recursos a serem executados nesse cenário: a tomada de decisões apoiadas, gestão coparticipante, medicamentos ministrados pelos próprios sujeitos, educação emocional e interventiva que colabore na identificação de crises e manejos pelo próprio sujeito e/ou acompanhantes dele.

Esses estudos destacam a importância da ampliação do acesso da comunidade aos serviços de saúde e assistência, investimentos em formações profissionais, modificações na forma de compreender e manejar quadros de adoecimentos psíquicos assim como da sociedade se relacionar com esses cenários, pois, caso contrário, manterá capturada pela lógica manicomial, “encapsulando” demandas, mantendo “capsômios”.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, decidiu-se que a construção de estratégias de cuidado intersetoriais atuando conjuntamente com unidades básicas de saúde (UBS), enfermarias psiquiátricas, serviços residenciais terapêuticos (SRTs) corroboram com o planejamento singular e não individualizante do tratamento do sujeito, principalmente pela via da elaboração dos projetos terapêuticos. Para que o sujeito não se torne dependente da instituição, reforçam-se que é fundamental integrar a comunidade, as unidades de atenção básica e a consolidação de uma reforma humana e ética do cuidado aos serviços antimanicomiais, à produção de manejos e a formas de existir ‘extra caps’ (Calicchio, 2007).

Não raro, a concepção de autonomia diverge entre muitas pessoas, especialmente no campo da saúde mental. Alguns padrões de cuidado se repetem nas instituições denunciando a linha tênue entre autonomia e tutela, relevando que, segundo Delgado (1992), todo cuidado preconiza certa medida de tutela em que aqui é preciso ressaltar a importância de se respeitar a subjetividade do sujeito no processo.

Violar preceitos emancipatórios no cuidado implica em apontar processos sofisticados de sujeição ao outro que acontecem no interior dos serviços e aqui. Saliento, pois, que existem diversos modos de reprodução da lógica antimanicomial, algumas delas travestidas no

cotidiano do trabalho.

No contemporâneo, há um modo de viver que silencia e exclui sutilmente o outro, no entanto, não é menos violento. Os autores Emerich et al. (2014) e Costa e Paulon (2012), apresentam em seus trabalhos que o silenciamento e o assujeitamento dos usuários do CAPS acontecem com frequência em atividades do serviço de modo cronificados, isto é, que acontecem de forma mecânica, rotineira, alienadas do sujeito. Essas intervenções podem promover novos tipos de cronificação nos dispositivos de saúde mental, viabilizando um modo de funcionamento encarcerador, embora a portas abertas.

Em seu trabalho, Ely et al. (2017) convidam a refletir criticamente sobre o cuidado dado pelo profissional ao usuário do CAPS. A partir disso, repensar a existência ou não da participação ativa no tratamento, a dinâmica da relação de poder existente entre profissionais e usuários são pontos que colaboram com a via de um tratamento em liberdade.

A corresponsabilidade e autonomia do sujeito em seu tratamento são preceitos da reforma psiquiátrica que, na prática, ainda não são exercidos veementemente como apontam as pesquisas de Santos et al. (2018) e Pacheco et al. (2018). Esses autores defendem que o acolhimento e corresponsabilização do sujeito devem acontecer de forma concomitante, viabilizando um tratamento emancipatório, humano. Eles também ressaltam sobre uma importante consequência da tutela por parte da equipe profissional: o risco de ocorrer o gerenciamento, ou seja, gerenciar a vida e as potencialidades da pessoa.

O papel ativo do indivíduo reflete no engajamento do processo terapêutico, visto que ele pode viver implicado com seu cotidiano, aprimorando um olhar crítico para a realidade como se apresenta. Desse modo, sujeitos implicados estremeçam paredes de convicções e receitas de cuidado. Que tipo de tratamento se almeja realizar? Quais os tijolos mentais que sustentam o edifício da clausura?

Embasado nessas informações, sustento que quanto mais consciente e integrado com a

realidade, mais possibilidade o sujeito terá de compreender sua realidade e apropriar-se dela, cooperando das decisões tomadas no percurso do tratamento, manejando possibilidades de cuidados em caso de crises, quer dizer, apropriando de si.

Tais mudanças de paradigmas refletem também o lugar que os CAPS ocupam na RAPS, pois de um modo geral, os estudos mostram as dificuldades que essas instituições têm enfrentado perante a lógica da desinstitucionalização e da vivência de autonomia e o manejo de responsabilidade relacional do indivíduo no tratamento que ele vivencia.

O conceito de responsabilidade relacional é apresentado por Gergen (2007) onde o autor aposta que, no campo relacional, especialmente no que tange a comunicação, os agentes envolvidos abandonem o lugar da culpa paralisante e não resolutive e construam diálogos e atitudes transformadoras e conectadas com as demandas presentes, em que ambos os lados se responsabilizem de forma conjunta por isso.

Essas dificuldades estão consubstanciadas no enfrentamento dos moldes manicomial, o que gera dificuldades em intervenções clínicas no serviço, manejo das crises dos usuários, entraves institucionais e, conseqüentemente, interinstitucionais. Com isso, o passado, muitas vezes, tem sido guia ao invés de referência nas práticas em saúde mental que se investe.

Cada tempo histórico tem seu modo de padronizar, segmentar, denunciar e enclausurar as pessoas. Considerando isso, é importante reconhecer que nos dias de hoje os processos de sujeição do sujeito e captura no modo operante manicomial são sofisticados e discretos, mas não menos efetivos. Justamente por isso, faz-se necessário estar atento a si próprio em seu cotidiano e ao modo de funcionamento dos aparelhos institucionais.

Identifico que, apesar do avanço da reforma psiquiátrica no Brasil, o cenário ainda é alicerçado em um modelo de atenção hospitalocêntrico. Esse fato dificulta o exercício das atividades desempenhadas nos serviços substitutivos, por isso não se consegue dar o suporte efetivo para as pessoas com transtornos mentais. Compreendo que historicamente estou em um

período de transição no contexto da saúde mental e algumas práticas exercidas ainda são calcadas na lógica manicomial.

Entretanto, apesar dos resquícios manicomiais, Pitta et al. (2015) apontam que algumas conquistas são vividas de forma visceral e importante, uma delas é o direito de ir e vir, de ser escutado e reconhecido enquanto ser humano com direito à cidadania e dignidade. Por conseguinte, ampliar a compreensão acerca de novas possibilidades de tratamentos, os quais evidenciem a participação efetiva protagonizante do sujeito, co-construir métodos de trabalhos nos CAPS, práticas de educação permanente na rede de atenção psicossocial e intervenções comunitárias podem ser caminhos que solidifique novos paradigmas de cuidado em saúde mental.

Na contemporaneidade, há novas modalidades de tratamentos mentais em que o usuário é colocado nos moldes que convida à reabilitação e ao direito de exercer sua cidadania, mas à luz da lógica manicomial, isto é, tem sido vivido o modelo antigo da clínica psiquiátrica com novas roupagens. O processo de desinstitucionalização, reabilitação social, responsabilidade relacional e protagonismo do sujeito foram apresentados de um modo geral pelos autores no decorrer do texto como agentes potentes de mudança da reforma psiquiátrica. Defendo que estudos deste cunho contribuem para gerar reflexões e consequente melhoria sobre o processo de desinstitucionalização, reabilitação social e protagonismo do sujeito tanto no processo de formação dos profissionais quanto nos serviços de saúde.

Os trabalhos localizados apontam para a importância da participação ativa do usuário em seu tratamento de saúde mental e a importância de construir novas formas de viver e dar sentido a existência do sujeito, considerando não só a condição da loucura, mas também a dinâmicas relacionais desse sujeito com outros e com o mundo, sendo o CAPS um espaço potente na efetividade disso.

Além disso, reinventar a prática multiprofissional é imprescindível para romper o ciclo

de cuidado enrijecido e escasso de recursos, afinal, reinventar a prática é reinventar a vida. Projetos que incluam os sujeitos em participações políticas e sociais pela via colaborativa é um caminho emancipatório; resgatar esse sujeito da invalidez para a potência facilita o surgimento de agentes de mudanças e pertencimento de si.

Nessa direção, como dito anteriormente, aproximar o serviço e a comunidade é uma via que gera quebra de preconceitos, reafirma compromissos sociais, inclui e integra os sujeitos no território em que estão inseridos. Não basta incluir, mas integrar a loucura nesse espaço de circulação como ela se apresenta e não de forma lapidada como é o desejo do enclausuramento.

Ainda no campo das provocações é crucial destacar que, apesar haver a defesa da mudança de paradigma de cuidado, de que o sujeito pertença ao seu lugar no tratamento e no mundo, a maioria dos estudos nesse campo dá voz à gestão, à equipe profissional, aos familiares para falarem sobre o sujeito. Entretanto, onde está o sujeito dizendo por si do tratamento do qual ele deveria ser o foco? Nesse sentido, não parti do desmerecimento das pesquisas que abarcam esse viés, porém de uma reflexão sobre de qual sujeito se diz.

Apesar da identificação de contradições e práticas que caminham à sombra manicomial, é importante ressaltar que o campo da saúde mental tem conseguido romper de alguma forma com paradigmas manicomiais e criar novas formas de estar e intervir com esses sujeitos.

Sugiro que novos estudos sejam realizados nesse enfoque, fomentando investigações e propostas que alinhem a pesquisa e o campo da prática, tanto pela perspectiva do sujeito que utiliza o serviço de saúde quanto pela equipe que compõe esse espaço.

3. Percurso Metodológico

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovakloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das duas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - Pai, me ensina a olhar! (Eduardo Galeano).

Começo este capítulo com Eduardo Galeano sobre a função da arte, pois ele me ajuda a pensar a função de outros percursos, como a pesquisa científica. Discorrer sobre o caminho da construção dessa pesquisa me convoca a revisitar memórias, afetos e escolhas, inclusive para compreender meu lugar enquanto pesquisadora e a dinâmica de um processo de pesquisa o qual, por vezes, é composto por tensões, resignificação e perenidade no decorrer de seu desenvolvimento.

A pesquisa científica é composta por etapas internas e externas ao sujeito. Isso diz respeito ao estado de presença que o papel de pesquisadora me convoca, revisitando experiências e as vozes que me compõem enquanto sujeito no contexto que ocupo. Essa etapa me permite vincular aos participantes da pesquisa os quais também são compostos por suas respectivas histórias de vida e os enunciados que lhes sustentam no mundo.

Nesse sentido, aposto na ideia de que um estudo tem seu início no insight da proposta, no decorrer de sua elaboração, nos passos posteriores dados enquanto coletivo caminhando do singular ao plural, ampliando repertório de conhecimento e de mundo.

O percurso do desenvolvimento de um estudo é, por vezes, complexo, mutável, atravessados pela dialética e pluralidade da experiência do conhecer, do explorar, do dialogar e do construir. Para a escrita desse capítulo, revisito os momentos de estudos, reflexões, reformulações, desencontros, potências e tensões dessa caminhada até aqui.

Amorim (2002) escreve que a pesquisa contemporânea colabora no enfrentamento da chamada imparcialidade ou neutralidade do pesquisador. Fazer pesquisa é produzir

conhecimento constituído por múltiplas vozes.

O ato de implicar-se na pesquisa, questionar e ter um olhar sensível e crítico ao que é vivido no contexto marca o início do percurso da pesquisa. Assim, um dos sentidos da realização de um estudo é calcado no contato com o outro que se transforma por meio do nascimento de novos saberes, novas formas de existir.

A metodologia permite construir caminhos e dar forma a uma pesquisa por meio de sistematização do processo de produção do conhecimento, das descobertas, da análise dos dados obtidos, das reflexões e conseqüente do surgimento de novos conhecimentos que afetarão muitas vidas. A proposta deste estudo toma esse caminho calcado no pressuposto de que pesquisadora e sujeito da pesquisa compartilham e se constituem em um cotidiano comum a eles.

3.1 O Cenário da Pesquisa

Quando surgiu o desejo de realizar esta pesquisa, alguns locais foram tidos como possibilidades para ser o campo de estudo, como os CAPS 2 e 3 da cidade de Uberlândia. Entretanto, as circunstâncias das políticas de saúde, desenvolvimentos de pesquisas científicas e gestão de políticas sociais atuais contribuíram para que buscasse instituições fora da cidade de Uberlândia, o que corroborou para que o local de pesquisa fosse o CAPS Maria Boneca, situado em Uberaba no estado de Minas Gerais. O CAPS Maria Boneca é um dos projetos sociais desenvolvidos pela Fundação Gregório Barenblitt onde, além do CAPS, foram instituídas residências terapêuticas. Para a presente pesquisa, me debruçarei somente no CAPS Maria Boneca.

Uberaba é uma cidade próxima à Uberlândia com aproximadamente 330.000 habitantes. A cidade conta com diferentes dispositivos públicos de cuidados em saúde mental, dentre eles: Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios clínicos especializados, quatro CAPS, Hospital de clínicas da Faculdade UNIUBE e um Sanatório Espírita.

O Sanatório Espírita é uma instituição filantrópica e foi fundado em 1933 por Maria Modesto Cravo e Dr. Inácio Ferreira, este que por muitos anos foi diretor clínico da instituição e tem em sua homenagem a nomenclatura de um dos CAPS da cidade de Uberaba. Por muitas décadas o cuidado em saúde mental foi centralizado nesse espaço, e até os dias atuais esse local é referência de tratamento para familiares, profissionais e algumas pessoas em sofrimento psíquico. Apesar disso, a cidade abriga outra instituição que é referência não só local, mas nacional: o CAPS Maria Boneca.

Esse CAPS é diferente de muitos outros, pois a equipe profissional tem abertura para participar de estudos científicos; suas intervenções são calcadas nos preceitos da reforma psiquiátrica o que exige da equipe um esforço criativo; eles participam habitualmente de cursos visando aprimorar suas práticas; há um compromisso cotidiano entre o serviço e a comunidade consolidado pela luta antimanicomial pela via de intervenções urbanas, programas informativos e principalmente, cuidado humanizado.

Vale destacar que o CAPS Maria Boneca é uma fundação, não vinculada à prefeitura municipal ou organizações sociais, o que contribui com desburocratização do serviço, promovendo autonomia para acessar recursos, desenvolver atividades e intervenções com os usuários que, provavelmente encontraria dificultadores em outros arranjos. Outro aspecto relevante é que, o CAPS tem 3 membros que compõem sua coordenação e todos estão presentes e atuantes no serviço desde sua fundação, há 30 anos. Esse fator reflete no compromisso com o serviço prestado, além de participarem horizontalmente da escolha dos profissionais que ali são incluídos, das atividades desenvolvidas. Entretanto, noto que esse serviço funciona em alguma medida de forma isolada das demais instituições da cidade e isso se dá por ser uma instituição desligada dos vínculos burocráticos com a prefeitura local.

Fiz o primeiro contato com a coordenadora da instituição via telefonema onde apresentei minha proposta de pesquisa. Ela se interessou em ter a instituição como

coparticipante, mas daria uma resposta final após decidir em equipe. Após 7 dias, retomei o contato e tive a afirmativa da autorização e assim agendei uma visita para que a equipe me conhecesse e apreciasse minha proposta. A declaração com o aceite da instituição pode ser localizada no apêndice A deste trabalho.

Compareci à visita técnica e após a instituição acolher oficialmente a proposta, dei encaminhamento com a submissão do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia. A equipe profissional do serviço esteve disponível todo o tempo e foi colaborativa para o bom desdobramento da pesquisa. Estive na instituição durante 10 semanas para realizar a pesquisa.

O CAPS Maria Boneca é composto por uma equipe multiprofissional, contendo: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psiquiatras, farmacêuticos, assistentes farmacêuticos, assistentes administrativos, terapeuta ocupacional, assistentes de limpeza e atende aproximadamente 400 pessoas.

Como equipe complementar, há professores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) que desenvolvem atividades com estagiários de psicologia e terapia ocupacional na instituição, além de oficinairos que dão aula de dança, yoga e pintura. Me chama a atenção o termo que os usuários utilizam quando se referem ao CAPS: “casa”. Esse pseudônimo é também utilizado por parte da equipe profissional, especialmente a coordenação.

A instituição funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 8:00 às 16:00 hr. É caracterizada como CAPS 2 na classificação feita pelo Ministério da Saúde do Brasil. O espaço físico é amplo e colabora para que as atividades em grupo sejam desenvolvidas com segurança e conforto. Além desses espaços, a instituição conta com salas para atendimentos individuais, grupais, ateliê de materiais artísticos, cozinha, horta e banheiros.



Fig. 1- Foto da entrada do CAPS Maria Boneca. Fonte: Acervo pessoal



Fig. 2- Foto de um dos espaços para realização de atividades em grupo.
Fonte: Acervo pessoal.



Fig. 3- Espaço de realização de oficinas Fonte: Acervo pessoal.

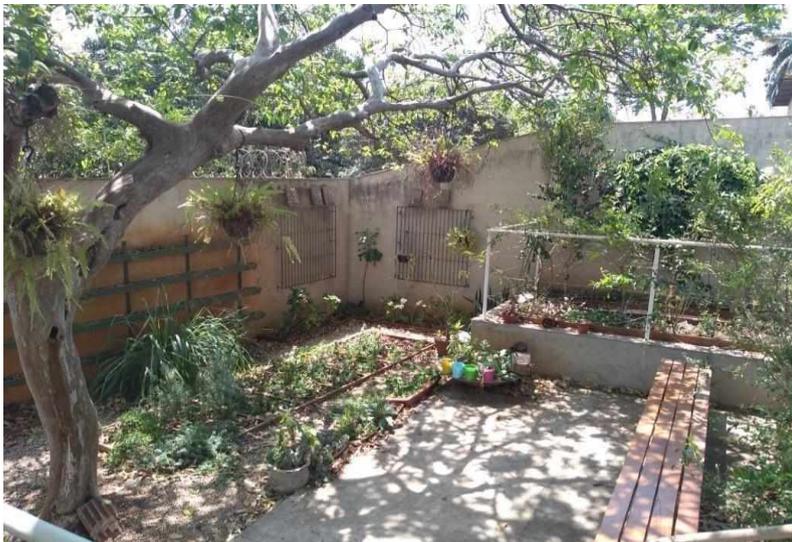


Fig. 4- Horta construída e cultivada pelos pacientes.
Fonte: Acervo pessoal.

“Eu sou porque nós somos”: uma breve apresentação sobre os atores do estudo.

Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias. (Eduardo Galeano)

A primeira etapa no campo da pesquisa foi o processo de aproximação com o serviço e a escolha dos entrevistados. Esse processo durou aproximadamente 10 dias, em período integral, compartilhando da rotina, de algumas intervenções e de atividades do CAPS. Nessa etapa inicial, a equipe do CAPS colaborou e mediou para o bom desenvolvimento do estudo.

A escolha dos participantes da pesquisa foi feita a partir de reuniões, assembleias e oficinas somado ao convite de algumas profissionais do serviço, especialmente a coordenadora e duas psicólogas da instituição que estiveram à frente na mediação entre mim e os usuários.

A metodologia utilizada para escolha dos participantes consiste no processo *snowball* ou bola de neve. Segundo Baldin e Munhoz (2011):

[...] essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto. (p.332)

Essa é uma estratégia que acontece em rede, isto é, os participantes iniciais indicam outros, que atendam aos critérios, para participação no estudo, tendo em comum o contexto em que estão inseridos. No caso desta pesquisa, a coordenação do CAPS facilitou minha inserção no serviço e convidou alguns sujeitos para participarem das entrevistas comigo. Esses mesmos sujeitos também fizeram papel mediador quando me auxiliaram a identificar os outros participantes e assim sucessivamente.

A técnica bola de neve auxilia no desenvolvimento de pesquisa voltada para grupos de

difícil acesso, grupos estigmatizados e excluídos dentro de um contexto social (Vinuto, 2014). Isso corroborou com o bom desenvolvimento da etapa inicial da pesquisa de campo e para o encontro com os dez sujeitos escutados; dez histórias de vidas compostas por inúmeras vozes e sentidos estabelecidos.

Nestes enquadres, mediados pela experiência da linguagem, me conectei, enquanto pesquisadora e ouvinte das narrativas, estando atenta aos aspectos que compunham aquele espaço e o sujeito entrevistado, apropriado de sua história, suas emoções e compreensões acerca do que lhe era perguntado.

Foi eleito o número de 10 participantes a serem entrevistados sendo 8 mulheres e 2 homens na faixa etária entre 27 e 60 anos, escolha feita respeitando também os critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo.

