



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Cleiber Ricardo da Silveira

A produção do cuidado clínico e/ou cirúrgico a sujeitos com transtorno mental grave

Rio de Janeiro

2017

Cleiber Ricardo da Silveira

A produção do cuidado clínico e/ou cirúrgico a sujeitos com transtorno mental grave

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marilene de Castilho Sá

Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Lilian Miranda

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S587p Silveira, Cleiber Ricardo da.
A produção do cuidado clínico e/ou cirúrgico a sujeitos com transtorno mental grave / Cleiber Ricardo da Silveira. -- 2017.
133 f.

Orientadora: Marilene de Castilho Sá.
Coorientadora: Lilian Miranda.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Assistência à Saúde. 2. Transtornos Mentais. 3. Serviços de Saúde Mental. 4. Centros de Reabilitação. 5. Saúde Mental.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Cleiber Ricardo da Silveira

A produção do cuidado clínico e/ou cirúrgico a sujeitos com transtorno mental grave

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 26 de maio de 2017.

Banca Examinadora

Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior
Universidade Federal Fluminense – Instituto de Saúde Coletiva

Dr. Eduardo Alves Melo
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Marilene de Castilho Sá (orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Lilian Miranda (co-orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

À Kelliana Vale, que com seu amor e companheirismo compartilhou sonhos e tornou esse estudo possível, mesmo diante de todas as dificuldades e perdas.

AGRADECIMENTOS

Aos usuários, profissionais e gestores do CAPS estudado, que me acolheram tão bem e generosamente compartilharam seus saberes que permitiram este estudo.

Aos amigos Helifrancis Condé e Carla Cabral, que me indicaram os caminhos para a pós-graduação e me acolheram no Rio de Janeiro,

Aos amores, Analice, Cassiano, Clarice, Diego, Gustavo, Maria Fernanda, Marina, Stefania e Thais, que mostraram que existe amor nas frestas do castelo.

Aos amigos Deco e Vera, Geandro e Dácia, André e Cátia, e Daiana pelos momentos de descontração, conversas e mais aprendizados.

Aos amigos mirins Santiago e Antônio, sempre lembrando que a vida pode ser leve e absurdamente feliz.

À amiga Ana Beatriz Venâncio, que me apoiou em momentos difíceis e riu comigo nos momentos de bonança.

Às queridas professoras e orientadoras, pela paciência, dedicação, afeto, trocas e compartilhamento de conhecimentos que me permitiram crescer e aprender bastante durante a caminhada da pesquisa.

Às professoras e aos professores da ENSP, que me proporcionaram o indescritível prazer de presenciar ao vivo conhecimentos antes compartilhados apenas pela leitura de seus trabalhos.

Ao professor Aluisio Gomes da Silva Júnior que, de forma simples e pontual, mas imensamente densa, colaborou enormemente para a construção teórica da pesquisa.

Aos companheiros do OcupaSUS que, nas noites frias do inverno, reafirmaram e me ensinaram ainda mais que somente na luta coletiva é que podemos ter esperança de mudanças.

Operar visando à transformação requer a ruptura da objetivação, o resgate da história, dos vínculos, das relações, a conquista dos direitos perdidos ou nunca garantidos; e, sobretudo, a recomposição da globalidade das necessidades, anteriormente fragmentadas através da divisão das diversas disciplinas e do isolamento em espaços separados

(BASAGLIA, 2008, p. 25)

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a produção de sentidos de sujeitos com transtorno mental grave sobre os cuidados clínicos e/ou cirúrgicos recebidos por conta de seus processos de adoecimento. Para tanto, o estudo orientou-se pela abordagem clínica psicossociológica, tendo como ferramentas de pesquisa entrevistas em profundidade e observação participante, com uso do diário de campo. O campo selecionado foi um CAPS II do município do Rio de Janeiro. Os resultados da investigação foram organizados em quatro eixos: produções de sentidos sobre o próprio adoecimento; sobre as produções de cuidado; sobre as relações com os profissionais do cuidado; e sobre os resultados das intervenções. As experiências singulares dos sujeitos da pesquisa apontam para conclusões de outras pesquisas sobre cuidado em saúde, que destacam que os usuários consideram que os cuidados são mais efetivos e satisfatórios quando produzidos de forma mais dialógica, considerando as subjetividades de todos os atores envolvidos.

Palavras-chave: Produção de cuidados em saúde. Transtorno Mental Grave. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The present research aims to analyze the production of senses of subjects with severe mental disorder on the clinical and / or surgical care received due to their illness processes. For this, the study was oriented by the clinical psychosociological approach, having as research tools in-depth interviews and participative observation, using the field diary. The selected field was a CAPS II of the municipality of Rio de Janeiro. The results of the investigation were organized in four axes: productions of meanings about the own illness; on care productions; on relationships with care professionals; and on the results of the interventions. The unique experiences of the research subjects point to conclusions from other researches on health care, which point out that the users consider that care is more effective and satisfactory when produced in a more dialogical way, considering the subjectivities of all the actors involved.

Keywords: Production of health care. Serious Mental Disorder. Psychosocial Attention Network.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
SUS	Sistema Único de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCUD	Termo de Consentimento de Uso de Dados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SRT	Serviço de Residência Terapêutica

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	A PRODUÇÃO DO CUIDADO: DO MITO DO LIVRE OLHAR AO CUIDADO POSSÍVEL	18
2.1	A INTEGRALIDADE COMO QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO: UMA PROPOSTA DE SUPERAÇÃO DO PARADIGMA BIOMÉDICO.....	22
2.2	AS TECNOLOGIAS DO CUIDADO	26
2.3	A CLÍNICA DO SUJEITO.....	29
2.3.1	A Clínica do Sujeito: encontro entre sujeitos e racionalidades	34
2.4	SUJEITOS, SUBJETIVIDADES E PRÁTICAS DE SAÚDE ENQUANTO CUIDADO	36
2.5	DA FANTASIA DE DOMÍNIO ABSOLUTO DA RAZÃO À IMPOSSIBILIDADE DE PRESCREVER O CUIDADO	40
2.5.1	O Inconsciente nas Práticas do Cuidado: contribuições da Psicossociologia e da Psicanálise para um cuidado possível	41
3	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: HISTÓRIA DAS POLÍTICAS E ASSISTÊNCIAS AOS LOUCOS	48
3.1	CONFIGURAÇÃO ATUAL DAS POLÍTICAS, SERVIÇOS E PROGRAMAS EM SAÚDE MENTAL	50
3.2	A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	51
3.2.1	O CAPS e seu papel estratégico	52
3.2.2	Saúde mental e atenção primária: a unidade básica de saúde e NASF	54
3.2.3	Hospital geral e saúde mental: emergência psiquiátrica e enfermarias	55
3.2.4	Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	55
4	MÉTODO	57
4.1	A PESQUISA SOCIAL EM SAÚDE.....	57
4.2	PSICOSSOCIOLOGIA COMO ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	58
4.3	O PERCURSO DE ESCOLHA DO CAMPO.....	61
4.4	CAMINHOS E CAMINHADAS DA PESQUISA	62
4.4.1	Dinâmica do Serviço	65
4.5	APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	71
4.5.1	Eduardo	71
4.5.2	Margarida	72
4.5.3	Isaura	73
4.6	OS MOMENTOS DAS ENTREVISTAS	74

4.6.1	Eduardo	75
4.6.2	Margarida	76
4.6.3	Isaura	77
4.7	MATERIAL EMPÍRICO	78
4.8	PROCESSO DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	80
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO: A LOUCURA PRODUZINDO SENTIDOS SOBRE O CUIDADO	84
5.1	VIVÊNCIAS E PRODUÇÃO DE SENTIDO SOBRE O ADOECIMENTO	84
5.1.1	Doença como Externalidade	85
5.1.2	Exaustão, Crise e Punição	87
5.1.3	Doença e Negação	90
5.1.4	Adoecimento, Alienação e Desresponsabilização	91
5.1.5	Adoecimento, Desinformação e Incompreensão	92
5.1.6	Adoecimento e Corporeidade	93
5.1.7	Sentidos sobre o Transtorno Mental enquanto Modo de Integração ...	95
5.2	VIVÊNCIAS E PRODUÇÃO DE SENTIDO SOBRE O CUIDADO	96
5.2.1	Família e Cuidado	96
5.2.2	Os Sujeitos enquanto Cuidadores	99
5.2.3	Margarida e suas Figuras Cuidadoras	101
5.2.4	Cuidado, Religiosidade e Misticismo	105
5.2.5	Cuidado e Tecnologias	106
5.2.6	Cuidado e Dialogicidade	108
5.3	RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DO CUIDADO	109
5.3.1	Tecnociência Atravessando os Sujeitos e as Relações	111
5.3.2	Limites acerca da Qualidade do Cuidado Dialógico	114
5.3.3	Cuidado Dialógico	114
5.4	SENTIDO DADO AOS RESULTADOS DO CUIDADO	116
5.5	ALGUNS APONTAMENTOS À GUIA DE RESUMO	118
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	126
	ANEXO A – ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTAS	132

1 APRESENTAÇÃO

Há algum tempo vemos o surgimento de novos discursos no campo da saúde pública. Enquanto vemos o fortalecimento de questões mais consolidadas na área, como a vigilância em saúde, promoção de saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidade, desenvolvimento científico e tecnológico, etc., alguns autores começaram a problematizar sobre o momento em que os profissionais de saúde encontram o usuário do sistema de saúde. Ou seja, cresce a crítica à produção de trabalho em saúde em si, na relação clínica.

Ao se problematizar o trabalho e a clínica em saúde vemos crescer também as críticas às concepções de sujeitos envolvidos na relação clínica. As propostas de humanização e de integralidade em saúde surgem nesse contexto como alternativas para uma análise crítica e construção de alternativas para as práticas de atenção à saúde no Brasil. Essa reconstrução perpassa por transformação radicais nos modos de pensar e fazer a assistência e os sujeitos envolvidos, que consiga ir além da clássica definição da Organização Mundial de Saúde como um completo bem estar físico, mental e social, e que envolva projetos de felicidade de ambos os sujeitos da relação clínica numa relação de cuidado que vai muito além da assistência.

Além de repensar as práticas de saúde como uma relação de cuidado, estamos preocupados aqui numa produção de cuidados para um grupo de sujeitos bastante marginalizados na história da sociedade ocidental: os loucos ou, mais tecnicamente, os sujeitos com transtorno mental¹ grave. Assim surge o objeto de nossa investigação: como se produz o cuidado quando sujeitos com transtorno mental grave adoecem e precisam de assistência clínica ou cirúrgica?

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem acumulando ao longo dos anos algumas vitórias na consecução dos seus objetivos. Embora ainda haja muito que se construir, os avanços se verificam tanto no âmbito estrutural quanto cultural, o primeiro dispendo de novos aparatos de produção de cuidados e assistência e o último construindo novos modos de relação da sociedade com o transtorno mental.

¹ O termo transtorno mental será utilizado aqui criticamente. Entendemos, baseados em Onocko-Campos (2014) que, a partir de Freud, compreende que a “frustração domina o campo das relações humanas (ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 60) e que este mal-estar da vida em sociedade é inevitável, bem como o sofrimento psíquico advindo dele. Por este motivo diferenciaremos este mal-estar inevitável do sofrimento psíquico específico da institucionalização da doença mental. Esta última faz alusão a estigmatizações brutais pelos rótulos nosográficos da doença (CASTEL, 1978), próprias de diagnósticos psiquiátricos, como algo fora de um padrão esperado de normalidade, sustentado pelo modelo hegemônico mecanicista da biomedicina. Entendemos, diferentemente, que não existem padrões de comportamento e de subjetividade sem a consideração de contextos histórico-culturais singulares. Entretanto optamos pelo termo transtorno mental para ficarmos em consonância com a legislação sobre os modelos de assistência em saúde mental, que ainda operam, em sua maioria, o termo “portadores de transtornos mentais”. Para algumas discussões complementares sobre o tema destacamos os artigos de Veloso & Mello e Souza (2013), Guimarães *et al* (2010) e Severo e Dimenstein (2009).

Podemos, a pretexto de ilustração, citar algumas transformações advindas das lutas da reforma psiquiátrica brasileira, utilizando, para tanto, as quatro dimensões que a compõem, como sugerido por Amarante (2007), a saber: teórico-conceitual, técnico-assistencial, socioculturais e jurídico-políticas.

No campo **teórico-conceitual** é notória a vasta produção sobre o tema. Podemos citar alguns autores e suas contribuições para o campo da saúde mental, a começar pelo próprio Paulo Amarante, ator-observador do processo de reforma psiquiátrica nacional e internacional. Temos ainda Naomar de Almeida Filho, suscitando desde considerações epistemológicas a questões sobre o Aparelho de Cuidado Psiquiátrico e os processos de seleção e exclusão social da distribuição urbana da doença mental; Cecília Coimbra na área de direitos humanos; Eduardo Mourão de Vasconcelos contribuindo para se pensar sobre a cidadania do louco e sobre uma sociedade convivendo com a loucura; Joel Birman pensando, embasado na psicanálise, a ordem simbólica e política do social em que se insere o sujeito em sofrimento mental; Robert Castel, discutindo sobre a metamorfose dos elementos do sistema asilar, as questões legais, a formação de novos atores, a patologização da loucura e a constituição de novas estruturas institucionais, enfim, processos que ele qualifica como um *aggiornamento* da medicina mental (CASTEL, 1978); Abílio da Costa-Rosa pensando sobre os pressupostos ideológicos e teórico-técnicos das práticas da reforma psiquiátrica na construção de um novo paradigma; Lúcia Rosa versando sobre o cuidado da família em sua relação com o sujeito em transtorno mental; e tantos outros pesquisadores que trazem uma infinidade de discussões e produções teórico-conceituais que subsidiam a conformação da rede de atenção psicossocial atual.

No que se refere à dimensão **técnico-assistencial**, um dos principais aspectos que destacaremos se verifica na configuração da rede para a produção de cuidados e práticas em saúde mental. Esta configuração se caracteriza a partir de uma rejeição ao modelo de instituições totais como os manicômios, onde os doentes são apartados do meio familiar e social. Com o entendimento de que é determinante que o sujeito mantenha e estreite seus laços sociais, pôde-se presenciar o surgimento de aparatos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, residências terapêuticas, leitos de atenção psicossocial em hospital geral, os centros de convivência, oficinas de trabalho, etc. Estas instituições, em conjunto, configuram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Concatenado com as estruturas dos modelos assistenciais, é possível apontar também transformações no modo de organização do trabalho e nas práticas, recriando novas formas de relação social com a loucura. Os serviços citados se organizam em equipes interprofissionais,

buscando o exercício de um cuidado integral.

Embora muitos dos exemplos citados até o momento tenham implicação direta no campo **sociocultural**, cabe aqui o destaque para uma mudança fundamental nesta dimensão: o reposicionamento dos sujeitos que vivenciam as problemáticas dos transtornos mentais em suas relações intersubjetivas e sociais, deslocando o “sentido do lugar social [e das cidadanias] das pessoas em sofrimento psíquico” (AMARANTE, 2007, p. 85). Neste reposicionamento social vemos o reconhecimento da implicação familiar e da sociedade no cuidado ao sujeito dito louco, com ênfase sobre sua reinserção social. Constatam-se experiências exitosas em cooperativas de trabalho e redes de produção. O efeito disto é a paulatina redução das representações sociais do louco como violento, improdutivo ou perigoso (AMARANTE, 2005, 2007; COSTA-ROSA, 2000; CORBUSIER, 2000).

As mudanças técnico-assistenciais não seriam possíveis, do ponto de vista da implementação de políticas públicas, sem alguns importantes marcos **jurídico-políticos**. Para Borges e Baptista (2008) podemos vislumbrar a produção normativa relativa aos recentes avanços (a partir da década de 90) nesta área, em quatro momentos: o germinativo (90-96), quando se constituem grupos de trabalho diferenciados, parcerias formais e informais, com maior articulação entre atores e a discussão das políticas; de latência (97-99), caracterizado por uma coerência interna subentendida da condução política adotada no período anterior; de retomada (2000-2001), com a entrada de novo coordenador de Saúde Mental em âmbito nacional, retorno da Coordenação Nacional de Saúde Mental à Secretaria de Assistência à Saúde, aprovação da Lei Paulo Delgado e proposição de novas linhas de atuação; e, por fim, o de expansão (de 2002-2004), quando se expande “o desenho de um modelo assistencial diversificando suas linhas de atuação: (1) avaliação/desospitalização; (2) Programa De Volta para Casa; (3) CAPS” (BORGES & BAPTISTA, 2008, p. 463).

A despeito dos avanços destacados em cada uma das quatro dimensões, a Reforma Psiquiátrica ainda enfrenta desafios e a rede em saúde mental ainda está longe de se efetivar na maior parte do país. Algumas dos desafios a serem enfrentados nos novos serviços são: formação profissional insuficiente e deficiente; ambiência inadequada; resistências por parte da família e comunidade; descumprimento de normativas; sujeitos cronificados/institucionalizados nos serviços psiquiátricos asilares; e atores contrários às mudanças, tais como a renovada psiquiatria biomédica e sua articulação com projetos políticos abertamente conservadores (VASCONCELOS, 2010). Todas estas são questões delicadas e de difícil solução.

Dentre os desafios supracitados, a produção de cuidado à saúde de sujeitos com

transtorno mental grave, usuários de rede de atenção psicossocial, que demandam assistência clínico-cirúrgica é o problema de interesse deste projeto. A produção do cuidado a estes sujeitos é um problema complexo que envolve múltiplos profissionais que disputam espaços e legitimações através de suas práticas e seus saberes. Esta disputa, obviamente, não se dá sem resistências e lutas corporativas. Como esta problemática envolve ainda políticas e aparelhos institucionais relativamente novos, as múltiplas categorias profissionais se vêm obrigadas (e, muitas vezes, relutam a respeito disto) a rever e promover mudanças em suas concepções e formas de organização do trabalho para atender aos novos desenhos institucionais.

Nossas experiências práticas mostraram que a estigmatização do transtorno mental, aliada à já aludida formação insuficiente diante dos novos paradigmas, torna o encontro profissional-usuário bastante delicado e, por vezes, desastroso para ambos os lados. Outro ponto notável são as estruturas da rede assistencial insuficientes e/ou inadequadas, o que faz com que os usuários fiquem descobertos em suas necessidades, enquanto os profissionais se encontram insuficientemente despreparados.

Sendo o sujeito com transtorno mental um indivíduo e cidadão como qualquer outro, por vezes ele adoece fisicamente. Adoecendo, ocasionalmente ele precisará de cuidados especializados na sua situação de enfermidade e, dependendo da gravidade, será encaminhado ou acompanhado aos pontos das redes de serviços adequados para receber cuidados clínicos ou cirúrgicos necessários. Aqui constatamos o óbvio: se é claro que doenças graves trazem diversas limitações no decorrer da vida, em vários aspectos e momentos, não seria de se esperar uma tendência diferente em relação àqueles sujeitos com transtorno mental.

Vemos na Portaria nº 3.088/11, sobre a conformação da rede técnico-assistencial, uma clara tentativa de ampliar e articular os “pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”, especialmente nas unidades hospitalares (BRASIL, 2011a).

Destacamos ainda como objetivos e diretrizes da RAPS, relacionados com a produção de cuidados: garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

Tanto Amarante (2007) quanto o Conselho Federal de Psicologia – CFP (BRASIL,

2011b), consideram que esta legislação objetiva qualificar o cuidado através de acolhimento, do acompanhamento contínuo e de articulação entre os diversos pontos de assistência do SUS, com delineamentos específicos para a atenção psicossocial, através da estruturação dos serviços e da qualificação profissional.

Contudo, a despeito das mudanças na legislação, muitos problemas ainda são observados no cotidiano dos serviços de saúde. Em ambientes de pronto-atendimento, por exemplo, não se demora muito a perceber que os setores de emergência dos serviços hospitalares “tornam-se espaços privilegiados de manifestação da exclusão social, da violência e da indiferença com relação ao outro” (SÁ, CARRETEIRO & FERNANDES, 2008, p. 1334), escamoteando a condição de sofrimento humano num ambiente que deveria estar preparado para a produção de cuidados.

Minha experiência prática em serviços de saúde aponta que situações de exclusão se manifestam frequentemente na assistência aos sujeitos em sofrimento mental – tratados, neste ambiente, como “pacientes psiquiátricos” – que necessitam de cuidados para afecções clínicas diversas, não relacionadas à doença mental em si. Entretanto, o que constatamos na produção de cuidados ao sujeito com transtorno mental é que esta fica muito aquém do desejado, especialmente a relação usuário-profissional, desde a entrada do sujeito no hospital até sua alta. Uma vez identificado o “paciente psiquiátrico”, vêm à tona todos os estigmas a respeito da doença mental, provocando nos profissionais sentimentos como medo, desconforto, incômodo e impaciência (PRADO, 2015; SÁ, 2013).

Prado (2015), em sua dissertação “O louco no hospital geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral”, numa proposta de revisão bibliográfica sobre as publicações dos últimos dez anos em bases de dados nacionais e internacionais sobre o tema e, como resultado, encontrou poucos artigos que abordam a relação do profissional de saúde com o paciente psiquiátrico nos serviços de saúde em geral.

O resultado final de produções selecionadas por Prado (2015) foi de vinte e cinco publicações e uma dissertação encontradas nestas bases. Sete destas publicações se referiam à percepção dos profissionais de enfermagem sobre o atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não-psiquiátricas; apenas duas consideravam a visão de outros profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas). A autora salienta que algumas pesquisas estão voltadas para o atendimento ao sujeito com transtorno mental no pronto atendimento do hospital geral em situações de crise psíquica, mas não se referem àqueles que precisaram de outros tratamentos em enfermarias não-psiquiátricas.

Estes achados da autora a respeito da escassez de estudos sobre a interface profissional de saúde e sujeito com transtorno mental no hospital geral sugerem que há fragilidades na articulação entre os serviços da RAPS e o restante da rede de saúde para a atenção clínica e cirúrgica para estes sujeitos.

Outra questão na busca de Prado (2015) foi que nenhum destes estudos considerou a experiência do cuidado prestado no hospital geral a partir do olhar do paciente com transtorno mental, salientando uma importante lacuna na produção científica. A constatação de Prado ratifica a hipótese de falta de discussões e pesquisas acadêmicas sobre a avaliação da prestação de cuidado sob o prisma do usuário, especificamente usuários com transtorno mental, e reveste de relevância os objetivos propostos nesta pesquisa.

Consideramos destacar um último ponto neste momento introdutório, complementar à constatação de Prado referida anteriormente. Vários autores vêm produzindo importantes pesquisas que visam fortalecer uma visão do sujeito como participante ativo da sua assistência (MERHY, 2014; CECÍLIO, CARAPINHEIRO & ANDREZZA, 2014), ou sua produção de cuidado, como preferimos. Interessados em nos manter coerentes com tal fortalecimento, também na metodologia desta pesquisa preocupamo-nos em garantir o protagonismo do sujeito em sofrimento mental, usuário da atenção psicossocial. Nossa proposta consiste então em explorar a produção do cuidado supracitada a partir da perspectiva do sujeito que demandou estes cuidados

Assim, utilizando-nos de entrevistas em profundidade, lançamos algumas perguntas de pesquisa para orientar nossa busca: quais os sentidos que estes sujeitos produzem sobre o seu próprio adoecimento, seja somático, seja mental? Quais os sentidos produzidos sobre os cuidados dispensados a eles nas situações de adoecimento? Questionamos ainda quais os sentidos construídos a partir da vivência da relação destes sujeitos com os profissionais do cuidado e também sobre como eles vêm os resultados da produção de cuidados as quais foram submetidos.

Estes questionamentos têm a intencionalidade de produzir investigações acadêmicas que fortaleçam, como dito anteriormente, a participação dos usuários na construção do sistema de saúde e, especificamente, no aprimoramento da assistência, da clínica e da produção de cuidados para sujeitos com transtorno mental grave.

O primeiro capítulo contextualizará a produção de cuidados. Começaremos pelo nascimento da clínica moderna e a constituição da medicina positivista e nosológica na classificação das doenças, baseados principalmente em Foucault. Em seguida discutiremos alguns entendimentos sobre o conceito de integralidade e a defesa de uma qualificação para o

cuidado em saúde e a superação do paradigma biomédico. Também serão discutidos os estudos de Merhy sobre o trabalho em saúde, o trabalho vivo em ato da assistência e produção de cuidados e as tecnologias em saúde.

Ainda no primeiro capítulo continuaremos com a proposta da Clínica do Sujeito, defendida principalmente por Campos e Onocko-Campos. Abordaremos também Ayres e a problematização dos sujeitos, subjetividade e as transformações desejadas nas práticas de saúde, não só enquanto práticas eficazes, mas também enquanto espaços possíveis de realização e construção de projetos de vida e felicidade.

Tomaremos ainda as críticas de Cecílio sobre as racionalidades técnicas utilizadas na gestão e nas práticas em saúde e na crença de adesão dos trabalhadores a estes modelos. Finalizando o primeiro capítulo teórico, faremos ainda considerações sobre as contribuições da Psicossociologia e da Psicanálise na produção de cuidados em saúde, abordando a questão das intersubjetividades e da importância de considerarmos a participação de produções inconscientes (desejos, defesas, pulsões, ilusões, etc.) na constituição destes espaços.

No segundo capítulo trataremos de forma breve a história das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras e como estas influenciam a conformação das políticas, legislações, teorias e técnicas que embasam os modelos de assistência e cuidado voltados para os sujeitos com transtorno mental. Faremos também um pequeno panorama sobre os dispositivos de cuidados da Rede de Atenção Psicossocial atual.

No capítulo de método, explicitaremos questões básicas sobre a pesquisa social em saúde, bem como sobre o método da psicossociologia francesa. Aqui também serão tratadas todas as questões de escolha de campo, a vivência do campo pelo pesquisador, a escolha e apresentação dos sujeitos e contextualização das entrevistas. Ilustraremos assim como se deu a construção do material empírico: diários de campo, entrevistas e narrativas.

A análise deste material empírico estará detalhada no capítulo seguinte, onde serão apresentados os sentidos produzidos pelos sujeitos através das entrevistas produzidas.

Por fim, as considerações finais sobre os principais achados, limites, falhas e seguimentos possíveis para esta pesquisa.

2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO: DO MITO DO LIVRE OLHAR AO CUIDADO POSSÍVEL

Para nossos olhos já gastos, o corpo humano constitui, por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, pelo atlas anatômico

(FOUCAULT, 2008, p. 1)

Ao se pensar acerca do estado da arte da produção científica sobre o cuidado em saúde, é necessário, primeiramente, desconstruir os gastos olhares aludidos por Foucault, que tradicionalmente enxergam o corpo humano como o espaço de origem e repartição da doença e, como tal, objeto de intervenções técnicas. Estamos falando aqui do modelo da clínica moderna.

Foucault (2008) situa o nascimento da medicina moderna em torno dos últimos anos do séc. XVIII quando, através de minuciosas descrições da doença e das epidemias, torna-se visível e enunciável aquilo que até então permanecia abaixo do limiar da percepção. Inaugura-se, assim, um nível mais alto de racionalidade e garante-se a permanência da verdade no olhar empírico apoiado numa linguagem de “ciência positiva” (FOUCAULT, 2008).

O modelo da medicina moderna ainda é hegemônico e orienta a maior parte das práticas de saúde, pautando-se no diagnóstico e tratamento das doenças definidas e classificadas segundo a racionalidade científica. Neste modelo há “pouco espaço para a escuta aos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção integral à saúde” (LACERDA & VALLA, 2006, p. 91).

Santos (2010) enuncia, sobre o modelo de racionalidade aludido, que este valoriza a lógica, privilegiando as observações e experimentações, assentando-se na redução da complexidade, considerando a causalidade como supostamente neutra, despida de intencionalidade e, ainda, com uma pretensão de utilitarismo e funcionalidade (SANTOS, 2010).

É assim, apurando o olhar e a percepção, que a medicina do final do séc. XVIII e início do séc. XIX inaugura a clínica moderna, pronunciando “sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (FOUCAULT, 2008, p. XI), transmutando o objeto do discurso em um sujeito, porém um sujeito que não alterava as figuras da objetividade da moderna ciência, um sujeito a-histórico, um indivíduo apenas concreto, totalmente confinado à linguagem da racionalidade.

Importante destacar que esta apuração do olhar e da percepção não significam, ainda segundo Foucault (2008), uma melhor observação dos fatos, mas, sobretudo, uma nova visão

do mundo e da vida que seriam submetidos ao saber da medicina.