Como critérios de inclusão foram considerados:

1. Ser maior de 18 anos;
2. Os entrevistados podem ser homens ou mulheres;
3. Estar em tratamento no CAPS Maria Boneca há pelo menos 12 meses;
4. Ter o tratamento classificado em regime intensivo e/ou semi-intensivo;
5. Estejam de acordo e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

E, por exclusão foram respeitados os seguintes critérios:

1. Ser menor de 18 anos;
2. Estar sob tutela judicial de terceiros;
3. Não concordar e recusar a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios para participação da pesquisa foram necessários para dar forma à proposta e todos os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) vide apêndice B. Cada sujeito se relaciona com sua condição de estar no

mundo amparado de seu repertório de experiências e falas internas, o que me permite conectar com a multiplicidade de formas e afetos presentes no contexto.

Aqui há Marias, Joãos, Josés e Adélias com histórias de vida que me aproximam da potência de ressignificação e transformação, paralisias vividas perante dificuldades, ausência de palavras que dão conta de nomear o inominável, palavras que buscam transformação.

As entrevistas foram previamente agendadas e tiveram duração de aproximadamente 50 minutos. Elas aconteceram em uma sala reservada cedida pela equipe do CAPS respeitando o sigilo do que fora conversado e que concedesse conforto para os participantes.

Durante as minhas conversas, estive disponível para acolher os entrevistados, caso fosse necessário, visto que poderiam emergir memórias, lembranças que pudessem desencadear reações emocionais nos sujeitos. Essa medida foi importante de ser considerada, pois cada conversa, a seu modo, mobilizou as pessoas que ali estavam e foi necessário em alguns momentos o acolhimento e escuta cuidadosa ao revisitarem algumas lembranças.

A seguir, a tabela 4 descreverá brevemente os participantes da pesquisa indicando o nome fictício, idade e breve apresentação dos sujeitos entrevistados. Na análise dos dados, os participantes serão identificados com nomes fictícios em respeito ao sigilo e ética na pesquisa.

Nome fictício	Idade	
Joaquim	32 anos	Homem que conhece e respeita sua história e que tem uma lista de sonhos e vontades a serem realizados.
Luiz	39 anos	Homem sensível e que encontra na arte uma possibilidade de se localizar no mundo. Uma de suas versões existenciais busca o proteger das mazelas sociais para não perder a si próprio.
Madalena	61 anos	Mulher que por muitos anos cuidou de todos deixando de lado a si mesma. Somado à isso e a sobrecarga de seu trabalho colapsou em uma crise psíquica mas que hoje se reestabeleceu pela via do autocuidado e dos diferentes apoios coletivo no CAPS.
Alzira	59 anos	Uma mulher que atravessou muitas lutas cotidianas sendo a mais recente o assassinato de sua filha por feminicídio. Uma pessoa que ressignifica suas dificuldades e que aprendeu nas oficinas de tear do CAPS, outras formas de costurar o que lhe afeta.
Rita	57 anos	Ex-professora, é uma pessoa cheia de vontade de aprender e ensinar. Após crises emocionais, descobriu outras forma de experimentar a vida, as relações e até mesmo outra profissão.
Ana	51 anos	Mulher de poucas palavras mas muita história, enfrentou violências físicas e emocionais nas diversas internações psiquiátricas que viveu e hoje em dia deseja viver cada dia mais uma vida que faça sentido para ela.
Helena	58 anos	Uma mulher que foi devota a sua religião, aos pais e que sumariamente viveu experiências de violências de diversas ordens. Hoje, apesar das limitações físicas e psíquicas consegue desfrutar da vida e não estar refém dos outros ou das oscilações de humor.
Ruth	64 anos	A morte, vulnerabilidade social e abusos poderiam ser palavras que contaria sua história. Entretanto, ela tem construído outras formas de viver acolhendo suas emoções dando vazão aos comportamentos agressivos que até pouco tempo a definiria.
Odete	5anos	Desde sua infância, a agressividade física e maus tratos foram experiências presentes em sua vida. Cotidianamente buscou sua emancipação e autonomia com laços destrutivos,e, atualmente, a impulsividade e comportamentos destrutivos tem dado espaço para autenticidade e libertação.
Rosa	60 anos	Mulher presente e envolvida nas lutas sociais, especialmente a luta antimanicomial, encontrou no serviço humanizado o acolhimento para descansar das ansiedades, ressignificar fatos pessoais e encontrar no afeto a potencia da vida em coletivo.

3.2 Procedimentos da Pesquisa

Nesta seção, apresentarei os procedimentos eleitos para a etapa de realização da pesquisa no campo, abarcando a observação, diário de campo e entrevista. Guiada pela postura de ser *sujeito-pesquisadora-autora inacabada* no mundo, ao adentrar no CAPS, revisei emoções e expectativas quanto ao que iria vivenciar ali. Esse processo está relatado integralmente em meu diário de campo. O conteúdo presente no diário servirá como bússola para desbravar essa experiência, para me manter presente e atenta ao que experienciei, além de contribuir com o estabelecimento do vínculo entre mim e os sujeitos que lá estavam.

Os procedimentos de construção das informações da pesquisa se deram por intermédio da observação, do registro em diário de campo e da entrevista semiestruturada. A observação esteve presente durante todas as etapas do estudo e por isso contribuiu no refinamento e qualidade da pesquisa qualitativa (Gil, 2008).

Queiroz, Vall, Souza e Vieira (2007) apontam que “a observação participante consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação” (p. 278).

Estar imersa no campo, permitiu-me comungar com os sujeitos no CAPS da realidade composta por tensões, conflitos e pelas dinâmicas relacionais estabelecidas do cotidiano. A observação e o olhar estrangeiro propiciaram dar sentidos ao que ali era experienciado. De forma complementar, estar atenta ao campo convidava-me a estar atenta a mim e a relação estabelecida com a pesquisa.

Coerente com minha proposta de estudo e por ser estrangeira naquele território, minha implicação no decorrer do processo de observação foi calcada no vínculo e honestidade com os sujeitos ali presentes (Queiroz et al., 2007). A vinculação foi um processo gradual que propiciou abertura para a autenticidade e confiança na proposta e manejo do estudo.

Concomitante com a observação, o diário de campo foi outro documento que me acompanhou durante a etapa no campo da pesquisa. Junior et al. (2017) apontam que os documentos estão ligados às suas realidades sociais e dizem muito a respeito das sociedades aos quais foram ou estão inseridos. Essa forma de documentar o que era vivido me auxiliou a atentar a possíveis ajustamentos necessários de serem feitos na pesquisa, como por exemplo, mudanças no roteiro da entrevista e na escolha dos sujeitos entrevistados.

Diehl et al. (2006) escrevem que a experiência sobre o diário de campo se apresenta como outro espaço conhecimento, pois não se restringe a narrar e descrever os acontecimentos e experimentações como um fim em si mesmo, mas, implica necessariamente a inclusão do pesquisador no campo. Em complemento, Pereira e Freitas (2018) apontam que o diário é um dos pilares na formação do profissional. Ele é pioneiro também na identidade da pesquisa e dos resultados originados dela.

A decisão de confeccionar o diário veio em uma das orientações feitas entre mestrande e orientadora onde, alinhei que esse recurso me ajudaria a elaborar a experiência vivida no campo além de ser fundamental no processo de desenvolvido. O relato serve como um guia que vincula e acolhe as emoções e intervenções escolhidas no campo. O primeiro trecho do diário *“Cheguei ao CAPS para acompanhar a rotina com um misto de ansiedade, receio e reflexiva. Penso: será que dará certo? Esse era o meu pensamento principal e simultaneamente estava empolgada e disponível para a experiência (Dia 01- 17/09/2019).”*

Consultar diariamente o diário de campo, me reconectava com o que vivi no serviço no dia anterior, me auxiliava a entender o que sentia e não conseguia nomear nos momentos de observação e das entrevistas, me colocava diante de mim mesma como pesquisadora, estranha naquele contexto e simultaneamente, aspirante a bons encontros e trocas naquele espaço.

Outro registro do diário refere-se à percepção da dinâmica daquele serviço. A incerteza do que iria se desvelar também me acompanhava no percurso. Esse sentimento me convocava

a revisitar o roteiro da entrevista bem como a me manter atenta e presente naquele cenário, já que era ali que os desdobramentos da incerteza que sentia iriam se revelar.

Pela manhã acompanhei uma oficina de dança em que muitos dos pacientes participaram. Me chamou a atenção que até mesmo os pacientes em crises graves ou crônicos compreenderam e participaram da atividade. Me coloco em observação-participante-atenta e o tempo todo perguntava a mim mesma: como eu estou agora? Me impressiona como a rotina desse CAPS é diferente dos outros em que já estive. É um CAPS que não preenche o tempo integral com atividades, que olha e dá importância ao corpo e não de forma estrita para a mente. (Dia 01 - 17/09/2019)

Dessa forma, o diário se apresenta como uma ferramenta de elaboração, visto que permite explorar a transversalidade das situações do campo e fomenta um processo prático-reflexivo, transitando da posição de detentor do saber para o lugar de fazer junto do sujeito.

Conforme me familiarizava com os sujeitos, agendei as entrevistas as quais foram realizadas gradualmente. A entrevista é um momento de construção de vínculos e relação de confiança. Assim: “o encontro com um interlocutor exterior ao universo social do entrevistado representa, em vários casos, a oportunidade de este ser ouvido e poder falar de questões sociais que lhe concernem diretamente” (Zago, 2003, p.301).

Esse é o momento de dirigir ao outro com uma postura implicada em que ele atribui sentidos e significado a seu enunciado. Aqui, o tipo de entrevista escolhida foi a entrevista individual em formato semi estruturada. O formato individual contribuiu para explorar de forma mais detalhada as experiências e assuntos que emergiram no campo com o outro, permitindo adentrar em assuntos particulares que pudessem contribuir com o estudo (Gaskell, 2002).

A estrutura semiestruturada permite que o entrevistado responda e se expresse de forma livre, não formatada pelo entrevistador sendo o entrevistado o condutor dela. Para isso,

enquanto pesquisadora, busquei oferecer um espaço flexível para escutar o sujeito e permitir que ele expressasse aquilo que achava necessário, inclusive o que não fazia parte do roteiro de perguntas da entrevista (Bleger, 1980).

A entrevista foi cuidadosamente pensada, tendo como tópicos-guias os assuntos que mobilizam esse estudo: saúde mental, tratamento no CAPS, participação dos usuários em seu tratamento, história de vida. Esse momento de preparação visa minimizar possíveis erros, garantir a qualidade do estudo e proporcionar uma conversa acolhedora e produtiva entre o entrevistador e entrevistado (Gaskell, 2002).

O roteiro da entrevista pode ser localizado no apêndice C. Esse modelo permitiu acessar informações da história de vida, delineamentos do tratamento de saúde, o envolvimento e participação de cada sujeito em seu tratamento. Apoiada em Campos (2014), concordei que o método qualitativo tem o foco no desenvolvimento do processo em detrimento do resultado final. Assim, para aprofundar nas informações acessadas e construir uma análise minuciosa, limitei o número de entrevistas individuais para 10.

Ressalto que os tópicos explanados foram guias que auxiliaram a delinear o momento da entrevista, não tendo como finalidade direcionar e reduzir a fala dos sujeitos. Além disso, o diálogo foi conduzido mediante as respostas que os participantes compartilhavam. Zago (2003) nomeia o processo descrito acima como entrevista compreensiva, por permitir que a problemática aconteça e se desenvolva à medida que se faz a pesquisa, em todas suas etapas.

As entrevistas foram gravadas de forma cuidadosa para que não interferisse no desenvolvimento do diálogo e esse procedimento foi respeitosamente acordado entre a pesquisadora e os participantes. Após terem sido transcritas, todo o material foi desgravado.

3.3 Procedimentos de Análise: Compreendendo o Discurso para Lapidar Caminhos

Os encontros duraram cerca de 5 semanas, acontecendo em dias espaçados um do outro. Após terminar essa fase, os diálogos foram transcritos para posteriormente o material ser

minuciosamente analisado.

Dessa forma, a análise do *corpus* de pesquisa foi composta de sucessivas etapas que não aconteceram necessariamente nessa ordem, mas contemplam: transcrição das entrevistas, leitura do material obtido, releitura de textos que embasam o estudo e releituras das anotações feitas no diário de campo. A identidade dos participantes foi preservada com a estratégia de utilizar nomes fictícios ao longo do texto e com a omissão de informações pessoais.

O momento da transcrição das entrevistas foi permeado pela memória das sensações e reflexões do momento que foram realizadas. Esses fatores presentes no campo que contemplam o espaço físico, a relação entre o sujeito e eu, são bússolas na construção de um material dialógico e potente.

Como pesquisadora implicada no contexto em que estava inserida, o discurso dos sujeitos se apresenta não somente como enunciados desconexos ou soltos, mas também como possibilidades de constituição e transformação dos sujeitos. Perante isso, Castro et al. (2011) compreendem que “o discurso é uma possibilidade de ação social pela qual os seres influenciam-se reciprocamente e constroem o mundo que os cercam” (p. 92).

Pela relevância desse preceito, o método utilizado no presente estudo é a análise a partir da compreensão dos núcleos de significação. É importante ressaltar que essa forma de compreender o enunciado não é pautada em resoluções dadas e aplicadas a priori aos sujeitos, na verdade, exige elaborar e construir caminhos singulares perante cada sujeito da pesquisa. A busca almejada não diz respeito à determinação estável da comunicação e interação, mas com a potência da polissemia do discurso. (Castro et al., 2011)

A análise a partir dos núcleos de significação segue o modelo proposto por Aguiar e Ozella (2006, 2013) consubstanciado pelos estudos de linguagem, pensamento, significado e sentidos que compreende o sujeito na relação dialética com a história, com o social sendo entendido como sujeito singular e histórico. Esse tipo de análise é comprometido com o ato de desvelar fatos, contradições e lacunas para, assim indicar proposições críticas e menos determinantes.

Para elaboração dos procedimentos de análise, as entrevistas foram submetidas a exaustivas leituras, flutuantes e posteriormente analíticas, respeitando os processos pré-indicadores, indicadores temáticos e a constituição dos núcleos de significação, que não ocorreu necessariamente nesta ordem linear. Nas leituras das entrevistas, selecionei trechos e palavras as quais a partir daquele contexto denunciavam significados relevantes que viriam a colaborar com o processo de análise das informações obtidas. Tais narrativas contam das produções subjetivas dos sujeitos que, em um determinado recorte histórico, constituíram sentidos de realidade. A partir da organização das entrevistas, os seguintes indicadores foram identificados e subdivididos em núcleos primários para análise:

- O caps e suas funções;
- Autoconsciência, emancipação;
- Participação no processo terapêutico;
- Manifestações de sofrimento advindos de marcadores sociais;
- Manejos institucionais;
- Intervenções manicomiais;
- Inserção do usuário na rotina do serviço;
- Protagonismo;
- Violências, exclusão.

A escolha desses critérios se sustentou na frequência com que os marcadores demarcaram lugares no adoecimento dos sujeitos, a intensidade com que os mesmos aconteciam onde foi identificado a necessidade de estudar e aprofundar a compreensão dos dados de realidade apontados por aqueles sujeitos. A partir disso, foram eleitos três núcleos que compuseram os objetivos específicos desta pesquisa: identificar como acontece os percursos terapêuticos delineados no CAPS, a participação social dos sujeitos que são acompanhados no serviço e os impactos dos marcadores sociais: exclusão, violência de gênero e trabalho no processo de adoecimentos dos sujeitos entrevistados.

O caminho descrito anteriormente engloba os elementos do enunciado o qual é modulado por quem fala em um contexto social, histórico, cultural e ideológico e a interação, movimento que aconteceu entre pesquisadora e pesquisado em um dado meio social, gerando interações verbais e não-verbais.

Dito isso, esse texto reflete a compreensão de múltiplas vozes e perspectivas canalizadas na contemplação e compreensão mediada por mim, enquanto pesquisadora incluída naquele momento social e histórico juntos dos atores deste estudo objetivando ampliar repertório e circulação das palavras em detrimento da relação causa e efeito ou inferências deslocadas daquele cenário.

3.4 Considerações Éticas

Antes de iniciar os procedimentos de pesquisa, esse projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, identificado pelo parecer de aprovação consubstanciado, identificado pelo número 3.849.012 conforme apresentado no apêndice D.

Atendendo aos critérios éticos, nas entrevistas, inicialmente apresentei para cada entrevistado a proposta da pesquisa e, após o consentimento dos sujeitos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado, lido e assinado em duas versões em que nelas consta meu contato, possibilitando me contatar, caso houvesse necessidade, durante o período da pesquisa.

Os nomes utilizados no decorrer do texto e na análise dos dados dessa pesquisa são fictícios, respeitando o sigilo e não identificação dos sujeitos conforme acordado previamente. Por fim, em consonância com o propósito da pesquisa e em respeito ao desejo do serviço de saúde e dos participantes da pesquisa, estabeleci com eles o compromisso de dar uma devolutiva pessoalmente ao final da pesquisa.

Em continuidade, os próximos capítulos do texto culminarão nas análises construídas a partir da experiência e conteúdo que emergiram nas entrevistas. O processo de análise foi feito mediante leitura exaustiva das entrevistas e categorizadas em três pilares. Posteriormente,

na seção das considerações finais são apontados e comentados os resultados alcançados com a pesquisa.

4. CAPS: Cuidado, Reabilitação e Acolhimento

*“[...] ter que ter suas convenções
 A tudo que é normal Olha suas tradições Há uma perdição Quase
 infinita
 As respostas decoradas, para toda a vida. Pensamentos soltos, pensamento livre, te
 revive
 Liberta para amar Vamos aumentar
 Te torna ao ser livre, uma alma imortal
 Não tente ser normal, não tente ser normal.”
 (Música autoral do entrevistado: Luiz).*

O trecho eleito para iniciar esse capítulo após o título é de uma música composta por um dos entrevistados, que a cantou durante a entrevista para ilustrar seu entendimento sobre o que é ser um sujeito compreendido no tratamento que ele faz no CAPS: para ele é ter pensamentos livres.

Com sabedoria e sensibilidade, Luiz me convoca a olhar para o cuidado ofertado no CAPS ao sujeito em sofrimento mental. A seu modo, ele me convida a colocar a doença entre parênteses e estar com o outro em sua integralidade, como diz Basaglia (2010). Como o tratamento no CAPS tem sido pensado para os sujeitos em sofrimento mental? Como construir novas estradas se não me atentar para como tenho caminhado?

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo contextualizar as ações de cuidado oferecidas no CAPS e analisar as configurações de tratamentos que acontecem nesse espaço, especialmente no que tange ao cuidado, acolhimento e reabilitação social dos sujeitos. Pensar na dinâmica de funcionamento do CAPS atualmente implica em reconhecer as transformações que aconteceram ao longo da história, identificar engessamentos, reaver minha disponibilidade ao encontro com o outro e em como esse encontro se dá. Para isso, inquietações são necessárias por diversos atores sociais.

Cotidianamente, familiares de usuários do serviço de saúde mental, profissionais e pesquisadores indagam: a reforma psiquiátrica proporciona transformações no campo da saúde mental? Os CAPS funcionam? Quais os benefícios desse serviço no tratamento do sujeito?

Se essas perguntas existem é porque há motivações que as sustentam. Aqui não pretendo ocupar o pretensioso lugar de fornecer respostas e definições libertadoras. Meu propósito é trazer à tona provocações adormecidas nas entrelinhas do cotidiano dos serviços.

Yasui et al. (2018) escrevem que a reforma psiquiátrica é um processo em continuidade e reflete o momento histórico em que ela está inserida. A motivação central de seu surgimento é calcada na mudança de compreensão e ação no tratamento dos sujeitos assistidos pela saúde mental, promovendo ruptura e superação do modelo biomédico.

Uma das insuficiências do modelo biomédico é excluir a participação de outras ciências que também constitui o sujeito e seu contexto. Assim, acontece a desconsideração dos aspectos sociais, históricos, psicológicos e culturais do sujeito e seu campo, solidificando a compreensão biomédica nesse cenário.

Isso não isenta a premissa de que, ainda que presentes, tais aspectos possam reproduzir de forma naturalizante o olhar ortopédico para o sujeito. Esse olhar encaixa a pessoa na lógica de objeto de um saber anterior a ele mesmo, o que produz silenciamento de sua própria experiência (Puchivailo & Costa 2019).

Entretanto, se a reforma psiquiátrica é resultado do momento histórico que a gesta, isso me permite criar propostas de intervenções e novos ofícios no campo da saúde mental, afinal, se sou parte da problemática, também faço parte de sua solução.