A clínica moderna estabelece um novo discurso da experiência médica, uma linguagem da “ciência positiva” que enuncia o que foi visto, tornando verdade o que foi dito, sendo capaz de desvendar a confusão e obscuridade dos sintomas, distinguindo suas características e diferenças, tornando o médico o senhor dos doentes e suas afecções. Nas palavras do próprio Foucault

A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isso em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala, etc. (FOUCAULT, 2008, p. XVI)

Para tanto, ainda de acordo com Foucault, a medicina privilegia os conhecimentos da anatomia do séc. XIX, superpondo os espaços de configuração da doença com o espaço de localização no corpo, num espaço a-histórico e natural. É assim que a medicina se distingue como conhecimento científico natural, em contraposição às humanidades e às ciências sociais que nasceram, acreditava-se, para serem empíricas. Aproximando-se das ciências biológicas, a medicina multiplica seu poder social, veste-se de uma perspectiva universalizante e arroga-se de “uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica” (BIRMAN, 2005, p. 12).

Para esta aproximação a medicina lança mão de uma estratégia classificatória, tratando a doença como um ente que se configura livremente no espaço, independentemente da sua manifestação no corpo. Antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença “recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies”, resultando num quadro nosológico que “implica uma figura das doenças diferente do encadeamento dos efeitos e das causas, da série cronológica dos acontecimentos e de seu trajeto visível no corpo humano” (FOUCAULT, 2008, pp. 2 e 3).

O autor diz ainda que esta configuração primária das doenças constituiu-se num “espaço profundo, anterior às percepções e que as dirige de longe” (FOUCAULT, 2008, p. 3), inscrevendo nos organismos suas características próprias. Desta configuração primária da doença ele destaca quatro princípios. Primeiro que ela se funda numa experiência “histórica”, por oposição a um saber “filosófico”. No entanto, paradoxalmente, esta experiência histórica diz respeito à investigação sobre o modo como a natureza produz e mantém as diferentes formas de doença, ou seja, uma história natural da doença, sem profundidade e sem coincidência do seu desenvolvimento, aquilo “que cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode se dar ao olhar” (FOUCAULT, 2008, p. 4).

Em segundo lugar, temos nesta descrição “histórica” a utilização de analogias para descrever as doenças. No entanto, alerta Foucault, “quando se tornam bastante densas, essas analogias ultrapassam o limiar de simples parentesco e acedem à unidade de essência” (2008, p. 5), se estreitando ao ponto de se transformarem em identidade da doença.

O terceiro princípio alude à forma com que a “analogia descobre a ordem racional das doenças” (FOUCAULT, 2008, p. 6), decifrando a disposição inteligível e fundando o conhecimento da doença enquanto algo que tem vida independente de sua manifestação do corpo.

Por último, o quarto princípio diz respeito à essência nosológica da doença, que é ao mesmo tempo natural e ideal. “Naturais, porque as doenças nelas enunciam suas verdades essenciais; ideais, na medida em que nunca se dão, na experiência, sem alteração ou distúrbio” (idem, pp. 6 e 7).

Mas a que se devem estas perturbações na natureza ideal da doença, tão bem descritas pelos quadros nosológicos da racionalidade médica? Foucault (2008) afirma que, para a medicina, a principal perturbação é trazida pelo próprio doente que teima em acrescentar seus afetos, idade, modos de vida, anseios, status social “e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial” (p. 7) da doença.

O paciente deve, portanto, ser colocado entre parênteses. Ao médico cabe conhecer, através da anatomopatologia, a estrutura interna dos corpos e a nosologia biologicista da doença. Temos como resultado desta concepção que “não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contra natureza, mas o doente com relação à própria [natureza da] doença” (FOUCAULT, 2008, p. 7).

Algumas discussões podem nos ajudar na superação do “mito do livre olhar” (FOUCAULT, 2008) que, carregado de nuances políticas e ideológicas, fazia crer que somente ao olhar do médico, livre de possíveis perturbações, a doença se formaria por si mesma, numa verdade natural e inalterada. Tratava-se de um “segmento da dialética do iluminismo transportado para o olho do médico”, a clínica então continha a ideia “de um domínio transparente, sem limites, inteiramente aberto a um olhar armado” (FOUCAULT, 2008, p. 56).

Canguilhem (2010), discutindo sobre o problema do normal e do patológico, entende que o adoecimento é, em si, um esforço da natureza para atingir novo equilíbrio diante de um quadro de desarmonia. A saúde seria um processo criador de valor, instaurador de novas normas vitais diante do desequilíbrio da doença.

Com esta afirmação, Canguilhem vai na contramão da racionalidade clínica biomédica hegemônica, entendendo assim a patologia não como uma afetação específica de um órgão ou

tecido, mas como afetação de um “[...] organismo total e seu comportamento” (CANGUILHEM, 2010, p. 167), sempre subjetiva e singular em relação aos valores da vida. Assim, o movimento de cura nunca é “[...] uma volta à inocência biológica. Curar é criar para si novas formas de vida, às vezes superiores às antigas” (CANGUILHEM, 2010, p. 176). A clínica, assim considerada, só se justifica através da relação do clínico com o indivíduo doente, relação esta que nunca é desprovida de subjetividade.

Transpondo a discussão para os nossos tempos, Merhy (2014) compreende a importância da subjetividade no momento da produção do trabalho em saúde e contribui para a presente discussão afirmando que o objeto no campo da saúde não deve ser a cura, mas a produção de cuidados que permita um reequilíbrio, novas formas dinâmicas de vida.

O autor entende que a clínica moderna está na base de um modelo de atenção corporativo-centrado em que os aparatos de saúde são pensados para atender às necessidades da categoria médica e sua noção de clínica mais que às necessidades dos usuários. Para ele o objeto da saúde neste modelo é a cura, no entanto,

[...] no campo da saúde o objeto não é a cura. Ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar (MERHY, 2014, p. 117)

Outras contribuições que consideraremos ao longo deste trabalho, por exemplo, serão dadas pela psicossociologia francesa, que discute sobre a ampliação da noção de clínica clássica, entendendo que o momento relacional constitui-se como uma singularidade radical de um mal-estar vivido por pessoas ou mesmo por grupos (LEVY, 2001).

Ao fazer estas considerações, tentaremos descortinar as limitações desta “racionalidade do modelo biomédico em lidar com o sofrimento e os aspectos subjetivos do adoecer humano” (LACERDA & VALLA, 2006, p. 91) e propomos um pequeno percurso teórico sobre o cuidado, em detrimento das noções de tratamento ou mesmo assistência.

Entender-se-á aqui o tratamento como um campo onde a ciência e a técnica assumem o comando, promovendo uma separação entre sujeito, seu corpo e a doença, e visando uma cura no sentido de restabelecimento da saúde (FIGUEIREDO, 2009).

Assistência, por sua vez, pode ser entendida como um conjunto de arranjos sociais e institucionais em saúde, de práticas profissionais instrumentalizadas, organização técnica e aplicação de saberes disciplinares (PINHEIRO & GUIZARDI, 2006).

Estas definições preliminares visam tão somente dar base para os aprofundamentos sobre tratamento, assistência e cuidado. Discutiremos a seguir a produção do cuidado visando superar os limites da racionalidade médica anatomopatológica expostos até o momento.

2.1 A INTEGRALIDADE COMO QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO: UMA PROPOSTA DE SUPERAÇÃO DO PARADIGMA BIOMÉDICO

Entendemos ser oportuno iniciar a discussão sobre o cuidado enquanto prática no SUS pelos sentidos discutidos por Mattos (2009a) sobre o termo integralidade. O próprio autor destaca a importância deste termo e também o julgamos importante por, pelo menos, dois motivos.

O primeiro está ligado à integralidade enquanto bandeira de luta do movimento da reforma sanitária, uma noção amálgama e polissêmica, capaz de preencher sentidos das “imagens-objetivos”, pensadas como princípios e diretrizes do sistema que se desejava construir (MATTOS, 2009a). O autor explica que as imagens-objetivos, por sua vez, diferenciam-se da utopia por serem passíveis de serem distinguidas como algo palpável, algo que “os atores que a defendem julgam que pode ser tornado real num horizonte temporal definido” (MATTOS, 2009a, p. 45). Entretanto, se vislumbráveis enquanto possibilidade de um futuro, são pouco detalhadas em termos de um planejamento ou projeto específico.

Outro motivo da importância da noção de integralidade, também citado por Mattos (2009a), trata da materialização desta imagem-objetivo no texto constitucional de 1988, “[...] num contexto específico, de criação do SUS, a partir do movimento de reforma sanitária [...]” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2009, p. 25). Por isso, transcrevermos o artigo 198 da Constituição Federal que preconiza que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II - *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1998, art. 198)

Considerando estas razões, Mattos promove então reflexões sobre pelo menos três sentidos da noção de integralidade. Primeiramente, num nível macro, se refere às políticas especiais, desenhadas especificamente para dar respostas a determinados problemas de saúde. A integralidade estaria presente neste ponto como “uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (MATTOS, 2009a, p. 63).

Num nível institucional, o sentido destacado se relaciona com a organização dos serviços e práticas de saúde visando superar dicotomias históricas entre a assistência à saúde e as práticas de saúde pública, institucionalizadas em ministérios distintos até o início da década

de 80. A unificação dos ministérios da Saúde e Previdência Social parece exemplificar o sentido da integralidade “como um modo de se organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade na organização anteriormente dada” (MATTOS, 2009a, p. 61).

Contudo, a contribuição específica de Mattos sobre os sentidos da integralidade do cuidado se dá no nível das práticas. O autor adota a crítica elaborada pelo movimento conhecido como Medicina Integral. Para este movimento, a adoção de currículos de base flexneriana² estaria promovendo uma excessiva especialização, tendo como resultado atitudes cada vez mais fragmentadas por parte dos médicos, bem como agenciando um aumento de insensibilidade a respeito das necessidades mais abrangentes dos seus pacientes, impedindo uma devida apropriação das mesmas. Para a medicina integral a “[...] integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (idem, p. 50).

Mattos (2009a), através das contribuições de Foucault, Illich, Canguilhem, e outros críticos da medicina moderna, compreende que as especializações e atitudes fragmentadas dos médicos não se produzem exclusivamente nas escolas médicas, muito embora se reproduzam através delas. Deve-se, portanto, para ampliar este escopo, se considerar todo um contexto histórico, social e de modo de produção capitalista. Assim, o projeto de reforma sanitária brasileira passa a considerar que, para se produzir uma postura integral, seria necessário superar os limites da medicina anatomopatológica, ou ainda, da própria racionalidade médica.

Para Alves (2009), tratando especificamente do tema da integralidade na saúde mental, – campo “da medicina” que, para ele, trabalha mais intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e intersetorialidade – a partir do final da década de 80 e início de 90 houve uma tentativa de superação de paradigmas relacionados à atenção dos sujeitos com transtorno

² O termo currículos de base flexneriana refere-se aos currículos adotados nas escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá no início do séc. XX e que seguiam o que preconizava o Relatório Flexner, como é mais conhecido o documento *Medical Education in the United States and Canada*. Para seus críticos, o relatório explicita os elementos estruturais da chamada formação biomédica na saúde: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão das práticas alternativas, tecnificação do cuidado à saúde e ênfase na prática curativa (ALMEIDA FILHO, 2010). No entanto, embora esta questão extrapole o espaço de uma nota de rodapé, não poderíamos deixar passar em branco uma leitura mais profunda do Relatório Flexner realizada pelo próprio Naomar. Para ele a implantação das ideias contidas no relatório, já reduzidas e datadas, chegou com atraso ao Brasil, visando atender aos interesses da poderosa classe médica nacional. Alguns atores dos movimentos de redemocratização acabam por produzir textos que Almeida Filho chama de “sínteses doutrinárias” que evidenciam as características negativas expostas acima. Para Almeida Filho (2010) isto se configura como uma injustiça às ideias originais de Flexner que, dentre outras questões, “[...] implicava uma tentativa de integração capaz de superar uma profunda cisão entre modelos distintos de prática médica: a clínica e o laboratório” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2238). A despeito do contraponto de Almeida Filho sobre as intenções de Flexner, o que se pode constatar é que o aludido relatório teve consequências na formação da medicina que não podem ser negadas e é considerando estes efeitos que reproduzimos as críticas à Flexner. Ver também Camargo Jr. (2005).

mental, borrando o positivismo biomédico representado pela palavra “tratar”, passando o foco para a concepção de “cuidar” que é o “[...] mais adequado e incorpora vários ‘problemas’ a serem superados, negando, a princípio, critérios habituais de seleção e/ou exclusão” (ALVES, 2009, p. 172). O autor entende assim que o objeto do cuidado deve ser o “indivíduo e seus problemas” e não somente seu diagnóstico.

As articulações dos conceitos de integralidade e de cuidado ficam mais explícitas quando Mattos defende a primeira como “[...] um valor a ser sustentado e defendido, [...] valor que se expressa na forma que os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (MATTOS, 2009a, p. 52). A produção de cuidado em saúde se dá no nível destas práticas, quando se configura o encontro entre o profissional (seja ele médico, enfermeiro, psicólogo ou agente comunitário de saúde) e o usuário, devendo-se atentar, neste encontro, para a articulação dos saberes técnicos e teóricos em saúde, com uma visão mais abrangente das necessidades dos sujeitos deste encontro.

Pinheiro e Guizardi ampliam a noção de cuidado para além de um procedimento técnico, justificando que sua busca é uma das principais demandas por atenção à saúde no Brasil. Para elas, o termo se constitui como “[...] uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como direito de ser” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2006, p. 21). Às autoras interessa, então, a noção de cuidado enquanto uma ação social,

[...] no sentido weberiano de ação social enquanto ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade racional orientada para fins e atividade comunicacional mediada por símbolos (PINHEIRO & GUIZARDI, 2006, p. 33)

Os autores supracitados, ao a considerarem uma atividade racional dirigida para fins e uma atividade comunicacional medida por símbolos, entendem a integralidade no cuidado como um dispositivo político, capaz de crítica aos saberes e poderes instituídos, habilitando “[...] os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2006, p. 21). Para tanto, o diálogo (ou a atividade comunicacional) deve ser elemento constitutivo do cuidado, implicando o reconhecimento de diferentes visões de mundo e entendendo que a assistência, nesta perspectiva, por vezes interfere drasticamente nos “modos de andar a vida” dos sujeitos.

Nesta perspectiva entendemos, portanto, a importância de se sustentar e promover a integralidade como valor a ser defendido nos momentos de diálogo, ou seja, nas microrrelações entre os sujeitos em saúde. Ao considerarmos a integralidade como dispositivo político, destacamos a recusa em reduzir o sujeito que demanda cuidados a sistemas biológicos e nosológicos da doença. Destacamos ainda a sutileza implicada na preferência pela concepção

de cuidar de um ser humano em sofrimento, em detrimento da concepção biomédica positivista do tratar ou curar uma doença.

Para além das potências de mudanças relacionadas às atividades “técnico-assistenciais”, podemos destacar pelo menos mais duas potências ao se pensar a integralidade do cuidado. Ao se conceber o sujeito que demanda cuidados em sua inserção social e sua subjetividade, entende-se o mesmo como ser político, capaz de produzir inovações, de problematizar os atuais espaços de produção de saúde em prol de arranjos mais adequados às suas necessidades.

A consequência disto é a compreensão de que a constituição de um sistema de saúde que se aproxima de um cuidado integral deve dar-se num processo de constante construção e desconstrução, sempre coletiva, tanto de espaços e técnicas assistenciais quanto de co-produção de sujeitos. Ou seja, compreensão integral do cuidado implica jogar luz igualmente para a dimensão intersubjetiva/relacional do processo de cuidado. Este cuidado deve ser o fio condutor da construção da integralidade na atenção à saúde, entendida como um encontro de sujeitos com necessidades e capacidades em fluxos que permitem encontrar a melhor solução, a construção de vínculos e de responsabilidades mútuas (SILVA JR *et al*, 2005a).

Para Ayres (2001), a conceituação da subjetividade como algo permanente, identitário, deve ser “[...] substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a ideia de produção, relacionada à dimensão transformadora [...]” (AYRES, 2001, p. 65). A consequência desta mudança de concepção sobre o sujeito é que devemos pensar muito mais em termos do caráter relacional que promove e contingencia o devir das subjetividades e media a oferta de tecnologias, sem preteri-las ou nega-las. Em outras palavras, devemos pensar muito mais em termos de intersubjetividade que da subjetividade enquanto permanência, mônada. Tanto o caráter relacional quanto a intersubjetividade na produção do cuidado serão tratados com mais detalhes nas seções seguintes deste capítulo.

Outra reflexão importante que o autor nos promove diz respeito à linguagem. Se a questão da subjetividade está ligada à relação, à alteridade, “[...] um dos mais poderosos meios desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a *linguagem*” (idem, p. 68).

Neste momento não nos aprofundaremos neste tema, mas concluímos, com Ayres, que ao se pensar na reconstrução de um sistema de saúde a partir de um cuidado integral, levando em conta as intersubjetividades e a linguagem, teremos que refletir sobre a

[...] perspectiva de aberturas lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista, fica[ndo] evidente que é preciso enriquecer também a concepção de intervenção que estabelece e justifica os diálogos que travamos no campo da saúde (idem, p. 70)

Há, portanto, muitas possibilidades a se percorrer. Veremos a seguir um pouco do tema

da produção de trabalho em saúde, o ato assistencial pensado como relação e a co-produção de sujeitos nestes atos relacionais.

2.2 AS TECNOLOGIAS DO CUIDADO

Merhy (2014), a partir da revisão das teorias sobre o trabalho em saúde, produz importantes contribuições para pensarmos o cuidado. Sua análise apoia-se na tradição marxista, criticando o modo de produção capitalista e demonstrando que este se tornou prisioneiro das inovações tecnológicas. Para o autor, a assistência em saúde obedece à lógica de produção capitalista e, por isto mesmo, também se tornou prisioneira das inovações tecnológicas duras, tendo como consequência uma assistência hegemonicamente fragmentada por um trabalho parcelado e compartimentalizado (MERHY, 2014).

Outrossim, “o ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais da saúde e por diversos profissionais ou trabalhadores treinados que realizam uma série de trabalhos internos à organização, não específicos da saúde” (PIRES, 2008, p. 237). Além disso, por tratar-se do encontro sempre singular entre dois ou mais sujeitos, também teria características de um trabalho do tipo artesanal, típico do pré-capitalismo.

Para ilustrar a natureza do ato assistencial, Merhy (2014) traz as noções de trabalho morto e trabalho vivo em ato. O primeiro tratar-se-ia da produção de matérias-primas, ferramentas, insumos, etc. que já são produtos de trabalhos humanos anteriores, não sendo passíveis de modificações, já estão finalizados. Trabalho morto, portanto.

Para utilizar os produtos do trabalho morto em novas obras, mais complexas, o trabalhador se utiliza de teorias e técnicas que são elaborações de trabalhos cognitivos anteriores, mas que têm certo grau de liberdade já que dependem da organização e habilidades próprias do sujeito que as utiliza. As teorias e técnicas são, portanto, combinação de trabalho vivo com trabalho morto. Dependem de algo já finalizado, mas suas formas de utilização se dão no momento mesmo em que são demandadas.

A assistência ou “atos de cuidado em saúde” configurar-se-iam, então, como um modo exclusivo de trabalho vivo em ato. “Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima” (MERHY, 2014, p. 45), mas que, ainda assim, depende do trabalho morto dos insumos e ferramentas e dos trabalhos vivo e morto da organização, além da estruturação e utilização dos saberes.

Nesse modo de possuir, o trabalho vivo em ato opera como uma máquina de

guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os, e, como uma máquina desejante, valorando e construindo um certo mundo para si (dentro de uma certa ofensiva libidinal) (MERHY, 2014, p. 48)

Merhy destaca que o momento relacional do trabalho vivo em ato é o que proporciona maior liberdade ao trabalhador em saúde, permitindo-o escapar dos modelos preestabelecidos no sentido de prestar um atendimento singular, de acordo com a necessidade individual de cada usuário ou coletiva de cada grupo populacional. Mas é exatamente essa liberdade que torna o trabalho vivo uma máquina de guerra *política*, pois é neste momento que o profissional pode fazer valer seus interesses e desejos, bem como pode deixar transparecer seus medos e inseguranças. O trabalho vivo em saúde, o ato relacional, torna-se assim um campo de disputas, a possibilidade de criação do novo *versus* a repetição das antigas práticas; o instituinte *versus* o instituído.

Justamente por se tratar de um campo de disputas, Merhy (2014) destaca a preocupação com a captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, tal como ocorre em outros processos produtivos. Isto poderia ocorrer porque

o objeto [do trabalho em saúde] não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processo de intervenção em ato, operando como *tecnologias de relação, de encontro de subjetividades*, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2014, p. 49)

O próprio Merhy (2013a) complementa que a captura do trabalho vivo em ato pode se dar por processos instituídos pelas dimensões tecnológicas na produção de assistência em saúde, “[...] ficando completamente amarrado pela lógica do trabalho morto” (MERHY, 2013a, p. 35) e sem exercer ações de forma autônoma.

Com as reflexões sobre trabalho vivo e trabalho morto, Merhy (2014) também faz considerações acerca das tecnologias envolvidas, que devem sempre ter como referência a temática do trabalho, cuja ação intencional é a produção de bens e produtos, materiais e/ou simbólicos.

Desta forma, as máquinas-ferramentas, as matérias-primas, são expressões da tecnologia dura, trabalho morto ou, ainda, trabalho vivo cristalizado (MERHY, 2013a) não mais se modificando. As tecnologias de saberes e organização, que estão sempre presentes nas atividades e serviços em saúde, são consideradas tecnologias leve-duras, pois sua intencionalidade racional-instrumental é dada pelo trabalho vivo, mas envolvem também trabalho morto (MERHY, 2013a; 2014). São leves pois são saberes adquiridos por pessoas que se inscrevem nas suas formas de pensar os casos e prestar o cuidado àqueles que o buscam. São

duras na medida em que estes saberes estão estruturados, organizados, protocolados, são normalizáveis e normalizados (MERHY, 2013a)

O trabalho em saúde, o ato clínico ou ato de cuidar, em seu momento relacional é trabalho vivo em ato e as tecnologias envolvidas são classificadas como leves, produtoras de relações intercessoras (MERHY, 2013a), sempre singularizadas pelo momento do entre-dois. O autor utiliza o termo “interseçores”, semelhantemente ao sentido dado por Deleuze, para designar aquilo

que se produz na relação entre ‘sujeitos’, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro (MERHY, 2014, p. 51)

Deleuze (2010), ao propor uma reflexão sobre as discussões atuais em filosofia, entende que os intercessores³ são a criação do próprio movimento, formando uma série que, por vezes, pode ser completamente imaginária. É o encontro, a intercessão que “em gargalos de estrangulamentos”, nas “potências do falso”, nas impossibilidades, constitui as linhas de fuga para a criação de novas verdades (DELEUZE, 2010, p. 171).

Mas que novas produções de verdade Merhy busca ao se utilizar do termo deleuziano? Primeiramente uma compreensão de que o trabalho vivo em saúde é “um espaço interseçor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros [entre trabalhador e usuário], e em ato” (MERHY, 2014, p. 57). Assim, na análise dos processos de trabalho, deve-se compreender que “tipos de interseção se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior” (MERHY, 2014, p. 57).

Merhy (2013a) desenvolve suas idéias sobre os processos de trabalho em saúde e explica que o trabalho vivo em ato ou a construção de espaços intercessores permite repensar a clínica instituída, que procura a tudo capturar, em prol de

[...] uma outra clínica como ação que se abre para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, uma outra clínica que se faça em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve (MERHY, 2013a, p. 64)

Outra questão que se descortina é que um processo interseçor em saúde também busca a realização de um produto/finalidade. Se para o usuário pode ser desde a eliminação da doença

³ Deleuze utiliza em sua obra o termo “intercessores”, enquanto Merhy, em uma de suas obras, prefere o neologismo “interceçores” (MERHY, 2014). Não é objetivo aqui discutir sobre a utilização de um termo ou outro, sendo mais pertinente a consideração das possibilidades de criação do novo através das relações em saúde. Desta forma utilizamos as duas grafias: “interceçores” quando nos referimos a Merhy (2014) e “intercessores” quando nos referimos a Deleuze ou Merhy (2013a).

até uma melhor forma de se levar a “dinâmica da vida”, para o profissional esta finalidade pode atravessar desejos de perfeição técnica ou de estratégias políticas, por exemplo. Ou seja, a interseção é atravessada por distintas lógicas e seus

agentes produtores e consumidores são ‘portadores’ de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados (MERHY, 2014, p. 60)

É nesse atravessamento de lógicas, objetivos e desejos que se dá a guerra micropolítica que ocorre entre os sujeitos no momento da produção de cuidado em ato, no entre-dois. Sempre que o usuário do serviço de saúde estiver em ação, for sujeito incluído no seu próprio processo de cuidar, ele estará dispendo também de suas próprias teorias, modos de caminhar e trabalhar no mundo (MERHY, 2013). Todos os sujeitos do cuidado, portanto, governam (ou deveriam governar) este momento.

Todos os trabalhadores em saúde que fazem clínica, fazem também cuidado. Entretanto, enquanto não forem as tecnologias leves que articulem as outras configurações tecnológicas na produção de cuidado em saúde, a hegemonia será exercida pelo modelo “[...] biomédico, sustentado pela força do capital e seu poder de subjetivação” (FRANCO, 2013, p. 13) atuando como linha de força de agenciamento dos atos profissionais.

Por outro lado, para Merhy (2013a), temos usuários que buscam, nestes encontros com os profissionais de saúde, “[...] a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo” (*op. cit.*, p. 74). A clínica assim pensada, com as tecnologias relacionais articulando as outras dimensões tecnológicas do cuidado, vai além do saber diagnosticar, prognosticar ou curar os problemas de saúde visto como processos meramente biológicos, mas é sim “[...] um processo e espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir” (*idem, ibidem*).

2.3 A CLÍNICA DO SUJEITO

O Sujeito finito, mas imprevisível. O Sujeito imprevisível, mas o sendo de um modo que se pode lidar (com método) com a imprevisibilidade dele (CAMPOS, 2000, p. 110)

Campos (2007) sustenta sua discussão acerca da clínica em saúde, amparado por referências distintas, tais como Gramsci, Sartre e Basaglia. O autor valoriza, em sua discussão sobre a clínica e o cuidado, o papel instituinte do “[...] Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído” (*op. cit.*, p. 54). Este teria, para o autor, “a possibilidade de inventar o novo, apesar das determinações ou dos condicionantes estruturais, fossem biológicos, biográficos,

econômicos, políticos ou históricos” (CAMPOS, 2007, p. 52). A partir dessas premissas o autor provoca algumas reflexões: qual seria o lugar do sujeito na clínica? “Pode a clínica ou a Saúde Coletiva prescindir de tomar o sujeito, seus desejos, crenças, escolhas e modos de vida como eixo central de trabalho?” (CAMPOS *et al*, 2013, p. 72).

Para focalizar a clínica no sujeito, Campos toma de empréstimo as ideias dos psiquiatras Franco Basaglia e Paulo Amarante, que propõem que não deve ser o sujeito a ser posto entre parênteses, mas sim a doença. Desta forma, o indivíduo doente passa a ser sujeito-objeto do trabalho clínico e o olhar deixa de ser exclusivamente técnico sobre este objeto ontologizado da medicina que é a doença. Para Campos (2007)

a reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, no caso, o sujeito portador de alguma enfermidade (p. 54)

Não se trataria, desta forma, de negar as contribuições do conhecimento nosológico classificatório sobre as doenças. Trata-se de “pôr a doença entre parênteses, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo” (CAMPOS, 2007, p 55).

Logo, a clínica do sujeito não nega ou permuta a doença enquanto objeto do saber e intervenção da clínica, afinal

A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos sujeitos (CAMPOS, 2007, p. 55)

A clínica do sujeito intenta na verdade ampliar o conceito de doença enquanto objeto de intervenção clínica, buscando reconhecer o sujeito e seu contexto como objetos importantes, que devem também ser incluídos nas práticas clínicas. Para o autor isto resultaria num objeto da clínica que seria “uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença” (CAMPOS, 2007, p. 57).

Destacados alguns princípios da Clínica do Sujeito, Campos (2007) diferencia mais dois tipos de clínica que disputam espaços nas produções práticas, uma com fortes bases ideológicas e outra que funciona concretamente nos serviços de saúde atuais.

A clínica ideologizada pela medicina é totalizante, supostamente apoiada numa cientificidade racional e ética. Uma prática embasada em “um sistema de referência, ao mesmo tempo duro de certezas e cheio de vazios” (CAMPOS, 2007, p. 59), que o autor considera ter assegurado respeitabilidade, longevidade e autoridade à ciência médica.

Esta ideologia que suporta a clínica tradicional gera uma alienação e faz acreditar que existe uma situação ideal alheia aos condicionantes sociais, políticos e econômicos, onde a

racionalidade ideal e natural poderia se desenvolver de forma neutra e pura. Neste modelo “[...] o paciente é concebido como alguém que não sabe e que deve obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão” (ONOCKO-CAMPOS & CAMPOS, 2009, p. 679), não contribuindo para a ampliação do seu grau de autonomia. Campos (2007) denomina esta construção teórica de Clínica Oficial, Clínica Tradicional ou Clínica Clínica.