Dessa forma, como diz Yasui (2006) tenho a possibilidade de atentar para a práxis experienciada em que ideias originadas de ações da assistência em saúde mental que se transmutam em teorias e técnicas, implicam também na transformação daquelas. De um modo geral, os CAPS são instituições de potencial efetivação das mudanças necessárias perante novas estratégias de tratamento ao sujeito, mas não por isso está isento de falhas nas ações propostas com os usuários.

Antes de apontar as transformações ocorridas e anunciadas nesse cenário, vale

considerar que o CAPS ocupa a função de ser meio e não fim; é um serviço propulsor de possibilidades, instrumento de novas estratégias construídas a muitas mãos e composto por diversos atores (Yasui, 2006).

Nestes dispositivos de saúde, o tratamento é construído estrategicamente, sendo guiado por ações, como: o acolhimento inicial, elaboração do projeto terapêutico singular (PTS), de atendimentos individuais e de grupos, oficinas terapêuticas e oferta de acompanhamento estendidos às famílias e acompanhantes desses sujeitos. Essas práticas precisam estar inseridas e alinhadas ao território em que o serviço é oferecido, assim como a outros pontos da rede de saúde.

O planejamento estratégico em compasso com o território e considerando suas particularidades, discordâncias e recursos presentes, é uma das principais rupturas feitas com a lógica hospitalocêntrica. Planejar estrategicamente implica em elaborar um projeto de acompanhamento singular, mas não individualizante, primordialmente junto ao sujeito assistido no serviço, afinal a proposta visa à ruptura de paradigmas ortopédicos.

O serviço de saúde aberto convida para a circulação de potência, resgate da voz dos sujeitos e produção coletiva da vida, dando oportunidade para a construção de novos sentidos e intervenções. Conforme diz Goffman (1974) “um serviço de porta aberta orienta-se pelo acolhimento ao acontecimento, à vida que se apresenta cotidianamente com todas as suas misérias e belezas” (p.4).

O serviço aberto-fechado não se refere exclusivamente à noção espacial. O serviço compreendido como portas abertas permite a livre circulação dos sujeitos, os horários de entrada e saída do serviço são negociáveis assim como a frequência do acompanhamento e preconiza o acesso integral à assistência havendo descentralização do cuidado exclusivo pela psiquiatria. (Almeida e Arruda, 2019).

No capítulo sobre a metodologia, apresento a dinâmica de funcionamento do CAPS

Maria Boneca e os aspectos que colaboram para que a instituição atue de forma inovadora no campo da saúde. A concepção do meu olhar para o serviço foi construída gradativamente, desde o contato inicial até o período de partilha presencial, de observar e minimamente compartilhar do espaço. No primeiro dia, após acompanhar uma oficina de esquizodrama onde foi trabalhado o rancor, relato em meu diário de campo: *“Saio dessa oficina com a sensação de potência dessas práticas, desse olhar. Da potência dos corpos, do afeto, da aposta na autonomia e respeito ao outro. Também me sinto acolhida por essa equipe”* (Dia 01- 17/09/2019).

A sensação de serem acolhidos e pertencentes, aparece na maioria das narrativas dos entrevistados, os quais por vezes se referem ao CAPS como “casa”. Além de sentirem-se amparados no CAPS, compreendo que os frutos resultantes das oficinas como a promoção da autonomia, geração de renda, construções de vínculos corroboram para que o CAPS Maria Boneca seja singular para os usuários. Entretanto, nesse contexto, noto posturas por parte do serviço que tutelam os sujeitos ao lugar de propiciar o cuidado. Essa é uma linha tênue que devo me atentar.

Dessa forma, essas estratégias são construídas no espaço de convivência do serviço que atua como facilitador na construção de vínculos e acolhimento entre os usuários que ali frequentam. Esses fenômenos reafirmam a autonomia dos sujeitos, construção de vínculos e a reabilitação social. Tais aspectos podem ser encontrados nos relatos de alguns usuários entrevistados:

“Olha, acho que a gente acaba tendo um convívio dentro do grupo, escutando uma fala, outra fala e se não é seu caso ou você passou por isso aí comenta: olha você tá assim eu passei isso assim. Então isso aí também acaba ajudando a gente demais” (Madalena).

O contexto da fala anterior diz respeito ao momento em que pergunto para Madalena sobre como ela percebe os benefícios do CAPS em seu tratamento. Escolhi este trecho para

elucidar a pluralidade de enunciados e experiências que vão compondo os sujeitos que ali frequentam e as reverberações das vivências e aprendizados que acontecem extramuros do CAPS.

Isto acontece quando, em um espaço terapêutico e seguro, o sujeito identifica vivências em comum com o outro, o que colabora com a ampliação de repertório experiencial, bem como a melhora na sensação de solidão, impotência e limitação na qual o sujeito está inserido.

Nesse caso, quando aponta que a palavra é composta de conteúdo vivencial e por isso há reação àquelas que despertam sentido a nossa vida (Corrêa & Ribeiro, 2012). A forma que o sujeito se apresenta ao mundo e se relaciona com ele, constrói uma dinâmica correlacional e coletiva em que as relações passam a ser edificantes na constituição do sujeito.

Perante isso, ressalto que o CAPS é um espaço de produção de saúde, preceito que perpassa metodologias e intervenções por ser calcado na integralidade. Este aspecto é ilustrado quando os sujeitos me contam que, para além das intervenções terapêuticas, há construção de vínculos uns com os outros. Isso corrobora a ruptura de limitações pragmáticas que privam o sujeito da vida em detrimento da patologia. A seguir, destaco outro relato que me chama a atenção nesse contexto:

“As amigas que eu tenho aqui são dez vezes maiores que as amigas do dia a dia que eu tenho do normal, sabe?! Porque o pessoal aqui eles gostam e se não gostam eles nem te olham. As amigas que você tem aqui são verdadeiras, tudo muito verdadeiro. Ninguém é obrigado a simular nenhum sentimento, então eu gosto disso, sou feliz aqui” (Rita).

A literatura nos apresenta compilados de conteúdos os quais nos incita a refletir sobre o tratamento ofertado pela equipe profissional para com o sujeito que trata. Rita e Madalena

nos convidam a ampliar esse preceito e nos atermos ao contato que acontece também entre os sujeitos que ali estão. Entretanto, não há outra forma de concebermos estratégias de cuidado, se não o fazermos nos encontros, levando em conta sua dinamicidade e pluralidade (Yasui et al., 2018).

Os aspectos da convivência cotidiana, em especial as atividades de grupo, tendem a colaborar com a aproximação dos sujeitos (Fidelis, 2018). Por compartilhar de objetivos e atravessamentos da vida em comum, esse contexto promove interações genuínas e cuidadosas, estimulando inclusive a ressocialização.

Em contraponto, vale apontar alguns reflexos decorrentes da convivência nos grupos. Percebo que o convívio social dos usuários fica restrito ao espaço do CAPS e também entre os usuários, o que dificulta a integração desses sujeitos nos espaços comunitários. Esse fato não é exclusivo ao CAPS Maria Boneca mas, nessa instituição, isso acontece como manifestação da dinâmica do serviço, visto as ações autônomas de funcionamento frente à rede municipal de saúde.

Somado a isso, há o interesse em manter uma conformidade no modo de atuação dentro do CAPS. Isso é notado no que diz respeito à abordagem esquizoanalítica comum a todos da equipe e seu modo de funcionamento, incluindo até mesmo os estágios profissionais que ali acontecem, as posturas e narrativas dos usuários entrevistados. Além disso, há uma dinâmica interna própria que lê como estranho e de forma desconfiada o estrangeiro que adentra na rotina do serviço, o que também revela em mim, pesquisadora. Registro

essa percepção em alguns momentos de meu diário, sendo um deles: *“(...)Neste dia, ao chega no CAPS, poucas pessoas da equipe foram solícitas comigo, muitos ríspidos e distantes. Acho que a ausência da coordenadora nesse dia colaborou para isso, inclusive uma sensação de estar deslocada aqui dentro deslocada nessa minha vinda hoje” (Dia 05-23/10/2019).*

O CAPS deve exercer o papel de ofertar cuidado para além das intervenções, sendo

mediador de possibilidades, ressignificados e propulsor de encontros. O contato com a autenticidade e compreensão de si acontece nas relações vivenciadas, pois só há singular se existir plural.

Os usuários notam a dinâmica interacional, acolhimento, qualidade das relações e humanização que acontece no serviço, o que tende a refletir nos encontros que acontecem entre esses sujeitos e na produção de intersubjetividade (Andrade e Bosi, 2015).

“Sinto que as vezes que eu tô nervosa, que eu choro, eu sinto que aqui tenho o que sempre quis ter na minha casa: entendimento e um carinho que me explicava com palavras doces” (Ruth).

Ruth me revela a confiança que sente no serviço do CAPS. Isso se dá pelo processo de vinculação com a equipe e a assistência ofertada aos usuários. Comumente, o espaço de onde o sujeito advém encontra-se cristalizado em seu cotidiano e isso acontece no modo de lidar com esse sujeito ou mesmo pelo ato de delegar a ele o papel de causador dos problemas ali existentes.

Esses fatores geram infertilidade no processo de reinvenção da vida e desenvolvimento do sujeito. O CAPS enquanto mediador do cuidado tende, de forma temporária, a ocupar um lugar de elaboração e ressignificação do que aconteceu com o sujeito bem como produção de intersubjetividade.

Outro fator importante que Ruth me relata é o sentimento de pertença estabelecido com o serviço e a familiaridade com as pessoas que pertencem a esse espaço. Esses elementos permitem que o sujeito reconheça a si mesmo, identificando suas necessidades e se permitindo ser acolhido, ademais torna-se sujeito pertencente a um lugar na relação e no contexto que ocupa (Fidelis, 2018).

Ao destacar as falas anteriores, sou convocada a pensar sobre o cuidado disponibilizado nos serviços substitutivos ao manicômio. O que é compreendido por cuidado? Como esse

cuidado é oferecido para o sujeito? Nos CAPS, pude perceber o entrelaçamento de dois formatos de cuidado preconizados: o cuidado com viés pragmático, calcado na rotina de consultas médicas e manutenção da rotina de medicações, e o cuidado intersubjetivo, o qual é voltado para o campo da subjetividade, das relações e dos afetos.

Conforme Fidelis (2018), valorizar a relação implica em criar condições para fomentar o cuidado com o outro. Sua construção acontece quando a existência da pessoa acompanhada tem significado para aqueles que estão envolvidos na assistência. Segundo Zoboli (2007), cuidado pode ser compreendido como

[...] demonstração de cuidado em que há cautela, prudência; aplicação e capricho ao realizar algo; zelo; atenção maior em relação a; preocupação; dever de arcar com seus próprios comportamentos ou com as ações de outrem (p. 65).

Essas definições se aproximam da adoção de um posicionamento comprometido com a pessoa assistida. O cuidado no campo da saúde é uma conduta de responsabilização e envolvimento com o sujeito (Yasui, 2006). A partir disso, é no cotidiano do serviço que adoto a postura de colocar entre parênteses a patologia, o sintoma e o estigma e me disponho a estar com aquele outro perante mim.

Nessa perspectiva, Campos (1997) salienta que o ato de acolher em sua forma mais ampla, contempla tanto a disponibilidade da equipe do serviço de saúde para as demandas que aparecem, quanto para a corresponsabilização de percalços no campo da saúde da comunidade ali assistida.

A disponibilidade e engajamento em estar com o outro e construir uma nova forma de cuidar está intrinsecamente ligada à ruptura do paradigma biomédico. A intervenção humanizada percebe e acolhe o sujeito em suas demandas, sua pluralidade e sua forma de existir.

Oliveira e Sant'anna (2017) dizem:

[...] Percebe-se que os sujeitos em sofrimento psíquico não desejam um diagnóstico, uma resposta formatada para aquilo que lhes aflige, mas, um cuidado mais efetivo no sentido de que possam sentir-se inspirados, acolhidos, respeitados em seus direitos e desejos (p.136).

Ao buscar tratamento, as pessoas que vivem em sofrimento psíquico, não procuram rótulos, diagnósticos e uma resposta formatada sobre si. Esses sujeitos buscam relações e serviços que os façam sentir respeitados e acolhidos em seus desejos e sofrimentos, que os escutem, e de forma corresponsável, construam possibilidades dignas de existência.

A necessidade de investimento nas premissas da busca e criação de novas formas de estar com o outro no serviço de saúde são compartilhados entre autores e profissionais que atuam nos CAPS no Brasil. Os sujeitos assistidos nesses serviços clamam há um tempo por essa postura, o que denuncia certa dívida histórica.

Luiz, um dos usuários entrevistados, é acompanhado pelos serviços de saúde mental há mais de duas décadas. Quando perguntado a ele o que em sua perspectiva dificulta seu tratamento, ele compartilha comigo:

“Quando eu começo a conversar, alguns acham que é filosofia, outros acham que é delírio, outros acham que é pura realidade...e nessa de carência de entrosamentos vão discutir e acabam produzindo um outro sintoma que é de interativos. E eu tava pensando em desenvolver um local em que só fique os incompreensíveis, tipo eu. Você acha que eu sou compreensível?”

-A: para mim você é compreensível. Eu te compreendo.

-Luiz: Mas você é treinada, né?” (Luiz)

Em sua fala, Luiz delata as lacunas e dívidas históricas que tenho com a população em sofrimento psíquico. Revisitar o contexto de formação profissional também faz parte da reforma. Uma escuta ortopédica possivelmente resultará em intervenções impermeáveis à potência humana e, dessa forma, perpetuo o manicômio que insiste em permear em nossa sociedade.

Escutar esse usuário me convida a revistar resquícios da lógica manicomial presente nos serviços, presentes em mim. Luiz é um sujeito diagnosticado com esquizofrenia paranoide e, caso o resumisse a isso, seu relato não teria legitimidade.

Entretanto, durante todo nosso encontro, percebi sua sensibilidade e capacidade de elaboração em relação ao que é considerado normal em nossa sociedade, da mesma maneira quanto aos conflitos familiares e internações psiquiátricas involuntárias que viveu, experiências sobre as quais construiu um olhar crítico. Esse olhar está presente a todo tempo da nossa conversa, em especial quando Luiz checa comigo se ele está sendo compreendido por mim, pois revela que nos espaço que ele ocupa, a sensação de ser incompreendido o acompanha, especialmente por ele não ter “*um texto único*” (SIC) para se expressar, como percebe em grande parte dos pacientes do CAPS.

Revisitei os arcabouços manicomiais, pois o fantasma de invalidação do sujeito louco assombra nossa sociedade, o que poderia resultar na deslegitimação desse sujeito. No momento em que o CAPS o indica para ser um dos entrevistados e quando Luiz e eu estabelecermos um vínculo que valide sua vivência, o fantasma tomará outras formas.

Ao ouvir Luiz, percebi como a vida em suas múltiplas facetas acomete cada ser humano de forma singular. Escutei um sujeito que, a seu modo, conseguiu dar voz ao que o assola. O que percebi desses sujeitos? O que faço com os enunciados que escutei deles?

A aposta na erradicação dos manicômios perpassa por cada sujeito. Assim, a

ressignificação das práticas até então exercidas e a construção de formas criativas de estar com o outro são combustíveis que fomentam a funcionalidade da reforma psiquiátrica atualmente.

Desenvolver uma escuta qualificada, cuidado humanizado, intervenções intersetoriais e coletivas são alguns dos preceitos abarcados que corroboram a vivência do cuidado humanizado. Portanto, o cuidado em saúde constitui-se no campo do encontro com o sujeito, sendo um ato que preserva a vida humana. Essa implicação diz respeito a um posicionamento comprometido em relação ao outro (Yasui, 2006).

Conceber a pessoa em sua integralidade e autenticidade é um heterossuporte ofertado que contribui para que ela se aproprie de si mesma. O acompanhamento da potência amplia possibilidades ao invés de incapacitar, assim como posso perceber no trecho abaixo, extraído da entrevista com Alzira, quando, em resposta à indagação sobre atividades no CAPS em que participa e que faz sentido para ela, assim afirma:

“A primeira oficina que vim aqui foi a de artesanato, era de tear prego. Eu lembro que no começo eu chorava porque não consegui fazer e falava pra oficineira que eu não ia conseguir e chorava muito e ela me falava que eu ia conseguir. Ela me interessou e me ajudou tanto que hoje eu sei fazer tear com 50 pregos, com 10, com 2, triangular...eu já vendi muito cachecol assim e eram oficinas boa” (Alzira).

Alzira me conta do processo que viveu em que reconheceu suas capacidades na relação com o outro, incluindo o fato de que essa vivência colaborou também como fonte de renda extra. Além disso, o reconhecimento e amparo do serviço com Alzira revelam o lugar de heterossuporte emocional, pois semanas antes dessa entrevista acontecer, sua filha havia sido assassinada e ela conseguiu atravessar essa experiência com auxílio do CAPS: “[...] se não fosse o suporte da casa, eu acho que estaria no sanatório. Eu estava sozinha nesse processo e eu consegui passar por isso” (Alzira).

A convivência em grupo corrobora o deslocamento da compreensão que, até então,

localiza-se no campo do individual para o campo coletivo e isso permite que haja construções inter-relacionais em que os sujeitos, através de uma condição dialógica, sejam responsáveis e protagonistas pelos eventos que ali acontecem (Biagi & Rasera, 2018). As intervenções que aconteceram naquele espaço convidaram Alzira e outros membros a se tornarem protagonistas por meio da relacionalidade perante os eventos que aconteceram ali.

Esse desdobramento reverbera integralmente e de forma atemporal na existência do sujeito. Exemplo disso é que Alzira foi uma das mediadoras desse estudo enquanto estive no CAPS, visto que ela me apresentou o serviço junto da equipe, me auxiliou com suporte técnico e guiou os participantes para a sala de entrevistas. Além disso, é uma das pessoas mais ativas em eventos e suporte de trabalho no CAPS.

Um dia após ter sido entrevistada, Alzira me procurou no CAPS e disse estar muito feliz e que havia pensado em mim durante todo o dia anterior. Contou que, após nossa conversa, ela realmente percebeu a relevância do CAPS em sua vida, pois esse serviço contribui para que ela se sinta importante. Dessa maneira, compreendo que a responsabilidade relacional abre novas possibilidades conversacionais e de repertório na vida das pessoas.

A responsabilidade relacional corresponde ao entendimento de uma respectiva demanda sob o olhar relacional, ao invés do singular, o qual resulta em sentidos coletivos construídos para essa demanda (Biagi & Rasera, 2018). Isso corrobora a ampliação de possibilidades em experienciar e lidar de modo corresponsável com os acontecimentos que surgem. Corresponsabilizar implica, pois, envolver mais de um sujeito na lida da demanda apresentada, de modo que todos os envolvidos têm incumbências necessárias nesse processo. A seguir, o que Helena diz reforça essa postura:

“Aqui no CAPS eu acho que existe um bom entendimento. Quando eu cheguei eu tava um pouco apreensiva aí depois senti que as pessoas me tratam bem, sabe?! Seja funcionário, diretor, os outros... e eu acho isso muito importante numa área de saúde

mental, eu tô bem aqui. Eu acho que o paciente tem que ser bem tratado, compreendido e os profissionais receberam toda a orientação nesse sentido.” (Helena)

A criação do cuidado humanizado no dia a dia é um dos desafios enfrentados pelos serviços substitutivos ao manicômio, na contemporaneidade. Mielke et al. (2009) aponta que [...] A humanização também é compreendida como estratégia de interferência no processo de produção da saúde, buscando o alcance da qualificação da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde. Para haver o cuidado humanizado é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado com finalidade terapêutica, não se limitando apenas às características das técnicas (p.162).

Posso perceber a importância do tratamento em saúde viabilizado pela intersubjetividade e afeto entre os sujeitos. A postura dos profissionais em compreender e construir sentidos de vida com o sujeito converge com o que defendo por cuidado humanizado. Cabe diferenciar que esse modo de cuidar difere do cuidado fundado na tutela, incapacidade ou fragilidade existencial do sujeito (Fidelis, 2018).

Outro aspecto presente nas falas acima é o resultado benéfico ao serviço quando há elaboração estratégica das tecnologias de saúde configuradas como fruto compartilhado das possibilidades da equipe e usuário. Isso se dá sustentando oficinas que façam sentido ao sujeito e que contribuam para sua vida para além do que acontece no interior do CAPS, facilitando a interação das pessoas envolvidas, construindo coletivamente o desenho do serviço ao qual pertencem.