Entretanto, a oficialidade da clínica é atravessada, numa perspectiva materialista histórica, por interesses econômicos e fortes desequilíbrios de poder (CAMPOS, 2007). Conseqüentemente, a racionalidade que idealisticamente deveria ser estritamente clínica, na forma de ciência positiva descrita no parágrafo anterior, é cortada por racionalidades instrumentais ou estratégicas.

A incapacidade das corporações médicas em fazer críticas autônomas aos interesses e racionalidades da clínica tradicional resulta em baixa eficácia das práticas, e numa conformação de um sistema baseada em queixa-conduta, tornando evidente a alienação da categoria em relação à sociedade (CAMPOS, 2007). Campos denomina esta conformação como Clínica Degradada. Degradação que é resultado de vários fatores, dentre eles, de modo mais forte, de políticas de saúde inadequadas e comportamentos acrílicos/alienados dos profissionais médicos (CAMPOS, 2007).

E a Clínica do Sujeito, em que consiste? Campos (2007) se utiliza dos conceitos de Campo e Núcleo de saberes para aprofundar o que ele chama de lugar-comum pós-moderno da transdisciplinaridade, propondo reflexões sobre as práticas e sobreposições dos diversos saberes profissionais em saúde. Cita também as articulações das noções de equipe de referência com a organização vertical do trabalho, e o apoio especializado matricial com a organização horizontal do processo de trabalho, combinando especialização com interdisciplinaridade.

O autor destaca ainda o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve conduzir o trabalho do clínico de referência, juntamente com a contrarreferência dos especialistas, continuamente pensado e repensado por toda a equipe envolvida na atenção matricial sempre em negociação com o usuário e sua família. Toda esta discussão tem o objetivo de superar a alienação, fragmentação e o tecnologismo biologicista já aludido ao longo deste capítulo, valorizando, por outro lado, a reconstituição de vínculos entre o clínico e sua clientela (CAMPOS, 2007).

A clínica do sujeito, então, valoriza a escuta, reconhecendo o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre o sentido que estão produzindo sobre a doença e como estão vivendo, numa prática menos prescritiva e sempre negociada. Campos (2013) reforça que a clínica do sujeito não desconsidera os avanços tecnológicos nem a importância da qualificação

técnica e de recomendações baseadas em evidências, apenas considera que a doença transcende estes pontos e que é influenciada também por planos culturais e socioeconômicos.

Onocko-Campos *et al* (2008) vai ao encontro destas ideias ao afirmar que a Clínica Ampliada, ou a Clínica do Sujeito, deve ir além das incorporações de risco de fragilidades subjetivas ou de redes sociais ao risco biológico. A clínica ampliada deve trazer também a dimensão da escuta, permitindo que o sujeito fale sobre si e sobre sua doença, servindo de aporte a projetos terapêuticos negociados.

Para os autores deve-se também retomar a dimensão do desvio da clínica tradicional, que sempre está vinculada a certa terapêutica e um possível prognóstico. Deve-se voltar também à função ética de melhorar e contribuir para a vida de indivíduos e coletividades sem, no entanto, tomar o lugar de protagonista dessas pessoas em suas próprias trajetórias, produzindo assim sujeitos autônomos (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2008).

Campos (2000), apoiado pela psicanálise, nos auxilia a aprofundar a questão dos sujeitos/agentes. Para ele, a produção dos sujeitos se dá através da força de influências internas e externas introjetadas. Estas forças se inscrevem em três esferas: a do Acaso, da Determinação e do Agir Intencional. O acaso estaria ligado ao inesperado, ao imprevisível e à indeterminação. Se a modernidade e sua concepção de razão tentam reduzir estes aspectos ao mínimo possível, invariavelmente eventos fortuitos e aleatórios sempre estarão presentes na vida e na constituição dos sujeitos.

O determinismo está circunscrito num real possível de ser conhecido, identificado, explorado, predito e com possibilidade de intervenção através da ciência e do método. Campos (2000) destaca que a ordem do biológico está contida nesta esfera. Se “o ambiente familiar e social terão influência decisiva sobre o seu modo de viver, [...] ela estará sempre assinalada por uma distinção dada irremediavelmente pelo biológico” (*op. cit.*, pp. 101 e 102).

Entretanto, ao contrário do que possa parecer num primeiro olhar, não é intenção do autor corroborar com a ênfase dada ao biológico e ao genético para explicar, com pretensões de totalidade, o comportamento humano e a constituição de subjetividade. O biológico marca sim um campo de limites, mas também de potencialidades. Junto à consideração do biológico, Campos entende que “a maior parte da vida afetiva, emocional, interpretativa e criativa dos humanos é resultado de aprendizado social” (CAMPOS, 2000, p. 102).

Sobre o Agir Intencional, o autor descreve a constituição dos sujeitos num ziguezague entre “[...] o determinismo biológico, o desejo e o interesse e, ainda, entre imposições sociais advindas de necessidades ou das próprias instituições” (CAMPOS, 2000, p. 112). Assim a produção de sujeitos autônomos, ou menos alienados, dependeria de uma capacidade de

abertura para o outro, para o estranho, unida ao agir intencional que deve assumir caráter de compromisso (CAMPOS, 2000).

O autor considera que há profundo reducionismo na leitura destas três esferas ou dimensões de influências na formação dos sujeitos, resultando num enfoque desequilibrado para a dimensão biológica, que praticamente esquece ou “relewa” as dimensões subjetivas e sociais das pessoas (CAMPOS, 2007).

Como consequência importante deste reducionismo, temos uma abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura, muitas vezes entendida como a simples remissão de sintomas ou ainda a correção de lesões anatomofuncionais, escamoteando possibilidades de promoção e prevenção em saúde. Além disso, a saúde enquanto objeto reduzido autoriza a hiper especialização, fragmentando em grau insuportável o trabalho em saúde (CAMPOS, 2007).

O autor ainda faz contundente crítica à sua própria categoria profissional ao entender que “sobre estas supostas verdades, em geral, organiza-se todo um sistema de poder, uma hierarquia de guardiães, de fiéis defensores da identidade da ontologia contra a variação da vida” (idem, p. 65).

A proposta de valorização do sujeito na clínica e nos processos de trabalho em saúde visa, além de produzir seu objetivo, a saúde dos indivíduos e das populações, “[...] contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas” (ONOCKO-CAMPOS & CAMPOS, 2009, p. 669), num processo de coconstrução de reflexão e ação tanto de usuário quanto de trabalhadores em saúde. Assim, produzir saúde refere-se, ou deveria referir-se, à constatação que após as intervenções em saúde os indivíduos ou coletividades conseguem levar a vida de forma mais autônoma, mesmo havendo perda de funções biológicas ou sociais, comparadamente aos estados anteriores ao adoecimento.

Para se compreender essa afirmação é importante o entendimento da definição de Onocko-Campos e Campos (2009) sobre autonomia. Esta seria a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de constituição social, podendo compreender e agir melhor sobre si mesmo e sobre os contextos em que estão inseridos, agindo participativamente tanto na sua produção de cuidados nos serviços de saúde, inventando estratégias de sobrevivência para lidar com suas limitações, quanto na vida política democraticamente estabelecida em sua comunidade. Para isto, segundo os autores, é necessário um maior acesso dos sujeitos às informações, utilizando esse conhecimento sempre sob uma forma crítica de interpretação. Portanto, a autonomia diz respeito ao

Sujeito da ação e da reflexão, [...] a capacidade o sujeito de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos

com outros sujeitos para criar bem-estar e contexto mais democrático (ONOCKO-CAMPOS & CAMPOS, 2009, p. 671)

Onocko-Campos e Campos (2009), novamente amparados pela psicanálise, entendem o sujeito como sujeito também do inconsciente e do desejo, que tem uma parte de si mesmo desconhecida, com motivações inconscientes que definem suas posturas e comportamentos (CAMPOS *et al*, 2013). Por ser sujeito do desejo, é sujeito barrado e fragmentado entre o próprio desejo, a realidade social e histórica em que vive e seus valores introjetados. Assim,

Assumir o inconsciente e a unidade mente-corpo permite-nos pensar o processo saúde-doença como inexoravelmente ligado à história do sujeito e sua constituição no terreno familiar e na interiorização dos traços da cultura. A influência da subjetividade pode ser observada tanto na evolução da enfermidade, quanto no desenvolvimento do autocuidado e dos modos de vida favoráveis a padrões mais ou menos saudáveis (CAMPOS *et al*, 2013)

2.3.1 A Clínica do Sujeito: encontro entre sujeitos e racionalidades

Vimos como a Clínica do Sujeito, ao assumir as dimensões sociais e subjetivas, inclusive em relação aos processos inconscientes desta última, visa produzir, além de saúde, também sujeitos criativos e autônomos. Campos (2011) e Onocko-Campos (2005) nos dão subsídios para pensar em desdobramentos desse encontro entre sujeitos na Clínica Ampliada.

Onocko-Campos (2005) relembra que o usuário sempre comparece ao encontro com o profissional de saúde munido de demandas mais ou menos explícitas, de seu corpo, de sua subjetividade e suas histórias. No entanto, salienta também que os profissionais de saúde comparecem a este encontro munidos destas mesmas dimensões, além de seu saber sobre os processos de saúde-doença-assistência. Assim, os profissionais de saúde também agem movidos por reações inconscientes sobre as quais não têm controle. Considerar isto altera significativamente os processos de análise desse encontro e da produção de cuidado.

A autora chama a atenção para algo que já colocamos neste trabalho, o fato de que o encontro clínico não está restrito apenas à sua dimensão técnica, mas também envolve os aspectos intersubjetivos e comunicativos (ONOCKO-CAMPOS, 2005). Assim,

[...] dependendo do seu funcionamento, do tipo de processos de subjetivação que um dado equipamento favorece ou não, a técnica poderá se constituir em alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença; ou funcionar como receita prescritiva, guarda-chuva defensivo contra aquilo que no outro nos ameaça (*idem*, pp. 578-579)

Quando o objeto da aplicação prática do conhecimento envolve seres humanos e suas relações, como é o caso da clínica e da produção de cuidados em saúde, e seu objetivo é agregar

valor aos seres humanos individualmente e à sociedade em conjunto, a racionalidade da *práxis* é a mais adequada (CAMPOS, 2011).

Pereira Júnior (2000) define a *práxis* como sendo “[...] uma interação entre atividade teórica e prática, com vistas à transformação de uma realidade sócio-econômica injusta e alienante” (*op. cit.*, p. 42). Esta definição, inclusive, aproxima-se bastante do conceito de autonomia proposto por Campos na clínica do sujeito.

Campos (2011) não deixa de advertir, entretanto, que mesmo estas definições do modo de lidar com a aplicação do conhecimento, seja tecnológico, seja *práxica*, têm limites sócio-históricos, já que são construções sociais e variam conforme a época e os sujeitos envolvidos, não sendo estanques e podendo sofrer modificações.

Pensamos nunca ser demais salientar que os limites da racionalidade tecnológica se dá exatamente nas práticas sociais, atividades e trabalhos que envolvem interações intra, inter ou transpessoais, como são os processos de trabalho em saúde, educação, pedagogia, cuidado, etc. (CAMPOS, 2011). Logo, “a utilização mecânica de tecnologias não se adéqua a esse tipo complexo de prática ou de trabalho. Por outro lado, não há *práxis* sem conhecimento prévio e uso em ato de técnicas” (*op. cit.*, p. 3036).

Podemos notar que existem várias afinidades e aproximações entre as teorias de Merhy e Campos. Primeiramente uma compreensão de que a produção do cuidado em saúde se dá apenas em ato, ou seja, em relação. Merhy fala de processos relacionais interseçores, Campos considera o agir intra, inter, e transpessoal e a produção de autonomia.

Em síntese, vimos com Merhy e Campos, nas discussões sobre o trabalho vivo em ato e sobre a co-produção de sujeitos, que a criação de novas verdades está condicionada à reforma do modo de se produzir saúde no Brasil, desde as práticas clínicas às práticas sanitárias, e implica uma “defesa radical da vida individual e coletiva” (MERHY, 2014, p. 115).

Trata-se de “constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado” (MERHY, 2014, p. 116). Neste último o objeto não seria a cura ou mesmo a promoção de saúde, mas sim proporcionar práticas que possibilitem a produção de cuidado, por meio do qual se poderá atingir as melhores “polaridades dinâmicas da vida” (CANGUILHEM, 2010) podendo ser a cura ou a saúde, mas também podendo representar o modo mais satisfatório para o usuário diante de perdas de autonomia perante o processo saúde-doença.

2.4 SUJEITOS, SUBJETIVIDADES E PRÁTICAS DE SAÚDE ENQUANTO CUIDADO

Ayres (2004), pensando na reestruturação dos modelos assistenciais centrada na noção de Cuidado, entende que a tipologia adotada por Merhy, baseada na Teoria do Processo de Trabalho, ajuda a entender que as práticas de saúde também estão imersas num sistema de produção capitalista integrada e, portanto, estão sujeitas a lógicas instrumentalistas e economicistas. Configura-se, assim, uma colonização das práticas em saúde por racionalidades de controle orientadas fundamentalmente pela lógica da rentabilidade do capital como um valor em si mesmo, escamoteando que a produção de saúde envolve projetos de vida de indivíduos que, no momento do encontro em saúde, estão fragilizados.

Há, pelo exposto acima, uma “força solidarizante” (AYRES, 2000, p. 117) na intenção de Merhy de colocar a noção de cuidado como o principal foco da assistência em saúde, podendo gerar “[...] as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações” (*idem*, p. 118), incentivando mais a promoção de bem-estar, indo muito mais além da “simples” correção de distúrbios.

A ideia de projetos de vida e felicidade dos indivíduos, sempre aspirando a bem-estar, ao ser feliz, traz à tona várias reflexões (AYRES, 2000; 2001; 2004a; 2004b). Um delas é que estes indivíduos, enquanto sujeitos de determinados adoecimentos, são, de fato, objetos de um saber técnico em saúde. Este saber visa primordialmente identificar uma disfunção morfofuncional para corrigir ou fazer cessar as suas causas.

Entretanto, enquanto aspirante ao seu próprio bem-estar, seu próprio projeto de vida, esse indivíduo é (ou deveria ser) o sujeito do melhor juízo sobre suas necessidades. O objeto do sujeito técnico não pode ser totalmente objetificado no encontro em saúde. No trabalho vivo em ato, deve haver, de ambas as partes, uma abertura à alteridade.

Esse encontro, pretensamente produtor de subjetividades criadoras, se apóia na *theoría* e na *poiésis*, essa ação ou capacidade de produzir alguma coisa. Mas, mais além, diz respeito principalmente à “[...] *phrónesis*, ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo” (AYRES, 2000, p. 119).

Para ir além nesta discussão, Ayres (2001) propõe a noção de sujeito como central para se pensar as questões relacionais, pragmáticas e reconstrutivas das identidades subjetivas nas práticas de saúde, em detrimento da objetificação individualizante e apriorística que prevalece atualmente.

Ao assumir a saúde como o objeto da teoria e da prática dos sujeitos profissionais de saúde, mas também, e principalmente, como um modo de ser-no-mundo para o sujeito que

demanda os serviços, Ayres (2000) coloca o cuidado como lugar privilegiado nas práticas de saúde. Para ele, cuidado se refere às relações que têm como centralidade os projetos de modo de ser dos seres humanos, tidos ainda como formas de compreender a si e seu mundo através dos modos de agir e interagir com a alteridade (AYRES, 2004b, p. 21). Isso não significa, claro, a negação da importância das questões técnicas e tecnológicas para a assistência em saúde, mas interessa também que a relação dialógica deve mediar essa utilização de técnicas e tecnologias.

Silva Jr. *et al* (2005a) corroboram com esta visão ao assumir que o cuidado é a própria razão de ser no campo da saúde, se dando no encontro entre o usuário que traz sofrimento, ruptura e necessidades, e o profissional em saúde, que tem conhecimento específico e recursos instrumentais para solucionar essa demanda. No encontro entre os dois são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que podem ajudar ou dificultar a aplicação dos conhecimentos por parte do profissional.

O espaço do cuidado exige então atitudes para se efetivar uma reconstrução de subjetividades através da intersubjetividade, um “[...] exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde” (AYRES, 2000, p. 120).

Para tanto, segundo o autor, seriam necessárias transformações nas práticas de saúde baseadas em giros teórico-filosóficos. Dentre os giros, todos relacionados entre-si, temos a necessidade de colocar em primeiro plano a noção de sujeito, bem como a clínica como espaço de intersubjetividades que possibilite a construção de categorias para o conhecimento e a intervenção; uma intervenção voltada para a consecução, sempre que possível, do sucesso prático dos projetos de felicidade humana, em detrimento da excelência pelo controle técnico das doenças; e o Cuidado como atitude orientadora no conjunto de ações voltadas para as práticas de saúde dos indivíduos e coletivos (AYRES, 2001).

A noção de projetos de felicidade citada acima remete a experiências vividas pessoal e singularmente, valoradas positivamente e que independe de valores inatingíveis como o “completo bem-estar” ou “perfeita normalidade funcional” (AYRES, 2004b).

O autor entende ainda, ao abordar o tema da humanização em saúde, que esta deve ser um compromisso das tecnociências da saúde, proporcionando uma “[...] progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana” (*idem*, p. 20)

Nos discursos da saúde coletiva, impregnados pela forte influência hegeliana-marxiana do pensamento sanitarista brasileiro, aparecem dois tópicos fundamentais sobre os sujeitos. O

primeiro é a concepção de sujeito enquanto *identidade* dos destinatários das práticas de saúde, seres autênticos, dotados de necessidades e valores próprios, com singular origem e situação particular. O segundo tópico diz respeito à responsabilidade desses sujeitos pela construção do seu próprio devir, vir-a-ser, ao mesmo tempo em que produz história social numa *ação transformadora*, convertendo-se em sujeitos da própria saúde (AYRES, 2001).

O autor defende a tese de que a concepção dominante sobre o sujeito no pensamento e práticas sanitárias não está de acordo com os principais valores e pressupostos das diversas ciências que discutem este conceito na atualidade. Para ele há uma predominância da

[...] idéia de *permanência*, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que “faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um “devir voluntário”, uma “conquista pessoal” (AYRES, 2001, p. 65)

Outro problema seria ainda a concepção de produção em que ocupa o sujeito-agente da história. O ser histórico é produzido pela história, mas é também, produtor da história, enquanto sujeito autônomo que introduz ou melhora coisas, pessoas ou ideias num sentido progressista.

O que se busca, com relação ao traço identitário nas concepções de sujeito, seria

Uma conceituação de subjetividade em que a idéia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a idéia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens (*idem, ibidem*)

Além disso, pelo seu traço de ação transformadora, seria muito mais pertinente pensar em termos de intersubjetividade que em subjetividade. A intersubjetividade nas práticas de saúde é movida por um encontro desejante que não se restringe ao sucesso técnico, mas a uma situação de felicidade que implica dimensões éticas e estéticas, produzindo e sendo produto de historicidades de indivíduos e grupos (AYRES, 2001).

Assim o cuidado enquanto conformação humanizada do ato assistencial seria ampliação e flexibilizações normativas da atenção à saúde interessada no sentido existencial dado à experiência do adoecimento, físico e mental, e também nas práticas de promoção, prevenção e recuperação em saúde (AYRES, 2004b). Reconhecem-se, assim, as limitações dos termos curar, tratar e controlar doenças.

Ao tomar o cuidado como elemento central para a renovação na saúde pública, transformando radicalmente os modos de fazer e pensar saúde, Ayres (2004a) também o examina sob três perspectivas ou categorias conceituais: a ontológica, a genealógica e a crítica. Enquanto constructo ontológico o cuidado constitui-se como uma postura que abarca simultaneamente uma compreensão filosófica dos projetos de vida e felicidades dos sujeitos e

também uma atitude prática e técnica

frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004a, p. 74)

Ayres (2004a), apoiando-se em Heidegger e sua obra *O Ser e o Tempo*, entende a condição humana como um *dasein*, um vir-a-ser que se constrói e constrói sua realidade a partir da atividade em si, uma atividade projetiva na tripartição do tempo. Atribui significado às atividades passadas, referenciado pelas vivências atuais, visando um devir futuro de um projeto existencial.

Para discutir o cuidado enquanto categoria genealógica Ayres (2004a) apoia-se em Foucault em sua *História da Sexualidade*. O cuidado surge geneologicamente como uma tecnologia, uma nova “arte da existência”, de uma experiência social por volta do séc. II da era cristã. Diz o autor que

É nesta perspectiva que a categoria “cuidado de si” é definida, dando-nos conta de um movimento de construção, manutenção e transformação das identidades dos indivíduos na civilização ocidental cristã, entendidas por Foucault como “tecnologias do si” (AYRES, 2004a, p. 79)

O cuidado de si, aludido por Foucault, seria um dispositivo da ética ocidental, mas que não estaria apoiado por pressupostos e princípios morais universais. Este cuidado de si assumiu importância particular no contexto capitalista e burguês, embora tenha implicações de imposição das tecnologias sociais sobre os corpos dos indivíduos anteriores a isto.

Sobre o cuidado como categoria crítica, Ayres (2004a) entende que diz respeito ao cuidado enquanto modo de interação nas e pelas práticas de saúde nos moldes materialmente constituídos, restritas ao campo institucional destas práticas. A saúde pública vem, desde o final do séc. XIX, se orientando por uma racionalidade estritamente científica, de bases fortemente naturais, que resulta em estratégias de intervenção sobre o corpo individualizado, sem história, seu desempenho e seus riscos.

É desta forma que a terapêutica atual parece ter perdido o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e sua produção teórica dos contextos e finalidades práticas das vidas que os justificam. A assistência à saúde, representada por seus serviços e profissionais, torna-se insensível aos desejos e a busca por felicidade individuais e coletivos, resultando em crises econômicas, políticas e de legitimidade (AYRES, 2004a).

Ayres (2004a) aponta a característica reconstrutiva do cuidado, como uma potencialidade reconciliadora das tecnologias médicas e as práticas assistenciais e a

possibilidade livre e solidária de construir uma vida feliz. A postura e o compromisso de Cuidar estariam voltados então para a revalorização da sabedoria prática, diferentemente do que ocorre com a sabedoria científica. A sabedoria prática “[...] não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários” (AYRES, 2004a, p. 86).

Dentre os desafios mais imediatos e aparentes para uma concepção de Cuidado como potencialidade de reconstrução das práticas em saúde, o autor, sem a pretensão de listá-los exaustivamente, lista três: voltar-se à presença do outro; otimizar a interação e enriquecer horizontes.

Outro ponto relevante para a noção de cuidado deste trabalho trata da necessária mudança acerca do papel que as pessoas que são cuidadas têm em seu próprio tratamento. A alteridade – o outro, aquele que demanda assistência – deve ser considerada em seu desejo de ser cuidado como importante elemento que interfere ativamente na forma com que este cuidado é construído e realizado (CECÍLIO, 2007). O sanitarista complementa

Aquele que é cuidado também dá sentidos para os atos do cuidador, que podem escapar, na sua singularidade, à pretensão de normalização “desde fora”, no sentido de pretender dizer o que seja “o bom ato cuidador”, em geral definido pelos que cuidam ou fazem a gestão (CECÍLIO, 2007, p. 349)

Entretanto, como veremos a seguir nas críticas do próprio Cecílio, as concepções técnico-racionalistas dos sanitaristas sobre esta produção e realização de cuidados enfrentam problemas acerca das pretensões e possibilidades de atingir seus objetivos.

2.5 DA FANTASIA DE DOMÍNIO ABSOLUTO DA RAZÃO À IMPOSSIBILIDADE DE PRESCREVER O CUIDADO

Mas há fronteiras nos jardins da razão
(Chico Science)

Cecílio (2007), ao tratar da materialização dos princípios do SUS na realidade do cotidiano de trabalho em saúde, lança mão do termo “trabalhador moral”, aquele que supostamente faria

[...] adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários (CECÍLIO, 2007, p. 345)

E ainda, “[...] um ator desistorizado [sic], desterritorializado e pronto a orientar, de

forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações” (CECÍLIO, 2007, p. 346). Dito em outras palavras, desconsidera-se que os sujeitos trabalhadores em saúde, atores que têm ideais e valores e, por isto mesmo, disputam entre si seus projetos, são também produtores de novas práticas e institucionalidades que, muitas vezes, não coincidem minimamente com os projetos dos sanitaristas.

Cecílio (2007) problematiza a antinomia liberdade-determinação dos trabalhadores em saúde. Se por um lado as práticas são marcadas por “[...] um conjunto de regras, normas, lugares, saberes, hierarquias, referências instituídas que configuram seus territórios existenciais e profissionais” (CECÍLIO, 2007, p. 348), por outro lado, mas ainda condicionado por estes instituídos, estes trabalhadores têm uma margem para criar, para instituir o novo. Este processo instituinte tanto pode ser no sentido de viabilizar as nobres intenções do movimento sanitarista, por exemplo, ou pode ser ainda para resistir a estas mudanças propostas.

Por isto mesmo não se pode prescrever o cuidado, não há como sistematizá-lo através de

[...] categorias incrustadas em modelos ou métodos, mas [é necessário] (des)construir categorias/conceitos/sentidos no encontro dialógico, tenso, com o outro, também produtor de conceitos, de categorias que nem sempre são as nossas ou têm os mesmos sentidos das nossas (CECÍLIO, 2007, p. 348)

Cecílio faz uma crítica às produções teóricas de cunho racionalista e instrumentais sobre a gestão e as práticas em saúde, discutindo também alguns elementos que envolvem as possibilidades de protagonismo dos usuários em seus próprios tratamentos. O autor entende que os atores destes processos têm ideais e valores, territórios existenciais e profissionais que se colocam sempre em encontros e disputas.

Ora, entendemos que os fenômenos que perpassam essas ideias e valores são, também, inconscientes. Nesse sentido a abordagem clínica psicossociológica pode dar importantes contribuições críticas às práticas e produção de cuidados em saúde ao considerar a participação dos processos inconscientes inerentes às relações subjetivas.

2.5.1 O Inconsciente nas Práticas do Cuidado: contribuições da Psicossociologia e da Psicanálise para um cuidado possível

A abordagem clínica psicossociológica não tem como objeto específico a produção de cuidados ou mesmo o trabalho em saúde, entretanto consideramos que ela traz importantes contribuições para delinear este tema. Discutiremos a seguir suas principais premissas e a relação com a produção de cuidado.

Com uma construção multidisciplinar, a abordagem tem como bases no campo *psi* a psicologia social, a psicologia clínica e a psicanálise. Considera os indivíduos em situação e enquanto articulação com o coletivo grupal e social, trabalhando, portanto, com objetos bastante complexos. Dá destaque também aos processos inconscientes nas relações intersubjetivas e, ainda, acentua a produção de sentidos pelos sujeitos da pesquisa. Para tanto, privilegia métodos psicológicos como a entrevista em profundidade e os trabalhos em grupo (AZEVEDO, 2013a; SÁ, 2013; SÁ & AZEVEDO, 2013).

A adoção destas linhas teóricas e métodos salienta a necessidade de (a) uma implicação do pesquisador e do sujeito da pesquisa e suas vivências; e (b) que deve haver uma articulação também entre pesquisa e intervenção. (SÁ & AZEVEDO, 2013; LEVY, 2001).

Destacamos também, por se tratar de uma característica que diferencia psicossociologia de abordagens próximas, tais como a sociologia clínica ou a psicologia social clínica (LEVY, 2001; ENRIQUEZ, 1994), a recusa ao “[...] corte que institui uma divisão entre fenômenos psicológicos e sociais” (LEVY, 2001, p. 73).

Entende-se que o indivíduo se constitui como sujeito, em parte voluntariamente, em parte inconscientemente, em uma dada sociedade que se estrutura enquanto cultura. Esta cultura, por seu turno, é construída pelos sujeitos que vivem coletivamente em um dado território, em dado momento histórico (LEVY, 2001; ENRIQUEZ, 1994). Considera-se, portanto, que o indivíduo é no social ao mesmo tempo em que o social é no indivíduo, ou seja, “[...] a relação dinâmica recíproca e recursiva entre os processos psíquicos e sociais [...]” (LEVY, 2001, p. 73).

Sá e Azevedo (2013), ressaltando a insuficiência da racionalidade sistêmico-estratégica das teorias de gestão em saúde, embasam-se na psicossociologia francesa para apontar e valorizar outras perspectivas envolvidas na produção de cuidado (SÁ & AZEVEDO, 2013). Para as autoras, a centralidade dada pela psicossociologia às dimensões relacionais, intersubjetivas e inconscientes, se justifica na produção de cuidados por ser o trabalho em saúde altamente exigente de trabalho psíquico, entendido como “a produção de processos e formações inconscientes, como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho” (SÁ & AZEVEDO, 2013, p. 43)

A psicossociologia francesa contribui bastante para a discussão sobre a produção de cuidados atuais. Azevedo (2013), discutindo sobre os modos de subjetivação dominantes na contemporaneidade do capitalismo financeiro, entende que existe uma tendência ao autocentramento dos sujeitos e a uma valorização da exterioridade pela busca do prazer, ou seja, uma forte característica narcísica, o que gera uma predisposição à relação com o outro de forma

objetal.