Quando assume lugar do controle, de forma verticalizada, o serviço passa a delegar normativamente o que cabe ao usuário ou não. Tecer cuidados desinstitucionalizados implica em plural de vozes e mãos balizando extremos: de um lado, não promovendo a isenção de corresponsabilidade dos sujeitos, e de outro não assumindo o controle verticalizado.

Proporcionar e sustentar o cuidado em saúde mental, a partir das propostas da reforma, é também pleitear o sistema democrático de direito, a corresponsabilização e espaço de possibilidades de vida.

O agenciamento desse processo é artesanal e processual, amparado nas ações micropolíticas de cuidado que encorajam o sujeito a resgatar a si mesmo, sua história e seu futuro. Nesse contexto, o CAPS atua como mediador e catalisador de desejos, rupturas e transformações no campo singular e coletivo.

Dessa forma,

[...] Não podemos compreender a reforma psiquiátrica, ainda que estejamos a refletir sobre esta dimensão técnico-assistencial, apenas como transformação do serviço de saúde. Trata-se do estabelecimento de uma estratégia de cuidados, que envolve o reconhecimento do território e seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda deste território; implica em estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer a demanda que se apresentar; a criação de estratégias de cuidado articuladas em rede a esse território (Yasui, 2006, p.108).

Os serviços que preconizam esse tipo de cuidado colaboram com a emancipação e reabilitação social dos sujeitos, a começar no interior da própria instituição, como observo nas falas destacadas anteriormente.

A reabilitação social é um dos encaminhamentos gerados no processo de desinstitucionalização e é vivenciado de forma contínua, horizontal e multidimensional, envolvendo diferentes organizações extramuros e finalidades específicas. Em um trecho de sua entrevista, Rosa compartilha como compreende a aplicabilidade das funções de reabilitação e reinserção social promovidas no CAPS:

“No CAPS ele vai, trabalha na sua convivência e depois é inserido na sociedade; e vai aprender a ser inserido na sociedade. Na sociedade ninguém sabe que ele é um

louco, tá todo mundo ao seu redor e nem sabe que ele tá no CAPS, ele tá vivendo a vida dele, trabalhando...A não ser aqueles que tem problemas mais sério que precisa de uma ajuda por não ter condição de ser independente- precisa do pai, a mãe, uma tia ou alguém porque não consegue fazer coisas tipo, pegar ônibus sozinho, não dá conta de resolver assuntos em bancos...esses vão ter que ir aos poucos, aprendendo, se tratando e melhorando aos poucos.” (Rosa)

A narrativa de Rosa me convida a refletir sobre como a reabilitação social tem sido difundida no serviço, pois é comum a compreensão segmentada entre CAPS e sociedade como se aquele não estivesse inserido nesse. O processo de reinserção tem seu início na rotina no CAPS, no manejo das demandas, nas propostas de intervenção.

Isso corrobora com a integração do sujeito na comunidade e não somente a sua inclusão, isto é, na integralidade esse sujeito participa e se relaciona com outros atores sociais e não somente está presente de forma estática nesse contexto. Na integralidade o sujeito é concebido como ele é, preservando sua forma de estar no mundo ao invés de defender a formatação e enquadre dessas pessoas a serviço de uma sociedade que silencia e exclui.

Enfatizo sobre a finalidade desse processo, pois por repetidas vezes a reabilitação é confundida com entretenimento, tendo resultados inférteis e vagos para quem o vive. Outro equívoco é a associação desse processo com a ideia de buscar o retorno ou normalização do quadro de saúde anterior ao surgimento do adoecimento psíquico vivenciado pelo sujeito (Hirdes, 2009).

O CAPS é um espaço que convoca os técnicos a reinventarem sua prática, ousar, criar e correr riscos. Isso, não necessariamente, diz respeito ao desenvolvimento do trabalho em formato verticalizado e solitário, pelo contrário, os riscos e os frutos das reinvenções são feitos de forma coletiva, tendo equipe, usuários e comunidades tecendo o fazer clínico. Unir atenção, acolhimento e emancipação nas micro ações é possível quando a responsabilidade relacional é

fomentada. Elegi a seguir um momento da fala de Helena que ilustra as reverberações oriundas dessa configuração de atendimento.

“Hoje eu participo da oficina de crochê porque até então eu não sabia nem pegar em uma agulha. Hoje eu consigo vender alguma coisinha do crochê. Eu falo aqui com as meninas da T.O que eu precisei ficar doida pra eu aprender a fazer uma florzinha de tecido porque até então eu decorava pratos, mas não tinha a mínima ideia de como era fazer uma florzinha assim. As oficinas da T.O é uma oficina que pelo menos pra mim é uma oficina barata que você pode carregar lá pra fora pra você ter um extrinha...” (Helena).

Participar das oficinas, construir fonte alternativa de renda e, em especial viver a melhora gradativa de seu quadro, desvela a importância do serviço do CAPS para Helena, principalmente por entrar em contato com novas configurações de viver até então impensáveis por ela. O papel facilitador proposto pela equipe do CAPS resulta da qualidade das relações ali construídas e sustentadas.

Enquanto instituição facilitadora, o CAPS busca romper com a função de individualizar o sujeito perante a sociedade e depositá-lo em um lugar iatrogênico, para agenciar cuidados que transformem a relação do sujeito com ele mesmo inserido no coletivo. Ampliar o repertório na lida com a vida é um dos desfechos cruciais nesse novo modo de produzir cuidado, pois não visa eliminar o sofrimento ou remediar sintoma, mas agenciar formas de viver apesar do que lhes acomete. Da entrevista com Alzira, ainda posso destacar:

“Pelo que eu cheguei aqui eu posso falar que eu estou bem. Ainda tenho umas recaídas porque tem os problemas do dia-a-dia e não é porque eu faço tratamento aqui que em casa as coisas são diferentes. Hoje eu já tenho autonomia de estar com meu dinheiro, de poder decidir o que eu quero e o que eu não quero, de ir ao mercado, fazer compras e fazer do jeito que eu gosto. Então é muito positivo pra mim.”(Alzira).

As ações da equipe são marcantes no tratamento desenvolvido, visto que quando há inserção dos sujeitos em seus enunciados e experiências, há mais condições deles posicionarem-se perante seu cotidiano com os recursos que necessitam.

Dessa forma, compreendo a instituição enquanto mediadora de vivências em que a equipe busca superar ou driblar desafios burocráticos e limitantes, reinventando suas intervenções e sustentando a esperança equilibrada composta por múltiplos atores sociais, o que colabora para fortalecer o espaço de exclusão a eles previamente sentenciados.

Investir nesse cuidado é uma aposta para ampliar a compreensão de informações acerca dos adoecimentos psíquicos, restaurar vínculos, promover enfrentamentos mediante retrocessos que assombram meu cotidiano. A mediação experienciada no serviço valida as subjetividades e fomenta a pluralidade na construção do direito de existir na sociedade.

Como agenciadora do cuidado, sustento a perspectiva da subjetividade como construção do sujeito no mundo e com o mundo (Leal et al., 2006). Ressalto que essas mudanças no manejo do tratamento é um processo tecido a muitas mãos, almejando, por meio de um processo dialógico, romper com o modo operante de subserviência dos sujeitos, incluindo e valorizando a participação deles nesse processo (Russo, 2018).

É preciso que as equipes de saúde se mantenham atentas e alinhadas com a prática cotidiana, visando balizar o lugar de tutela ou esquecimento do sujeito. Essa medida implica na produção de cuidados no encontro com o outro, cumpliciado com o sujeito, balanceando necessidades e possibilidades dos encaminhamentos da demanda assistida (Oliveira & Sant'Anna, 2017).

Leal et al. (2006) apontam para a necessidade dos serviços substitutivos repensarem como tem sido sugerida a inserção social do sujeito em seu tratamento. Essa necessidade surge frente à manutenção de algumas mazelas sociais que contribuem para a marginalização das

pessoas perante si próprias e ao lugar que pertencem, uma vez que o processo de inserção não tem contemplado a integração social, mantendo o sujeito à mercê da sorte de estabelecer-se socialmente.

Ao levar em conta, por exemplo, a premissa de que a dificuldade do sujeito em ser inserido socialmente aconteceria apenas se ele apresentar sintomas classificados como graves, suspende-se o ato de corresponsabilizar a sociedade nesse processo, isentando o coletivo de algo ao qual ele está diretamente ligado. Esse processo flerta com uma nova forma de marginalização do sujeito igualmente excludente ao manicômio, mas com outras roupagens, pois retira do sujeito sua relação com o mundo.

Dessa maneira, essas provocações convidam os serviços, em especial o CAPS, para atentar a construção de novas formas de intervir e estar com o sujeito em sua rotina e conseqüentemente na sociedade. A vivência de uma vida livre das sombras manicomiais pode se iniciar no interior do próprio serviço, o qual engendra na relação serviço-sujeito-contexto uma nova forma de estar no mundo, aprimorando a forma de olhar o mundo e o outro. Ao se deparar com essa possibilidade, Rita se reconhece, inclui o contexto em sua vida e nele busca formas de lidar com o que lhe acomete:

“Hoje eu consigo me enxergar, me ver, me reconhecer, me respeitar. E assim aqui eles me falam : - Rita observa a intensidade (...) porque pelo meu quadro eu sou muito intensa. Hoje eu consigo olhar pra quem tá do meu lado se eu tô numa festa, por exemplo, e falar: ‘deixa eu te perguntar um negócio: eu tô passando do limite?’ Isso foi ferramenta que a terapia me ensinou. No meu primeiro teste de conviver que foi a festa de casamento do meu filho que organizei eu já fui pensando assim.” (Rita)

Posso extrair da narrativa acima a ambivalência presente nas ações desenvolvidas no campo da saúde mental. Para Rita, a equipe do CAPS exerceu um papel sinalizador de limites quanto as suas posturas perante seu contexto social. Entretanto, esse limite é o limite de quem?

Como identificar o ponto tênue onde o limite passa a ser silenciamento? O olhar crítico me auxilia a balizar as condutas homogeneizantes e categorizam de forma passiva as subjetividades humanas. Construir sentidos no cuidado ofertado refere-se ao agir no adoecimento, a criar novas formas de estar no mundo de forma autêntica e em todas suas facetas.

Nesse sentido, Rita nos diz que desenvolveu recursos para cuidar de si e transformar o sintoma em alerta de cuidado para que ele exerça sua real finalidade. Ela também inclui sua rede social nas experimentações cotidianas, apreendendo do que vive no CAPS a responsabilidade relacional como ferramenta facilitadora do cotidiano quando por exemplo, ela se relaciona de forma harmônica com o que é dela e do coletivo em que ambos acolhem e se responsabilizam mutuamente pelo que pode ser exercido.

As declarações expostas nesse capítulo, somado à percepção e vivência no CAPS Maria Boneca, enquanto pesquisadora, demonstram que o CAPS se empenha em desenvolver práticas consubstanciadas com a política da reforma psiquiátrica. Parte das condutas desenvolvidas estão alinhadas com as demandas dos usuários sendo executadas com estratégias humanizadas e propulsoras de vida calcadas nos preceitos da reforma psiquiátrica. Porém, identifico ambivalência em intervenções as quais, ora enunciavam cuidado, ora estavam impregnadas de manejos manicomiais e até mesmo estigmatizantes.

Construir novos paradigmas de intervenção e tratamento, inventar novos modos de fazer e existir nos serviços de saúde mental têm sido grandes desafios superados pela equipe profissional.

Início o capítulo com perguntas que me assolam: os CAPS funcionam? Qual tratamento tem sido ofertado aos sujeitos em sofrimento mental? Essa seção expôs a relevância do serviço na vida dos usuários compreendendo aqui o sentido de vida para além do adoecimento e da estadia na instituição. Vida compreendida enquanto conjunto de experiências, manejo para dar

conta do que faz sofrer, promove encontros, gargalha na simplicidade.

A responsabilidade relacional é uma estratégia do cuidado ofertado pelos profissionais que resulta na confiança, produções de sentidos e reabilitação social por meio do senso de agenciamento individual e coletivo, o que é revolucionário no campo da saúde mental.

O acolhimento ao sujeito prestado pelo serviço perpetua em todo o tratamento, fortalecendo o vínculo, e por meio dele, esses sujeitos se sentem confortáveis em seu desconforto, referindo ao CAPS em muitos momentos como “casa” no decorrer das entrevistas. O tratamento preconizado nessa instituição transmitia a todo tempo a percepção de potencial criativo, coletivo e de disponibilidade, o que proclama rompimento com a lógica biomédica apesar da política da reforma ser historicamente recente. Fortalecer a micro política resulta na transformação social e de certezas até então sustentadas em controvérsias.

Em contraponto, saliento a existência de lacunas no serviço principalmente no que diz respeito aos desencontros entre teoria e prática e a sofisticação das formas de limitar o sujeito. Isso acontece frente à perspectiva homogeneizante das atividades do serviço e dos paradigmas subjetivantes predominantes no CAPS.

Essa questão é apontada em um momento da entrevista de Luiz onde ele compartilha que *“os pacientes que estão ali (CAPS) falam um texto único.”* Outra consequência dessa lógica, decorre do silenciamento dos sujeitos os quais tornam-se reféns da lógica que governa seus corpos.

Por conseguinte, reconheço que do ponto de vista histórico, a política da reforma psiquiátrica no Brasil é recente e por isso as falhas e lacunas ainda possuem poucas respostas para serem superadas. Ainda assim, é possível reconhecer os avanços e desconstruções exercidas na dinâmica do serviço bem como os cuidados preconizados aos usuários dele.

4.1 Entre o Cuidado e a Norma: A Percepção do Usuário Frente ao Serviço de Saúde Mental

As propostas de cuidado em saúde mental têm sido alvo de mudanças importantes resultante das mobilizações advindas dos movimentos da reforma psiquiátrica a partir da década de 70 (Salles e Miranda, 2016). Essas transformações são profundas e atravessam desde o campo subjetivo, que diz respeito às concepções e ideais das pessoas envolvidas até a prática preconizada. Ainda assim, percebo a existência de pactos firmados nos preceitos manicomialistas existentes nos dias atuais.

Franco Rotelli et al. (2001), aponta o acontecimento de uma nova forma de cronificação na saúde mental onde, práticas reformistas atentaram-se para a desospitalização dos usuários enclausurados nos manicômios, mas não se debruçaram com a mesma atenção ao segmento da desinstitucionalização. Uma das respostas desse efeito é a centralização do cuidado no CAPS. Diante disso, é necessário problematizar a conduta que transfere ao CAPS a responsabilização total do cuidado aos sujeitos acometidos por sofrimentos psíquicos e avaliar como esse serviço escuta e inclui o sujeito em seu tratamento. Nesse sentido, Rotelli e Amarante apontam que

A negação da instituição não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (1992, p.44)

Defendo a importância dos CAPS e das equipes profissionais na efetivação da reforma psiquiátrica e na luta pelo direito do sujeito de viver em liberdade e ter sua autonomia legitimada. Sei que a Reforma transpassa os muros dos prédios e se localiza também no modo de pensar e agir cotidiano. Dessa forma, o presente capítulo se debruça a pensar sobre como os usuários do CAPS são escutados e validados em suas demandas na vivência de seu tratamento

no serviço.

Os profissionais deparam-se com impasses ao criar estratégias que rompam com moldes enclausuradores vigentes por décadas. Sei também da importância de investir no processo de reinvenção e criação de manejos, haja vista o risco de institucionalizar a vida, a escuta, o cuidado com o outro e, para tanto, é necessário identificar e lidar com os resíduos manicomialmente presentes em mim e na instituição para que se consiga produzir novos encontros com a diferença e a loucura.

As âncoras que sustentam a reprodução do silenciamento e a não legitimidade do sujeito podem ser sutis, mas provocam efeitos assoladores. Para melhor compreender, a seguir descreverei alguns trechos das conversas produzidas com dois participantes ao serem indagados, respectivamente, sobre sua percepção do tratamento vivido no CAPS e a escolha dos profissionais que são referência para o usuário.

A- O que você acha do seu tratamento aqui no CAPS?

Joaquim- Bom. Às vezes é cansativo. Eu estava fazendo só uma vez por semana, somente na quarta-feira. Quando eu tenho recaída, eu tenho que vir todo dia. Mas tem cinco anos que eu não dou crise, não surto de ter que internar no sanatório. E eu acho importante ter projeto social para não precisar ir para o sanatório. Eles fazem o possível para não precisar ir para o sanatório, fazem o máximo. Antes, qualquer coisinha era motivo pra ir para o sanatório, hoje eles focam mais na liberdade da pessoa.

A- Eles quem?

Joaquim- Os psicólogos e os psiquiatras.

A- Entendi. Você falou que é bom, no geral o seu tratamento aqui. O que você considera como bom?

Joaquim- Eles fornecem algumas medicações, não porque o governo não dá né, mas as que não fornecem eu compro ou pelo menos eu tento comprar. Eu ganho pouco para mim

por isso eu quero trabalhar porque eu tenho um sonho de ter um apartamento, de ter um carro, de poder dirigir, de poder voltar a estudar e o custeio é muito caro na vida né?!

Em continuidade, Alzira nos relata:

A: E a escolha do profissional que te acompanha foi feita como?

Alzira: Ah eu acho que é quando faz a triagem porque no início era uma profissional; depois aconteceram alguns problemas pessoais com ela porque no dia da terapia eu não podia vir. Em seguida me passaram para outra psicóloga, mas ela saiu de licença maternidade e eu mudei para outra. Eu acho que é entre eles que escolhem, não sei se é por idade, o que é eu não sei. Teve um dia eu bati de frente com essa última psicóloga que me acompanhava e não quis ficar com ela. Eu falei pra mim mesma que eu aprendi aqui dentro da casa que a terapia é para você pelo menos tentar sair bem e eu estava saindo todas às vezes mal, entendeu:?! Porque assim, eu não tenho nada contra ela, já passou aquele mal estar, mas, naquele momento eu senti que eu iria surtar, então uma outra psicóloga me acolheu.

Não raro, me deparo com experiências que se aproximam do que Joaquim e Alzira compartilham. A relação estabelecida entre o sujeito e o serviço de saúde é composta por expectativas, necessidades a serem atendidas, limitações e possibilidades, para ambas as partes.

Assim, chamo a atenção para a existência de práticas ainda manicomializadas presentes no CAPS exposto nas exposições dos participantes. Como serviço substitutivo, o CAPS fornece uma grade de atividades, incluindo: atendimentos individuais, grupos familiares, oficinas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, passeios, dentre outros.

Me chama a atenção que Joaquim tenha reduzido o seu tratamento ao acesso à medicação. Há possibilidade desse entendimento restringir-se ao usuário? Ainda que haja atravessamentos pessoais, especialmente ao que tange o financeiro, seria a medicação o vínculo participativo desse sujeito com o serviço e com seu tratamento? Como a equipe profissional maneja junto aos usuários os diferentes fatores que compõem o tratamento em saúde mental?

Ao meu ver, o modelo biomédico exerce influência sob o olhar de Joaquim e de muitos outros sujeitos pois, ao longo de muitos anos, a compreensão acerca do que é o tratamento em saúde mental não engloba a clínica multiprofissional e de ações multidimensionais, onde não centralizam as medicações e o poder médico sob o sujeito.

Há um conjunto de fatores que edificam o arcabouço legitimador e predominante da medicalização da vida cotidiana. Foucault, em *Microfísica do Poder*, de 1978, diz do exercício da disciplina perante os indivíduos tendo como consequência vigilância e controle dos corpos, poder de individualização e classificação dos sujeitos em saudáveis e adoecidos a partir do olhar de um terceiro que, em muitas das vezes se encontra distante da realidade do outro determinando condutas unilaterais, isto é, exclusivamente à partir do prisma da realidade nomeada por esse terceiro.

Em continuidade a esse pensamento, o discurso e práticas *psi*¹ (psiquiátricas, psicológicas e psicanalíticas) contribui muitas vezes com a normatização da subjetividade dos sujeitos regulando por via comportamentos, modos de expressão, diagnósticos. Ceccarelli afirma que “os profissionais do psiquismo podem contribuir, mesmo indiretamente, para a patologização da normalidade ao transformarem suas teorias em instrumentos de controle” (Ceccarelli, 2010).

A fala acima é exemplificada quando Alzira compartilha que não participa da escolha do profissional que a acompanhará além da rotatividade de profissionais que ela passou sendo coadjuvante nesse processo. Somado a isso, noto a não legitimidade de suas percepções por uma de suas terapeutas de referência sendo a postura desta o disparador para que saísse do mal estar existente na relação. Novamente cabe problematizar a escuta ortopédica da equipe

¹ Foucault chama de “função-psi” a conduta psicanalista, psicopatológica e psicológica das instituições psiquiátricas embasadas em condutas de poder, desvalorizando a percepção da social e de grupos familiares com os sujeitos em sofrimento psíquico.

profissional para com os usuários do serviço e manejos enrijecidos o que colabora com a institucionalização do cuidado no CAPS.

Nessa perspectiva, Venturini (2017) afirma

[...] no processo de busca do consenso pode-se executar também a manipulação, usando diferentes instrumentos para mistificar os fins e para esconder o conflito entre quem representa a norma instituída e quem expressa um direito subjetivo, mesmo em uma situação desviante. (p.97)

Substitutivo ao modelo asilar, o CAPS opera como local que oferta cuidados para pessoas em sofrimento psíquico. Compreendo a ausência de crises por um longo período de tempo de Joaquim, como reverberação positiva das intervenções no CAPS. Além disso, ele declara sobre o esforço da equipe em evitar que os pacientes sejam internados no sanatório local.

A seguir, Luiz me conta:

A: Teve algum momento que você se lembra que confiou nos profissionais aqui do CAPS?

Luiz: eu confiei muito na psiquiatra só que ela acabou me passando a perna ela. Ela mandou eu comprar remédio toda a semana. Na percepção da parte psicológica da psiquiatra, ela ouviu só da parte de medicina; então o que é saudável parece que foi um pouco prejudicial com os remédios que ela me passou porque ela falava que eu tinha esquizofrenia.

A: E você conseguia conversar com ela sobre o que você pensava sobre isso?

Luiz: falei.

A: e você foi escutado?

Luiz: não, eu não fui escutado. Ela é uma excelente profissional, só que ela é viciada em remédio.

Para que haja vínculo com o serviço, é imprescindível que exista qualitativamente uma

relação dialógica fortalecida pela escuta, validação, disposição em estar com o outro, permissibilidade para mudanças. Luiz relata sobre a solidão em ser acompanhado pelo outro, no caso, a psiquiatra em questão. Infelizmente esse episódio é comum nos serviços de saúde mental onde os profissionais de saúde despendem do poder que lhes é incumbido para ditar como o outro deve viver, nomear subjetividades.

Assim,

A autoridade (o profissional) pode usar, entre seus métodos operacionais de intervenção, o engano, a sugestão, a pressão psicológica, a intimidação. Neste caso, o consentimento envolve um relacionamento objetivante, em que as intenções de quem manipula sobre posiciona as de quem é manipulado. É uma tentativa obsessiva de reafirmar a regra, através de um mecanismo que implica a incapacidade de aceitar o risco de uma relação dialética (Venturini, 2017, p. 97)

Cotidianamente, encontro nas práticas clínicas sujeitos que anseiam por nomear, medicar e curar o mal-estar presente, o que resulta na objetificação da saúde e do sujeito, individualizando sintomas sociais, podendo levar a culpabilização da pessoa e atrofia de sua vida. Como Luiz participou do tratamento que ele mesmo vivencia a partir do que ele relatou?

Luiz denuncia um episódio vivido dentre seus mais de 20 anos de tratamento, que o marcou envolvendo diretamente uma profissional de saúde. Ressalto que a mesma exerce também o papel de porta voz das limitações e reproduções da lógica manicomial recorrente nos serviços e, para tanto, vale ampliar minha atenção e cuidado para como a equipe acolhe e maneja as demandas que lhes perpassam.

Suscito essas provocações no leitor, visto a atrofia no manejo e modo de cuidar disposto nos muitos serviços substitutivos. Bongiovanni e Silva (2019) alertam para o fenômeno da cronificação que acontece nos serviços substitutivos, não somente com os casos entendidos como “incuráveis”, mas também com a dinâmica inveterada que o CAPS pode desempenhar.

Curiosamente, ao possibilitar que o mesmo “crônico” se expresse, como no caso de Luiz e relativizar esse lugar de impotência, encontro corpos docilizados, silenciados, mas que resistem a inexistência por ainda ser desejante, por habitar, ainda que minimamente sua potência. A seguir, apresentarei outros dois relatos de entrevistados que exemplificam entraves e ambivalências na conduta do serviço em consonância ao que tem sido discutido até então no texto. No primeiro momento, Ana diz de situações em que enfrentou dificuldades para voltar ao mercado de trabalho por ser aposentada devido ao transtorno mental que lhe acometeu e situações em que precisava ir em comércios, bancos, mas não foi liberada do CAPS para tal.

A: Você já passou por outras situações aqui no CAPS em que você precisou pedir algo e foi escutada?

Ana: Só uma coisa que eu não gosto que é quando nós queremos e precisamos sair, mas precisamos pedir. Por exemplo, eu estava com dor de dente e sentindo tontura, dor de cabeça, aí eu pedi para sair e me falaram que tinha que ser com o terapeuta, com o psicólogo. e eu tive que ficar aqui.

A: E isso foi hoje?

Ana: Foi, só que já aconteceu outras vezes. Então eu me sinto presa aqui; igual no sanatório, no sanatório a gente não pode nem sair no portão.

A seguir, segue um recorte da conversa que tive com Odete:

Odete: Aqui no CAPS tem pessoas que pensam assim: “Se está no CAPS então está no último grau”. É totalmente o contrário porque eu vejo o CAPS, sem querer puxar saco de ninguém aqui, porque eu não preciso disso, mas aqui eu sou muito bem servida de médico, de assistência social, de psicólogo, de cozinheira, sabe? Aqui ninguém parece que é funcionário. Outro dia eu tive um apertinho e fui conversar com uma terapeuta e ela resolveu. Eu gosto muito daqui, e aqui pra mim é um controle, sabe?

A: Você disse que entende aqui como um controle. Como que você percebe esse

controle acontecendo?

Odete: Porque, por exemplo: se eu perder uma terapia, na seguinte se eu faltar eles me ligam, falam que tem coisas pra eu fazer aqui, que tem oficinas. E o controle é o seguinte: o psiquiatra presta atenção até no jeito de nós sentarmos!

A: E como é alinhado e combinado sobre a sua frequência aqui do seu tratamento?

Odete: A frequência é a psicóloga e a equipe da farmácia. A psicóloga já mudou três ou quatro vezes o dia e hora da terapia. Quantas vezes ela mudar eu vou ter que me adaptar. Porque eu preciso da terapia.

Em uma relação dialógica, todos falam e muitos sentidos são produzidos. Ana e Odete relatam a sensação de se sentirem aprisionadas ao CAPS e a rotina de tratamento que vivenciam onde também não se percebem escutadas em algumas de suas necessidades. Tais necessidades perpassam as condições subjetivas, relacionais e de criação de vínculos de afeto com outras pessoas, de acesso financeiro e material e desenvolvimento pessoal denunciando a existência de uma vida atravessada por um diagnóstico, mas que não necessariamente precisa limitá-la a ele.

Assim, concordo com Salles e Miranda (2016) ao apontarem que

independente de qual tenha sido o motivo, esses pacientes não construíram uma significação para este. É como se concordassem que a decisão pelas mudanças da sua vida não lhe pertencesse, cabendo-lhes apenas a opção de concordar com o discurso profissional (p.373).

Qual compreensão tem sido atribuída a participação do usuário no tratamento que ele vivencia? Percebo que há um limite invisível, mas poderoso que opera nos serviços substitutivos e destaco que não é exclusiva desses locais, mas existentes na regência do sistema social que me governa.

Em vista disso, as práticas desinstitucionalizantes demonstram que o transtorno mental

é também uma experiência existencial, estando fortemente vinculadas a respostas institucionais e coletivas, dando ao sujeito o direito de ser escutado, ouvido (Venturini, 2017).

Essa ação corrobora com o resgate da dignidade e dos direitos da pessoa, aspectos diretamente acessados via participação social os quais, inclusive, contestam o lugar de infantilidade e impotência, muitas das vezes designada ao sujeito em sofrimento psíquico, como Ana narra no trecho anteriormente destacado. O cuidado proposto com o outro é com frequência confundido com o controle e tutela dos corpos, ação que colabora junto a vigência da lógica manicomial.

A via de ação denunciada entrava a possibilidade de construção autônoma do cuidado no qual o sujeito pode cuidar de si de diferentes formas, tomar decisões e, conforme Basaglia (2010), a autonomia do usuário do serviço de saúde mental é calcada na reapropriação do convívio sociais, do ato de governar a própria vida.

Abaixo, cito um trecho da conversa com Helena que me descreve o cuidado que recebe no CAPS.

A: O que você acha que pode melhorar no serviço do caps e até para além do caps, no tratamento da saúde mental no geral?

Helena: O que deve melhorar? Eu acho que aqui no CAPS existe um bom entendimento. Quando eu cheguei eu estava apreensiva e depois eu senti que as pessoas me tratam bem, sabe. Eu estou bem aqui; seja com funcionário, seja com diretor e com os outros também, eles me tratam bem e eu acho que isso é muito importante na área de saúde mental. Eu acho que o paciente tem que ser bem tratado, compreendido e os profissionais receberam a orientação toda nesse sentido. Quando um profissional, por exemplo, me chama a atenção, eu tenho que obedecer. Sabe por quê? Porque ele tá cuidando de mim. Então eu não posso também falar 'eu não quero saber.' Não é que eu não tenho que saber. eu tenho que baixar a cabeça e obedecer porque ele está falando algo para o meu bem é para o bem geral das pessoas. Eu

entendo assim. Caps pra mim é isso.

A partir da leitura da fala de Helena, levanto o questionamento: é benéfico para quem quando Helena obedece ao profissional? Estou atenta e disposta a pensar sobre a tênue linha entre obediência e cuidado? Há espaço no CAPS para um corpo que contesta?

Defendo que as pessoas, inclusive as que tratam nos serviços substitutivos possuem um saber rico sobre si, sua trajetória de vida e, assim, o CAPS pode investir na coparticipação das decisões e condutas junto ao usuário (Vasconcelos, 2013). Helena narra sobre a tutela que vive sob o olhar dos profissionais havendo um jogo artiloso entre quem obedece e quem dita, jogo que resulta na redução do sujeito à limitados repertórios de compreensão de si e manejo de sua vida, ações que atrofiam ao lugar de criar novas formas de existir.

Ao fazer isso, o CAPS priva os sujeitos da flexibilidade e da possibilidade de co-construírem um serviço que faça sentido para quem ali frequenta. Privação de direitos, repertórios existenciais e hetero governabilidade da vida são fatores familiares ao contexto do manicômio. A seguir, Odete discorre sobre sua percepção que diferencia o CAPS do manicômio onde esteve internada por um período de tempo:

A: Qual que é a diferença daqui do CAPS com o manicômio?

Odete: A diferença do CAPS com o sanatório? Nossa que que é isso, aqui no CAPS nós temos liberdade, somos bem monitorados. Às vezes, no manicômio, eles deixam de dar atenção pra dez para dar atenção pra um; leva lá pra dentro e só Deus sabe o que acontece, se é remédio, sei lá...e de repente aqui não. Aqui se eu ligar aqui e falar que não estou bem, a psicóloga me autoriza vir para cá o quanto antes. O dr. mexe na medicação se for necessário, que foi o caso agora da minha última consulta. Porque é tão ruim você ficar preso em uma gaiola como lá no sanatório. Eu me sentia um passarinho preso, sabe? Não é que seja ruim não, a comida muito boa, na época quando eu estava lá pelo menos era, agora eu não sei. Eu

respondo pelo o que eu vejo e pelo o que eu sei.

Em mais de uma vez, foi narrado nas entrevistas a percepção dos usuários se sentirem controlados, monitorados no interior do CAPS e isso como uma percepção positiva de cuidado. Odete descreveu que se sentia um passarinho preso na gaiola enquanto estava no manicômio. Entretanto, existem diferentes maneiras de viver presos para além do prédio físico.

Na compreensão dos usuários, foi unânime a opinião de que o CAPS exerce papel importante em seu tratamento e é um lugar melhor de estar quando comparado ao sanatório ou outros manicômios em que estiveram. Esse é um dado importante e que aponta para os acertos que o serviço tem tido no acompanhamento proposto. Contudo, não é possível afirmar que o CAPS tem escutado os usuários e disposto da participação que cabe a eles na dinâmica do serviço, isso pois esse é um caminho sempre inacabado.

Há esforços sendo feitos para reestruturação e invenção de novas formas de tratar o sujeito em sofrimento psíquico. Salientar essas reflexões, permite sejam ajustadas as velas para navegar de forma assertiva no tratamento desempenhado com os usuários; me provoca a pensar sobre como esses usuários participam de seu cuidado, a rever o senso de importância dado ao profissional, em especial o psiquiatra, e dar espaço para que o protagonista- sujeito assume seu posto.

Saliento que meu objetivo não é invalidar as condutas profissionais, mas incitar provocações que me convocam a alinhar teorias e ações, além de me paramentar para enfrentar os desafios anunciados na invenção de um novo cuidado.

Reduzir e culpabilizar isoladamente o serviço quanto a perpetuação da logicidade manicomial me parece infértil tanto quanto apontar para as faltas e lacunas da rede também de forma isolada. Dessa forma, aposto de forma integrativa na revisão e ruptura de estratégias educacionais da equipe, de intervenções críticas coletivamente estruturadas para a construção

de novas formas de sentir, compreender e pensar já estabelecidos.

4.2 “*Eu estou chorando aqui e agora porque eu voltei para minha ferida e ela sangra*” - o sofrimento psíquico em interface com a exclusão e o sofrimento ético-político

Início o presente capítulo com um trecho da narrativa de Rita, uma das entrevistadas deste estudo. Essa cena se dá enquanto ela relatava alguns dos episódios de violência e sofrimento que ela entende como disparadores das crises psíquicas desencadeadas em sua vida. Ao entrar em contato com as falas e os entendimentos produzidos pelos sujeitos a partir das experiências vividas por eles, pude perceber o entrelaçar de vivências sociais e coletivas como propulsores da processos de exclusão e discriminação as quais exercem forte participação nos adoecimentos emocionais. Os encontros vividos no decorrer desta pesquisa reverberaram afetos e reflexões que compuseram os arranjos pensados para o desenvolvimento deste capítulo.

Essas vivências perpassam os campos sociais, culturais, de direito/privação ao acesso ao trabalho, lazer, a uma vida com dignidade e emancipação ao lugar de atrelá-lo e reduzi-lo ao campo biológico. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é explorar a relação existente entre sofrimento psíquico e os respectivos marcadores sociais: o preconceito vivido pelos usuários do serviço devido ao sofrimento psíquico, o trabalho como produtor de adoecimento psíquico e a violência de gênero.

Estar com o outro me exige entrar em contato com o entendimento do sujeito que ouve, de quem fala e do que acontece na relação estabelecida entre as partes. Compreendo o sujeito como inacabado, como quem se constrói nas experiências por ele vividas em interface com o contexto. Esses aspectos me convidam a adentrar na complexidade do que seja existir no mundo.

As histórias colhidas nas entrevistas denunciaram violências, exclusões, tensionamentos e ressignificações daquelas pessoas que tentaram dar sentido a sua vida e ao

que lhes aconteceu. Nesse sentido, para sustentar minhas reflexões quanto aos marcadores sociais já citados, me apoiarei ao longo dessa seção nas provocações acerca da dialética existente entre a exclusão/inclusão, a discriminação vivida pelos sujeitos em sofrimento psíquico, violência de gênero e o trabalho em uma apresentação que denuncia e almeja provocar entendimentos e transformações sobre o que acontece cotidianamente, tendo como norteadores os fatos apresentados pelos usuários do CAPS.

O sistema de exclusão não pode ser definido de forma universal e genérica visto a complexidade e embaraço desse processo. Aqui, adentrarei na ambiguidade que há na dinâmica da exclusão/inclusão prevista em nossa sociedade. Conforme Sawaia (2001, p. 6) “analisar a ambiguidade constitutiva da exclusão é captar o enigma da coesão social sob a lógica da exclusão na versão social, subjetiva, física e mental.”

É recorrente deparar-me com processos que almejam a inclusão do sujeito no campo, mas que contraditoriamente excluem essas pessoas, mantendo o sujeito à margem de si mesmo e de suas demandas, localizando-o como coadjuvante suas próprias necessidades. Nesse sentido, a inclusão de fato acontece? Ela está a serviço de quem? Sawaia (1999) aponta que

a exclusão vista como sofrimento de diferentes qualidades recupera o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas, sem perder o coletivo. Dá força ao sujeito sem tirar a responsabilidade do Estado. É no sujeito que se objetivam várias formas de exclusão, a qual é vivida como motivação, carência, emoção e necessidade do eu. Mas ele não é uma mônada responsável por sua situação social e capaz de, por si mesmo superá-la. É o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não têm a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente (pp. 98-99).

Ao considerar a presença dos interesses e a postura adotada especialmente no que tange às instituições sociais no processo de inclusão/exclusão, constato o descompromisso delas com seus cidadãos. As negligências, o descaso e as políticas de escassez de recursos materiais

pensado para os cidadãos, reforçam o abandono e propagação do sofrimento, conforme o que afirma Sawaia.

Quando, por exemplo, esses serviços fomentam iniciativas que visam incluir os sujeitos para participarem dos processos e vivências na sociedade, vale refletir sobre como se dará exatamente tal participação visto que, em vias de fato, o que acontece no cotidiano é uma inclusão que exclui o sujeito, processo nomeado por Sawaia (1999) de inclusão perversa.

Nesse sentido, Wanderley (2001) escreve que no contemporâneo, o fenômeno da exclusão, especialmente quanto ao estigma dos sujeitos excluídos, colabora para naturalizar o ciclo que reproduz o lugar da exclusão. Essa reprodução pode ser representada quando há aceitação, justificativa e até a docilização dos excluídos. De modo sutil, mas não menos perverso, a inclusão dos sujeitos atravessa o campo da desqualificação, do estigma o qual, como uma cicatriz, sinaliza a qualificação que determinada pessoa recebe na sociedade.

Ao fazer isso, o Estado e outras instâncias governamentais da sociedade, estimula a multiplicação e legitimação de ações que excluem as pessoas para incluí-las de maneira segregada. Ressalto que, de antemão, já estou inserida na comunidade e tenho um lugar social. Entretanto, perante a lógica higienista e classicista que nos governa, uma parcela maior das pessoas tem seu lugar social calcado no viés da desqualificação, escassez e privação de acesso e dignidade.

Intrínseca na dinâmica social, o processo da inclusão/exclusão das pessoas também acontece no interior dos serviços de saúde mental. Nesse cenário, posso compreender como o manejo do CAPS contribui com tal dinâmica em seu cotidiano. Ao que percebo, acontece um processo de inserção dos sujeitos, mas não de integração frente às demandas que lhes são pertinentes.

Isso tende a perpetuar o sofrimento que atravessa essas pessoas colaborando para que continuem a carregar em seus ombros algumas das mazelas sociais que os interpelam. Um

exemplo desse quadro acontece quando o serviço de saúde opta por realizar um evento acerca da luta antimanicomial no referido 18 de maio, mas não insere e legitima no cronograma deste evento os relatos dos usuários- fala-se do sujeito e não com o sujeito. Rosa, em um momento de nossa conversa reivindica seu posicionamento quanto a isso:

A: De modo geral, o que você acha que tem que melhorar na saúde mental?

R: “ Eu acho que deveria ter mais manifestações e com maior empenho, criar grupos para poder estar mais presente no dia a dia porque geralmente faz mais na semana da luta antimanicomial aí faz evento, faz isso e aquilo e durante o ano isso fica meio perdido, meio esquecido. Então eu acho que no decorrer do ano tinha que ter uma equipe que possa estar reivindicando a questão da luta antimanicomial porque tem a questão do governo, de política então tem tudo medo de retrocesso.” (Rosa)

Fundamentado no exemplo anterior, posso extrair problematizações que colaboram para repensar posturas e manejos adormecidas nas entrelinhas do cotidiano, como por exemplo: a equipe responsável por agenciar o cuidado com os usuários têm a sensibilidade de compreender o sofrimento psíquico para além do quadro clínico apresentado? Como ela integra aspectos sociais e políticos presentes nas reivindicações feitas pelos usuários? Como vivenciar a data do 18 de maio sem reforçar os estereótipos do usuário do CAPS frente a sociedade os incluir veementemente no processo de reivindicação de direitos ao tratamento não encarcerador?