Consequentemente, temos que “o desejo encontra-se fora da referência ‘alteritária’, minimizando a relação de responsabilidade com o outro” (AZEVEDO, 2013, p. 56), temos ainda uma “dinâmica que desconsidera qualquer necessidade emocional do outro que não é mais visto como um próximo com quem se vive” (idem, p. 57). Assim vemos o outro sujeito do cuidado, o usuário dos serviços em saúde, de forma objetal, resultando nas problemáticas como aquelas descritas por Merhy (2013a; 2013b; 2014), Campos (2000; 2007; 2013) e Ayres (2000; 2001; 2004a; 2004b).

Temos então que as relações com o outro, na contemporaneidade, se tornam uma relação com objetos instrumentalizados, distanciados e moralmente desqualificados, trazendo limitações para a produção do cuidado, quando pensado enquanto encontro criador entre subjetividades (AZEVEDO, 2013).

Sá (2009), discutindo sobre os limites das propostas de “humanização” das práticas de saúde, contextualiza a questão da alteridade nos serviços de saúde. Para a autora, a comunicação e o reconhecimento do outro tem muitas chances de fracassar nestes espaços. Isto porque as propostas institucionais de acolhimento, responsabilização e reconhecimento do outro, bem como o estabelecimento de vínculos, a cooperação e a valorização da comunicação, não levam em conta os condicionantes que estão envolvidos na produção (ou ausência) de uma “ética da alteridade” (SÁ, 2009).

Além da dinâmica da sociedade contemporânea, a autora destaca, entre os condicionantes que não são levados em conta nas pesquisas em saúde pública, as questões inconscientes como, por exemplo, aquelas relacionadas à pulsão de morte. A desconsideração desta pulsão levaria à concepção ingênua de uma bondade humana inerente ou natural, suprimindo uma noção de mal, de alguma negatividade nos processos contemporâneos de relações entre os sujeitos. A autora cita Freud para destacar a ambivalência que o sujeito apresenta em relação ao outro.

A esse respeito, é importante retomar Levy (2001), para quem o clínico psicossociológico deve adotar uma visão sobre o sujeito que permita entendê-lo como uma constante tentativa de construção de identidade. Esta, por sua vez, deve ser compreendida além de suas estruturas fixas, estanques ou estáticas, que tendem a reduzir casos singulares a categorias preestabelecidas. O sujeito deve ser considerado como estando em constante movimento, se produzindo (ou co-produzindo) singularmente em relação com outros, ao mesmo tempo em que produz outros em suas relações.

Para Levy (2001), considerar as questões inconscientes na produção destes sujeitos

significa entendê-lo como sujeito-vivo, desejante e pulsante. Entendê-lo, pois, em sua totalidade, recusando-se a separá-lo “[...] em partes, funções ou faculdades, para apreendê-lo como uma totalidade significante” (LEVY, 2001, p. 20). Assim, as dimensões inconscientes de constituição de sujeitos não são obstáculos para uma apreensão objetiva da realidade, mas, em sentido contrário, constituem fatores importantes para a construção das realidades singulares dos sujeitos em suas globalidades (LEVY, 2001).

Devemos também alertar que, ao se falar em “construção de realidades singulares”, não pretendemos psicologizar complexos fenômenos sociais/coletivos, nem tampouco cair na vala rasa de um relativismo.

Outra crítica possível sobre a participação do inconsciente e dos processos que lhe são inerentes ou correlatos, tais “[...] como a analogia, as fantasias, o imaginário e a afetividade” (SÁ, 2013, p. 166), na compreensão da dinâmica da produção do cuidado nos serviços de saúde, seria uma suposta desresponsabilização dos sujeitos frente às suas ações, justamente por terem estas grandes influências do inconsciente. Azevedo & Sá (2013) defendem que a responsabilidade pelos atos não é dirimida ou mesmo diminuída. Para elas,

o fato de não controlarmos boa parte desses processos [inconscientes] não nos isenta de responsabilidade pelas consequências negativas que eventualmente possam apresentar sobre a qualidade do cuidado, nem nos exime da responsabilidade de propor mudanças (AZEVEDO & SÁ, 2013, p. 44)

Assim, ainda que consideremos os aspectos inconscientes, além dos conscientes, é preciso manter certo grau de coerência. De qualquer forma, compreendemos que são nas contradições, lacunas e rupturas que pode surgir a liberdade que possibilita a criatividade e as inovações. Desta forma, ao se pensar as práticas de cuidado, devemos considerar também que entram em cena tanto as experiências de vida prazerosas como também as dores, sofrimentos, ódio e morte, fazendo com que os indivíduos não vejam

[...] seus semelhantes apenas como apoio ou fonte de conforto, mas igualmente como fonte de perigos, ameaças, o que impõe sérios limites à disposição para a solidariedade e o cuidado com o outro (SÁ, CARRETEIRO & FERNANDES, 2008, p. 1335)

Levy (2001) considera a abordagem clínica psicológica como “[...] uma abordagem do outro, nas *relações interindividuais*, e nas *relações sociais* e também, como uma *démarche ativa de pesquisa e intervenção*” (LEVY, 2001, p. 28, grifos nossos). Compreendemos, portanto, o trabalho e o cuidado em saúde “[...] como essencialmente subjetivo, uma intervenção de um sujeito sobre outro, em suas experiências de vida, de prazer, dor, sofrimento e morte” (SÁ & AZEVEDO, 2013, pp. 42 e 43).

Para compreender essas questões, apoiamo-nos também em Figueiredo (2009), que

pretende, com a ajuda de “toda a psicanálise”, propor uma teoria geral do cuidado, através de uma interpretação metapsicológica dos processos envolvidos no cuidar, a fim de identificar seus mecanismos e dinâmicas profundas.

Diante de toda uma complexa trama de procedimentos e acontecimentos que envolvem a recepção de um ser humano recém-nascido ao seu mundo, cultura e sociedade, Figueiredo (2009) distingue pelo menos três dimensões que parecem universais. Para ele há os procedimentos de “salvação”, procedimentos ritualizados que visam distinguir o infante das trevas, do “não-ser”. São os ritos de passagem que reposicionam o sujeito no seu mundo e entre seus pares e semelhantes.

No campo da ciência e da técnica assumem o comando os procedimentos de “tratamento”. O infante, o sujeito, é objeto de “[...] prescrições e interdições voltadas para assegurar ou promover a sua integridade física e mental e seu ingresso e participação na comunidade dos homens” (FIGUEIREDO, 2009, p. 133).

Finalmente, num plano em que não dominam os rituais sacralizados, nem as prescrições e interdições laicas e codificadas, há um conjunto de procedimentos de puro “cuidado”. Estas ações, que estão presentes também nas dimensões anteriores, não visam necessariamente “[...] à salvação das almas nem ao bem-estar da unidade somatopsíquica do indivíduo” (*idem*). A esta disposição de cuidado, das práticas de receber novos membros no mundo, Figueiredo chama de ética. É isto que é capaz de possibilitar aos indivíduos um “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, construindo uma experiência integrada do ser sujeito.

Figueiredo (2009) divide ainda o cuidado em três dimensões, de acordo com os modos do agente cuidador se apresentar enquanto presença implicada: (i) sustentar e conter; (ii) reconhecer; e (iii) interpelar e reclamar.

Na dimensão da sustentação e contenção o outro deve ser reconhecido como algo diferente de nós mesmos. Entretanto só existimos, nos sentimos existindo, se obtivermos algum senso de realidade que permita-nos experimentar um sentimento de continuidade. Isso é possível quando algo ou alguém é capaz de dar lastro e suporte às experiências geradoras de ansiedade.

Através da identificação projetiva a mãe (ou uma instituição, por exemplo) é capaz exercer a função de holding, transformando objetos e experiências irreconhecíveis em conteúdos interpretáveis e toleráveis através de uma transubjetividade, algo que é além de nós.

Nas dimensões de sustentação e contenção identificamos as funções de *holding*, para garantir a continuidade somatopsíquicas das experiências, e a função de *containing*, que

possibilita e proporciona as expansões e transformações do sujeito sem rupturas excessivas e sem meras repetições.

O autor destaca o papel da família, grupos e instituições enquanto objetos mais aptos a assumir a função de *holding* ao longo da vida. Quando a posição simbólica do sujeito está muito ameaçada, por outro lado, como nas ocasiões de adoecimento, indivíduos isolados, como os profissionais de saúde, por exemplo, podem se tornar agentes-indivíduos de cuidado e *holding* muito eficazes. Note-se que não se desfaz a importância dos profissionais enquanto agentes da dimensão de tratamento. Apenas destacamos a relevância também da dimensão do cuidar durante o tratamento, quando o profissional disponibiliza-se enquanto objeto de continência para sujeitos fragilizados pela doença.

Tanto para a experiência de continuidade quanto para a de transformação, a presença implicada do outro transubjetivo é, portanto, indispensável, segurando, hospedando, agasalhando, alimentando e “sonhando” das maneiras mais diversas, desde as mais concretas até as mais sutis e espirituais (FIGUEIREDO, 2009, p. 137)

Na segunda dimensão do cuidado vemos o comparecimento da figura de alteridade da intersubjetividade interpessoal. Diferentemente da primeira, há aqui dois sujeitos frente a frente exercendo para o outro a função de reconhecimento. Destaca-se que há especial responsabilidade para a figura do agente cuidador. O reconhecimento pode ser desdobrado em dois níveis: o de testemunhar autenticamente para depois refletir/espelhar aquilo que foi testemunhado sem falsear ou alienar o *self* do outro. Então, “muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto de cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem” (FIGUEIREDO, 2009, p. 138).

Na última dimensão do cuidado, Figueiredo (2009) considera que o outro cuidador também deve ser fonte de questões e enigmas, é o outro sexuado, sujeito desejante, vulnerável, dotado de um inconsciente. O cuidador introduz ou desperta a pulsionalidade, um movimento somatopsíquico, exigindo uma resposta. O sujeito cuidado vem-a-ser exatamente nesta resposta que ele dá. Temos aí uma intersubjetividade traumática, já que o cuidador é bastante ativo e íntima, no sentido de incitar o outro, a dar respostas autônomas.

Concluindo sua Metapsicologia do Cuidado, Figueiredo (2009) entende que é tarefa urgente e preciosa recuperar a capacidade do cuidado, não só para os agentes de cuidados (profissionais de saúde, educação, etc.), mas para todos os seres humanos. Ele complementa afirmando que, na cultura biomédica, os procedimentos de assistência tecnológica “[...] endereçam-se a objetos parciais, perdendo-se, justamente, uma das mais importantes virtudes

do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração” (FIGUEIREDO, 2009, pp. 150-151).

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: HISTÓRIA DAS POLÍTICAS E ASSISTÊNCIAS AOS LOUCOS

É inegável constatar que carecemos de paradigmas explicativos com garantias de adesão incontestável, seja no âmbito mais restrito da comunidade científica, seja no que se denomina domínio social
(BASTOS e CASTIEL, 1994, p. 97)

Complementando as considerações sobre a clínica e o cuidado, faremos um breve histórico da Reforma Psiquiátrica com o intuito de fazer um sobrevôo sobre o contexto social, as políticas, aparelhos institucionais, modelos de assistência e o cuidado sobre e para os sujeitos com transtorno mental.

Importante este retorno histórico num momento em que as políticas de bem-estar social, e com isto, também o modelo de assistência aos sujeitos desta pesquisa, vêm sofrendo duros golpes com a nova expansão das políticas neoliberais que promovem desemprego estruturalmente, precarização das políticas públicas e sociais e promovendo sucateamento da assistência (VASCONCELOS, 2010)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser entendida como “[...] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 87). Ou ainda “[...] como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais [...]” (BRASIL, 2005, p. 6), nas políticas governamentais e serviços de saúde.

Trata-se, portanto, de um complexo processo histórico inscrito na conjuntura nacional e também no contexto internacional de críticas ao modelo e violência asilares, num esforço pelo direito dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005). É também movimento social e político de formulações críticas e práticas que objetivam mudanças nos arranjos técnicos e administrativos sob a tutela do paradigma teórico da psiquiatria (AMARANTE, 1995; 1996).

O contexto de redemocratização faz emergir reflexões sobre a realidade político-social do país. Uma das reflexões refere-se às críticas a respeito das transformações de caráter exclusivamente técnico ocorridas a partir da década de 60. As mudanças, então, passam a ser delineadas pelas críticas ao saber psiquiátrico e suas institucionalizações dos modelos de assistência e serviços de saúde.

Para se compreender a conformação das políticas e serviços em saúde mental é preciso ter clareza que esta conformação é mediada por saberes e práticas que têm processos históricos

específicos. É importante salientar também que tais processos comportam entendimentos não monolíticos e, nem mesmo, totalmente coerentes (AMARANTE, 1994).

Amarante (1995) problematiza sobre as dificuldades encontradas em se definir um marco para o início de um processo histórico como é o de reforma das práticas e saberes psiquiátricos. Assim, o autor propõe uma periodização por trajetórias, em detrimento do formato tradicional de etapas ou conjunturas. Para ele, “a ideia de trajetória permite uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem”, muitas vezes coexistindo duas ou mais trajetórias no mesmo momento histórico (AMARANTE, 1995, p. 88). Ele distingue então três momentos na reforma psiquiátrica brasileira: a higienista, a sanitarista e a institucionalista.

Apesar da periodização por trajetórias proposta por Amarante (1995) adotaremos a proposta de Vasconcelos (2010) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), por se tratar de uma periodização mais simples e mais recente. O histórico da reforma é dividido assim em três fases. A 1ª fase vai de 1978 a 1992, é marcada fortemente pelas críticas e denúncias ao modelo hospitalocêntrico, configurando as primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar.

Essa fase coincide com a passagem da trajetória sanitarista para a institucionalista, no entender de Amarante (1995). Assim, vemos a emergência do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como protagonista das denúncias de violência nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia da rede privada na assistência psiquiátrica. Temos a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, o início da construção de uma rede de cuidados efetiva, com as experiências de CAPS e NAPS, em São Paulo e Santos, respectivamente. No âmbito institucional/legislativo vemos a entrada do projeto de Lei Paulo Delgado e a criação do SUS com a Constituição de 1998.

A 2ª fase, de início de implantação da rede extra-hospitalar, vai de 1992 a 2001. Neste período podemos ver a “[...] mobilização e conquista da hegemonia política do modelo de desinstitucionalização de inspiração italiana e início de financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos” (VASCONCELOS, 2010, p. 21), com a política nacional de saúde mental ganhando contornos mais definidos. Temos também a realização da II CNSM e a expansão descontínua dos serviços substitutivos. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) essa descontinuidade se deu porque haviam normatizações para os novos serviços de atenção diária, contudo não foi instituído uma linha de financiamento específica para esses serviços. O resultado é que a fiscalização e classificação dos serviços não tinham previsão sistemática para a redução de leitos psiquiátricos. O cenário ao final desta fase é cerca de 208 CAPS em

funcionamento, com 93% dos recursos da Saúde Mental no Ministério da Saúde ainda sendo destinados aos hospitais psiquiátricos.

A 3ª fase vai de 2001 até os dias atuais, delimitando a reforma psiquiátrica depois da Lei Nacional, sancionada em 2001, que redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando os serviços de base comunitária, em detrimento daqueles de base manicomial, muito embora não tenha previsto mecanismos para a extinção dos serviços asilares. Caracteriza-se pela expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, além da ampliação da agenda política para problemas específicos que vão ficando mais claros com a expansão da rede.

Com a realização da III CNSM, que contou com ampla e ativa participação de usuários do serviço e seus familiares, a reforma psiquiátrica se consolida como a política oficial em saúde mental do Brasil, através da pactuação democrática de princípios, diretrizes e estratégias. A política nacional ocorre através de dois movimentos: a construção e fortalecimento dos aparatos da rede substitutiva em saúde mental e, segundo, a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes. (VASCONCELOS, 2010; BRASIL, 2005).

Ainda nesta fase temos o fortalecimento do processo de desinstitucionalização, com a criação de programas como o De Volta pra Casa, políticas para a questão do álcool e outras drogas, além da estratégia de redução de danos.

3.1 CONFIGURAÇÃO ATUAL DAS POLÍTICAS, SERVIÇOS E PROGRAMAS EM SAÚDE MENTAL

Delineamos, de forma básica, alguns pontos de inflexões e *aggiornamentos*, na dimensão teórico-conceitual do saber psiquiátrico no tocante às reestruturações de seu objeto e objetivos de atenção integral, comunitária, contínua e participativa no campo da saúde mental (ALVES *et al*, 1994). Entendemos assim as mudanças no campo da saúde mental como processos sociais complexos, que envolvem atores, interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, éticas, etc.

Os recâmbios desses processos, consequentemente, também demandam mudanças nas dimensões técnico-assistenciais e jurídico-política. Antes, tínhamos serviços que excluía, reprimiam, subtraíam, controlam e disciplinavam os corpos e a loucura. Esses serviços não poderiam mais ser sustentados, dando lugar àqueles que lidam com as pessoas, os sujeitos, com suas sociabilidades e produções de subjetividade (AMARANTE, 2007).

No Brasil temos a especificidade de que os discursos propositivos para a assistência e

práticas em saúde mental vão na contramão do modelo privatizante calcado numa relação clientelista com o Estado brasileiro (FERNANDES & SCARCELLI, 2005).

O movimento de desinstitucionalização italiano já tinha forte influência sobre os movimentos sociais no Brasil desde pelo menos a década de 70. Mas somente a partir da conjuntura de abertura democrática da década de 80 e o movimento de institucionalização no aparato público de atores da reforma é que foram se implementando políticas desinstitucionalizantes (em contraposição aos meramente desospitalizantes) norteadas pelos princípios da luta antimanicomial e que visavam construir uma rede substitutiva em saúde mental. Outro fator político que influenciou a materialização dessas políticas foi a vitória do Partido dos Trabalhadores em vários municípios paulistas no final da década de 80 (FERNANDES & SCARCELLI, 2005).

As primeiras experiências de novos modelos para a rede em saúde mental se deram nos municípios de Santos e São Paulo. Dentre as estratégias de combate à “cultura manicomial de massa [estava] a implementação de um modelo de saúde mental alternativo e o estabelecimento de um confronto político com o hospital psiquiátrico e com o amparo jurídico que o legitima” (FERNANDES & SCARCELLI, 2005, p. 76). Buscava-se assim construir uma rede substitutiva baseada na diversidade das necessidades dos usuários e dos serviços, integrada à rede de saúde geral e que na reproduzisse as condições de exclusão e segregação do modelo asilar.

Para além dos necessários investimentos físicos e materiais a constituição da rede substitutiva também exige, para sustentação do novo modelo, a contratação e formação de novos trabalhadores na área da saúde mental. O trabalho multi e interdisciplinar, novas posturas que possibilitem repensar o modelo, participação efetiva da comunidade e leituras diferenciadas dos fenômenos da loucura foram essenciais para a questão do novo e contra-hegemônico profissional em saúde mental (FERNANDES & SCARCELLI, 2005).

3.2 A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A RAPS é parte integrante do SUS enquanto rede organizada de ações e serviços públicos em saúde mental e geral, instituída por lei federal no início da década de 90. As ações e serviços são ofertados “[...] de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual” (BRASIL, 2005, p. 24). A RAPS tem a finalidade de criar, ampliar a articular os “[...] pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011a, p. 1).

Caracterizando-se pelos princípios abordados anteriormente e por ser essencialmente pública, de base municipal, com participação popular fiscalizadora e gestão no sentido de consolidar o processo de reforma psiquiátrica, a rede de atenção psicossocial é formada pelos seguintes dispositivos: atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, equipes de atenção básica para populações específicas e centros de convivência); atenção psicossocial especializada, coordenada pelos CAPS; atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA, UBS e pronto-socorros); atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial); atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

Abaixo, faremos uma breve descrição dos principais serviços da RAPS, sem, no entanto, nos atermos à discussão das suas funções e dos desafios que se colocam no dia a dia destes dispositivos.

3.2.1 O CAPS e seu papel estratégico

Os CAPS devem ser os organizadores e articuladores estratégicos da rede de atenção psicossocial em determinado território, aproveitando os recursos existentes em várias redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, por exemplo. Dentre suas funções está: prestar assistência em regime de atenção diária, visando a redução das internações psiquiátricas; promover a (re)inserção de pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; dar suporte à atenção básica em ações voltadas para a saúde mental; e regular a porta de entrada da assistência na RAPS (BRASIL, 2005).

Devem também ser lugares de acolhimento às crises, podendo oferecer leitos de suporte para que as pessoas sejam internadas por breves períodos. Nesta internação breve, é sempre bom lembrar, os CAPS devem ter papéis substitutivos e alternativos ao hospital psiquiátrico, e não ser complementares a este.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), os CAPS se diferenciam de acordo com seu porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e ainda organizam-se baseados no perfil populacional dos municípios brasileiros. Temos então os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e os CAPS ad.

CAPS I: oferecem serviços em municípios acima de 20 mil habitantes. Funcionam nos dias úteis da semana, acompanhando pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e

também com necessidades decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, de todas as idades. Tem capacidade estimada de atendimento de 240 pessoas por mês. Têm uma equipe mínima de nove profissionais, entre nível médio e superior (BRASIL, 2011a).

CAPS II: serviços de médio porte, dando cobertura para municípios com população superior a 70 mil habitantes. Atendem a clientela de pessoas com transtorno mental grave, podendo também atender as necessidades decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, a depender da configuração da rede de saúde local. Têm equipe mínima de 12 profissionais e capacidade de atendimento de até 360 pessoas mês. Funcionam nos cinco dias úteis da semana, podendo estender um terceiro período, noturno, dependendo das necessidades territoriais (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2011a).

CAPS III: serviços de maior porte da rede CAPS, previsto para dar cobertura a municípios com mais de 200 mil habitantes. Proporcionam serviços de atenção contínua, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana, incluindo e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad. Oferta de, no máximo, cinco leitos de acolhimento à crise, prevendo internações no limite de sete dias. Equipe deve contar com 16 profissionais, de nível médio e superior, além da equipe noturna e de final de semana. Capacidade de acompanhar até 460 pessoas por mês (BRASIL, 2011a).

CAPS i: especializados em atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso ou abuso de álcool e outras drogas. Indicados para municípios ou regiões com mais de 150 mil habitantes. Funcionam nos cinco dias úteis da semana, contam com 11 profissionais e têm capacidade de atendimento de cerca de 180 crianças e adolescentes (BRASIL, 2011a).

CAPS ad: centros especializados em atendimento a pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas. Previstos para municípios com população superior a 70 mil habitantes, podem ser implementados em municípios cuja localização geográfica (fronteiras, rotas de tráfico, etc.) gerem demandas específicas de uso prejudicial dessas substâncias. Equipe mínima de 13 profissionais, com capacidade de atendimento de 240 pessoas por mês.

É importante salientar que, embora o perfil populacional seja um dos principais critérios para o planejamento da RAPS, são os gestores e atores locais e regionais, articulados com outras instâncias do SUS, que terão a melhor visão estratégica para definir os equipamentos que darão conta das suas demandas (BRASIL, 2005)

3.2.2 Saúde mental e atenção primária: a unidade básica de saúde e NASF

Contando com uma alta capilaridade em todo o país, a Estratégia de Saúde da Família é formada por equipes de atenção básica e visa intervenções no território, procurando assistir às pessoas e famílias em suas relações com a comunidade, sociedade e meio-ambiente.

As equipes de saúde da família são multiprofissionais, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. São consideradas a porta de entrada do usuário na rede de saúde e devem se responsabilizar por seiscentas a mil famílias no território adscrito (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde devem ter proximidade com a comunidade, se apresentando como recurso estratégico para lidar com importantes problemas de saúde pública, dentre eles os problemas relacionados à saúde mental (FERNANDES & SCARCELLI, 2005).

Para o Ministério da Saúde (2005), sempre existe componentes subjetivos associados ao processo saúde-doença que, muitas vezes, se apresentam como desafios para práticas mais preventivas e saudáveis em saúde. Desta forma todo problema de saúde é também, e sempre, de saúde mental, da mesma forma que a produção de saúde mental é sempre produção de saúde. Cabe à atenção básica coordenar os diversos aspectos da integralidade, fazendo tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e gestão do cuidado integral ao usuário, coordenando no conjunto das redes de atenção, inclusive na RAPS (BRASIL, 2011c).

Para Fernandes e Scarcelli (2005) todos os profissionais da atenção básica podem e devem estar preparados para identificar e envolver-se na atenção à saúde mental, devendo, contudo, resguardar três níveis de responsabilidade. Primeiro, todos os profissionais devem estar atentos à esta especificidade de demanda em suas ações diárias e também se envolver nas atividades voltadas para atenção em saúde mental; os profissionais devem participar pelo menos de uma parcela das atividades específicas; terapeutas ocupacionais, psicólogos e psiquiatras devem compor a equipe de referência em saúde mental.

Para ampliar a abrangência e o escopo das ações das equipes de saúde da família, bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde apoia, a partir de 2008, a criação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), que têm como fundamento o apoio matricial (BRASIL, 2008). O NASF atua em parceria com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, compartilhando as práticas de saúde nos territórios das equipes, atuando no apoio a estas. Objetiva dar uma retaguarda assistencial especializada às equipes de saúde da família, ou ainda, suporte técnico ou pedagógico (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Os NASF 1 devem estar vinculados a de cinco a nove equipes de saúde da família ou equipes de atenção básica para populações específicas. Deve ter um equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (a) soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; (b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e (c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012b).

Já os NASF 2 se vinculam a, no mínimo, três e no máximo quatro equipes de saúde da família. São compostos de acordo com as condições colocadas para o NASF 1, mas com outros quantitativos: (a) acúmulo de horas semanais dos membros deve ser no máximo 120 horas semanais; (b) mantida a carga horária semanal e individual mínima de 20 horas; e (c) isoladamente os profissionais podem acumular de 20 a 40 horas semanais (BRASIL, 2012b).

Já o NASF 3, criado em 2012 para possibilitar a universalização desses serviços para todos os municípios que possuem equipes de saúde da família e equipes para populações específicas, devem atender de uma a duas equipes, agregando-se de acordo com os processos de trabalho das mesmas, configurando uma equipe ampliada (BRASIL, 2012b).

3.2.3 Hospital geral e saúde mental: emergência psiquiátrica e enfermarias

Visando integrar a saúde mental à saúde hospitalar geral, de acordo com o modelo de saúde integral, entende-se que os profissionais no contexto hospitalar devem estar preparados para atender indivíduos em situação de crise diagnosticada, ou ainda, identificar demandas específicas de saúde mental e encaminhá-las à RAPS. Para os casos que necessitem de internação temporária há o serviço de enfermarias de saúde mental nos próprios hospitais (FERNANDES & SCARCELLI, 2005).

3.2.4 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, vem concretizando as diretrizes em saúde mental como alternativa de moradia para pessoas que estavam com longo período de internação em hospitais psiquiátricos e que perderam os vínculos familiares e comunitários. São casas localizadas em perímetro urbano que respondem às necessidades de sujeitos com transtorno mental, institucionalizados ou não. Podem contar com um até oito moradores e

suporte profissional adequado (BRASIL, 2004).

A SRT deve estar referenciada por um CAPS. Deve ainda buscar a inserção dos seus moradores na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. As SRT almejam ser consideradas não como serviços de saúde, mas como espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município (BRASIL, 2004).

4 MÉTODO

4.1 A PESQUISA SOCIAL EM SAÚDE

Nesta pesquisa tivemos como objeto a produção de sentidos de sujeitos com transtorno mental grave sobre: seu adoecimento, a prestação de cuidados, a relação com os profissionais e os resultados do cuidado prestado. Salientamos a seguir alguns pontos das ciências sociais importantes para este estudo e seu desenvolvimento teórico-metodológico.

O primeiro a se observar é que o objeto das ciências sociais é, incontestavelmente, histórico. Deve-se, portanto, evidenciar e respeitar que toda formação social e configurações culturais são específicas. A consequência é que “toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, respeitando a especificidade da cultura que traz em si e, de forma complexa, os traços dos acontecimentos [...] expressos em seus bens materiais e simbólicos” (MINAYO, 2010, p. 39). Esta especificidade também exige do pesquisador social em saúde uma postura de modéstia enquanto possibilidade de generalizações de seus achados.

Ora, se o objeto das ciências sociais é histórico, isto significa que a sociedade e os indivíduos que a compõem têm consciência histórica. A relevância da consciência histórica se justificou pelo fato de podermos, na produção deste estudo, extrapolar que o cuidado produzido para e com sujeitos com transtorno mental, também faz parte e é retrato de determinado “desenvolvimento de forças produtivas e com a organização particular da sociedade e de sua dinâmica interna, [e] criam visões de mundo, com nuances e diferenciações relacionadas às condições de vida e às heranças culturais” (MINAYO, 2010, p. 40).

Uma terceira característica a se observar nas pesquisas sociais é que elas atuam no nível da identidade entre o sujeito e o objeto da investigação, ou seja, o pesquisador/observador é da mesma natureza que o objeto. Isto torna, ele mesmo, o observador, parte de seu objeto. Consequentemente a pesquisa nunca pode descartar um primeiro nível de construto interpretativo da realidade: o senso comum dos próprios atores que a vivenciam cotidianamente. Pelo contrário, o senso comum deve estar sempre implicado na investigação e o pesquisador implicado com seu objeto.

Um último aspecto salientado pela autora que baliza esta introdução ao método é que a construção e desenvolvimento da pesquisa social perpassam pela subjetividade e seus interesses diversos, como apontado pelas características explicitadas anteriormente. Dito de outra maneira, a produção nas ciências sociais é intrínseca e extrinsecamente ideológica,

contradizendo a ciência positiva em sua suposta neutralidade.

Sendo o objeto da realidade social em seu dinamismo da vida individual e coletiva, com todos os seus significados, essencialmente qualitativo, tomamos especial cuidado com a relação entre os sujeitos investigados e o sujeito investigador. A este último coube utilizar, visando minimizar os posicionamentos ideológicos, “[...] um acurado instrumental teórico e metodológico que o municie na aproximação e construção da realidade, ao mesmo tempo em que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos” (MINAYO, 2010, p. 42).

4.2 PSICOSSOCIOLOGIA COMO ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Para articular as concepções social, histórica e subjetiva dos sujeitos investigados, utilizamos a abordagem clínica psicossociológica visando focar em processos que comumente não fazem parte dos objetos tradicionais da saúde coletiva (SÁ, 2013). Destacamos assim o papel dos processos intersubjetivos e inconscientes envolvidos nesta dinâmica, significando que o olhar do pesquisador esteve atento ao

[...] desejo, à pulsão, ao afeto, ao imaginário, às fantasias, às idealizações, ao sofrimento psíquico [...] e às defesas contra o mesmo, entre outros processos inconscientes que atravessam a cena [de produção de cuidados, na presente pesquisa] e nela produzem efeitos (SÁ, 2013, p. 155).

Quanto à inserção e leitura do campo e sujeitos da pesquisa, a abordagem da psicossociologia francesa sustenta uma postura clínica de pesquisa e intervenção, visando multiplicar as modalidades de apreensão do real, valorizando a intersubjetividade e os processos inconscientes, tornando central a produção de sentidos pelo sujeito e seu sofrimento.

Nesta investigação, assumimos a preocupação com a questão epistemológica da centralidade do sujeito e da subjetividade na pesquisa científica, por reconhecermos o papel deste sujeito como agente de mudanças e buscamos apreender que o “[...] peso da experiência subjetiva na construção social e histórica, favorece a compreensão dos processos intersubjetivos na produção da narrativa e das questões do sujeito na construção do coletivo” (AZEVEDO, 2013, p. 133).

Entendemos, ainda, que a perspectiva psicossociológica contribuiu bastante na pesquisa, pois coaduna com muitos pontos da crítica epistemológica de Boaventura de Sousa Santos sobre a crise do modelo hegemônico de racionalidade científica. Para Santos (2010)

a ciência social será sempre uma ciência subjetiva e não objectiva como as

ciências naturais; tem de compreender os fenômenos sociais a partir das atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem às suas ações, para o que é necessário utilizar métodos de investigação e mesmo critérios epistemológicos diferentes dos correntes nas ciências naturais, métodos qualitativos em vez de quantitativos, com vista à obtenção de um conhecimento intersubjectivo, descritivo e compreensivo, em vez de um conhecimento objectivo, explicativo e nomotético (pp. 38 e 39)

A clínica psicossociológica se aproxima também da abordagem traçada por Paim & Almeida Filho (1998) para a construção de uma nova saúde pública, envolvendo questões como: abertura a novos paradigmas ético-estéticos para a produção contra-hegemônica de conceitos de saúde/doença/cuidado; práticas acadêmicas que possam transcender dicotomias como individual/coletivo, afetivo/racional, qualitativo/quantitativo; discussão da questão saúde no âmbito público-coletivo-social; respeito à historicidade e complexidade do complexo objeto saúde-doença-cuidado; e construção de espaços de emergência de sujeitos políticos e de desejo.

Sendo uma vertente da psicologia social e tendo, desde sua gênese, um caráter transdisciplinar na abordagem de múltiplos referenciais teóricos, a psicossociologia nos auxiliou enquanto embasamento teórico por ter como campo de estudo os sujeitos em situações cotidianas, concretas, seja em grupos, organizações ou comunidades (SÁ, 2013), sob, pelo menos, duas significações: “a que a realidade histórica determina e a que a realidade psíquica elabora” (ENRIQUEZ *apud* SÁ, 2013, p. 178).

Para alcançar esta elaboração da realidade psíquica, – bem como as representações desta realidade nas relações do homem com o mundo, na enunciação de leis e regras arbitrárias, normas de conduta, ritos e interações que os indivíduos fazem entre si, seus corpos e sentidos – a linguagem torna-se então instrumento privilegiado (SÁ, 2013). “Assim, o discurso emitido por um sujeito [...] é ao mesmo tempo individual e coletiva, [...] podendo revelar múltiplas representações e sentidos singulares” (SILVA, 2013, p. 213) conforme a experiência vivida ou o lugar ocupado por cada sujeito.

Sá (2013) apresenta algumas características da abordagem clínica psicossociológica: a noção ampliada da clínica; a centralidade do problema das mediações e interrelações entre processos e fenômenos de natureza diversas e pertencentes a diferentes registros ou ordens da realidade, privilegiando o ponto de vista das representações dos atores individuais, mas circunscrevendo-os no contexto social ou coletivo; o posicionamento clínico de pesquisa e intervenção psicossociológica; o cuidado como elemento constitutivo do posicionamento clínico; e a análise e construção de sentido.

A ampliação da noção de clínica admite distintas perspectivas teórico-metodológicas e diferenças nos seus planos ético, filosófico ou religioso, pois “remetem às diversas

representações do homem, de suas relações consigo próprio, com o mundo e com os outros” (SÁ, 2013, p. 176).

Quanto ao posicionamento clínico do pesquisador psicossociólogo, Levy (2001) o define como um posicionamento global com relação ao outro, ao saber e sua elaboração. Colocam-se, assim, dois aspectos complementares na pesquisa clínica psicossociológica: de um lado seu aspecto clínico constituindo-se como uma forma de alívio de um sofrimento ou enfrentamento de um problema, ao mesmo tempo em que se configura uma prática de pesquisa diretamente implicada em processos de mudança (SÁ, 2013). Para alcançar esses objetivos a abordagem clínica deve recusar-se a separar o sujeito em partes, compreendendo-o sim como uma totalidade significante.

Cabe ao pesquisador elaborar questões teóricas psicossociológicas e tomá-las como referência. Levy nos ajuda neste propósito ao lembrar que os sujeitos devem ser tomados enquanto “sujeitos vivos, desejantes e pensantes” (LEVY, 2001, p. 20), com suas zonas de sombras e questionamentos de modo a facilitar e tomar parte na construção de sentido que os sujeitos dão à sua própria história. O autor também estaca que o pesquisador, “[...] para compreender a dinâmica complexa das relações entre os diferentes níveis da realidade viva com a qual é confrontado, [...] é levado a elaborar noções teóricas e tomá-las como referência” (LEVY, 2001, p. 21). Isso implica o reconhecimento da participação e implicação do inconsciente do próprio pesquisador nessa construção de sentido.

Sá (2013) faz uma analogia entre “a função do cuidado e a atitude ou posicionamento clínico na pesquisa e intervenção psicossociológicas” (SÁ, 2013, p. 187). A função do cuidar, pensada por Figueiredo através de uma “teoria geral do cuidado”, é entendida como sendo a oportunidade “de propiciar ao indivíduo uma possibilidade de ‘fazer sentido’ da sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte” (FIGUEIREDO, 2009, p. 134). Este “‘fazer sentido’ implica estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que ao longo da vida evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e da turbulência emocional” (FIGUEIREDO, 2009, p. 134), ou seja, possibilitar ao sujeito a constituição de uma experiência integrada, de integração, configura-se também como uma experiência do cuidado.

Sá (2013) chama atenção que esta experiência de integração deve envolver também o pesquisador, que instiga e

dá testemunho a uma situação de sofrimento, crise e/ou busca de sentido em que se encontram inseridos os sujeitos/grupos da pesquisa/intervenção, retornando-lhes – ou refletindo-lhes – sua própria imagem em um esforço de integração (SÁ, 2013, p. 188)

O cuidado configura-se então como constitutivo do posicionamento clínico desta pesquisa. Os elementos constitutivos do cuidar que apóiam esta afirmação, segundo Sá (2013), são: “a compreensão integrada do sujeito, a questão do sentido e sua produção e o manejo da implicação do clínico/pesquisador” (p. 187).

Neste ponto deve-se atentar que o cuidado assumiu dupla posição nesta pesquisa. Enquanto objeto/problemática do estudo, procurou-se apreender a produção de sentido elaborado pelos sujeitos com transtorno mental grave sobre os cuidados produzidos junto a ele por ocasião de seus adoecimentos. Por outro lado, o cuidado é também um pressuposto teórico-metodológico da abordagem clínica psicossociológica sobre a atitude e o posicionamento clínico do pesquisador. Coube a este, na função do cuidar, buscar uma compreensão mais integral do sujeito, a produção do sentido pelos sujeitos e o manejo adequado da sua implicação como clínico/pesquisador.

As emergências despertadas no pesquisador, a partir de sua implicação com o campo e com os sujeitos da pesquisa, consistem no melhor instrumento para se apreender o psicológico no/e/com o social, considerando-se a impossibilidade de se penetrar nos processos inconscientes senão a partir da apreensão dos seus efeitos. “Pode-se descrever estados, processos, fenômenos, mas não se pode alcançar as significações sem passar por sua experiência” (BARUS-MICHEL *apud* SÁ, 2013, p. 192).

4.3 O PERCURSO DE ESCOLHA DO CAMPO

As experiências pessoais de assistência a sujeitos com transtorno mental grave vivenciadas pelo pesquisador no pronto-atendimento de um hospital geral foi uma das principais motivações para a produção desta investigação sobre como se processa a produção de cuidados clínicos ou cirúrgicos a este público. A intenção precípua seria então de partir do ambiente hospitalar para identificar os sujeitos a serem investigados.

Comprendemos na prática, contudo, que não seria fácil a identificação, *a posteriori*, dos casos atendidos sob essa condição, por vários problemas, entre eles a fragilidade dos registros. Ou seja, no hospital não há preocupação sobre a identificação destes usuários relativas ao diagnóstico de transtorno mental e referência e contrarreferência da RAPS, tornando a tarefa de chegar aos sujeitos a partir desse ponto da rede bem difícil, se não impossível

Por conta destas questões, iniciamos o momento exploratório da pesquisa por CAPS,

entendendo que, a partir desses serviços, seria mais fácil identificar, entre os pacientes a eles adscritos, aqueles que já tivessem sido encaminhados para hospitais ou outros serviços especializados onde puderam receber cuidados clínicos ou cirúrgicos.

Houve então um momento exploratório em que foram realizadas visitas de campo e primeiros contatos com alguns CAPS. Nesta etapa foram elencados dois critérios: o primeiro foi o de abertura das instituições à pesquisa, através de indicações de pesquisadores que já haviam efetivado suas investigações nestes espaços, ou que com eles já tivessem algum contato. O segundo se referia à natureza dos CAPS: de atendimento de adultos de perfil II ou III, excluídos os de álcool e drogas.

Foram então pré-selecionados cinco CAPS para o contato do pesquisador. Três deles, todos geridos por organizações sociais de modelo privado, foram mais reticentes e demorados para responder às nossas solicitações, motivos que inviabilizaram as visitas e contatos prévios com os coordenadores em tempo hábil, segundo o cronograma da pesquisa. Outros dois, ambos da administração direta, foram mais rápidos na acolhida, mostrando abertura para as explorações iniciais. Um deles, apesar da disponibilidade, estava passando por uma troca de coordenação e apresentou seus cadastros e processos terapêuticos ainda insipientes, fator que poderia dificultar a pesquisa e, por isto, foi descartado.

O outro CAPS mostrou-se bastante receptivo à pesquisa nas figuras de seus profissionais, todos muito sensíveis à recepção de estagiários, residentes e internos. O pesquisador teve a oportunidade de explicitar sua proposta inicial de trabalho e foi convidado para mais algumas visitas à instituição. Desta forma, todos os sujeitos entrevistados são pacientes de um único CAPS, localizado no município do Rio de Janeiro. Entretanto, faz-se importante observar que durante o campo e a realização das entrevistas, vários usuários estavam sendo referenciados para outros serviços, geralmente por conta da distância territorial entre o CAPS e os domicílios destes usuários.

4.4 CAMINHOS E CAMINHADAS DA PESQUISA

Após a submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a pesquisa de campo seguiu o desenho operacional a seguir, considerando as estratégias metodológicas e a previsão do cronograma.

Primeiramente, já com o consentimento do CAPS selecionado, estava previsto que eu⁴ passaria por um período de imersão de dois meses no respectivo serviço. Na primeira etapa, para me ambientar e apreender as dinâmicas de funcionamento e relações do serviço, estive presente durante todos os dias da semana, por pelo menos duas semanas.

A entrada em campo serviu ao propósito de me aproximar preliminarmente dos sujeitos da pesquisa. O instrumental utilizado neste momento foi o diário de campo, que me possibilitou fazer o registro das observações, bem como minhas impressões e produções de sentido. Por outro lado, a imersão também proporcionou aos sujeitos observados algum nível de familiaridade com o pesquisador.

O trabalho de campo é o momento que permite ao pesquisador estabelecer um primeiro vínculo com o serviço, os profissionais e os usuários sujeitos da pesquisa, permitindo esclarecer-lhes sobre os objetos, objetivos e métodos do trabalho de campo (SILVA, 2013).

O diário de campo é o instrumento de registro de toda observação, o pesquisador deve anotar todas as informações que não sejam as entrevistas formais (MINAYO, 2010). Através dos seus registros, e na perspectiva da psicossociologia, o diário de campo permite ao pesquisador refletir sobre as impressões dos encontros com estes atores e os afetos e cognições disparados, através da anotação daquilo que se observa. Permite ainda uma reconstituição das cenas e das situações observadas, sendo também um modo reflexivo de observação e ação do pesquisador na vivência do campo (SILVA, 2013).

Quando cheguei, fui muito bem recebido por uma psicóloga servidora do CAPS. Logo após a recepção, dei ciência do parecer de aceite pelo CEP (em anexo). A profissional recomendou que a pesquisa tivesse início somente a partir da apresentação, para a equipe, do pesquisador, da pesquisa, seus objetos, objetivos e critérios de seleção dos sujeitos. Para ela o melhor momento para fazer esta apresentação seria na reunião de equipe que ocorre sempre na manhã de quinta-feira.

O acolhimento por esta profissional me surpreendeu positivamente, pois minhas experiências anteriores me fizeram produzir um sentido de resistência sobre a entrada de figuras de pesquisa nas realidades dos serviços. Um ponto me pareceu ser importante para a construção desta boa receptividade, este CAPS recebe frequentemente estagiários, residentes e internos dos mais diversos cursos.

⁴ Enquanto a construção teórica e de escrita da dissertação passa por “seis mãos”, as do pesquisador, as da orientadora e as da co-orientadora, utilizamos o a flexão verbal na primeira pessoa do plural. Como a descrição e vivências do campo referem-se à experiência singular do pesquisador, utilizaremos nesta seção e nas seguintes a primeira pessoa do singular.

Mesmo tendo sido sugerido que eu iniciasse meu campo apenas na semana seguinte, a psicóloga convidou-me para almoçar no serviço, prontamente aceito. Na ocasião foi possível conversar sobre o objeto da pesquisa bem como os critérios de seleção dos sujeitos. Foi possível também uma aproximação inicial, sem aprofundamentos, com alguns usuários do serviço.

Observei e ouvi relatos dos profissionais sobre a situação do CAPS e da policlínica onde este está inserido. Servidores em greve, sem receber salários, desmotivados e desmobilizados, com um estado de ânimo perceptivelmente muito mais rebaixado que o observado na visita preliminar, realizada um ano antes. O próprio serviço também estava sofrendo pelo subfinanciamento e precarização, comprometendo a oferta de serviços e a assistência.

Neste contexto, minha chegada foi vista, por esta profissional, com certa esperança. Ela chega a verbalizar que a presença de um pesquisador externo poderia ajudar muito naquele momento delicado pelo qual o serviço estava passando.

Voltei ao serviço no dia sugerido, mas a psicóloga havia esquecido que neste dia estava programada a festa junina do CAPS. A reunião entre os profissionais chegou a ocorrer, mas estava bem mais reduzida que a reunião presenciada um ano antes. Mesmo tendo sido notado, não fui convidado a participar da reunião, me levando a crer que era uma reunião de pauta mais dura, para discutir alguns pontos de tensionamento do serviço ou entre os profissionais. Depois fui questionado sobre o porquê de eu não ter participado da reunião, ao que fiz esclarecimentos.

Acredito que o fato de não ter participado desta reunião prejudicou a elucidação junto aos profissionais sobre meu papel enquanto pesquisador, meu objeto, objetivos e, principalmente, os critérios de seleção dos sujeitos para o estudo, já que seriam eles que dariam as principais indicações dos sujeitos de acordo com os critérios.

Mal cheguei à festa e fui convocado a usar a criatividade para ajudar na decoração. Normalmente cuidadoso e reticente em situações como esta, em que estou sendo inserido em novo grupo, me senti confortável diante da acolhida e me disponibilizei prontamente. Apesar de não ter podido estar no espaço de reunião institucionalizada para explicitar as questões da pesquisa, a festa junina foi um espaço coletivo mais informal e me proporcionou uma ótima oportunidade para os encontros iniciais com os mais variados atores do CAPS: usuários, profissionais, familiares, apoiadores e estudantes e residentes.

Entretanto, para não adiar novamente a entrada em campo, que seria viável apenas na próxima reunião na semana seguinte, adotei a estratégia de ir compartilhando, nos encontros informais com os técnicos da equipe, os objetivos da pesquisa. Juntamente com os esclarecimentos iniciais da pesquisa, meus diálogos focavam que seria necessária a ajuda dos profissionais e apoiadores para identificar os sujeitos de acordo com os critérios de seleção.

Assim, num trabalho de conversas individuais e informais, foram esclarecidos os critérios de seleção e exclusão junto aos atores do serviço, para que indicassem sujeitos para o momento das entrevistas em profundidade.

Os critérios de inclusão foram: (a) os pacientes deveriam ser adultos que conseguem manter a capacidade de articulação e elaboração verbal; (b) deveriam ter uma ou mais experiências de adoecimento que necessitou de assistência clínica ou cirúrgica nos últimos dois anos. Os critérios de exclusão foram: (a) sujeitos que estivessem vivenciando situação de crise psicossocial no momento da pesquisa; e (b) sujeitos sob curatela. Foi um exercício difícil fazer os contatos com todos, no sentido de esclarecer a pesquisa, para não frustrar expectativas muito altas.

Durante todo este período inicial de campo, a coordenadora do CAPS estava de licença de saúde. Seus problemas na coluna podem ser sugestivos das dificuldades de sustentação da dinâmica do CAPS diante das adversidades políticas e financeiras pelas quais o serviço estava passando.

Sobre o espaço físico do CAPS, é importante o registro de que as salas de atendimento individual nem sempre garantiram as condições ideais de conforto e privacidade, com algum vazamento de som ou com ocorrência de interrupções. Foi predominantemente neste ambiente que ocorreram as entrevistas.

4.4.1 Dinâmica do Serviço

Normalmente os processos de trabalho eram mais intensos pela manhã. Havia mais usuários e mais atividades programadas. Pela tarde, muitos iam embora, outros dormiam depois do almoço. Com uma circulação menor de pessoas, os usuários também ficavam mais tranquilos, em atividades individuais, conversando entre si ou ainda jogando jogos de tabuleiro ou mesa, também entre si ou com os técnicos.

Em muitos momentos, à tarde principalmente, eu me senti entediado. Esse sentimento foi compartilhado e verbalizado também por uma psicóloga residente, que disse que os momentos sem atividades planejada são muito geradores de ansiedade. Também os estagiários demonstraram se sentir assim em algumas ocasiões.

As atividades planejadas, durante a semana, tinham um ou mais responsáveis dentre os técnicos para sua realização. Na segunda-feira funcionava a Oficina de Vozes, onde os sujeitos “ouvidores de vozes” eram convidados a narrar suas experiências ao grupo, provocando discussões e suscitando temas sobre as experiências alucinatórias de cada um. A atividade me

pareceu bastante enriquecedora para se pensar a produção de cuidado com esses sujeitos. Ao relatar suas vivências psicóticas permitia-se uma aproximação com a história, vivências e visão de mundo destes indivíduos, fortalecia-se também a vinculação entre eles, que se identificavam e podiam falar abertamente sobre seus problemas de forma mais aberta que em seus grupos sociais.

Nas terças-feiras eram realizadas as Oficinas da Palavra, também com o objetivo proporcionar espaços de fala aos usuários. Logo após era realizada a Oficina de Texto, onde os usuários eram convidados a produzir e depois ler textos para o grupo, depois eram discutidas as questões levantadas em cada texto. Nas quartas-feiras havia oficina de música, com um responsável técnico exclusivo para isto. O educador musical chegava, conduzia a oficina, evoluía e depois ia embora. Nas quintas, como já dito, havia a reunião entre a rede de profissionais, e nas sextas era realizada a Oficina de Mosaico, com caráter lúdico e de geração de renda.

Pela tarde as atividades eram mais flutuantes, com produções de Grupos de Medicação pelos profissionais médicos e outros técnicos que precisassem acompanhar; reuniões específicas, como por exemplo, reunião das Residências Terapêuticas; algumas oficinas ou assembléias entre os usuários; visitas domiciliares; ou ainda, atividades criadas pelos técnicos de acordo com a necessidade e o contexto.

Ao participar da rotina da instituição, minha relação com a mesma me causou certo desconforto. Por fazer atividades de observação com objetivo de identificação e de aproximação com os usuários que eu iria entrevistar, e por não ter que participar das rotinas de início de processo de trabalho, acabava chegando mais tarde, evitando assumir funções técnicas e também a mistura de papéis entre pesquisador e profissional do CAPS.

A coordenadora do CAPS voltou na minha segunda semana de campo. Sempre bastante demandada, ela conversou comigo me atualizando e reiterando a situação do CAPS. Também explicitiei para ela as informações sobre a pesquisa e como ela e os outros profissionais poderiam me ajudar na identificação dos sujeitos. A conversa foi muito interrompida, por usuários, profissionais e demandas e atividades próprias de sua função. Esta característica de conversa interrompida sempre foi marcante durante o campo na minha relação com a coordenadora. Apesar dito, ela se mostrava sempre preocupada com o andamento da pesquisa, indicando sujeitos e colaborando também com minhas demandas.

Logo após a realização da Oficina de Vozes neste mesmo dia, a coordenadora teve a iniciativa de sentar comigo, junto com uma residente e uma estagiária, ambas psicólogas, para discutir sobre a oficina, apresentar e contextualizar sobre usuários e indicar sujeitos pra

pesquisa. Já na ocasião ela indica William e Sofia⁵. O primeiro tinha um diagnóstico de epilepsia e histórico de várias quedas, entretanto, foi excluído da pesquisa por ser curatelado. Já Sofia estava fazendo o acompanhamento para retirada cirúrgica de um tumor no pescoço. Foi excluída da pesquisa tanto por ser curatelada quanto por sua desorganização e impossibilidade de narrar sobre os cuidados dispensados para si.

Cada vez que os usuários eram indicados por algum profissional, tomei como procedimento fazer relatórios sobre eles através de consultas exploratórias aos seus prontuários, especialmente nas tardes sem atividades programadas. Desta forma verifiquei questões como, por exemplo: assistência e exames realizados por ocasião do adoecimento, natureza do problema de saúde, procedimentos realizados, devolutivas, produção de cuidados do CAPS a partir deste evento, etc.

A autorização para utilização dos prontuários foi possibilitada pelo acordo firmado entre mim e os profissionais do serviço através do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), com anuência do CEP.

Já com algum sentimento de aceitação e pertencimento ao grupo, experimentei sensações de cansaço físico e mental com as vivências diárias do CAPS. Um dia, mais à vontade, compartilhei o sentimento de desgaste cognitivo e afetivo vivenciado nas experiências de cuidados aos usuários do CAPS, verbalizando o quanto estava achando difícil a tarefa de acompanhar estes sujeitos, escutando-os e tentando alinhar e produzir sentidos para seus discursos e vivências de forma a possibilitar uma maior socialização. A psicóloga que me recebeu ficou muito satisfeita ao ouvir meu relato, identificando-se e sentindo-se compreendida. Eu mesmo fiquei satisfeito ao saber que não era o único que experienciava aquilo.

Após acompanharmos mais uma Oficina de Texto, a coordenadora me indicou mais dois sujeitos: Eduardo e Iolanda. Eduardo acabou efetivamente sendo sujeito da pesquisa e será apresentado no momento oportuno, na seção Apresentação dos Sujeitos.

Já Iolanda foi indicada por várias questões clínicas: disfunção renal; gastrite (em crise chega a comer lixo); hipertensão; obesidade; diabetes; tabagismo crônico; dentição prejudicada, apresentando poucos dentes, vários com extração prevista; problemas ginecológicos; cisto no olho esquerdo; e prisão de ventre. Acabou sendo excluída da pesquisa depois que soubemos ser curatelada. Além disso, dificilmente teria condições de elaborar um discurso organizado em torno dos cuidados dispensados a ela.

Um ponto que me chamou atenção foi o cuidado exercido pelos próprios usuários para

⁵ Todos os nomes dos sujeitos da pesquisa são fictícios.

com os técnicos. Em geral, fora de crise e mais organizados, pediam licença para interromper alguma atividade, perguntavam se estavam atrapalhando, se podiam ligar o som, etc.

Vivenciei uma situação sobre esta preocupação e cuidado produzido pelos próprios usuários para com os técnicos. Mergulhado em problemas pessoais, cheguei ao CAPS numa quinta-feira pela manhã enquanto estava havendo a reunião dos profissionais. Com humor bastante rebaixado, preferi não participar da reunião e fiquei do lado de fora, aguardando a liberação da entrada junto aos usuários. Ao compartilhar minha presença com eles, rapidamente virei o foco das atenções e demandas. Questionamentos sobre as próprias condições, sobre minha vida pessoal, necessidade de mediar discussões entre eles, conflitos sobre quem sentaria mais perto de mim, e eu entre seis a sete usuários. A esta altura, pelo meu estado e pela conjuntura em si, a situação já se tornara insuportável para mim. Foi quando uma das usuárias pediu que William colocasse uma música bonita em seu celular. William, por sua vez, coloca uma música brega, que falava sobre a impossibilidade machista de homens chorarem para expressar seu sofrimento. Neste momento todas as atenções e tensões voltadas para mim passam seu foco para a música e eu próprio não contenho meu choro. Ao perceberem isto os usuários simplesmente organizam-se em um semicírculo ao meu redor e começam a cantar a música, com apenas uma observação discreta de que “o doutor estava chorando”.

Uma residente em saúde mental, psicóloga, me indicou o paciente Jânio, por conta de uma cirurgia de próstata que este havia realizado recentemente. Após conversas com os outros profissionais, principalmente a sua referência técnica, e consultas ao prontuário do paciente, pré-selecionei Jânio como sujeito da pesquisa. No entanto, no momento da entrevista, Jânio se recusou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), alegando que já havia feito muito isso e não poderia responder em juízo. Insisti, informei que ele poderia solicitar a ajuda de profissionais da equipe, mas Jânio se mostrou irredutível e foi excluído da pesquisa.

A coordenadora do serviço me indicou mais três sujeitos que eram acompanhados pelo CAPS e mais três que eram residentes de SRT. As indicações do CAPS foram Jacob, Madalena e Isaura, esta última foi selecionada para as entrevistas. Já dos SRT foram indicados Célio, Valdo e Margarida, também esta última sendo selecionada para a entrevista.

Jacob teve paralisia infantil que o levou a fazer inúmeras intervenções cirúrgicas ortopédicas a partir dos 16 anos. Segundo o irmão, as recuperações foram longas, sofridas e deixaram várias seqüelas visíveis. No entanto, o prontuário tinha poucos relatos e suas questões clínicas eram antigas, mais relacionadas à paralisia infantil. Por conta disto, preferimos descartá-lo enquanto sujeito da pesquisa.