Ao reduzir o sujeito ao diagnóstico ou a uma prerrogativa existencial anterior a ele que dita de como ele deve ser ou viver, ele é sentenciado a uma existência que o mantém à margem de si mesmo corroborando com a sua desqualificação. Nessa pesquisa, demarco minha compreensão acerca da desqualificação social e estigmatização nos dizeres de Paugam (2001) o qual aponta que

a desqualificação social, caracteriza o movimento de expulsão gradativa, para fora do

mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas da população e as experiências vividas na relação de assistência, ocorridas durante fases desse processo (p. 68).

Nesse sentido, atrelado à desqualificação dos sujeitos, encontro a estigmatização dessas pessoas, onde, a partir do momento em que nelas são imprimidas marcas sociais de caráter segregacionistas e classificatórias, sua identidade e forma de viver no mundo é transformada. A sociedade conceberá e, por vezes, reduzirá esses sujeitos pela lente das marcas sociais nelas cristalizadas. Essa sistematização corrobora com as ações da inclusão perversa visto que a assistência difundida nesses casos age mais regulando o sistema social ao lugar de intervir e transformar a realidade posta.

Não presumo que somente a Psicologia seja capaz de responder todas as provocações e problemas presentes em nossa sociedade. Mediante a isso, aposto que o entendimento e as mudanças necessárias perante o sofrimento político possam ser construídos coletivamente e de forma multidisciplinar. Ademais, há a questão das práticas tradicionalistas de que muitos profissionais da Psicologia sustentam suas atividades de forma a individualizar questões que são plurais, sociais, distanciando assim da realidade vivida pela maior parte da população. Esse

fato corrobora com manejos tradicionais que dificultam com o desenvolvimento do pensamento crítico da população acompanhada além do risco de aprofundar (Carretero, 2001).

Em continuidade, Sawaia (1999) apresenta que o sofrimento ético-político diz respeito ao sofrimento derivado de práticas sociais, econômicas e políticas que mutilam os corpos de diferentes formas, fortalecendo a desigualdade ao impedir o acesso às necessidades básicas e satisfação das pessoas.

Em continuidade a autora nos diz:

[...] portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação

social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeito (p.104).

Todo sofrimento é legítimo e atravessado pelo crivo social. Entretanto, o sofrimento ético-político denunciado pela autora delata a desqualificação atribuída aos cidadãos e a consequente desqualificação, silenciamento e marginalização deles estritamente devido a sua condição social. Nesse sentido, desvelo a ideia de que o ser humano precisa apenas de itens de sobrevivência para existir, como por exemplo alimentação e moradia.

Além disso, o ser humano necessita de dignidade, acesso a seus direitos, incluindo o direito de escolha. Apoiada na compreensão do sofrimento ético-político apontado por Sawaia (1999), ressalto que este difere do sofrimento psíquico pois, ainda que o processo do sofrer seja intrinsecamente político, quando me refiro ao primeiro, ele parte do pressuposto da desqualificação, da exclusão vivida em decorrência de sua condição humana e de seu papel social enquanto que o último refere-se aos aspectos da existência humana e de seu modo de gerir a vida como, por exemplo, a exaustão e o cansaço vividos decorrentes do cotidiano.

Destaco que, as artimanhas de opressão e violência com as pessoas são estruturadas socialmente, mas suas formas de serem executadas variam de acordo com o contexto histórico social que estou inserida estando diretamente ligada à dinâmica social contemporânea. Identifico a pluralidade de marcadores sociais que me geram sofrimento enquanto sujeito inserida nos espaços que ocupo.

Nos diálogos com os entrevistados, testemunho recorrentemente narrativas dos episódios de preconceito e estigma que elas vivenciaram em diferentes momentos de suas vidas. Cotidianamente, quando alguém procura tratamento em saúde mental seja pela via

institucional ou não, paira o receio, o medo em se engajar no acompanhamento, haja vista a exclusão e preconceito ainda atrelados à condição de ser um paciente do serviço de saúde mental.

Há conjunturas na sociedade que são amparadas na individualização, no poder e na desigualdade existente que excluem diferentes grupos de pessoas, dentre elas as pessoas que vivem em sofrimento psíquico. Wanderley (2001) aponta que os arranjos sociais não excluem os sujeitos somente quanto ao território que ocupam e a condição de consumo e acesso que tem alcance, mas, também quanto a identificações e valores que compõem essas pessoas. Valores esses que são sociais, espirituais e culturais sendo impreterivelmente classificados na condição de sujeito excluído, subalterno a depender de sua condição de existência no mundo.

O sujeito emaranhado à exclusão é um ser humano condenado a condição de sobrevivência e nesse sentido encontra-se limitado para acessar aspectos que permitam que ele desfrute de uma vida com dignidade e amplie seu repertório existencial. Esse sujeito carrega em seu corpo o sofrimento e as consequências de ser excluído as quais muitas vezes o coloca como espectador de seus desejos, alguém fadado a obediência, submissão que o afasta da experiência emancipatória atrelada à dignidade de viver (Sawaia, 1999).

O usuário do CAPS sente na pele o que é ser o alvo desse modelo quando é fadado nesse contexto a ser alguém submisso, incapaz e ameaçador. Regina me relata o espanto da descoberta do outro ao perceber que ela existe para além do diagnóstico onde posso acompanhar no trecho abaixo:

A: (...) há quanto tempo você iniciou seu tratamento aqui?

R: “Eu tenho dois filhos...aí meu marido e meus filhos que me deram muita força pra continuar; eu tive muita força da minha família. E aqui eu fui recebida...ai que delícia! E eu fui retomando devagar as minhas coisas, hoje eu tenho uma vida normal. Outro dia eu ri muito; eu tava num uber vindo pra cá e eu e o cara viemos no maior papo. A hora que chegou aqui

ele falou assim: ‘a senhora trabalha aqui?’ e eu falei: ‘não, eu sou doida. Eu fico aqui na clínica (risada)’. Ele arregalou o olho e perguntou na hora: ‘nossa, deixa eu ajudar a senhora’ e eu disse que não preciso de ajuda. Até enquanto ele achava que eu era normal eu não precisava, né?!então assim, eu tenho uma vida normal, legal.” (Regina)

A cena anterior me convida a acessar a pluralidade de sentidos aos sofrimentos nela anunciados. O momento vivido com o motorista, aciona Regina a reconhecer-se e firmar-se no papel de usuária de um serviço de saúde mental ao compasso de que o motorista se relaciona com a concepção de louco que é produzida socialmente. Por reconhecer as múltiplas vivências de ser acolhida e reconhecida por quem ela é, Regina consegue estabelecer seu lugar no mundo.

A entrevistada, nesse cenário, não acessa a compreensão de que esse sujeito também é alguém que sofre, que, ao se submeter a determinadas condições para sua subsistência é mais um na luta para sobreviver e, que nesse campo, está vulnerável em repetir e automatizar crenças e posturas frente a demandas sociais como o preconceito com o dito louco onde, posso afirmar que esse projeto de afiliação social alienante é também gerador de sofrimento.

Fontes (1995) aponta que o processo de exclusão é diversificado e responde de diferentes formas ao ímpeto da discriminação e da segregação social. Isso se dá especialmente pelo fato de a pessoa excluída ser classificada como desnecessária, vítima da circunstância que a acomete podendo até ser apontada socialmente como descartável.

Ao escrever sobre a estigmatização dos assistidos pela pobreza, Coser (1965) assinala que eles têm sua identidade e papel social na relação com as pessoas transformados em um estigma, o que também acontece massivamente com os usuários do CAPS. Isso dificulta a possibilidade de o sujeito acessar condições de equidade no meio social, seja pela via da construção de vínculos ou por sua existência calcada na dignidade e cidadania.

Quantos sustos como o caso do motorista acima ainda acontecerão enquanto nós, enquanto sociedade, não desvelamos a ideia de que não é o adoecimento mental que silencia e

estigmatiza, mas a forma como lidamos com a pessoa interpelada por esse adoecimento?

Rosa é uma usuária do CAPS que confronta quaisquer expectativas de desqualificação ou inferiorização de quem vive com adoecimento psíquico. Ela exerce papéis de representante na luta antimanicomial e estemece preconceitos e limitações impostas por meio de sua postura cotidiana.

(...) R: No início pra eu namorar era muito complicado porque eu não tinha tempo pra namorar.

A: e como foi quando você contou pra seu namorado sobre seu tratamento?

R: foi tranquilo, foi a primeira coisa que eu falei. Falei que a gente ia namorar e tal e ele falou que não via problema nenhum com essa questão. Ele já veio aqui no CAPS comigo em uma reunião que teve..mas assim, eu acho que ele não tem problema porque ele me vê como uma pessoa forte, sabe. Mas com relação a sociedade eu acho que ele tem receio de falar para as pessoas que eu faço tratamento no CAPS, comigo ele fala que não tem problema mas..o ser humano é muito complicado porque fala ‘ah eu não tenho preconceito..né?!’ mas deixa acontecer com a gente pra ver porque quando é para os outros está todo mundo bonitinho, né. Aí aconteceu um problema de depressão de uma neta dele e ela fazia medicina e teve que parar, tá tomando remédio forte, não tá aceitando o tratamento, não tá conseguindo se tratar, não quer ir em médico do SUS porque tem muito orgulho, sabe? Eu sugeri de vir conversar aqui no CAPS e nossa...não vai mesmo, não adianta. Ela não se abre. Eu falei que ela não precisa conviver que no CAPS tem psicólogo, psiquiatra mas não quer. Aí que eles ficaram sabendo porque eles não sabiam que eu tinha problema- ele sabia mas a família dele não. O irmão dele tá com problema de depressão e tal e eu contei que eu tive que aposentar e tive que parar tudo da minha vida por causa disso, porque tive problema com depressão, ansiedade..e eles falam ‘que bom que você mesmo fala, você não tem problema com relação a isso.’ (Rosa)

Em sua fala, Rosa explana sobre diferentes prismas do modo de sofrer sendo um sujeito marcado pelo diagnóstico em saúde mental. As diferentes interpretações dos outros, do pensam, até onde sabem, o que fazem com o que sabem da condição desse sujeito perpassa todo o tratamento para além do que já é de se esperar viver nesse percurso. Nesse sentido, a entrevistada denuncia a desconfiança, o receio do outro em frequentar uma instituição de saúde que o marcará socialmente não como alguém adoecido, mas alguém adoecido e incapaz.

Apesar do sofrimento a que são delegados, o ser humano resiste e busca sobreviver apesar da lógica hegemônica e normativa, mas isso está distante de uma vida com dignidade e satisfatória. Regina e Rosa anunciam genuinamente como é ser uma pessoa que existe para além do diagnóstico, para além do espanto social causado ao desvelar as cortinas do estigma que carrego na sociedade.

Como fruto produzido na experiência da dinâmica do viver, o preconceito é uma das manifestações advindas desse cenário. O preconceito é um julgamento, seja positivo ou negativo anterior ao contato prévio a respeito de algo, pessoa ou situação, mas que gera compreensões enviesadas a respeito do alvo (Jodelet, 2001).

As pessoas adoecidas psiquicamente, além de conviverem com as adversidades postas pelo sofrimento, balizam do estigma, do olhar de incapacidade a elas direcionados cotidianamente, junto disso, conto para essas pessoas sobre a inadequação para o convívio social.

Apesar dos desafios que a instituição cuidadora atravessa, constato que o avanço na lida com essas pessoas, muitas vezes ainda se mantém restrito aos cuidadores direto dos mesmos, incluindo as instituições. Paugam (2001) consubstancia essa diretriz ao apontar que: “este grupo não permanece unido pela interação de seus membros, mas pela atitude coletiva adotada pelo conjunto da sociedade” (p.69). É comum que o comprometimento em criar e

sustentar alternativas na lida que rompem com a lógica manicomial aconteçam no interior do serviço ou estrito entre os pares envolvidos no cuidado. Apesar disso, existe contradição e ambiguidade no trato com as pessoas na condição de sofrimento psíquico. Abaixo, Joaquim me relata sua vivência nessa conjuntura:

A- E você se sente respeitado aqui dentro do CAPS?

Joaquim- Aqui sim mas fora não por conta da família, de amigos de pessoas que eu não conheço mas que sabe da minha doença, eles não respeitam porque não entende. Eu mesmo quando tinha 18 anos eu tinha uma amiga eu ainda tenho contato com ela, mas ela é de fora mas aí em um momento ela entrou em depressão e eu não entendia isso, eu achava que era frescura. Aí depois..depois de uns cinco anos eu entrei em depressão. Eu entrei em depressão psicótica, aí depois que eu descobri que eu era esquizoafetivo..mas aí eu entendi o que que era. Povo acha que é bobeira, que essas coisas é frescura, que é fingimento, que não tem que vim no CAPS, que a gente vai melhorar, que não precisa tomar remédio, que a gente tem que procurar uma igreja, que é falta de Deus.

A: Você acha que entender a doença ajuda?

J Sim, com certeza. Se tivesse mais divulgação da mídia sobre a doença...até que o Fantástico esses dias teve uma matéria, né. Mas, se tivesse mais divulgação sobre o que acontece, como a pessoa se sente, seria mais fácil.

A- Você acha que o CAPS pode ajudar nisso de alguma forma?

Joaquim- Sim, acho que pode promover eventos sociais.

A: Entendi. Joaquim teve algum momento, em algum tratamento que você fez, que você babando.não se sentiu respeitado?

J: Mais quando eu estava em crise mesmo, não falava nada com nada. Às vezes você estava meio energético, vai lá e estoura com um e parece que acaba. Aqui tem muito isso. A pessoa surta e ao invés de procurar entender, segurar, conversar, vai lá e dá uma injeção

muito forte..aí a pessoa fica babando.

Em sua fala, Joaquim menciona sobre ele estar em posições diferentes quanto a compreensão do adoecimento psíquico, ora algoz quando relata sua postura para com sua amiga, ora vítima por hoje entender ser algo que não escolheu atravessar. Assim como com o usuário, tal ambivalência também acontece no CAPS. Entrar em contato com essa percepção, elucida a complexidade da reflexão aqui proposta. Usuários, técnicos da área de atuação, pesquisadores, familiares que estão na lida com esse fenômeno são agentes de mudança e reprodução na lógica operacional de cuidado.

Noto que o sujeito toma o CAPS como lugar primordial de acolhimento e amparo o que, dialeticamente colabora com o estreitamento da relação entre sujeito e serviço, mas tem como efeito colateral a redução das relações apenas naquele espaço. Aqui, identifico outro desafio para a instituição, referente a promoção e integração e reabilitação dos usuários frente os obstáculos sociais que geram sofrimento e exclusão- aqui presencio uma das faces da dialética da inclusão/exclusão no serviço.

O funcionamento de nossa sociedade me encaminha para o entorpecimento ou naturalização do que me acomete e gera sofrimento. Incessantemente as pessoas são alvo de violências resultantes das mazelas sociais que nos governam. A condição citada no início do parágrafo, corrobora com a revitimização desse sujeito, levando-o a fechar-se em si mesmo.

Alzira, narra em sua entrevista sobre um episódio de feminicídio vivido por ela, manifestação da violência de gênero que manifesta o sofrimento de natureza ético político, nesse caso tendo as mulheres como alvo. Ao perguntar para ela sobre a importância de estar nas oficinas do CAPS, ela diz:

Alzira: Eu já ganhei muito dinheiro fazendo sacolas, chinelos. Então assim, eu gosto de coisas que eu carrego, aprendo e que não tem muito custo financeiro pra você fazer. Já

vendi tapete..então cada coisa que eu faço disso eu vejo que assim, tá me melhorando. Por exemplo, recentemente..tem 5 meses, eu perdi minha filha por feminicídio.. se não fosse o suporte da casa, eu acho que eu estaria no sanatório... não vou dizer que não dói? Que não choro? Choro..fico triste sabe. Mas assim eu estava sozinha e eu consegui. Eu posso falar disso?

A- Claro!

Alzira- Porque é sempre muito forte! Ela teve um relacionamento com uma pessoa por 3 meses. No dia que ela viria embora, ele jogou álcool e gasolina no corpo dela e jogou fogo. Esse é um dos fatos mais recentes que as terapeutas aqui me deram muito suporte, porque senão eu não ia aguentar. Consegui ir, fiquei 13 dias com ela lá, de repente ela falece, segurada na minha mão, sabe?! Ainda bem que eu tive suporte daqui, a fé que eu tenho em Deus. Eu tive que ter força porque todas as decisões tinham que ser tomadas por mim..Aí liga pra um, pra outro..eu perguntei minha irmã se ela poderia fazer um empréstimo pra mim porque a opção que eu tinha ou trazer era ou enterrar ela lá como indigente porque ele queimou todos os documentos dela tudo. Ela queimou 90% do corpo. Ainda conseguiu resistir do dia...22/04 a 03/05..aí, a psicóloga lá do hospital conversou comigo mas eu não falei que faço tratamento aqui porque lá, eles não queriam saber, eu simplesmente era a mãe da T. e eu estava lá como acompanhante. Às vezes eu tomava um banho correndo, ficava com fome. O único remédio que eu deixei de tomar foi o de dormir porque eu pensei: ' como eu vou tomar um remédio pra dormir estando como acompanhante?' Aí o médico, a psicóloga falavam pra eu tomar um remédio, me diziam: "a senhora não vai dormir a senhora vai ficar mais ..." aí eu falei: 'não, eu tenho que tá bem lúcida porque eu quem vou tomar todas as decisões.' Na minha cabeça eu pensava assim: como eles iam fazer com uma paciente morta e uma mãe da paciente surtada?

A cultura da violência contra a mulher no Brasil é tangenciada pela normativa patriarcal perversa de organização binária sexista da sociedade, ‘homens x mulheres’ a qual classifica as mulheres de forma subversiva e submissa perante os homens. Muniz (2017) nos apresenta que [...] a cultura machista inscreve-se nessa lógica sexuada segundo a qual os lugares, papéis, atividades e posições das pessoas são definidas segundo seu sexo social, seu gênero, masculino ou feminino. Estabelece-se, sob tal visão de mundo, uma partilha desigual, ao se conferir ao masculino uma posição de superioridade em relação ao feminino, fundamentada em argumentos biológicos, na tese da inferioridade estrutural do sexo feminino (p. 39).

Em seu relato, Alzira revela como foi viver o feminicídio na própria pele a dor e o luto de perder um ente querido para o feminicídio; a angústia de estar no impasse entre omitir ou assumir sua condição psíquica para os próprios profissionais de saúde que tratavam de sua filha; a sobrecarga por performar um papel social, elaborar sua dor, criar condições para atravessar aquele momento.

O sofrimento narrado por ela e também que teve sua filha como alvo da violência, se solidifica na ideia de desqualificação da mulher como apêndice social, no impedimento de poder cuidar da saúde mental, no silenciamento da mesma levando em consideração as possibilidades dali para frente decorrente do fato de ser uma mãe, acompanhante e louca. Não há garantia de que a referida equipe técnica assumiria tal postura, mas, o fato de Alzira precisar ponderar isso já diz da perpetuação da lógica manicomial para além dos muros. Apesar disso, o vínculo com CAPS, que estava há 2.500 km de distância, se fez suporte no atravessamento dessa fatalidade.

Em outra conversa, com a entrevistada Helena, posso perceber os impactos psíquicos desencadeados após uma violência sofrida:

A: me conta um pouco como foi o começo do seu tratamento em saúde mental.

H: “Eu vou contar um pouquinho do que foi a minha vida. Eu deixei a religião do meu pai e minha mãe e entrei pra uma religião que não é católica, era cristã, fiquei 4 anos nessa religião. Só que eu comecei a gostar de um rapaz lá, sabe?! E ele estava noivo, ia casar. Aí eu peguei e abandonei a religião, larguei tudo. Com isso minha mãe falou que isso era bobagem, que logo eu arranjaria outro namorado. Aí nós saímos, fomos em um barzinho e lá eu conversei com um rapaz e combinei com ele de voltar a ver ele, essas coisas; só que ele era um rapaz que não gostava de mim. Ele era um rapaz que não gostava de jeito nenhum de mim. Então um dia eu saí com ele, fui numa festa mas eu não gostei do jeito da festa, sabe. Aí ele pegou uma chave (que depois que eu fiquei sabendo) e foi para uma casa lá perto, só que a casa era tudo escura, tudo bagunçada e ele...assim, eu conversando com ele, ele pegou e não quis conversar comigo e quis se aproveitar de mim de uma forma muito violenta, e eu não queria. Eu falava, esperneava e não tinha resultado porque a casa estava fechada, só eu ele e tudo escuro lá dentro. Aí eu saí de lá, xinguei muito ele, falei que agora ele ia ter que me levar em casa, só sei que foi o maior bafafá. Depois, ele foi na minha casa, foi namorar comigo por obrigação por causa da família dele e eu falei com ele em particular que não queria, que não queria ver ele nunca mais. Eu fiquei traumatizada com tudo isso sabe. Mas eu continuei a faculdade, continuei fazendo o curso e foi até que eu formei. Um pouco antes de formar, um rapaz me levou, não sei se ele queria passear, se ele queria só aproveitar de mim (...) eu pedi para ele me levar pra casa porque eu queria ir embora e ele simplesmente não fez nada disso. Ele se aproveitou de mim e aí eu engravidei. Foi muito difícil, essas coisas foram muito difíceis para mim porque eu não tinha condição nem mental, nem de pessoa mesmo, pessoal de estar enfrentando as situações. Eu provavelmente já tinha essa doença que eu tenho há muito tempo atrás.” (Helena)

Helena compartilha uma experiência marcante e violenta de um abuso vivido que marcou sua história. O machismo perpetua a ideia de inferioridade das mulheres e consequente

desqualificação das mesmas. Fortemente combatida pelo movimento feminista, caracterizado por três ondas de pensamentos e ações diferentes (Zanello, 2017), no contemporâneo ainda é necessário a garantia de direitos para existir sem medo ou risco de viver violências físicas, psicológicas, sexuais pelos homens.