Madalena apresentou distúrbios nefrológicos, obesidade mórbida, diabetes e

hipertensão. Em conversa com o profissional de referência, este não aconselhou a entrevista com Madalena, já que ela estava mostrando claras dificuldades em lidar com seus adoecimentos e procedimentos a que teria de se submeter. Desta forma, num cuidado ético, descartamos Madalena como sujeito da pesquisa.

Quanto às indicações dos sujeitos das residências terapêuticas, visitei duas residências no intuito de fazer contato com eles. Nestas visitas só consegui aproximação maior com Margarida, que foi selecionada para as entrevistas.

Após a primeira rodada de exclusão daqueles que eram curatelados, ou seja, William e Iolanda, realizei levantamento sobre os PTS dos sujeitos restantes e quais eram seus profissionais de referência. A ideia era mapear os dias em que eles estariam presentes no CAPS para que eu pudesse realizar conversas informais no sentido de verificar suas capacidades de produção de discursos sobre seus processos de adoecimento e cuidado, além de verificar se não estavam em crise naquele momento. O mesmo acontecendo com os profissionais de referência, buscando aprofundar e investigar informações do momento atual dos usuários.

Esta metodologia foi adotada para evitar, de acordo com os preceitos éticos, o risco de desorganização dos sujeitos que estivessem, porventura, mais fragilizados no momento de uma entrevista mobilizadora de momentos geradores de angústia e sofrimento como são os adoecimentos e necessidades de intervenções clínicas, de exames ou cirúrgicas.

A postura adotada também está relacionada à questão do cuidado enquanto elemento constitutivo do posicionamento clínico de pesquisa e intervenção psicossociológica (SÁ, 2013). A autora esclarece que se deve aliar a sensibilidade clínica ao rigor metodológico do trabalho de pesquisa clínica, cabendo ao pesquisador testemunhar e acolher afetivamente as situações de sofrimento ou crise vivenciados pelos sujeitos da investigação.

Sá (2013) ainda chama atenção para os dispositivos metodológicos de “enquadre”, tais como os TCLE, que são “[...] utilizados muitas vezes de modo burocrático...” (*op. cit.*, p. 190). Como vimos no parágrafo anterior, buscamos nos balizar por esta norma bastante focados em seu caráter ético. Coube então ao pesquisador, juntamente com os respectivos responsáveis técnicos, decidir se a entrevista não estaria sujeita a produzir risco e provocar desorganizações em sujeitos já bastante fragilizados.

Nesta etapa, após reforçar os objetivos, critérios de seleção e exclusão, etapa da pesquisa e cuidados éticos, tive momentos de conversas com os profissionais referenciados para cada sujeito antes de proceder ao convite para que participassem das entrevistas. Nesse momento foram excluídas Madalena e Sofia, por estarem bastante desorganizadas e, ambas, mostrando sinais e comportamentos de evitação, desconforto e ansiedade diante das consultas e exames

necessários para as intervenções cirúrgicas as quais estavam previstas serem submetidas. Assim, numa postura de cuidado, em consenso com os profissionais do serviço, estes sujeitos foram excluídos.

A partir de então procedi a conversas informais com os três sujeitos restantes: Eduardo, Margarida e Isaura. O procedimento adotado foi de uma apresentação minha enquanto pesquisador, independente de eles já houvessem tido contato comigo desde o início do campo, uma produção de conversa acerca da vida deles e dos seus adoecimentos para só então convidá-los para a entrevista.

As entrevistas clínicas seguiram um desenho semiestruturado (em anexo) nas quais os entrevistados foram solicitados a expressar, o mais livremente possível, suas representações, desejos, lembranças, considerações e avaliações sobre a situação de cuidado vivenciada a partir de seus processos de adoecer. A semiestruturação é necessária para incentivar um discurso que permita a exploração da problemática (ou objeto) da pesquisa sem, contudo, visar necessariamente obter respostas claras e precisas (LEVY, 2001).

A entrevista clínica foi utilizada em consonância com os preceitos teóricos da abordagem psicossociológica, procurando, desta forma, ajudar cada entrevistado “[...] a explorar e remontar sua experiência passada [...] [e também dar] acesso a compreensão aprofundada e precisa das situações sociais em relação às quais estas experiências tiveram lugar” (LEVY, 2001, p. 90).

As entrevistas procuraram inicialmente contextualizar a situação dos sujeitos através de uma anamnese sobre sua infância e história de vida. Depois foram observados o objeto e objetivos da pesquisa, ou seja: os sentidos dados por estes sujeitos ao seu adoecimento físico e aos cuidados e clínicos e cirúrgicos dispensados a eles; os sentidos construídos sobre a relação com os profissionais do cuidado; e as considerações sobre os resultados da produção de cuidados.

O desenho da entrevista previu que seriam realizadas entrevistas com esses sujeitos, podendo ser uma ou duas rodadas de entrevistas, dependendo da necessidade de aprofundar e/ou esclarecer alguns pontos. Com todos eles foram realizadas duas entrevistas. Já os espaços das entrevistas seriam definidos conjuntamente com eles a partir da disponibilidade do local onde foram agendadas, também com o sujeito, anteriormente. A prioridade foi dada para espaço silencioso e sigiloso. Para registro das entrevistas foi utilizado gravador de voz, sempre consentido pelos sujeitos.

Para Azevedo (2013) a utilização do gravador possibilita aumentar o poder de registro e sua fidedignidade, bem como permite o acesso permanente do pesquisador à viva voz do

entrevistado. A transcrição visa converter em palavra escrita o material empírico expressado verbalmente e vivenciado na entrevista, permitindo ao pesquisador um melhor manejo do material, inclusive permitindo refletir sobre suas próprias posturas, falhas e acertos.

4.5 APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Como ponto comum da constituição individual dos sujeitos da pesquisa está, claramente, a condição de serem sujeitos com transtorno mental grave. Mais implícitas estão as constituições de subjetividade advindas da vivência com o transtorno mental, que marcam fortemente estes indivíduos: estigmatização, inibição social e baixa auto-estima são características mais ou menos comuns. As memórias também se apresentam bastante afetadas, seja pelas produções delirantes ou alucinatórias, seja pelas interações medicamentosas e exclusão social decorrente do modelo asilar a que foram submetidos.

4.5.1 Eduardo

Eduardo foi sugerido como sujeito da pesquisa pois no começo de 2013 começou a apresentar problemas de incontinência urinária. Em maio é assistido por clínicos para investigar os riscos cirúrgicos em hérnia inguinal, sendo operado em agosto do mesmo ano. Em abril de 2014 começa nova investigação para risco cirúrgico, desta vez relacionada a problemas de próstata. Estas investigações se arrastam até o segundo semestre de 2015. Fez consultas médicas urológicas em junho de 2016 e exames em setembro do mesmo ano. No momento da pesquisa ainda estava fazendo investigações para a questão da próstata.

Eduardo tem 63 anos, é negro, de aparência calma e tranquila, com físico pequeno e delgado. Pode ficar horas olhando para o nada, de cabeça baixa, parecendo que está dormindo. É frequentemente invadido por alucinações auditivas em tom imperativo e produções delirantes associadas a estas experiências. Compreendi então, a partir de um maior contato com ele, por ocasião das entrevistas, que a postura taciturna de Eduardo fazia parte de um tremendo esforço para lidar com suas alucinações e ser minimamente ativo e produtivo nas relações sociais cotidianas.

É descrito como um sujeito com tendências ao isolamento, apresentando traços catatônicos, tristeza e “pobreza” afetiva, e ainda com baixa capacidade de síntese e abstração. Ele passa tanto tempo em seu mutismo que me causou certa estranheza sua indicação pelos

profissionais do CAPS para participar da pesquisa já que, através da minha percepção acerca da postura de Eduardo, parecia que ele seria incapaz de produzir discursos sobre suas vivências.

Para os profissionais da assistência, segundo o prontuário, Eduardo tem sérios comprometimentos psíquicos em decorrência da instalação do quadro psicótico. Esses comprometimentos o levam a ter dificuldades em expressar emoções e afetos, – demonstrando, inclusive, temor pelos próprios afetos – rebaixamento de autocontrole, baixa capacidade de concentração e ainda “limitada habilidade para apreciar valores culturais e diminuído interesse pelo mundo que o cerca” (Anotações no prontuário, 2016). Há indícios de dificuldades perceptivas, psicomotoras e baixa capacidade mnêmica de fixação, característica muito sentida nas entrevistas. Capacidade limitada também para fazer síntese e abstrações. Em crise, restringe seu contato apenas a pessoas específicas.

Eduardo se refere frequentemente às forças armadas em seu discurso. Seu irmão mais velho, que o ajudou e serviu de exemplo na infância e juventude, é sargento da reserva do corpo de bombeiros e conseguiu um emprego para ele como civil que executava suas funções para e dentro das forças armadas. Eduardo se identificava com essa instituição, seja pelo *status* (como o poder, o prestígio, e/ou a associação à virilidade) produzido pela possibilidade de um jovem de classe média adentrar no exército, seja pelo afeto e referências que o irmão representava. Para simular que fazia parte dessa instituição, no intuito de conquistar mulheres, Eduardo mentia sobre seu vínculo, dizendo que era militar quando, de fato, era serralheiro civil na Marinha.

4.5.2 Margarida

Os profissionais indicaram Margarida por conta de uma cirurgia de histerectomia que ela havia realizado em 2015. No prontuário, confirmando as indicações dos profissionais da assistência, havia registros de acompanhamentos ginecológicos na clínica Heitor Beltrão em novembro de 2014, sem especificações sobre quais seriam esses problemas. Na intervenção de histerectomia, foram retirados seu útero, trompas e ovários. Margarida veio a sofrer de edemaciações nos pós-cirúrgico. Em junho de 2016 fez exames de mamografia e ultrassonografia, investigações que persistiram até o final do campo de pesquisa.

Margarida é baixinha e atarracada. De trato doce e sensível em suas posturas, comportamentos e modos de falar, tem compleições físicas que remetem a uma provável ascendência indígena, aparência reforçada pela maneira que arruma seus cabelos, em tranças. Além disto, apresentou como desejo e projeto de vida e felicidade a manutenção de sua

virgindade até o momento que encontrasse uma pessoa que a fizesse feliz.

Tem histórico de várias internações e longa institucionalização. Atualmente reside em uma Residência Terapêutica. Quando não está em crise é bastante autônoma em seus fazeres cotidianos, apresentando sempre bons hábitos de higiene e aspecto pessoal. Em crise, entretanto, tem alterações de humor, chegando a oscilar entre a agressividade ou apatia. Acaba também, por óbvio, apresentando mudanças de comportamento e confusão mental que atingem seus cuidados pessoais.

Nos relatos no prontuário observa-se que Margarida tem uma tendência a questionar os técnicos, restringindo as possibilidades de vínculo a alguns profissionais específicos. Também relata e discute bastante sobre sua medicação. Este histórico de “relação conflituosa” com a medicação aparece no prontuário através dos relatos de importantes alterações psíquicas após algumas alterações e demoras relativas à dosagem da medicação.

4.5.3 Isaura

Isaura foi indicada porque fez, em dezembro de 2014, um tratamento para o fígado pelo plano de saúde. Em maio de 2015 passa mal, sentindo dormência no lado esquerdo do corpo e forte cefaléia. Neste episódio foi assistida por um cardiologista e submetida ao exame de eletrocardiograma, que não acusou alterações. No prontuário constatou-se um procedimento cirúrgico de colecistectomia para retirada da vesícula e ainda uma videolaparoscopia exploratória, respectivamente em março e abril de 2016. Até o final da pesquisa estava apresentando algumas paralisias, segundos eu próprio relato. Ainda havia cuidados relativos às suas alergias à Iodo e Penicilina.

Isaura é negra, 57 anos, com 2º grau completo, de religião evangélica. Está um pouco acima do peso e fuma. É fortemente marcada por uma questão ocorrida logo depois do seu nascimento no Espírito Santo. Como tinha a tez um pouco mais clara, o pai suspeitou que ela não era sua filha e tentou matá-la. A mãe evitou o filicídio fugindo com ela e os outros irmãos para o Rio de Janeiro. Morou com os avôs até a adolescência e depois voltou a morar com a mãe. Trabalhou como doméstica em casas de família, passando depois a morar nas casas onde trabalhava.

Aos 40 anos tem um relacionamento com um rapaz de 20 anos, casado, e com ele tem um filho. Apresentou gravidez de risco e teve depressão pós-parto. Isaura tem um histórico um pouco diferente dos outros dois sujeitos e mesmo incomum. Mesmo com o histórico de abandono pelo pai e vários relatos de problemas de relacionamento na família, somente por

volta de 48 anos ela começa a apresentar sintomas da psicose paranóide, dizendo ser perseguida pelo chefe de Estado. No prontuário havia relatos de depressão, ansiedade e paranóia.

A questão relevante disto é que, devido a este aparecimento tardio da doença mental, e também por ter uma rede de cuidados um pouco mais fortalecida, além de ter mantido um bom grau de autonomia na sua vida social, Isaura nunca passou por internações psiquiátricas, mesmo sendo bastante delirante e muito “invadida” por vozes. Na segunda entrevista houve várias pausas e relatos da própria sobre as vozes que ela estava escutando no momento.

A inserção no mercado de trabalho através de um programa de empresa privada também traz uma condição diferenciada dos outros sujeitos da pesquisa, Isaura tem plano de saúde particular, utilizando-o bastante nos seus adoecimentos e acompanhamentos.

Como Isaura é bem independente, estando inserida no mercado de trabalho através de um programa de uma empresa, seu PTS previa visitas ao CAPS apenas de 15 em 15 dias. Por conta disto, o pesquisador teve pouco contato com ela, resumindo-se a apenas encontros rápidos e pontuais e os momentos da entrevista. Na primeira ela apresentou-se de forma extrovertida e falante, falando de sua vida, dificuldades e adoecimentos sem grandes problemas.

4.6 OS MOMENTOS DAS ENTREVISTAS

Para que o leitor esteja minimamente inserido sobre a conjuntura em que se deram as entrevistas, farei contextualizações sobre os momentos e acordos realizados para a ocorrência das entrevistas.

Na entrevista em profundidade, na perspectiva clínica psicossociológica, o sujeito é convidado a narrar cenas do passado, buscando dar sentido às suas vivências, mas com o olhar atual (AZEVEDO, 2005). Trata-se de um espaço intersubjetivo, configurado através da demanda do pesquisador na qual se confere, – pelo ato mesmo de dar voz, de colocar o sujeito da pesquisa, com suas histórias impressões e afetos, em lugar central da investigação – um reconhecimento social ao entrevistado (AZEVEDO, 2013). Nelas estão contidos os sentidos, os valores, crenças, expressões de sentimentos e ressentimentos, desejos de reconhecimento e angústias (SILVA, 2013), tanto do entrevistador quanto do entrevistado.

A demanda do pesquisador direcionou as entrevistas no sentido de abordar as vivências de sujeitos com transtorno mental grave no processo de saúde-doença-assistência nos processos clínicos e cirúrgicos.

Nunca é demais destacar que, sempre atendendo aos preceitos éticos, para a marcação e

realização das entrevistas buscamos constantemente respeitar os tempos, desejos, anseios, atividades ou quaisquer outros compromissos que os sujeitos tivessem. Por conta desta postura, por vezes, tive que remarcar as entrevistas, como veremos a seguir.

4.6.1 Eduardo

A entrevista com Eduardo foi agendada previamente através de conversa informal. Dirigi-me a ele e me apresentei formalmente, já que, embora já tivéssemos feitos contato e ele supostamente já soubesse quem eu era e qual o meu papel ali, não tivemos contatos mais próximos durante o campo. Depois da apresentação procedi a perguntas sobre seu passado, sua infância e sobre questões clínicas e cirúrgicas pelas quais ele havia sido submetido. A intenção era investigar se o sujeito teria condições de responder e sustentar minimamente uma linearidade de discursos que possibilitassem a investigação ora proposta. Objetivo alcançado, a entrevista fora marcada.

No dia marcado havia uma consulta que impossibilitou Eduardo de proceder à entrevista. Remarcamos então. Na nova data combinada aguardei suas atividades cessarem para abordá-lo e confirmar sua participação na pesquisa. Dada sua concordância, nos encaminhamos ao local da entrevista.

O local da entrevista foi a sala principal de atendimento individual do CAPS, o ambiente mais adequado na instituição. Eduardo estava calmo e tranquilo, em suas características habituais, embotamento cognitivo, afetivo e psicomotor. Expliquei o TCLE, ao que Eduardo pediu que eu lesse para ele e assim o fiz. A entrevista se deu sem maiores intercorrências, apenas com uma interrupção do entrevistado para informar que ia ao banheiro. Foi e retornou sem maiores problemas. Ao final, ele pede para ouvir a entrevista. Ouvimos um trecho, cerca de 5 a 7 minutos, e paramos. Agradei e nos despedimos.

Ao final fiquei um pouco frustrado. A entrevista havia sido muito curta e Eduardo fora lacônico em suas devolutivas, como é habitualmente. Ao colocar estas questões para a psicóloga do serviço, comentando sobre a curta duração, esta colocou que, devido ao embotamento afetivo e cognitivo de Eduardo, a entrevista havia sido bastante produtiva.

Para a segunda entrevista procurei por Eduardo no CAPS. Fui informado que ele estava na Sala de Atividades junto com outros usuários. Conversei com ele sobre a concessão de outra entrevista. Ele aceitou e já ia se levantando de pronto, mas, respeitando seu espaço e autonomia, eu disse que poderíamos fazer isto logo que ele terminasse a atividade. Quando eles terminaram já estava perto do almoço. Eduardo solicita que a entrevista seja apenas depois do almoço, no

que foi prontamente aceito.

Após a refeição, ele ainda deu um tempo e, quando fui ao seu encontro, ele mesmo disse que estava pronto para conceder a entrevista. Nossa conversa se deu no mesmo ambiente da entrevista anterior, na sala principal de atendimento individual do CAPS, ocorrendo sem interferências. Ao final, Eduardo pede novamente para ouvir as palavras concedidas. Desta vez ele escuta tudo, até o final. Menos que uma atitude fiscalizatória, ou alguma demonstração de receio sobre o que havia falado, ele me pareceu estar bastante satisfeito em escutar-se, de estar naquela posição de entrevistado com uma produção a ser contemplada. Agradei e nos despedimos.

4.6.2 Margarida

A entrevista com Margarida foi agendada por telefone com uma das cuidadoras do SRT, após verificação de disponibilidade e condições organizativas atuais dela. No dia agendado fui recepcionado no SRT pela cuidadora, que me apresentou a casa com a ajuda de um dos moradores. Enquanto isso, Margarida terminava seu lanche na cozinha.

O local de entrevista foi designado pela cuidadora. Tratava-se de uma dispensa conjugada com o quarto de serviço que é utilizada no SRT como um espaço para os técnicos. O recinto era bem tranquilo, um tanto isolado do resto da casa, mas não era privativo. Também estava fazendo um dia quente e o ambiente não era ventilado, mas havia um ventilador para ambos. Margarida chegou bem animada para conceder a entrevista.

Durante o processo Margarida se mostrava ansiosa e parecia demonstrar certo incômodo, mexia os dedos e as mãos em movimentos repetitivos, esfregando-os constantemente. Em momentos sentidos como tensão, seja por não se lembrar dos relatos a que estava se propondo, seja pelos conteúdos mais delicados dos assuntos tratados, estes comportamentos se intensificavam.

Em um momento da entrevista essa tensão aumentou bastante e eu optei por oferecer a possibilidade de parar para tomar uma água. Ela aceitou e interrompemos a entrevista. Ao retornar já se mostrava mais calma, mas a postura não mudou. Em outro momento, falando de um tema que a afetava mais, levou as mãos trêmulas ao pescoço e simulou um sufocamento. Eu interrompi, temendo uma desorganização, mas, pouco depois, mais calma, tentei retomar o tema para investigar o episódio que ocasionou aquela resposta. Ela, contudo, não aceitou a proposta e assim demos continuidade à entrevista, passando a outro tema. Ao final agradei e perguntei sobre sua disponibilidade para outras entrevistas ao que ela me respondeu

afirmativamente.

Na segunda entrevista, cheguei ao SRT e fui recebido pela cuidadora de plantão. Ela me disse que Margarida havia ido ao dentista mais cedo e que eu podia entrar que ela iria chamá-la. Entrei no quarto de Margarida que estava deitada, talvez estivesse dormindo, e foi se levantando. Ele pareceu-me cansada e eu próprio estava exausto, pelo calor e pela caminhada para chegar até ao SRT. Margarida sentou na beira da cama, ofereceu-me uma cadeira e disse que podíamos começar ali mesmo.

Toda a entrevista aconteceu neste quarto compartilhado entre Margarida e outra moradora. Não houve maiores intercorrências, apenas com Margarida se sentindo, por diversas vezes, desconfortável pela posição na cama e tendo que encontrar melhores posições em alguns momentos. Questionei se ela não preferia ir para outro lugar ao que recebi resposta negativa.

4.6.3 Isaura

Como a regularidade de Isaura no CAPS era de 15 em 15 dias, não consegui combinar a entrevista previamente. Pedi ajuda à psiquiatra do serviço que agendou com Isaura uma consulta já prevista. Encontrei-a na sala de atividades conversando uma técnica do CAPS, antes da consulta com a psiquiatra. Apresentei-me e perguntei se ela se importava de conversar durante alguns instantes comigo. Ela aceitou e fomos para o pátio da instituição. Neste momento apresentei-me mais demoradamente, enquanto pesquisador e interessado nos relatos dela sobre a vida, sofrimento mental e os adoecimento somáticos pelos quais passou. Ao constatar que ela tinha condições organizativas suficientes para conceder-me a entrevista, perguntei se ela aceitava a situação. Isaura não viu problemas nisso, aceitando de pronto. Preparei o material, a sala, e chamei-a para a entrevista.

A sala utilizada foi a de atendimento individual secundária. As condições desta estão mais distantes do ideal que a sala principal. Ela é menor, não possui mesa, apenas uma estante fechada e, principal dificuldade, o isolamento sonoro é ainda mais precário. Tive receio de que o gravador não conseguisse captar adequadamente a fala de Isaura, diante dos barulhos que se ouvia do lado de fora.

Isaura se encontrava bastante tranquila. Em muitos momentos da entrevista, se mostrou emocionada, chegando às vezes ao limite do choro, com os olhos marejados. Entretanto, em nenhum momento a entrevista precisou ser interrompida, mesmo quando eu fiz a sugestão.

Isaura mudou o serviço de referência durante a pesquisa, portanto, não consegui fazer a segunda entrevista no CAPS. Tentei entrevistá-la no seu serviço, uma rede de supermercados

que tem um programa de inserção de sujeitos especiais. Agendei com ela, mas sua supervisora local, pega de surpresa já que nem eu nem Isaura informamos a ela, negou a concessão da entrevista em ambiente de trabalho. Desta forma, tive que combinar a interlocução em seu novo CAPS de referência, em município da região metropolitana do Rio de Janeiro, na Baixada Fluminense.

Tive acesso às informações no prontuário desde a chegada de Isaura ao CAPS. A entrevista foi realizada na sala grande de reuniões, tínhamos privacidade, mas pouco isolamento acústico. Em apenas um momento fomos interrompidos por uma profissional que foi pegar material para colocar música para os usuários. No mais, o espaço para entrevista foi garantido e bem respeitado.

Isaura parecia estar num estado de ânimo mais rebaixado que na entrevista anterior. Mais lenta e desanimada, com momentos de fala que mais pareciam murmúrios, Isaura estava bastante invadida por vozes na ocasião da entrevista, chegando a interromper as respostas às minhas questões para interagir com as vozes. Tudo isto, mais o cansaço físico provocado pela jornada até o município e pelo calor, o relato me provocou ainda mais confusões que o anterior.

Após desligar o gravador ela continuou relatando que não sabia o que fazer com “eles”. Expliquei que ela deveria contar com os profissionais do CAPS e o suporte do filho. Ela retrucou que este havia dito que ela tinha problemas na cabeça, mas que ela não considerava assim. Repetiu que se ficar dois dias sem tomar os remédios ela fica mal, depois nos despedimos.

4.7 MATERIAL EMPÍRICO

Imediatamente após o começo das entrevistas, e concomitante com seu seguimento, deu-se início às transcrições do material coletado. A partir destas transcrições foram produzidas narrativas sobre as entrevistas dos sujeitos.

O material empírico analisado deve subsidiar a co-construção do sentido atribuído pelos sujeitos e apreendidos na entrevista, aos seus processos de saúde, adoecimento e os atos práticos do cuidado e seus resultados.

No presente estudo o material empírico que subsidia as análises advém de três fontes: (a) **o diário de campo**, no qual o pesquisador busca reconstituir cenas e situações observadas, mas também elaborar um trabalho reflexivo referente à sua implicação, suas concepções, experiências e afetos envolvidos em seu próprio modo de observar e interagir em campo, especialmente em relação ao objeto da pesquisa (SILVA, 2013); (b) **as entrevistas em**

profundidade realizadas com os três usuários dos serviços substitutivos em saúde mental; e (c) **as narrativas** produzidas pelo pesquisador a partir das leituras das entrevistas.

Azevedo (2013) explica que a narrativa de vida é um método de abordagem biográfica que remonta do particular ao geral, identificando relações sociais, processos como a produção de cuidados e lógicas de ação presentes em contexto similares, tudo isto a partir de casos particulares.

Para Bertaux (*apud* AZEVEDO, 2013) trata-se de um fragmento particular de uma realidade histórico-social. Azevedo (2013) considera que as narrativas estruturam-se a partir de um filtro que são as demandas do pesquisador, delimitando o universo semântico das experiências relatadas, no caso específico da presente pesquisa, a produção de cuidados clínicos e cirúrgicos para sujeitos com transtorno mental grave.

Assim as narrativas de vida englobam a dimensão subjetiva das vivências dos sujeitos, ressaltando sua produção intelectual, mas também é fruto da condução da entrevista e das demandas do pesquisador. As narrativas de vida devem

[...] permitir interpretações dos fenômenos observados procurando compreender o percurso biográfico do indivíduo em interação constante com o percurso do conjunto, e a reformulação da oposição entre o universo objetivo e o subjetivo (AZEVEDO, 2013, p. 138)

Azevedo (2013) entende como pressuposto fundamental que as narrativas permitem reconhecer as questões individuais da vida do sujeito, expressando sempre uma construção que perpassa pelo plano coletivo, trazendo consigo a inscrição social deste sujeito. A narrativa possibilita então ao sujeito abrir-se à memória, não traçando uma história individual e coletiva objetivamente, mas possibilitando construir ou reconstruir sentidos.

Se as narrativas são mediação entre ação e linguagem como resultado de um fluxo histórico e social (AZEVEDO, 2013) e apresentam-se como uma reconstrução subjetiva, vividas por indivíduos particulares, frequentemente se identifica nelas descontinuidades e hiatos. Especificamente com os sujeitos desta pesquisa, as narrativas apresentam grandes descontinuidades e hiatos com complementações de discurso aparentemente através de produções delirantes. Frente a estas questões, frequentemente o pesquisador sentiu-se confuso, tornando difícil a compreensão ou aproximação com os sentidos atribuídos por estes sujeitos às suas vivências. Assim, foi preciso um esforço ainda maior de descentramento do pesquisador com relação à razão linear e à lógica da identidade e da não contradição que atravessam tanto o pensamento científico como o senso comum ocidentais.

4.8 PROCESSO DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Sá , embasada em Barus-Michel, considera essencial “[...] a presença de um quadro referencial, nocional/teórico, em relação ao qual o texto é lido e interpretado” (SÁ, 2013, p. 198) que dá subsídios à construção de sentido pelo investigador. Igualmente importante, ainda segundo Sá (2013), é a postura de deslocamento ou descentramento do pesquisador, tanto em relação às intenções do interlocutor quanto à adoção de quadro de referência com uma postura pouco flexível. Sem esta postura de deslocamento ou descentramento, o pesquisador corre

[...] o risco de reificar o *saber* como um dado absoluto, uma verdade, um instrumento de fazer esquecer que ele [o saber] é, apenas uma formulação provisória, a colocação de sentido, sempre sujeita a questionamento, de uma experiências subjetiva (LEVY, 2001, p. 81, grifo do autor)

A psicossociologia tem como pressupostos a articulação do subjetivo com o racional e a consideração do papel do inconsciente na produção de conhecimentos e os efeitos desta produção na vida destes sujeitos (AZEVEDO & SÁ, 2013), entendendo a dimensão intersubjetiva como elemento fundamental deste trabalho (AZEVEDO, 2013b).

A utilização da abordagem clínica psicossociológica, além das possíveis contribuições específicas na prática clínica e participação do sujeito, justifica-se também pela intenção de se superar alguns desafios e necessidades já identificados em saúde pública, dentre eles: superação de dicotomias entre individual e coletivo, afetivo e racional; construção de espaços para os sujeitos políticos e de desejo (SÁ, 2013); bem como a própria reestruturação das práticas clínicas em saúde coletiva, buscando contribuir com subsídios para inserção dos projetos de vida e felicidade (SANTOS, 2013; AYRES, 2001, 2004a, 2004b; CAMPOS, 2013).