Ao contrário de alguns pensamentos, ressalto que os homens também são vítimas da lógica machista, entretanto, os impactos dessa lógica são sentidos de forma diferente para homens e mulheres. Questionar e problematizar a relação com o mundo que abastece a ideia supremacista do homem macho e onipotente colabora para intervir nessa realidade posta, mas não intacta.

Helena destaca inúmeras vezes que não foi ouvida e atendida em seu desejo de sair das situações em que estava exposta. A não validação de sua reivindicação pode ter como uma das consequências, impactos em sua subjetividade. Como legítimo a fala e posicionamento das mulheres à minha volta? Como repensar a perspectiva de desqualificação das demandas apresentadas pelas mulheres com sofrimento mental?

Outra alternativa ao silenciamento delegado às mulheres é a servidão. Ao relatar também sobre o início de seu tratamento em saúde mental, Madalena me aponta:

M: eu cuidava da minha mãe e trabalhava. Minha mãe tinha problema de Parkinson e meu pai teve Alzheimer e eu era presa ali e recebia muita pressão porque quem mantinha a casa financeiramente era meu irmão e com isso eu era muito pressionada porque meu irmão que mantinha e não adiantava falar para ele o que minha mãe fazia, dos comportamentos dela. Eu era a peça chave da minha mãe pra massacrar. Eu me sentia presa. Única filha mulher minha obrigação. Por exemplo, eu pegava o carro, chegava do serviço e via o que tinha, a empregada passava pra mim o que tinha que fazer, coisa de alimentação e outras necessidades. Com o tempo eu fui ficando ruim.

A: Ruim como?

*M: Mentalmente. Eu tive síndrome do pânico, eu tive tudo. Eu tive depressão, eu tive tudo. Porque era muita pressão em cima de mim. E eu tinha que tá ali. Porque a tradição, né?!
Filha mulher que cuida então... (Madalena)*

Madalena relata o impacto psíquico vivido por ela, como um dos disparadores, ter sido refém da tradição generalista quanto aos papéis sociais dos homens e das mulheres, onde aquele é provedor material e financeiro do lar e aquela oferta cuidado, tempo e atenção integral. Sua exposição nos provoca para pensar o que é de fato o cuidado com os pais, a quem ele diz respeito e quem cuida do cuidador. Outro marco é a crença social, principalmente sob a mulher de “guerreira”, “forte” frente às demandas externas a ela quando na verdade ela é sobrecarregada de obrigações e invalidada em suas reivindicações por direitos.

No decorrer dos diálogos com os entrevistados, identifico a manifestação do sofrimento psíquico atrelado à organização social e política do modo de viver. Nesse sentido, o trabalho é também um marcador social que delinea meu modo de estar no mundo. Por ele e, através dele, acontece a construção da subjetividade, da identidade das pessoas, assim como ele serve de instrumento que demarca a desigualdade, o acesso à saúde, educação, cultura e lazer que essas pessoas alcançam.

Ao longo do horizonte histórico, acompanho as mudanças e pluralidades de efeitos que envolvem o trabalho. A centralidade que esse fator ocupa no corpo social está presente também nas relações de poder nas camadas sociais, no adoecimento físico e psíquico de uma parcela de pessoas. Em contrapartida, a ausência do trabalho, ou seja, a condição de desemprego também é perturbadora para os sujeitos onde são classificados como escória social.

Marx (1844/2004) aponta que

primeiramente, aparece ao homem o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva mesma apenas como meio para a satisfação de uma carência (Bedurfnisses), a carência de manutenção da existência física. A vida produtiva é, porém, a vida genérica. É a vida

engendradora de vida (p.150).

Nesse sentido, produzimos e somos afetados pelos resultados da produção humana no trabalho ininterruptamente no cotidiano. Mas, quais os efeitos desses resultados na vida do sujeito? Quais as repercussões existentes quando há ausência do trabalho enquanto ofício profissional ou o sujeito é impedido de exercê-lo? A dialética da ausência/presença do trabalho, motivador/benfeitor de saúde e doença assim como a própria dialética saúde/adoecimento em interface com o trabalho atravessaram os diálogos com os usuários do CAPS em muitos momentos.

Ao apontar o trabalho como centralizador na relação saúde - doença do sujeito, constato nas entrevistas que esse contexto foi primordialmente o palco onde ocorreu a manifestação dos sintomas que culminaram em crises psíquicas dos usuários. Identifico nesse cenário o sofrimento psíquico manifestado nas pessoas, sofrimento que é firmado em aparatos políticos e sociais constitutivos da sociedade contemporânea. Abaixo, segue um momento importante na conversa com Regina onde ela testemunha o sofrimento psíquico vivido decorrente da prática do trabalho:

A: e como foi esse surto? O que aconteceu que te faz entender como um surto?

R: eu dava aula de artes e meu humor começou a variar muito e as minhas meninas estavam acordando e o som estava baixinho, estava uma paz, uma tranquilidade. E eu comecei a imaginar a cena e fiquei com medo daquela cena...acontecer. porque me vinha na cabeça a cena e eu pensei 'se uma dessas meninas levantar a voz eu vou quebrar ela no meio.' Ai minha mente já...ai eu saí de sala, pedi a diretora pra vir embora e eu vim pra cá. Mas foi uma situação muito difícil (...)

A: Você me disse que hoje em dia vive normal. Me conta um pouco mais sobre o que você entende disso e como tem vivido.

R: 'normal' né? Assim, minha rotina é agitada, eu sou hiperativa. Então eu trabalhava

de manhã, tarde e noite. Eu saía de uma escola, pegava o carro e ia pra uma escola depois pra outra e pra outra. Hoje, meu normal é me respeitar mais. Eu tenho mais qualidade de vida, eu me preocupo mais comigo. Eu falo que a terapia tem isso, sabe?...a terapia me deu...eu falo que eu tenho ferramentas pra lidar com as mesmas dificuldades que eu tinha antes de vir pra cá. Então eu fico observando as pessoas hoje...eu tenho dó das pessoas. Porque fica todo mundo em uma vida tão desenfreada, né?! E não tem necessidade, não tem. Então hoje eu faço as coisas que eu gosto, no meu tempo. Se eu tivesse feito isso antes, se eu tivesse feito terapia na adolescência, eu não teria passado pelo que eu passei. O sofrimento foi muito. (Regina)

Em continuidade, menciono a seguir um trecho da entrevista de Rosa que também compartilha da experiência do adoecimento nesse contexto:

A: Rosa, me conta como foi o início do seu tratamento em saúde mental.

R: Se não me engano foi em 2001; em 2001 eu tive uma crise séria. Excesso de trabalho, a gente ainda não detectou precisamente qual foi o ponto mas desde pequena eu tinha uns probleminhas de saúde assim..muita ansiedade e aí depois que eu comecei a trabalhar, eu trabalhava muito. Eu trabalhava 4 períodos em São Paulo, ainda tinha 4 períodos na época, 2 indo em Uberaba, eu trabalhei 10 anos indo pra São Paulo. Aí fiquei grávida e, quando meu menino tinha um ano eu adoeci. Então trabalhando com ele grávida então a gente acha que juntando tudo, o excesso de trabalho, pós parto, a minha personalidade..tudo auxiliou pra que acontecesse a crise.

Os relatos citados denunciam os efeitos do trabalho na subjetividade e na saúde das pessoas entrevistadas. Regina e Rosa, ambas mulheres, pobres e que lutam pela subsistência cotidianamente, evidenciam em suas experiências a face cruel da organização social a qual fomenta sofrimentos de diversas ordens nas pessoas.

As introjeções impostas pelo mercado de trabalho atravessam a existência do sujeito impondo imperativos no modo de viver e estar na sociedade. Ao narrar sobre o processo de

dar-se conta de seus limites frente às urgências sociais contemporâneas, as entrevistadas denunciam fragmentos neoliberais que gestam o sofrimento psíquico na atualidade.

A performance social prescrita no recorte histórico a que me refiro, preconiza a intervenção mínima do Estado e em contrapartida a doação máxima do sujeito no campo da economia. Essa doação ditará o valor desse mesmo sujeito via artimanha engenhosa e potente a qual fortalecerá a constante sensação de ser devedor de si (Safatle et al., 2020), ou seja, entro em uma espiral de escassez, sofrimento milimetricamente planejado pela lógica mercantil onde o preço a se pagar é a saúde psíquica, quando não a própria vida.

Nesse sentido, denoto que: “se o objetivo do capitalismo é a extração de mais-valia e acumulação de capital, o processo de valorização sobressai em relação ao processo de trabalho, por meio de sua intensificação” (Elias, 2014, p.65). Para o sucesso dessa sentença não há esforços a serem medidos, o que nos convoca a resistir a essa emboscada além de cuidar do sofrimento causado por esse processo.

O campo do trabalho tem um rol de aspectos constitutivos da vida humana. Por meio dele é gerado o acesso à sobrevivência, realização pessoal, transformação da vida de outras pessoas. Entretanto, nesse mesmo rol acontece a alienação, privação de acesso a outros recursos que não o trabalho exercido, objetificação das relações e a subserviência de si em prol do lucro, do acesso a privilégios e status social.

Os casos de Regina e Rosa, me convidam a pensar sobre a relação que estabeleço com o trabalho e o lugar que ocupa em meu cotidiano. Pelas lentes do mercado, elas foram assertivas, isto é, abdicaram de si pelo ofício e ultrapassaram seus limites humanos em nome da manutenção financeira. Em contrapartida, quanto da conscientização de si e da situação estava presente para culminar no adoecimento psíquico?

A teia do mercado de trabalho é muito bem estabelecida de forma que o eu e o outro e o eu e o processo tendem a se tornar intrinsecamente conectados. A ausência de um coloca em

questão a existência do outro, como me é delatado em um trecho da entrevista com Joaquim, onde conta das tentativas de reinserção no campo do trabalho:

A: Depois que você saiu do sanatório, que você teve alta, você continuou o tratamento?

J: Continuei, continuo desde 2010 eu tô aqui. Uma vez eu abandonei pra trabalhar. Mas eu não consegui trabalhar e voltei, duas vezes eu tentei ir trabalhar. Eu tenho o sonho de voltar a trabalhar, só que eu agora não tô conseguindo. Às vezes eu consigo ficar uns três, seis meses trabalhando depois ficar uns três, quatro meses de tratamento, seis meses trabalhando. Agora, desde uns dois anos pra cá que eu tô aposentado de vez eu não consigo trabalhar mais. Eu trabalhei isso com a psicóloga quer que eu volto trabalhar, mas é um risco muito grande porque se eu volto a trabalhar e depois eu tenho outras crises, pra eu conseguir o benefício de novo é muito difícil, né.

Há um lugar no mercado de trabalho que Joaquim possa estar? Esse lugar contempla sua possibilidade de estar no mundo ou está implicado com a lógica da inclusão perversa? Como me identificar quando não estou inserida no mercado de trabalho e/ou produzindo para o sistema?

Ao circunscrever a compreensão do sofrimento do sujeito no âmbito político, constato os efeitos das condições sociais a que ele está submetido o que é registrado em sua história, em seu corpo simbólico e físico. Na reivindicação que legitima conhecer o sujeito para além do campo biológico, Canguilhem (2009) defende que a patologia não acontece de forma genérica entre as pessoas pois a condição de adoecimento é imbricada com o contexto no qual se está inscrito. Em continuidade, o autor aponta que a saúde deve contemplar movimento, reação, poder de escolha e posicionamento; já a patologia implica no enrijecimento, alienação e cristalização.

Para finalizar esse capítulo, retomo que minha intenção foi de abarcar reflexões que atravessassem o aparato da exclusão para adentrar no estudo social do sofrimento, especialmente

do sofrimento psíquico e ético político frente aos marcadores do preconceito, gênero e do trabalho. Essa intenção é uma aposta para fomentar intervenções que superem a submissão e a potência de padecer das pessoas, pois acredito na possibilidade emancipatória e que distancia da ideia da mera sobrevivência do sujeito. Para isso, busco compreender o sofrimento atravessado por aspectos sociais, culturais, de direito/privação à acesso ao trabalho, lazer, a uma vida com dignidade e emancipação ao lugar de atrelá-lo e reduzi-lo ao campo biológico.

Souza e Sawaia consubstanciam uma alternativa ao inscreverem o processo de saúde/doença na diretriz dialética da autonomia/heteronomia do sujeito assinalando a dimensão da saúde ético-política como instrumento de transformação política. Isso acontece ao remanejar o campo da saúde da perspectiva biológica, particular e material para o campo político e público. A saúde, em sua complexidade, atravessa todos os tecidos que constituem a existência.

Nesse sentido, a proposta de promover saúde no formato integral do sujeito inclui a discussão dos marcadores que geram sofrimento humano para que haja condições de viabilizar rupturas ou transformações das premissas sociais adoecedoras. Para tanto, uma das apostas que respondam as inquietações levantadas, diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas e estratégias junto das pessoas que estão sendo desqualificadas socialmente de seus direitos e interesses, ou seja, daqueles que estão incluídos socialmente pela exclusão de seu lugar com a finalidade de compreender e construir recursos que abriguem suas aflições (Sawaia, 1999).

Saliento a importância de ampliar meu olhar para o que faz o sujeito sofrer. Isso envolve ressignificar a direção de intervenções as quais tendem a individualizar e culpabilizar a pessoa em sofrimento. Esse manejo em nada colabora para identificar e inventar outras formas de estar no mundo que resistam ao que está posto, ao contrário, responde à lógica neoliberal e adoecedora que me rege.

5. Para Não Concluir

Apenas quando somos instruídos pela realidade é que podemos mudá-la.

Bertolt Brecht

A dinâmica entre o não saber e o aprender, as tensões e as superações compõem o caminho feito nesta pesquisa. O caminhar é atravessado pelo olhar crítico que visa enxergar para além do que é dado, pelo empenho em compor encontros que ampliem o repertório científico e existencial. Sobretudo, houve o intuito na aposta de que, coletivamente, os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental fossem legitimados e que o entendimento acerca do sofrimento psíquico perpassasse o trivial vivido no cotidiano.

A aposta em novo modo de cuidar está imbricada na sustentação de uma nova forma de me relacionar enquanto sujeito intrinsecamente social, afinal, não há a consolidação de um novo lugar social para os sujeitos em sofrimento psíquico calcado nas concepções contemporâneas. Me amparo também na disponibilidade para descobrir outras perspectivas, na ambivalência da angústia e do alívio em não encontrar todas as respostas, haja vista que as perguntas são repensadas em todo o processo e a riqueza do caminho está em atravessá-lo.

Do ponto de vista histórico, a reforma psiquiátrica no Brasil é recente. Esse fato não impede o alcance de avanços nas políticas públicas que fomentem as ações dos serviços de saúde, culminando em novas formas de promoção de cuidado e tratamento. Porém ainda é comum constatar falhas, manejos normativos e excludentes com os usuários dos serviços substitutivos, o que corrobora com questionamentos apontados ao longo do trabalho escutadas no cotidiano da sociedade: os CAPS funcionam? Quais benefícios existem para o tratamento dos sujeitos que ali são acompanhados?

Esses questionamentos são propulsores para pensar meu objetivo central de, se e como,

os serviços desenvolvidos no CAPS tem contribuído com a saúde mental dos usuários por eles assistidos. Ressalto que o estudo se dá em um tempo e local específicos e que isso não permite generalizações, mas permite que se seja sinalizado uma compreensão que pode ajudar a pensar outros serviços.

Demarco o cuidado, tratamento e reabilitação social direcionados aos usuários como marcadores primários para compreender como as intervenções propostas no CAPS tem atendido esses preceitos das políticas de saúde mental.

Por meio de suas propostas interventivas e compreensão de cuidado, o CAPS consegue oferecer no interior do serviço um lugar de escuta e acolhimento aos usuários. Essas propostas são pensadas no que tange às diferentes propostas de oficinas, grupos terapêuticos, terapias individuais, participação dos sujeitos nas ações cotidianas do CAPS.

Ao escutar os usuários, identifico que o serviço firma suas intervenções no acolhimento, na condição de que os usuários participem dos projetos terapêuticos delineados para eles, que se sintam pertencentes àquele espaço. São estratégias que buscam firmar os preceitos manicomial mas, ainda assim, galgam em uma liberdade vigiada.

Utilizo do termo “liberdade vigiada”, não com a intenção de defender que o sujeito possa fazer o que deseja sem direcionamentos no serviço mas que, sua manifestação de existir no mundo não seja previamente contornada pela equipe profissional, que a integralidade do cuidado perpassa os muros do CAPS e esses sujeitos possam habitar a comunidade para além da condição de louco, de passeios ou cotas em eventos da cidade. Nas entrevistas, são relatados a importância da construção de vínculos, de amizades desenvolvidas entre os usuários, como propulsores de autonomia, reconhecimento de si até mesmo por compartilharem de vivências comuns.

Entretanto, a manutenção e fortalecimento dos espaços de cuidado apoiados nas políticas da Reforma Psiquiátrica no Brasil encontram-se ameaçados por representantes políticos que almejam sua extinção. Uma medida lançada no ano de 2020 por parte da Comissão Intergestores Partites (CIT) representada pelo governo atual de Jair Messias

Bolsonaro, nomeada de 'Revogação', propõe revogar ações das políticas de saúde mental oriundas da lei 10.216/2001 onde os serviços de consultório na rua, o programa De Volta Para Casa, as residências terapêuticas, o CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas) sejam extintos e, os CAPS ofertem apenas serviços de reabilitação sem acompanhamento psiquiátrico. Ainda como propostas, indicam a flexibilização das internações voluntárias, aumento do número de vagas em comunidades terapêuticas e leitos em hospitais psiquiátricos. Essa proposta do desmonte das políticas consolidadas há alguns anos atende aos interesses de uma parcela de pessoas detentoras do poder que calcam suas diretrizes na exclusão, subjulgação do outro além de ser uma grave ameaça ao sistema democrático do país. Vale ressaltar que esta medida, embora consolidada no ano de 2020, teve seu início em 2017, por representantes do governo de Michel Temer.

Entendo esta pesquisa como uma micro ação que resiste ao manicômio e suas amarras asilares. A provocação aqui feita, diz respeito ao serviço de fortalecer ações que possibilitem o convívio em sociedade. Nas ocasiões em que a reabilitação social proposta é restrita ao espaço do CAPS e a convivência com os pares, questiono como a inclusão e reabilitação poderão ser efetivadas na sociedade, respeitando a singularidade e as diferenças existentes entre todos. O bom vínculo existente entre os usuários e a equipe, é um importante aspecto que advoga para expansão da convivência extra-muros pensada além de fortalecer a corresponsabilização do sujeito consigo e com seu acompanhamento de saúde.

A corresponsabilização da qual me refiro perpassa o campo do reconhecimento das próprias necessidades, da possibilidade de reivindicar que as mesmas sejam atendidas. Perpassa o campo de poder desejar, de elaborar a própria existência em suas dores e potências. Nesse sentido, faz-se necessário identificar como os usuários da instituição são escutados em suas vivências cotidianas.

Os participantes revelam nas entrevistas percepções sobre condutas, escolhas, silenciamentos presentes nos diálogos estabelecidos que me convida a problematizar as transformações anunciadas nos serviços substitutivos. Entendo que as decisões conjuntas aproximam do ato de tornar o sujeito como refém do status quo estabelecido pelo outro. Essa

reflexão convoca a comunidade a refletir sobre o que escuto das pessoas, como escuto as contestações e pedidos que chegam até mim. Além disso, me incita a pensar sobre minha percepção de sujeito autônomo defendido por muitas pessoas na sociedade em que estou inserida.