Outro ponto importante no embasamento teórico, segundo Azevedo (2013), é que “a leitura psicossociológica, além de apreender o peso da experiência subjetiva na construção social e histórica, favorece a compreensão dos processos intersubjetivos na produção da narrativa e das questões do sujeito na construção do coletivo” (p.133).

Se os processos intersubjetivos são centrais nessa abordagem, Sá (2013) destaca outros recursos para a análise e construção de sentido das entrevistas. Estes recursos são importantes para se superar as dificuldades inerentes ao se admitir a participação do inconsciente na produção do conhecimento.

Para a autora, a implicação do pesquisador é importante pressuposto teórico da clínica psicossociológica para se apreender os processos inconscientes. Isto porque a subjetividade do pesquisador (especialmente os seus próprios processos inconscientes), bem como as

contratransferências, estão presentes nos fenômenos e processos que ele se propõe a estudar.

A implicação pode trazer, inclusive no levantamento do material empírico, as demandas, os posicionamentos e conhecimentos adquiridos do investigador. Isto significa que tanto no levantamento quanto na análise do material empírico “[...] o pesquisador estará presente com sua temporalidade, sua experiência (ou pouca experiência) e sua história” (SILVA, 2013).

Considerar a implicação no momento da análise do material empírico significa afastar os sujeitos, seus discursos e a própria produção de cuidado da mera condição de objetos. Em sentido contrário, permite ao sujeito da pesquisa construir sentidos para suas emoções, lembranças e histórias singulares, constituídas individualmente no espaço social. Rejeita-se, assim, a reduzi-lo a estruturas prévias, já delimitadas (LEVY, 2001).

Se a implicação do pesquisador ocupa importante papel na análise psicossociológica, igual importância tem o processo de “escuta do outro em si” (BARUS-MICHEL *apud* Sá, 2013). Para Sá (2013) a questão da escuta não deve jamais ser confundida com um domínio técnico ou teórico dos métodos da pesquisa, uma tradução do sujeito ou uma produção de um discurso mais correto ou a descoberta de algo incógnito na fala dos sujeitos. A escuta na produção de sentidos não se apóia apenas na lógica ou nos aspectos racionais, é também sensível, considerando os afetos, os desejos, as representações, os projetos de vida, a construção da memória, o pensamento (SÁ, 2013). Para Barus-Michel (*apud* SÁ, 2013, p. 195), “a apreensão sensível está assim inextricavelmente misturada com a compreensão inteligente, do mesmo modo que tanto uma como a outra estão submetidas aos trilhos inconscientes e às induções sociais”.

A escuta sensível é a “escuta do outro em si”. Conjuntamente com a implicação do pesquisador, a escuta do discurso (considerado complexa e polissemicamente) permite ao entrevistador representar o outro a partir dos afetos e efeitos produzidos no seu próprio psiquismo (SÁ, 2013).

Sá (2013), apoiada em Barus-Michel, complementa que a análise, construção e reconstrução de sentido deve ser sempre dialógica, ligando a implicação e demanda do pesquisador com as vivências e discursos dos sujeitos com transtorno mental. Para Levy (2001) o diálogo permite compreender progressivamente as significações dadas pelos sujeitos, atentando que estas são sempre parciais e provisórias. A co-construção permite ainda a ligação entre os investimentos afetivos, imaginários e simbólicos dos atores da pesquisa. A partir da transcrição e do diálogo é que o pesquisador poderá formular algumas hipóteses (SÁ, 2013).

Devemos atentar, segundo Barus-Michel (*apud* SÁ, 2013), que a produção de sentido não se refere apenas ao encadeamento lógico ou racional de elementos significantes. É um

processo também sensível, unindo desejos, representações, afetos, recordações, pensamentos e vontades (SÁ, 2013). Para Enriquez,

[...] o processo de análise não pode, então, consistir em assinalar e decodificar as significações existentes, mas em apreendê-las como discursos incompletos, em remetê-las aos lugares de onde são enunciadas e as diferentes formas como cada um, de acordo com a posição que ocupa no sistema de divisão do trabalho, tenta explicar, enfrentar e ocultar as contradições que vive (ENRIQUEZ, 1994, p. 185)

A escuta é uma forma de “[...] poder reorganizar as percepções de forma coerente” (SÁ, 2013, p. 195). Portanto, produz efeitos e é fundamental para a análise e interpretação do material empírico, mas também o é para caracterizar a pesquisa-intervenção.

Sobre a produção de sentido no espaço intersubjetivo da abordagem psicossociológica, Sá (2013) considera que encontrar ou construir o sentido estaria ligado à capacidade de reorganizar as percepções, tomando consciência de forma coerente, considerando a inserção social dos sujeitos (inclusive a demanda do pesquisador) bem como suas configurações psíquicas, inscrevendo seu imaginário num sistema de representações sociais. Une-se assim, no esforço dialógico do pesquisador com o sujeito, os desejos, afetos, representações, memórias, pensamentos deste com as suas ações e linguagem, destacadas enquanto resultado de um fluxo histórico e social (SÁ, 2013; AZEVEDO, 2013).

Silva (2013) alerta que a análise é facilitada por categorias analíticas, ou “de escuta”, que não são estanques, predeterminadas. Elas são orientadas

[...] pelo objeto e objetivos da pesquisa; pelo cruzamento das informações obtidas mediante as estratégias de investigação da pesquisa; pelos referenciais teóricos e conceituais da pesquisa, sobretudo na leitura que eles permitiam fazer sobre as categorias de ‘escuta’ (SILVA, 2013, p. 229)

Foram realizadas, então, leituras e escutas sucessivas e sensíveis dos materiais: diários de campo, entrevistas gravadas e transcritas e narrativas produzidas pelo pesquisador. Entretanto, demos preferência aos trechos das entrevistas para ilustrar os discursos e as produções de sentido. Por este motivo as narrativas não foram disponibilizadas neste trabalho. A despeito disto, a construção de narrativas serviu para que o pesquisador se apropriasse mais do material das entrevistas, fazendo uma síntese própria. Após tê-las construído, pode voltar às transcrições das entrevistas com uma visão mais integrada do que fora falado pelos entrevistados.

A idéia foi de criar “argumentos de escuta” que pudessem orientar uma leitura do pesquisador apoiada não “[...] apenas na lógica ou elementos racionais” (SÁ, 2013, p. 194), mas numa espécie de ressonância intuitiva, uma sensibilidade de escuta para signos

desconjugados, numa reorganização perceptiva de conteúdos emergentes, que adquirem coerência na relação pesquisador e sujeitos implicados e permitem a tessitura da análise (SÁ, 2005; 2013).

Para Levy (1994), encontrar o sentido num processo de análise não consiste em decodificar as significações ocultas nos discursos ou olhar mais de perto o que foi dito, mas entender que estes são incompletos e devem ser remetidos aos lugares de onde são enunciados. Lugares estes situados não apenas social e historicamente, mas também na subjetividade dos sujeitos e nas intersubjetividades sujeitos-pesquisador e efeitos que este último provoca (SÁ, 2013).

Deve-se observar que as atividades de construção e reconstrução constantes de sentido têm caráter transitório e provisório pelos e para os sujeitos em sua inserção social, com importância profunda para sua capacidade de pensar e agir (BARUS-MICHEL *apud* SÁ, 2013). Outro ponto decorrente é que o trabalho de construção de sentido é resultado, na pesquisa, de um diálogo. Este não é uma tentativa de descobrir um sentido oculto, é, sim, um ato progressivo de construção dialogada de significações (SÁ, 2013).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO: A LOUCURA PRODUZINDO SENTIDOS SOBRE O CUIDADO

Para definir as categorias de análise tomamos como referência os objetivos da pesquisa – discutir as experiências de cuidados clínicos e cirúrgicos que sujeitos com transtorno mental grave vivenciaram em seus processos de adoecimento; investigar os sentidos produzidos por estes sujeitos sobre o cuidado produzido; as relações destes sujeitos com os profissionais de saúde na vivência de produção de cuidados e, ainda; a avaliação que fazem dos resultados deste(s) encontro(s) de cuidado –, bem como os referenciais teóricos e metodológicos da pesquisa.

As categorias de análise delimitadas inicialmente foram: (a) Vivências e Produções de Sentido sobre o Adoecimento; (b) Vivências e Produções de Sentido sobre o Cuidado; (c) Relação com os Profissionais do Cuidado; e (d) Sentido dado aos Resultados do Cuidado. Tanto as vivências de adoecimento quanto de cuidado consideraram as experiências relativas aos adoecimentos que levaram à necessidade de cuidados clínicos e cirúrgicos quanto àqueles mais especificamente ligados à saúde mental.

Para a análise do material empírico (diário de campo, entrevistas) será feita uma escuta atenta e uma leitura flutuante, exclusiva e compreensiva (MINAYO, 2010), especialmente das entrevistas, transcrições realizadas e narrativas produzidas. Segundo Azevedo (2013) além de procurar compreender os discursos em si das entrevistas, visa-se, num segundo momento, comparar as “[...] diversas experiências e histórias, com o objetivo de se montar uma análise do mundo social do objeto da pesquisa” (Azevedo, 2013, p. 146).

A fim de apreender e discutir sobre os sentidos produzidos na experiência de sujeitos com transtorno mental grave quando necessitam de algum tipo de assistência clínica ou cirúrgica, utilizamos, para análise do material empírico, a perspectiva teórica da psicossociologia.

5.1 VIVÊNCIAS E PRODUÇÃO DE SENTIDO SOBRE O ADOECIMENTO

Neste momento destacaremos as narrativas dos sujeitos sobre seus processos de adoecimentos, como os vêm e sentem, como lidam com as dificuldades inerentes a este momento de exceção às atividades da vida, em que precisam de cuidados mais intensivos e como os sujeitos se colocam sobre isto.

Ao manejar o material empírico, identificamos sete subcategorias para a produção de sentidos dos sujeitos sobre seus adoecimentos: (i) doença como externalidade; (ii) exaustão, crise e punição; (iii) doença e negação; (iv) adoecimento, alienação e desresponsabilização; (v) adoecimento, desinformação e incompreensão; (vi) adoecimento e corporeidade; e (vii) visões positivas sobre o transtorno mental. Veremos como estes sentidos produzidos aparecem nas entrevistas e teceremos algumas correlações com os referenciais teóricos.

5.1.1 Doença como Externalidade

Através de sucessivas escutas e leituras sensíveis pelo pesquisador emergiu uma categoria sobre a produção de sentido da doença mental como uma externalidade. Para os sujeitos, em suas falas, a doença mental seria, ou se assemelharia, a algo físico que vem de fora e que se pode contrair, efeito de algum agente patológico específico ou ainda causada por algum determinante psicossocial.

Oliveira (2013), explorando a crise psicossocial em adolescentes com transtorno mental grave, também encontrou sentidos semelhantes para a crise enquanto externalidade ou aquilo que “[...] se refere a fatores ‘externos’ ao sujeito e, dessa maneira, aparecem explicações como as questões espirituais, os problemas na escola, as medicações, etc.” (OLIVEIRA, 2013, p. 172).

Podemos perceber claramente isto na experiência de Eduardo ao lidar com os seus sintomas persecutórios. A doença o pega, chega até ele, e assim ele cai doente.

Todo dia era isso, todo dia era isso de me chamarem de mentiroso. Ai eu não aguentei, a doença me pegou e eu caí doente (grifo nosso)

(Eduardo)

Já para Margarida, a doença enquanto externalidade ganha o sentido de uma intencionalidade, uma ação produzida pela irmã e o cunhado que, motivados pelos conflitos e divergências vividos, produzem a doença mental para que ela seja internada e afastada do convívio.

Eles [a irmã e o cunhado] me botaram no hospital, e faziam trabalhos de umbanda... Umbanda não, que aquilo não é umbanda, é pior do que umbanda é o mal mesmo. E botou minha... E me botava pra fora de casa, e disse mesmo pra mim

(Margarida)

Também entendida como uma ação externa, uma brincadeira “estranha” que visa

prejudicá-la, o adoecimento mental de Isaura é creditado a um chip que foi inserido em seu corpo através de uma bebida com gosto e textura peculiares, produzindo seus sintomas.

[...] Eu tenho uma suspeita de que eu engoli um chip e isso parece que ta localizado no meu estômago. [...] Alguém me deu um suco com um negócio, alguma substância assim meio cremosa. E foi só um detalhe no copo.

(Isaura)

Campos (2013), falando sobre o modelo biomédico, explica que neste “[...] prevalece o foco nos determinantes biológicos da doença, no indivíduo como objeto do conhecimento e da prática, e as abordagens prescritivas” (*op. cit*, p. 73), algo que levaria tanto a uma expropriação da dimensão sociocultural quanto da “[...] subjetividade e do que é mais especificamente humano no encontro entre usuários e profissionais de saúde” (*idem, ibidem*). Entendemos que isto ajuda a explicar este sentimento de externalidade pelos sujeitos, que estão expropriados e objetificados nas relações de assistência em saúde e que, portanto, vêm as causas como algo fora de si, de sua subjetividade que foi alijada do processo.

O adoecimento enquanto externalidade parece ter uma consequência sentida positivamente por estes sujeitos. Supondo que a doença mental vem de algo externo, que intervém diretamente em seus processos psíquicos e mentais, acreditam que existe a possibilidade de cessação dessas influências externas e, assim, poderia ocorrer uma “cura”, ou uma volta ao estado anterior, antes destas influências.

Para Margarida, não fossem as influências da macumba de sua irmã e seu cunhado, ela viveria muito bem com a vidência que acredita possuir. Já Isaura deseja fazer exames e procedimentos biomédicos, cirúrgicos, para retirar o chip e voltar ao seu estado de normalidade anterior.

A ideia da externalidade, daquilo que é externo, estrangeiro, que vem de fora, parece se expressar também no uso por Isaura, em repetidas situações, do adjetivo “estranho” para designar algo que ela não consegue explicar. Nos primeiros momentos da entrevista ela utiliza esta palavra para adjetivar genericamente algo que marcara profundamente sua história de vida e subjetividade: a tentativa de assassinato por parte do pai.

Porque ela separou do meu pai e meu nascimento houve uma coisa muito estranha, que meu pai quase me matou, eu tava recém-nascida. (Grifo nosso)

(Isaura)

A partir de então, durante vários trechos da entrevista, ela utiliza essa palavra para designar aquilo que a incomoda, que provoca ansiedade, confusão, desconforto, algo que ela não consegue explicar, que muitas vezes acompanha a descrição de seus sintomas. No trecho

abaixo, a respeito de suas vivências no ônibus, expressando visível incômodo e asco em seu rosto, Isaura fala sobre um aviso do motorista do ônibus aos passageiros sobre o chip que ela porta em seu corpo.

Ainda tem a capacidade de passar pro motorista o que é que ta acontecendo, aí o motorista tem que avisar todos os passageiros. E é uma coisa muito estranha, muito estranha. (Grifo nosso)

(Isaura)

Neste outro ao falar sobre como ela foi levada a engolir o chip que está localizado em seu corpo e a confunde, ela usa a mesma adjetivação.

Eu lembro que eu tava com sede aí eu bebi, mas eles tavam fazendo comigo e eu não sabia é um tal de... Uma brincadeira deles, estranha. É... Clona, rastreia celular e fica botando a gente com a cabeça confusa. (Grifo nosso)

(Isaura)

5.1.2 Exaustão, Crise e Punição

Uma subcategoria que se aproxima muito da concepção de adoecimento mental como uma externalidade, mas que ganha contornos específicos, é uma produção de sentido deste adoecimento como uma exaustão, um exaurimento de forças, ou ainda, uma cessação de energias, como se os sujeitos tivessem chegado num determinado limite do suportável, seja na luta contra os sintomas, seja nas demandas sociais que se colocam para estes sujeitos. A partir desse limite, que está diretamente ligado aos seus recursos psíquicos e sociais, os sujeitos não mais dão conta de sua realidade e atribuem a isto suas doenças.

Para Desviat (2015) a crise seria um breve estado de desequilíbrio, uma situação problema que os indivíduos não conseguem fugir ou resolver utilizando seus processos psicológicos habituais, seria um rompimento na continuidade de seus estados habituais. É óbvio que a manifestação da doença mental ou de problemas de saúde que levam à necessidade de assistência clínica ou cirúrgica, são, por si, situações de crise, descontinuidades na rotina habitual. Mas a produção de sentido para estes sujeitos sobre o exaurimento e a crise ganha contornos próprios quando consideramos a constituição subjetiva, através dos conflitos e cuidados da família, das suas possibilidades de autocontinência e da continuidade de seu senso de realidade.

Já Figueiredo (2014), abordando a intolerância à frustração, explica que nestes casos dá-se a substituição do pensamento, ou de processos mais racionais, pelas atuações de fantasias, de somatizações ou mesmo de alucinações.

Importante notar que essa produção de sentido está ligada tanto ao adoecimento mental, seja com sintomas depressivos ou psicóticos, ou adoecimentos tidos como físicos ou laborais, como o esgotamento e a estafa. Margarida queixa-se, durante vários trechos da entrevista, do excesso de trabalho que, combinado com os conflitos familiares, é entendido como a causa de seus adoecimentos.

Aí, tudo isso eu sempre trabalhando, trabalhando, trabalhando, trabalhando, trabalhando, aí me esgotei. Quando eu fui pra casa dos meus... Desses portugueses eu trabalhei tanto que me esgotei. [...] Fiquei fraca, fiquei sem vontade de comer.

(Margarida)

Para Isaura, além da relação com o trabalho e os conflitos das suas relações cotidianas, seus sintomas psicóticos são diretamente relacionados aos momentos de mais ansiedade e estresse pelos quais passa.

Eu não conseguia dormir sozinha, sem remédio, não conseguia comer, passava a noite fumando e tomando café. E o dia também, não conseguia dormir. E tudo vinha aquelas vozes.

(Isaura)

Façamos aqui um adendo sobre uma curiosa fala em que Eduardo faz sobre seu caso, sua doença. Quando perguntado sobre que doença seria essa ele responde prontamente “psiquiatria”, produzindo uma sobreposição entre a doença e a área de saber que se ocupa dela. Vejamos abaixo:

O que eu tenho a dizer é que o meu caso é real. Que a minha doença é real. [...] Psiquiatria. [...] Existe. Conforme agora. Eu vim de casa passando mal, pra cá. Cheguei aqui passando mal, to aqui conversando contigo e já to me sentindo melhor. Então psiquiatria é uma doença que não tem hora pra pegar a pessoa.

(Eduardo)

Minayo (2009), amparada em Lévi-Strauss, ensinando sobre as contribuições da antropologia para pensar a relação entre o profissional de saúde e o paciente, aconselha a dar crédito na narrativa produzida por este último, pois há consistência lógica na expressão narrativa do vivido, trazendo-o para a ordem das significações. Nesta ordem, há possibilidades de mútua interpretação na construção do diálogo e, tendo sido o relato baseado em uma realidade empírica ou mesmo imaginária, há uma efetividade nesta realidade produzida. Citando Thomas (*apud* Minayo, 2009, p.199) ela afirma que “quando alguém define sua situação como real, ela é real em suas consequências”.

Para Campos (2013) é a biomedicina, com seus imperativos técnico-científicos que se colocam como fonte superior e exclusiva dos saberes e verdades sobre a saúde, que assume oficialmente esta significação social sobre a doença. A psiquiatria então assume a verdade e legitimação social exclusiva sobre a doença mental.

Temos ainda muitas narrativas sobre a concepção de adoecimento mental como uma forma de punir ou castigar estes indivíduos por algo que tenham feito, por alguma transgressão que, em suas próprias concepções, tenham realizado.

Guimarães e Meneghel (2003) entendem que o significado da enfermidade é moldado em parte pelas experiências subjetivas, mas, para que tenham uma significação social, precisam ser confirmadas pela base social específica dos profissionais de saúde que nomeiam a enfermidade do sujeito e circunscrevem práticas e saberes sobre isto. Campos (2013) complementa esta idéia afirmando que, nas experiências subjetivas singulares, a doença enquanto crise pode ser sentida como castigo.

A produção de sentido da doença como punição parece estar relacionada, portanto, além dos fatores já citados, com a questão histórica da própria psiquiatria, que, em determinado momento de sua evolução, no modelo pineliano do séc. XVIII, considerava a doença mental como uma transgressão moral. Nas palavras de Renaudin (*apud* CASTEL, 1978, p. 114), “Quanto mais o alienado for avesso a qualquer regularidade, mais é necessário que uma ordem metódica o envolva por toda parte e o molde a uma existência que cedo ou tarde terminará por tornar-se uma necessidade para ele”.

A família também tem papel importante no que tange ao sentido da *doença enquanto punição*. Vimos que os conflitos particulares que os indivíduos enfrentam junto aos seus familiares são ocasionados em grande parte por conta das ambivalências afetivas a respeito do transtorno mental grave e da manifestação dos seus sintomas (ROSA, 2011). Desta forma, seja pelas fantasias (ou mesmo de uma possível ameaça real) dos familiares de estarem passíveis a entrarem eles próprios em processos de alienação, seja ainda por alguma representação social retrógrada que considera a estrutura familiar como causa da alienação mental e desregramento moral, os sujeitos vivenciam, narram e sentem a dinâmica dos conflitos como diretamente ligado a uma punição por parte dos familiares, dos profissionais ou de entidades divinas.

Eduardo, nos dois trechos abaixo, fala sobre sua concepção acerca da estreita ligação entre os sintomas, julgamentos e castigos físicos.

Antigamente eu pensava que era porque eu mentia que eu era internado, mas depois eu parei de mentir e continuei a escutar as vozes e era internado. Então por que eu to sendo internado? Deve ser porque eu tinha problema também (Grifo nosso)

Lá eu fiquei internado, eu estava confuso, mas lembro de ouvir várias vezes que se eu fizesse alguma coisa era pra meter a bolacha em mim!

(Eduardo)

5.1.3 Doença e Negação

Também há momentos de fala em que o sentido dado para o adoecimento mental é de uma negação como um mecanismo inconsciente de defesa sobre o processo. Freud (2003) considerava, a respeito da negação, que há uma separação da função intelectual do afeto produzido. A negação então seria um mecanismo primitivo de defesa das experiências que o sujeito não consegue elaborar internamente, dissociando a experiência dos afetos produzidos, deslocando-a da memória.

O estigma social do transtorno mental, as vulnerabilidades a que estes sujeitos estão expostos, notadamente os conflitos familiares, são fatores que auxiliam a compreender mais satisfatoriamente os processos de produções de sentido que negam a existência ou morbidades da doença mental.

Eduardo, em alguns momentos da sua vida, relata que não entendia bem os motivos de ele ter sido internado, muito embora saiba que está no CAPS fazendo tratamento mental. No mesmo trecho em que ele acredita que a mentira parece ser uma das causas de seu adoecimento, ele complementa que não entende bem o porquê da internação.

Antigamente eu pensava que era porque eu mentia que eu era internado, mas depois eu fui internado sem mentir. Eu não entendi por quê. Ainda hoje eu não entendo. (Grifo nosso)

(Eduardo)

Margarida parece ter ainda mais dificuldades de lidar com isto, apresentando uma fala com claras contradições. Em um momento fala que não tem problema mental, logo depois, falando com satisfação sobre isto, diz que o médico entendia que ela não tinha nada de loucura, só um “probleminha” mental.

*Eu sei, eu tenho certeza que eu não tenho um problema mental [...] Lá o médico disse pra mim: ‘Você não tem nada de loucura, você tem só um probleminha mental.’ (Grifo nosso)
Não. Nunca fui louca, sempre... Tá vendo que eu tô contando tudo que se passa comigo? Aí eu... Agora eu esqueci.*

(Margarida)

Isaura tangenciou bastante as perguntas sobre seu adoecimento mental, tergiversava, mudava de assunto, e, no relato abaixo, parece não ficar satisfeita com a explicação de uma colega de trabalho de que ela era uma pessoa especial. Chamou-nos atenção também para a

relação entre “pessoas especiais” e o fato de elas estarem sendo “encaixadas” em determinadas vagas de trabalho.

Como é que eu posso explicar? Com problema tipo o meu. [...] Eles chamam de especial. Então lá eles encaixam os especiais nas vagas. [...] É, o pessoal fala que eu sou especial. [...] Não sei... Aí ela falou e eu perguntei ‘Por que? Agora me diz por que eu sou especial?’ (Grifo nosso)

(Isaura)

5.1.4 Adoecimento, Alienação e Desresponsabilização

Sobre os adoecimentos físicos, outro sentido comumente dado pelos entrevistados a estes processos foi o de estar à margem do próprio adoecer. Há vários relatos sobre não serem eles próprios que identificam ou vivenciam os seus sintomas e processos patológicos. Para eles, são os profissionais que identificam o problema, de modo que, muitas vezes, sequer sentem, distinguem ou sabem falar sobre o que sentiam.

Os relatos de Eduardo dão conta de que várias vezes foram os médicos que descobriram os problemas, enquanto ele sente-se à margem do processo.

Não, quem descobriu foi o médico, eu mesmo não sabia que eu tinha esse negócio de hérnia. [O problema] da próstata foram os médicos daqui também [que descobriram]. Que eu me lembre eu não tava sentindo nada, não. [...] Parece que eu não lembro muito bem o que eu escutei do médico, não. Só sei que eu...

(Eduardo)

Margarida sente-se confusa, como em muitos outros momentos da entrevista, ao falar sobre o que sentia nos momentos iniciais do processo de adoecer, não encontrando mesmo palavras.

Deixa eu ver. Não era dor, não era dor. Eu sentia algo que eu não sei dizer

(Margarida)

Já Isaura esquece alguns de seus momentos do seu adoecimento, afirmando relembrar apenas os mais críticos. Quando instada a falar mais sobre o que sentia, não consegue dizer bem o que ou como era o adoecimento.

[...] Eu sofri uma paralisia, fiquei dois meses, e tem muita coisa que eu não lembro. As coisas que me prejudicaram muito eu não esqueci. [...] Ninguém sabe explicar, começaram a me levar pra igreja, o pastor orando, o pastor orando, mas ninguém sabe o que é que é, não me levaram antes... [...] Não sei, eu disse que eu não lembro, porque eu não andava, eu não comia com a mão.

(Isaura)

Há momentos, entretanto, em que é impossível ignorar ou escamotear os sintomas da doença. Assim, dor ou a perda de funções corporais acaba exigindo que o sujeito saia de uma postura mais passiva e tome parte mais efetivamente do processo de cuidado. Isaura, por exemplo, teve um problema de pedras na vesícula em função do qual sentiu fortes dores e enjôo, tendo que procurar assistência.

Eu sentia muita dor e muito enjôo. Muita dor abdominal, mas eu não sabia o que que era, até que eu procurei ir pra médica.

(Isaura)

5.1.5 Adoecimento, Desinformação e Incompreensão

Em outros momentos percebemos certo distanciamento do sujeito do seu adoecimento ou mesmo da assistência prestada a eles, mas não necessariamente provocado por processos de defesa inconscientes, mas por falta de informações ou mesmo, quando estas informações foram disponibilizadas, incompreensão sobre o discurso dos profissionais ou sobre o processo em si. No trecho seguinte Eduardo, quando perguntado sobre como eram os vários momentos de consultas que ele havia vivenciado por conta de seus adoecimentos e procedimentos cirúrgicos, não encontra explicações.

Eu não sei dizer, não. [...] Não sei explicar, não.

(Eduardo)

Nestas produções de sentido, os sujeitos narram sobre a sua falta de informação e aceitam não compreender bem o que se passou com eles, não havendo dissociação da experiência de sua representação subjetiva.

Isto parece indicar que há problemas referentes à relação com os profissionais do cuidado, seja por deficiências gerais destes na produção de relações mais respeitosas e qualificadas sobre a subjetividade e a autonomia do outro, seja por deficiências específicas ao lidar com sujeitos com transtorno mental.

Discutiremos mais sobre isto na categoria de produção de sentidos sobre a relação com os profissionais, mas, desde já, salientamos há indícios de que, do ponto de vista da dimensão técnico-assistencial das mudanças necessárias para a saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007), os profissionais “extra” RAPS continuam com dificuldades para construir uma relação clínica de qualidade, lidando com pessoas, e não com doenças, gerando

lugares de sociabilidade e produção de sociabilidade dos sujeitos com transtorno mental.

Muitas vezes o delírio pode estar sendo uma estratégia “[...] pela qual o sujeito consegue se apoderar, aprender e se relacionar com a realidade, sendo necessária para o sujeito como processo” (GUIMARÃES & MENEGHEL, 2003, p. 361), sendo, portanto uma “sabedoria do corpo”, uma experiência de reformulação positiva do modo de vida.

Isaura, apesar de estar bem informada no geral sobre seu acompanhamento de saúde, pareceu ter uma tendência a utilizar esta estratégia, com a presença de suas manifestações delirantes e alucinatórias, complementando informações ou tangenciando as perguntas do entrevistador. Vemos estas duas características no trecho seguinte, quando ela responde à pergunta sobre se o médico havia explicado como fora sua cirurgia.