Compreendo que o CAPS representa a materialização da resistência ao retorno ao manicômio, a persistência de um novo modo de cuidar do sujeito em sofrimento psíquico. Cuidado esse que tem sido transformado ao longo do tempo, que nunca está pronto. Tais considerações colaboram para me paramentar enquanto profissional da saúde que cuida, que propicia junto ao sujeito, novas formas de existir no mundo. Cuidado e participação caminham lado a lado para que não haja tutela do outro, para que essa pessoa possa viver em sua integralidade e não às sombras dos preconceitos, julgamentos e limitações previamente impostas à ela.

Nesta pesquisa, também convido o leitor para, a partir do olhar crítico e sensível, enxergar o sujeito que sofre para além do fato de ser usuário do serviço, o dito louco que vive na comunidade. Essa pessoa é atravessada por experiências, assim como cada ser humano, que o constituiu e colaborou para que ele esteja como o vejo atualmente.

Destaco que há estudos anteriores a este os quais propõem reflexões sobre a dinâmica do adoecimento pelo viés social, onde este processo é composto por artefatos da vivência cotidiana e dos modos de organização da sociedade contemporânea. Destarte, tais pesquisas apontam que a dialética singular-particular- universal produzem adoecimentos e denunciam a gênese do adoecimento do sujeito.

Ao entrar em contato com as histórias de vida narradas por cada participante, identifico negligências, pobreza, preconceito, discriminação que marcam suas vidas e constituem seu adoecimento psíquico. Explorar a relação existente entre o sofrimento psíquico e alguns dos marcadores sociais implica em conceber o sujeito para além das manifestações sintomáticas, do título de ‘problema social’. A exclusão denunciada pelos entrevistados e as violências a que estiveram submetidos, tendem a revitimizá-los e, se não acolhida, os mantém à margem de si mesmos, a tarefa de apenas ser sobrevivente do caos.

Ainda que incômodo, é importante o comprometimento em investigar o que há em cada um que, coletivamente corrobora para manter essa lógica de funcionamento social; do contrário, apenas será trocado as roupagens da engrenagem que adoece. Para isso, passa-se a conceber a saúde como dimensão político-social e não de forma reduzida ao campo biomédico e biologizante. Por ser um ser social, estou em constantes transformações das quais podem ser inovadoras ou esmorecedoras de vida.

Reconheço os esforços da equipe na construção de ações antimanicomiais. Porém, para avançar nesse objetivo e promover intervenções que contribuam para a propulsão de saúde mental, é preciso reconhecer e entrar em contato com as convenções asilares existentes de diferentes formas nas condutas elegíveis como tratamento na saúde nos serviços substitutivos por eles assistidos.

Ainda há muito que percorrer e o conhecimento científico é desenvolvido em um recorte de tempo e espaço que configura-o como inacabado e refutável. Comprometida com os sujeitos que utilizam do serviço de saúde mental e com o intuito de colaborar com uma sociedade que opere de forma mais digna e respeitosa com esses mesmos sujeitos, aponto que outras pesquisas sejam desenvolvidas para promover reflexões que produzam novos sentidos na lida com o sofrimento psíquico e com o sujeito que sofre e instrumentalizar os profissionais da saúde frente aos desafios com que cruzam cotidianamente.

6. Referências

- Almeida, D, T. & Arruda, A. E. (2019). Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em saúde mental: a experiência de um serviço aberto e territorial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 14(2), 01-12.
- Alves, T. C., Oliveira, W. F. D., & Vasconcelos, E. M. (2013). A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 23(1), 51-71.
- Amarante, P. et al. (1976-2016). *Autobiografia de um movimento: quatro décadas da reforma psiquiátrica no Brasil*. Edital Memórias Brasileiras. CAPES.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Amorim, M. (2002). Vozes e silêncio no texto de pesquisa em Ciências Humanas. *Cadernos de Pesquisa*, n. 116, 7-19. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000200001>
- Amorim, A. R., Rizzi, F. N. C. (2017). A patologização e a medicalização: afetações. In Campos, F.R.(Hucitec), *Direitos Humanos e Saúde Mental*, 222-236. Hucitec.
- Andrade, A. B. D., & Bosi, M. L. M. (2015). Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 887-900. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015131949>
- Baldin, N., & Munhoz, E. M. B. (2011). Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). *REMEA - Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, 27(1), 1517-1266. <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/3193/1855>
- Basaglia, F (Org.). (1985). *A instituição negada - relato de um hospital psiquiátrico*. Graal.
- Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J. A. A. Melo, Trad.). Garamond. (Original publicado em 1924)

- Biagi, B. A. D. D., & Rasesa, E. F. (2018). *A construção da responsabilidade relacional em terapia familiar*. *Pensando famílias*, 22(1), 3-17.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100002
- Bleger, J. (1980). A entrevista psicológica. In *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos* (pp. 7-41). Martins Fontes.
- Bondiá, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista brasileira de educação*, 19(1), 20-28.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
- Bongiovanni, J e Silva, R.A.N. (2019). Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços de saúde mental. *Psicologia e Sociedade*, 1(31).
- Calicchio R. R. (2007). *Novas práticas de cuidado e produção de sentido no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: análise da experiência do grupo harmonia enlouquece no campo de saúde mental no município do Rio de Janeiro* [Dissertação de Mestrado, Fiocruz].
- Campos, C. J. G. (2014). *Metodologia qualitativa e método-clínico qualitativo: um panorama geral de seus conceitos e fundamentos*. <https://arquivo.sepq.org.br/II-SIPEQ/Anais/pdf/poster1/05.pdf>
- Campos, F. N. (2008). *Trabalhadores de saúde mental: contradições e impasses no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. [Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo].
- Campos, G. W. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec.

- Canguilhem, Georges. (2009). *O normal e o patológico*. Forense Universitária.
- Cardoso, M. R. Oliveira, P. T. R. e Piani, P.P. R. (2016). *Práticas de cuidado em saúde mental na voz de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará*. Saúde debate. 40(109), 86-99.
- Carretero, T. C. (2001). “A Doença como projeto” - uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações sociais. In Sawaia, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 87-96). Vozes.
- Castro, A. de C. Portugal. F.T, & Jacó-Vilela., A. M. (2011). Proposição Bakhtiniana para análise da produção em psicologia. *Psicologia em Estudo* 16(1), 91-99.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100011&lng=en&nrm=iso
- Cecarelli, P. R. (2010). *A patologização da normalidade*.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013
- Corrêa, G. T. & Ribeiro, V. M. B. (2012). *Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde*. *Interface: comunicação, saúde e educação*, 16(41), 331-341.
- Delgado, P. G. (1992). *As razões da tutela*. Te Corá.
- Elias, M.A. (2014). *Equilibristas na corda bamba: o trabalho e a saúde dos docentes do ensino superior privado em Uberlândia/MG*. [Tese de Doutorado, USP].
- Ely, G. Z, Terra, G. M, Silva, A. A, Freitas, F. F, Leite, T. M & Brum, M. B. (2017). Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. *Revista Contexto Enfermagem*, 26(3). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000280016>

- Emerich, F. B, Campos, O. R & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Interface*, 18(51). 685-696.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>
- Ercole, F.F., Melo, L. S., Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-11.
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>
- Feitosa et. al. (2010). *Estudos das experiências da reforma psiquiátrica - concepção de sujeito, comunidades e práticas terapêuticas*, 6(1), 111-133.
- Ferreira, T. P. S, Sampaio, J, Souza, A. C. N, Oliveira, D. L & Gomes, L. B. (2017). Produções de cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Revista Interface*, 21(61). 373-384. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
- Fidelis, A. C. (2018). Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (SUS). *Trabalho educação e saúde* 16(2), 561-582.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura*. Perspectiva.
- Freitas, M. T.; Souza, S. J. & Kramer, S. (2007). Ciências Humanas e Pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin. *Coleção Questões da Nossa Época* (2ª ed., Vol. 107). Cortez.
- Galeano, E. (2019). *O livro dos abraços*. 14ª edição. L & M.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas Individuais e Grupais. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (P. Guareschi, Trad.), (pp. 64-89). Vozes.
- Gergen, K. J. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. (A.M.E. Mesa & S. D. Ferrans, Trad.). Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, GESO, Ediciones Uniandes.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Editora Atlas S.A.

- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos* (D. M. Leite, Trad.). Perspectiva. (Original publicado em 1961)
- Hess, R. (2009). *O momento do diário de pesquisa na educação*. Ambiente e educação, 14(1), 61-87.
- Hirdes, A. (2009). *A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re)visão*. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), 297-305.
- Jodelet, D. (2001). Os processos Psicossociais da Exclusão. In Sawaia, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 53-66). Vozes.
- Junior, E. F. G., Medeiros, S., & Augusta, C. (2017). *Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a ciência da informação*, 13(7), 138-150.
<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tematica>
- Leal, E. M. Júnior, O. D.S. Muñoz, Goldenstein, N. & Delgado, P. G. G. (2006). Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoam. Psicopatol. Fund.* IX, (3), 433-446. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000300005
- Machado, V. & Santos, A. M. (2013). O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 701-712.
- Martinago, F. & Oliveira, F. W. (2015). (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial em Santa Catarina, Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, 24(4). 1273-1284.
- Marx, K. (1844/2004). O trabalho estranhado e a propriedade privada. Tradução: Jesus Reniere. In R. Antunes (Org.), *A dialética do trabalho* (pp. 141-159). Expresso Popular.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P. Jardim, V. M. R. e Olschowsky, A. & Machado, M. S. (2009).

O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Psicologia & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100021&script=sci_arttext

Muniz, D. C.G. (2017) As feridas abertas da violência contra as mulheres no Brasil: estupro, assassinato e feminicídio. In Zanello, V. (Org): Mulheres e violência: interseccionalidades. (pp.36-49) Technopolitik

Oliveira. I. B. Da S. & Sant'Anna. D. B., (2017). Ações micropolíticas no campo da saúde mental: tecendo saberes em nome de uma artesanania do cuidado. *Revista Nufen: Phenom. Interd*, 9(1), 127-147.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2175-25912017000100009

Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde* (OMS/WHO).

Pacheco, C. U. S, Rodrigues, R. S & Benatto, C. M. (2018). A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re) construção do seu projeto de vida. *Revista Mental*, 12(22), 72-89.

Passos, I.C.F. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Fiocruz.

Paugam, S. (1994). *La desqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*. Presses Universitaires de France.

Paugam, S. (1999). Pobreza, exclusão e desqualificação social: Resumindo o debate europeu. In Veras, M. P. B.; Sposati, A.; Kowarick, L. *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam* (pp. 116-119). Educ.

Paugam, S. (2001). O enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos Sociais - uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In Sawaia, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 67-86). Vozes.

- Paulon, M. S, Gageiro, M. A, Costa, C. F. D, Pereira, G. R, Mello, C. R. V & Rosa, H. R. (2011). Práticas clínicas dos profissionais 'psi' dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. *Revista Psicologia & Sociedade*, 23, 109-119.
- Paulon, M. S. & Costa, C. F. D. (2012). Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Revista Saúde em Debate*, 36(95), 572-582.
- Paulon, M. S, Protazio, M. M & Tschiedel, R. (2018). “Eu sei o que é saúde mental”: pesquisar e cuidar como fios da mesma trama. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 6-32.
- Pereira, E. R. & Freitas., M. (2018). O diário de campo e suas possibilidades. *Cadernos de Psicologia*, 20(3), 235-244. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1461>
- Pitta, F. M. A, Coutinho, M. D & Rocha, M. C. C. (2015). Direitos humanos nos centros de atenção psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. *Revista Saúde debate*, 39(106), 760-771. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030016>
- Puchivailo. C.M. Costa. I.I & Holanda, F.A. (2019). A naturalização da experiência na atenção à saúde mental: uma questão epistemológica. *Revista Nufen: Phenom. Interd.*, 1(11), 1-21. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n%C2%BA01artigo42>
- Queiroz, D. T. Vall, J. Souza, A. M. A. & Viera, N. F. C. (2007). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista enfermagem UERJ*, 15(2), 276-283.
- Rocha, T. H. R, Penna, B. V, Manfré, M. C & Jesus, L. M. (2019). A desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: um relato sobre práticas em um CAPS. *Revista do NESME*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v16n1p1-16>
- Rotelli, F., de Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, outra via. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). Hucitec.

- Rotelli, F. & Amarante, P. (1992). Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In B. Bezerra & P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 41-55). Relume-Dumará.
- Russo, R. (2018). Processos reflexivos: uma experiência na saúde pública em meio à luta por inclusão social. *Nova perspectiva sistêmica* 60(1), 55-70.
- Safatle, V., Junior, N. S e Dunker C. (Orgs). (2020). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Ed Autêntica.
- Salles, A. C. R. R & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia e Sociedade* 28(2), 369-379.
- Santos, M. J, Baptista, A. J & Camatta, W. M. (2018). Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de álcool e outras drogas? *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 39 ed. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180078>
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Instituto Franco Basaglia / Té Cora.
- Sawaia, B.B. (1999). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*, 2ª ed.,. Editora Vozes.
- Sawaia, B.B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia e Sociedade*. Vol. 21(3), 364-372.
- Sawaia, B.B. (2014). Transformação social: um objeto pertinente à Psicologia Social? *Psicologia e Sociedade*. Vol. 24 (n. spe. 2), 4-17.
- Silva, N. S., Lima, G. M & Ruas, M. C. (2018). Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 23(11). 3799-3810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>

- Sousa, P. S. F & Jorge, B. S. M. (2019). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Revista Trabalho, educação e saúde*, 17(1), 1-19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
- Souza, A. S. A. & Sawaia, B. B. (2016). A saúde como potência de ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST). *Psicologia Política*, 16(37), 305-320.
- Stevens, C., Oliveira, S. Zanello, V., Silva, E. E Portela, C. (2017). *Mulheres e violência: interseccionalidades*. 628. Technopolitik.
- Surjus, S. L. T. L & Campos, O. R. (2011). A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia. Fund.*, 14(1), 122-133.
- Torre, E. H. G. & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* 6(1), 73-85. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>
- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-517.
- Vaz, C.B, Bessoni, A.E, Nunes, C. F & Silva, S.N. (2019). Desinstitucionalização na rede de atenção psicossocial: práticas e perspectivas no estado de Goiás. *Revista do NUFEN* 11(2), 161-179. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n%C2%BA02rex30>
- Venturini, E. (2017). O consentimento informado e a recusa do tratamento. In *Direitos humanos e Saúde Mental* (pp. 92-106). Hucitec.
- Vinuto, J. (2014). *A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto* 22(44), 203-220. Temáticas. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

- Wanderley, M. B. (2001). Refletindo sobre a noção de exclusão. In Sawaia, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 19-23). Vozes.
- Yasui, S. Luzio. A.C. & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz.
- Zago, N. (2003). A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In Zago, N.; Carvalho, M. P. & Vilela, R. A. T. (Org.). *Itinerários de Pesquisa: Perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação* (pp. 287-309).
- Zanello, V. & Silva, R.M.C. (2017). *Saúde mental, gênero e violência estrutural*. *Revista bioética*, 20(2), 267-279.
- Zoboli, E. (2007). Cuidado: práxis responsáveis de uma cidadania moral. In Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs). *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

APÊNDICE A- DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "Lugar de fala, lugar de cuidado: delineamentos possíveis no protagonismo do usuário do serviço Saúde mental em seu tratamento" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. O CAPS Maria Boneca, pertencente a Fundação Gregório Barenblitt, situado no endereço: Rua Capitão Domingos, 418, Bairro Abadia, na cidade de Uberaba-MG e será a instituição na qual a pesquisa será realizada. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Anaísa Ribeiro Amorim, CPF: 110.483.376-00 e Eliane Regina Pereira, CPF: 01542376980 a realizarem a coleta de dados contemplando: observação participante e entrevista semiestruturada. A observação participante é uma etapa que permite ao pesquisador conhecer o campo de pesquisa e se inteirar da dinâmica e rotina do local. Já a entrevista semiestruturada permite que o entrevistado responda e se expresse de forma livre, não formatada pelo entrevistador sendo o entrevistado o condutor da mesma. Ambas atividades utilizam da infra-estrutura desta Instituição.

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA

Nome do responsável pela Instituição

PRESIDENTE

Cargo que exerce

FUNDAÇÃO GREGÓRIO F. BARENBLITT

Nome da Instituição

08 DE JUNHO DE 2019

Data da assinatura



Psc. Maria de Fátima Oliveira

Presidente - CEP

Carimbo do responsável pela Instituição

Fundação Gregório F. Barenblitt

CNPJ: 26.034.397/0001-26

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *“Lugar de fala, lugar de cuidado: delineamentos possíveis no protagonismo do usuário do serviço de Saúde mental em seu tratamento”* sob a responsabilidade das pesquisadoras Profa. Dra. Eliane Regina Pereira pertencente ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia e Anaísa Ribeiro Amorim mestranda pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer a sua participação no seu tratamento de saúde no CAPS Maria Boneca. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Anaísa Ribeiro Amorim no CAPS Maria Boneca. Após o convite, você terá um tempo para decidir se quer ou não participar dessa pesquisa. Na sua participação você será convidado a responder uma entrevista com duração aproximada de 60 minutos e em nenhum momento você será identificado. Para reduzir os riscos de identificação, serão utilizados nomes fictícios e será omitido alguns trechos dos depoimentos que sejam muito pessoais e possam revelar ao leitor a identidade do entrevistado na escrita e divulgação do trabalho. Os resultados da pesquisa serão compartilhados e ainda assim você não será identificado. A pesquisa não apresenta risco financeiro ou biológico aos seus participantes. Os riscos que você participante dessa pesquisa podem estar expostos são: cansaço, desinteresse ou emoções que possam vir à tona durante a entrevista. Considera

ndo isso, a entrevista foi construída de forma objetiva e a pesquisadora disponibilizará de suporte psicológico para você, podendo haver também durante a entrevista pausas, recusa do assunto ou desistência de participação. Já os principais benefícios são: detectar lacunas e falhas nos tratamentos realizados apresentando ao serviço de saúde possibilidades de melhora nas intervenções, promover a apropriação e corresponsabilização do paciente em seu tratamento, diminuindo até mesmo o abandono do tratamento. A entrevista será gravada e após a transcrição todo o material será desgravado. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira à avenida Pará, 1720 Bloco 2C, sala 35 Campus Umuarama. Bairro: Umuarama, na cidade de Uberlândia- MG. Via telefone: (34)3225-8509 ou Anaísa Ribeiro Amorim, à avenida Pará, 1720. Bloco 2C, sala 35 Campus Umuarama. Bairro: Umuarama, na cidade de Uberlândia-MG. Via telefone: (34)3225-8509, email: anaisa.amorim@yahoo.com.br. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de.....de
20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C- ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1- Me conta como foi o início do seu tratamento em saúde mental.
- 2- O que facilita seu dia a dia aqui no CAPS?
- 3- E o que dificulta seu dia a dia aqui no CAPS?
- 4- Como essas dificuldades tem sido resolvidas?
- 5- Você opina sobre seu tratamento? (explorar a resposta que surgir).
- 6- Me conta quais atividades que você participa aqui no CAPS.
- 7- Me conta como sua relação com os profissionais que trabalham aqui.
- 8- Você percebe se há alguma categoria profissional que contribua mais com você perante seu tratamento?
- 9- Você se sente ouvido e respeitado(a) aqui dentro?
- 10- Para você, o que um tratamento em saúde mental precisa para ser bom?
- 11- Quais contribuições você daria para melhora com o paciente no cuidado de saúde mental?
- 12- Você gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE D- COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' interface. The top navigation bar includes 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user is logged in as 'Anaís Ribeiro Amorim - Pesquisador | V0.2' with a session expiration of 39 minutes. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and shows the following details:

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**
- Título da Pesquisa:** Lugar de fala, lugar de cuidado: delineamentos possíveis no protagonismo do usuário do serviço de Saúde mental em seu tratamento
- Pesquisador Responsável:** ELIANE REGINA PEREIRA
- Área Temática:**
- Versão:** 4
- CNPQ:** 13733519/0/0000/5152
- Submetido em:** 17/12/2019
- Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFU
- Situação da Versão do Projeto:** Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

A circular stamp with the text 'COORDENADOR' is visible on the right side of the details. At the bottom right, there is a link for 'Comprovante de Recepção' with the file name 'PBL_COMPROVANTE_RECEPCAO_1392219'.