Explicou né? Eles explicaram porque, como eu não tava sentindo nada, o medo de eu fazer alguma besteira e arrebentar os pontos. Porque algum lugar não pode dar ponto, só no umbigo

(Isaura)

5.1.6 Adoecimento e Corporeidade

Para qualquer sujeito, a produção de sentidos sobre a própria corporeidade durante o processo de adoecer é sempre “inundada” por vivências, percepções, afetos, desejos, fantasias inconscientes que extrapolam a realidade. Nos casos em questão, de sujeitos com transtorno mental, os discursos parecem indicar que essas “inundações” sobre a própria materialidade corporal trazem consigo também os delírios e alucinações próprios de cada transtorno.

A antropologia dá contribuições para ampliar o sentido e significado da doença, das dimensões biológicas, políticas, subjetivas e sociais, bem como para compreendermos a visão de mundo de diferentes grupos. Douglas (*apud* MINAYO, 2009) sustenta que a experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais pelas quais é conhecida.

Guimarães e Meneghel (2003) afirmam, a respeito das normalizações e corporeidade, que

*A normalização do sujeito está ligada às representações sobre o corpo, porque o corpo é a instância básica de reconhecimento e classificação social estabelecida entre as pessoas. Neste sentido, as representações e práticas de saúde se ligam a propostas médicas vitalistas ou naturistas atravessadas por representações estéticas relativas ao corpo, grudadas nos referenciais narcisistas da cultura pós-moderna (*op. cit.*, p. 360)*

Sobre as representações e construções de sentido sobre o próprio corpo, Margarida descreve o que sentia antes da cirurgia de histerectomia para retirada do útero e dos ovários. Ao fazer a descrição, durante suas falas, ela fazia gestos e sinais, indicando com o dedo, que

começavam no seu corpo, na sua barriga, e iam além do limite do mesmo, traçando um risco no ar, em representações próprias de sua subjetividade psicótica.

Eu senti um risco perto do umbigo, aqui assim, que saia fora da minha barriga.

(Margarida)

Importante detalhe da co-construção de sentido junto ao pesquisador é que este havia feito uma pergunta sobre as consultas e exames que havia feito para avaliar seu “risco cirúrgico”. É possível que esta fala tenha influenciado na construção de sentido da dor como um risco, um traçado, que vai além dos seus limites corporais.

Em outro momento Margarida descreve, verbal e gestualmente, sobre as últimas lembranças na sala de cirurgia. Não foi possível entender sobre o que exatamente ela estava falando, mas claramente vemos um sentido de sobra, de extrapolação do espaço corporal de sua barriga.

Depois me levaram pra sala de operação, aí me operaram. Deram isso aqui na minha barriga, assim bem sobrando. E pronto, só isso que eu me lembro.

(Margarida)

Além disto, através de prováveis produções delirantes, ela sente seu corpo sendo modificado. Quando foi confrontada pelo pesquisador que explicou, depois de seu consentimento, que a cirurgia retirara seu útero e ovários, ela esclarece que um milagre eliminou quaisquer resquícios após o procedimento cirúrgico. Os resquícios foram “eliminados” e ganham forma de um cordão.

Porque depois disso houve um milagre. Eles foram diminuindo o... Aquel... Esse, como vou dizer? Cordão! Cordão que tinha aqui, foi eliminando, eliminando, eliminando, até que hoje em dia eu não tenho mais nenhuma, nenhuma, nenhuma... Nenhum resquício dessa operação...

(Margarida)

No caso de Isaura, a vivência de seu corpo exalando cheiros, afetando a si mesma e aos demais, acontece nas manifestações dos sintomas de seu adoecimento mental. Ela explica como isso acontece quando entra nos ônibus e o chip acusa o fenômeno para o motorista e demais passageiros.

Várias vezes que eu entrei no ônibus e eles chegaram a perguntar: ‘Não pode botar ela pra fora?’ Porque dizem que exala um mau cheiro, uma coisa horrível.

(Isaura)

Eduardo, por sua vez, parece algo alienado quanto às mudanças em seu corpo provocadas pelo adoecimento clínico ou as intervenções decorrentes deste, muito embora sinta que algo aconteceu e modificou sua relação com o corpo.

Não, não sentia. Parece que tinha um caroço [na virilha], mas eu não lembro muito bem. Parece que era, eu não sei muito bem. Não, não [ficou marca].

(Eduardo)

As produções de sentido sobre a *doença e corporeidade* parecem ser bastante singulares, não permitindo generalizações, mas esclarecendo questões importantes para a concepção destes sujeitos sobre seu adoecimento e as consequências sentidas em seus corpos.

5.1.7 Sentidos sobre o Transtorno Mental enquanto Modo de Integração

Apesar dos indiscutíveis problemas e infortúnios gerados pelos sintomas do transtorno mental, também conseguimos identificar expressões de positividade para o seu próprio adoecimento e suas manifestações, onde o usuário, mesmo com os sinais e sintomas do transtorno mental, parece encontrar “[...] um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo” (MERHY, 2009, p. 39), no sentido de manter-se integrado e continuado de forma a encontrar a melhor maneira possível de expressar seu vir-a-ser na sociedade. Desta forma, e de acordo com suas possibilidades psíquicas, produzem sentidos benéficos sobre a sintomatologia dos seus transtornos.

Para Margarida, além das alucinações visuais provocadas pela psicose serem consideradas um dom, uma vidência, por ela ser espírita, estas visões, por vezes, a aliviavam, deixavam-na mais tranquila com relação à sua situação, dando-lhe apoio e cuidado.

Não, as visões não foram um problema pra mim, não. As visões era um alívio que eu sentia porque todo dia era assim, eu via eles lá, os pacientes. Um paciente todo especial pra mim, que foi quem me deu muito apoio e cuidou muito de mim, ele...

(Margarida)

Margarida também entende as alucinações visuais como expressões de seus sentimentos com relação à mãe, que a permitem visualizar a saudade que estava sentindo da sua avó/mãe.

Só vi através da minha vidência, né? Que eu sou espírita. Através da minha vidência ela dizendo pra mim: “Eu já vou, já vou.” E eu via um berço com véu lilás. Saudade da minha mãe, né? Só pode.

(Margarida)

Pra Eduardo as alucinações auditivas predizem uma situação futura, a de que, a partir daquele instante, não seria mais internado, tranquilizando-o. A voz escutada é tida como real, já que interfere em sua realidade, e é vista como sendo do bem, que acredita nele e o apóia.

Uma voz que falou pra mim que eu nunca mais ia ser internado. [...] É que essa voz que falou que eu nunca mais vou ser internado é uma voz do bem. É uma voz que... Apesar que eu escuto essa voz, mas essa voz é real e é do bem. A outra não, a outra é uma voz que quer ver meu mal. (Grifo nosso)

(Eduardo)

5.2 VIVÊNCIAS E PRODUÇÃO DE SENTIDO SOBRE O CUIDADO

5.2.1 Família e Cuidado

Nesta categoria de análise, começaremos pela questão do cuidado na dimensão familiar. Como visto, os sujeitos têm dificuldades e contradições no meio familiar, como qualquer indivíduo. Entretanto, a doença mental em si e outras situações de vulnerabilidade como baixa renda, conflitos mais intensos com familiares próximos, histórico de abandono e desassistência, dentre outros, estão muito presentes na história destes sujeitos. As transcrições sugerem que, mesmo vivendo essas situações vulneráveis, eles continuam dando especial importância para as relações de cuidado por aqueles familiares que, a despeito dos conflitos e dos problemas decorrentes dos transtornos mentais, ainda se disponibilizam para tal.

Para Rosa (2011) a relação da família com o louco aparece, na sociedade burguesa, como um problema social e uma questão teórica. Ela caracteriza essa moderna família burguesa como sendo heterogênea, de livre escolha do par amoroso, centrada “[...] na infância, no casal, na intimidade, no triângulo edipiano e na reprodução interna da divisão sexual do trabalho em que ao homem compete o espaço público, da rua, do trabalho e da política, e, à mulher, associa-se o mundo da esfera privada, dos cuidados da casa, da prole” (ROSA, 2011, p. 49).

A última parte da citação ajuda a compreender a predominância encontrada na produção de sentidos sobre a família e seus cuidados estarem mais centrados nas figuras femininas. Com isto, nos sentidos destacados nas entrevistas, predominam os familiares do gênero feminino protagonizando o cuidado: a mãe/avó e tia de Margarida; a mãe, irmã e filha de Eduardo; e a mãe de Isaura. Exceção apenas sobre cuidado do filho de Isaura na ocasião de uma cirurgia a que fora submetida. Vemos então, a corroboração destas descobertas através da produção de sentidos pelos próprios sujeitos com transtorno mental.

Rosa (2011) entende que o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e relações afetivas sobre o sujeito com o transtorno, pois é um fenômeno não integrado ao código de referência do grupo familiar, que resulta na perda de um lugar simbólico e afetivo deste sujeito na família e sociedade. Destacaremos, assim, alguns conflitos dos sujeitos na intenção de contextualizar as dificuldades que estes indivíduos tiveram e têm em sua dinâmica familiar. Podemos perceber que os sujeitos investigados, mesmo com as desavenças, ainda assim permanecem contando com o cuidado daqueles familiares que têm mais afinidade ou que, a despeito dos desentendimentos, continuam dando suporte por entenderem as dificuldades inerentes ao transtorno mental.

Os sentidos produzidos pelos sujeitos sobre a família e o cuidado vêm corroborar com os achados de Rosa (2011) nos seus estudos sobre os impactos subjetivos provocados no grupo familiar pelo transtorno mental frente às demandas postas pela dinâmica da provisão de cuidados que a situação exige.

Margarida, como fica claro na narrativa, foi alijada do convívio com a mãe, sendo criada pela avó. A relação filial com a sua avó é de notável afeto, influenciando também, como veremos adiante, o sentido dado por Margarida sobre a força das figuras femininas no cuidado. A despeito de todo o afeto investido na relação com a mãe/avó, Margarida vivencia algum afeto contraditório sobre o incentivo que aquela dispensara para sua viagem para o Rio de Janeiro. Margarida afirma que a mãe/avó a incentivou a vir para o Rio de Janeiro, mas depois diz que a mesma a “desincentivava”.

O incentivo [para se mudar pro Rio] era minha mãe, eu sempre fui louca por ela. A minha avó, né? [...] Ela não me incentivou não, ela desincentivava.

(Margarida)

Também damos destaque às dificuldades da relação de Margarida com a mãe biológica. Neste ponto, temos a interessante produção de sentido sobre possíveis dificuldades verbais que a mãe tinha em expressar seus sentimentos:

Minha mãe verdadeira morava distante de mim. Eu me lembro que foi umas duas ou três vezes só que eu conheci. Minha mãe não conhecia... Não sabia dizer 'saudade', só sabia dizer que tava com pena

(Margarida)

Também relata conflitos com o tio com quem morou no Rio de Janeiro. É preciso notar que, em situações habituais, Margarida é calma e plácida, de convivência agradável, enquanto que em momentos de crise chega a ficar agressiva, como ela mesma colocou em sua narrativa. Essa agressividade, própria da sua dinâmica psíquica marcada pelo transtorno mental, pode ter

contribuído muito para os conflitos com seus familiares já na fase adolescente e de jovem adulta.

Os conflitos familiares também foram um desafio para que Margarida recebesse os cuidados da irmã. Por vezes Margarida ficava na casa da irmã, mas com a eclosão das rixas e dissídios, a irmã novamente a internava em hospital psiquiátrico. Destacamos um trecho abaixo para ilustrar a problemática.

*E eu lá na casa da... Querendo ficar na casa da minha, da minha... No hospi...
Eu não queria, eu queria ficar na casa da minha irmã. Ai minha irmã me
botava no hospital, e fazia trabalhos de umbanda...*

(Margarida)

Eduardo tem esses conflitos familiares menos manifestos nas entrevistas, embora presentes. Ele é o segundo de três filhos, seu irmão mais velho tem seis anos a mais que ele, e a irmã caçula tem 12 anos a menos. Relatos no prontuário dão conta de que a irmã atua muito como cuidadora, configurando algo que foi descrito como “uma boa relação”. Também no prontuário há menções sobre o pai ser distanciado, informação evidenciada pelas poucas referências a ele nas entrevistas. Não há relatos diretos sobre a relação com o irmão, mas as entrevistas e narrativas parecem indicar que há sim apoio por parte deste último, sendo o mais evidente o auxílio que Eduardo teve deste para fazer um curso técnico nas forças armadas. Já as filhas, segundo relatos dos técnicos do CAPS, não cultivam uma boa relação com o pai, muito embora ele fale com muito afeto sobre elas e os netos.

Para Eduardo, especificamente, o modelo de família conjugal moderna pareceu ter seu peso na medida em que qualifica uma atuação e protagonismo masculinos na esfera produtiva, que falseia certo status masculino enquanto provedor financeiro no grupo familiar (ROSA, 2011). Assim, Eduardo mente sobre sua colocação laboral, colocando-se em um patamar mais alto naquilo que ele próprio entende de estrutura social, com o declarado objetivo de “ganhar mulheres”.

No trecho seguinte vemos um relato sobre a mãe chegando ao hospital psiquiátrico, após sua primeira internação, e tentando explicar para a responsável que o filho não tinha problemas.

*Ai, no outro dia de manhã, minha família foi lá. Se comunicaram com ela, ai
minha família foi lá na clínica Humaitá. Ai, chegando lá minha mãe: “Poxa,
mas Dona Regina, o meu filho não tem problema...”*

(Eduardo)

A filha de Eduardo também dispensa cuidados a ele, acompanhando-o ao dentista.

Na verdade, eu não dormi direito não. Não dormir direito não. Ai tinha de ir

em Madureira pro dentista, aí fui com minha filha em Madureira, pro dentista, aí de lá minha filha foi trabalhar e eu vim pra cá.

(Eduardo)

Sobre os conflitos de Isaura, já expomos a extrema vulnerabilidade pela qual ela passou com a tentativa e ruptura de laços com o próprio pai. Em uma única tentativa de aproximação posterior, já jovem adulta, ele relata que não sentiu nada, não sentiu amor ou carinho de pai. Com a fuga da mãe do Espírito Santo, levando Isaura e a outra filha mais nova, elas encontram abrigo e, aparentemente, já que não há relatos de queixas da relação com esta familiar, cuidado da avó em Duque de Caxias.

Isaura ainda relata conflitos que teve com outra irmã, que veio morar no Rio de Janeiro quando a própria Isaura tinha 18 anos. Relatos de rixas, brigas, desavenças e acusações que a fizeram sair de casa para trabalhar em casas de famílias, marcam fortemente a relação com esta irmã. Atualmente Isaura conta com ajuda e cuidados por parte de uma das irmãs (que ocasionalmente recebia orientações e mediava contatos com Isaura) e por parte do próprio filho, que cuida dela em momentos de crise. Reproduzimos abaixo o belo trecho sobre os cuidados dispensados pelo filho, de 16 anos, na ocasião em que ela se recuperava de uma cirurgia e foi perguntada sobre quem cuidou dela depois do procedimento.

Se eu contar você não vai acreditar. Foi o meu filho. [...] Meu filho. Eu tomava banho e, como eu não podia virar pra ver os cortes... Ele fez cortes no umbigo, essas coisas, então não dava pra fazer sozinha. Aí eu tomava banho, tirava o curativo e ele vinha, passava o álcool, aquele álcool 70 usado. Aí passava o álcool e botava o curativo no lugar. [...] Ele só tinha 15 anos.

(Isaura)

5.2.2 Os Sujeitos enquanto Cuidadores

Vemos também, nas entrevistas, momentos em que os sujeitos assumem a posição de cuidadores dos parentes, amigos ou vizinhos, desmitificando a questão de que sujeitos com transtorno mental, enquanto desordem da razão, estariam impossibilitados de perceber e atuar objetivamente na realidade (AMARANTE, 2007), não podendo assumir funções de cuidado. Interessante que esta produção de sentido nos alerta para um hiato nas produções acadêmicas sobre sujeitos com transtorno mental atuando como cuidadores da família ou de outros sujeitos.

Margarida parece ter mais afinidade com esse papel, dando indícios de uma alta identificação enquanto figura cuidadora, tendo esta característica como marca notável do seu projeto de vida e felicidade (AYRES, 2001, 2004a, 2004b). Nutre profundo afeto sobre a

ocupação de professora de ensino infantil e também sobre a posição de cuidar, mostrando-se disponível para isto durante vários momentos de sua vida.

Nota-se, nos trechos abaixo, que Margarida reconhece a própria capacidade de cuidar, mesmo de pessoas consideradas difíceis, como as “crianças levadas”, ou em momentos pouco favoráveis para isto, como quando cuidava de uma vizinha que havia feito um aborto, mesmo sendo criticada em casa por estar cuidando desta vizinha, cujo comportamento a família de Margarida não apoiava.

Trabalhei com crianças na fundação do bem-estar do menor. Crianças difíceis de se lidar. Da fundação de bem-estar do menor [...], eram crianças muito levadas, mas não eram infratoras não.

'Dodô, a moça tava doente, tava com problemas.' Depois que eu soube que... Depois, finalmente, eu soube que ela fez um aborto e não era enfermidade. Aí era mais um motivo pra mim ajudar, né?

(Margarida)

Neste segundo trecho, ela relata nas entrevistas que o tio era contra ela ficar cuidando da vizinha que estava prostrada. Mesmo com o tio brigando com Margarida por ela estar se disponibilizando a este cuidado, ela explicava que a vizinha estava com problemas e precisava desta atenção. Ela insiste nesse cuidado a despeito das críticas de seu tio, quase como um dever moral, e mesmo quando descobre que não se tratava de uma enfermidade, mas um aborto, ela não se demoveu do seu papel de cuidadora.

Já Eduardo, com os comprometimentos descritos no prontuário, tais como “dificuldades para expressar emoções e afetos”, que causam uma postura geral de isolamento, se mostrou menos seguro para atuar em funções de cuidado. No episódio narrado por ele, sobre o AVC sofrido por sua mulher durante o ato sexual, viu-se numa situação em que precisava prestar cuidados e pediu ajuda.

Aí, de repente, quando eu olho, os olhos dela virando, revirando. Aí eu: 'Caramba, o que é que é isso? Fulana, fulana, fulana!' E os olhos dela revirando, eu falei vou chamar minha irmã, que mora do lado da minha casa. Eu bati na parede, chamei minha irmã...

(Eduardo)

Onocko-Campos e Campos (2009) consideram que a dimensão produtora de autonomia da clínica é capaz de recolocar o sujeito no “[...] trilho de responsabilização pela própria vida”. Eduardo, num momento de autocuidado, responsabilizando-se pelos exames que teria que realizar, lembra que o médico havia solicitado exames de sangue pra ele e fala:

Falar nisso, o médico falou que ia pedir exame de sangue pra mim. Agora eu não sei se tá na minha pasta ali, só se eu desse uma olhada depois. Por favor

[solicitando ao pesquisador], que eu to meio esquecido das coisas.

(Eduardo)

É preciso destacar dois pontos na construção intersubjetiva da entrevista e produção da narrativa destacada acima. A primeira é que, talvez por se tratar de procedimentos no tempo presente, Eduardo lembra-se dos exames solicitados, destoando dos relatos acerca de suas memórias de adoecimento clínico e da realização de exames.

A segunda está situada na implicação e imaginário do pesquisador. Este, sem conseguir se deslocar do seu papel de profissional de saúde, ao receber o relato de que Eduardo iria “dar uma olhada depois”, respondeu automaticamente, sem pensar num modo de envolvê-lo nesse processo. A implicação do pesquisador, neste caso, sugere que este estivesse ainda impregnado do imaginário do louco como incapaz ou pouco capaz. Postura esta que Eduardo não pôde recusar.

5.2.3 Margarida e suas Figuras Cuidadoras

Margarida merece destaque em suas produções de sentido sobre o cuidado porque em suas narrativas há alternância entre as caracterizações das figuras do cuidado, seja nos serviços de saúde, seja em suas próprias idealizações, ou ainda no seio familiar. Desta forma, vimos aparecer em seus discursos relações entre o cuidado e figuras femininas, uma caracterização dos profissionais da enfermagem enquanto principais cuidadores. Temos ainda, dentre outros sentidos, um cuidado idealizado, místico, sobre figuras masculinas produzidas por processos alucinatórios. Vejamos abaixo os sentidos dados às figuras do cuidado por Margarida.

Inicialmente destacamos o sentido bem singular sobre a produção de cuidado e as figuras femininas. Sua história de vida é bastante marcada por mulheres que a acolhiam e protegiam, e também por certo distanciamento das figuras masculinas. Nos dois trechos seguintes percebemos a afinidade de Margarida com as figuras femininas. No primeiro ela narra sobre “suas duas mães”, não desconsiderando sua mãe biológica, que a deixou aos cuidados da avó, e expressando diretamente o quanto se sentia ligada à avó/mãe. Já no segundo trecho vemos a lembrança e admiração pela beleza de uma professora de trabalhos manuais do primário. Importante colocar que esta professora e uma das freiras foram as únicas lembranças de Margarida sobre suas vivências na escola primária.

Eu tive duas mães, a mãe verdadeira e a mãe que me criou. Eu era ligada na minha mãe que me criou. Chamava o avô de pai, e a minha avó de mãe [...] Tinha a professora de trabalhos manuais, a Dona Salete. Uma moça muito

bonita. Dona Salete. Do primário, eu me lembro dela.

(Margarida)

Evidenciamos então, na narrativa sobre cuidados que recebera durante consultas, exames e acompanhamentos, um predomínio total das figuras femininas. Dentre as diversas falas de Margarida sobre isto, destacamos duas abaixo.

Até que um dia encontrei uma enfermeira muito boa, que chamou a minha irmã, disse pra minha irmã que eu não tinha nada, que eu precisava de ficar com a família, explicou lá tudo direitinho.

(Margarida)

Na produção de sentido sobre as figuras femininas do cuidado, ocupa especial atenção a enfermagem, em detrimento das outras profissões. Margarida cita muito a enfermagem, enfermeiras e enfermeiros, colocando-as num papel central dessa produção de cuidados pelas quais ela vem passando durante sua vida.

A enfermagem, ainda que apresente linhas de poder fortemente hierarquizadas na verticalização de comando que vai da enfermeira à auxiliar de enfermagem, também apresenta resistência e linhas de fugas dos subalternos pelo poder instituído (CECÍLIO, 1999). Da mesma forma, Prado (2015) chama atenção para os constrangimentos institucionais que limitam o trabalho da enfermagem frente à categoria médica ou os processos organizacionais derivados dessa assimetria de poder.

Fonseca (2014) corrobora com Cecílio e vê as linhas de fuga, ou possibilidades de promoção de autonomia, justamente naquilo que a produção de trabalho da enfermagem tem de mais imaterial: o encontro com o paciente e sua subjetividade. Silva Jr. *et al* (2005b) entendem que a categoria cuidado é reconhecida como essencial para a compreensão do perfil profissional e os processos de ensino e aprendizagem envolvidos.

Prado (2015) complementa afirmando que cabe à enfermagem o preenchimento de possíveis (e prováveis) lacunas na relação entre o médico e o paciente, construindo uma relação mais interativa e dialógica. Além disto, é “[...] o enfermeiro o profissional que tem maior contato com os enfermos, a despeito do funcionamento de turnos de trabalho, muitas vezes incompreensíveis para o paciente” (PRADO, 2015, p. 115), mostrando relativo poder, pela forte presença, com relação à categoria médica.

Nas entrevistas, são fartos os trechos com menções a esta característica mais dialógica e presente da enfermagem.

[Quando eu tenho um problema de saúde] eu não procuro ninguém, eu procuro rezar, enfermeiros, né? E consigo muitas coisas.

Elas, [as enfermeiras], me tratavam muito bem e eu aceitava esse tratamento. [...] Os outros profissionais eu não via, né? De lá eu não me lembro. Foram, tiveram e eu tive aí também, uma ótima enfermeira, mas eu não lembro o nome dela.

(Margarida)

Em um momento, ao narrar um episódio negativo sobre o tratamento que uma enfermeira dispensou, ela se corrige rapidamente:

Por isso eu sofri na mão dessa enfermei... Dessa freira, era uma freira de caridade que tomava conta da gente.

(Margarida)

Merhy (2013b) também faz considerações de passagem sobre a assistência da enfermagem. Para ele, esta categoria

[...] tem mostrado toda sua vocação em torno do cuidado do doente e não da doença, e que devido exatamente a isto tem implicações muito positivas na sua relação com o trabalho médico, principalmente se também comandada pelo campo das tecnologias leves que lhe fazem referência, e se não se reduzir às lógicas médico centradas (MERHY, 2013b, p. 78)

Entretanto, mesmo com a maior proximidade com os pacientes, as práticas da enfermagem não significam necessariamente um contato com o outro, com o sujeito. Prado (2015) verifica que é comum que na realidade dos serviços as relações entre enfermagem e usuários seja centralizada na realização de procedimentos padronizados, comuns ao instituído pelas organizações de saúde ou pela própria categoria. A autora nos remete também a certa característica controladora por parte da enfermagem justamente por estar presente por mais tempo e geralmente organizando os serviços. Isto promove a “[...] formação mecanismos inconscientes de defesa para evitar a manifestação de ansiedades primitivas” (LYTH, apud Prado, 2015, p. 116) com relação ao sofrimento e angústias desencadeadas pelo trabalho em saúde.

Justamente por isto, e apesar do predomínio das figuras femininas na enfermagem e na produção de cuidado, Margarida não deixa de perceber as situações em que é mal tratada por mulheres ou por enfermeiras. Quando se considera humilhada, aviltada ou insatisfeita de alguma forma, Margarida não deixa de dar sentido negativo ao fato vivenciado. Vemos isto nas figuras da cuidadora que a subjugou; a “enfermeira sádica e controladora”, que a desafiava a ir embora enquanto estava dopada de medicação; ou mesmo a irmã, com quem tem relações conflituosas.

Eu só não gosto da Eliane. Eliane eu não gosto muito não. Eliane fez muito mal pra mim. Ela me subjugou.

A enfermeira me deu um monte de remédios assim, bem uns oito comprimidos, mais ou menos, pra mim tomar de uma vez. [...] Aí ela [a enfermeira] foi e disse: 'Vai, vai, vai.' Assim mesmo. Ai, eu não peguei e fiquei ali, acho, eu acho. Acho que fiquei ali. Não me lembro mais como que fiquei. Eu fiquei quieta. Fiquei sen... Aí eu senta...

(Margarida)

Quando relata sobre figuras masculinas, como o seu avô/pai, não demonstra muita ligação ou afeto. Por vezes, na figura do tio ou do médico, as figuras são percebidas e sentidas negativamente, aparecendo em seus relatos como sendo más ou causadoras de algum mal à Margarida.

Minha tia foi quem limpou lá pra mim. Aí minha tia era boa ainda, pra mim. Ela era boa pra mim. Ele era ruim, mas minha tia era boa, compensava. Mas aí ele brigou tanto comigo que eu fui morar na casa do...”
“[...] aí minha tia é zangada, meu tio zangava, brigava comigo, eu fui, foi meu cunhado, meu cunhado brigava comigo, zangava, mas eu sempre lá na minha casinha.

(Margarida)

Interessante perceber nestes dois trechos as dualidades dadas às figuras femininas e masculinas, sentidas enquanto boas e más, respectivamente. No último trecho vemos uma curiosa construção em que Margarida considera uma característica singular da tia como sendo uma pessoa zangada. No entanto, não é a tia quem se zanga factualmente com ela, mas o tio.

A exceção aos sentidos negativos dados às figuras masculinas encontra-se no trecho abaixo. Mesmo estando se referindo ao tio que tanto implicava e a expulsava de casa, ela faz curta, mas elogiosa, alusão a ele, sobre seus feitos na profissão de electricista.

Porque o meu tio ganhou a indenização dele. Ele é um grande electricista, acho que morreu agora. Ele é um grande electricista.

(Margarida)

Ainda sobre as figuras masculinas, percebemos que ela elabora, em produções delirantes, algumas idealizações, entendendo essas figuras no papel de guias, detentores do saber, professores e também protetores. Nesta analogia ela sente as figuras como pacificadoras, produtoras de sentimentos mais calmos e positivos. Com relação este sentido, temos:

Era meu dirigente espiritual, senhor César Reis, professor, agora hoje em dia ele é almirante. Almirante César Reis. Foi ele que eu fui atrás pra ver se eu conseguia, mas não consegui.
Só ficava no meu canto. Aí no dia que eu saí, eu vi o André Luis. Você já ouviu falar do André Luis? [...] André Luis é um grande médium. É um grande enfermeiro do plano espiritual, do outro lado da vida. E ele chegou pra mim e disse: 'Ta tudo bem'. Aí eu fui tranquila, fui pra casa.

Quando acabou tudo da operação que eles me levaram pra casa, eu vi o André Luis, que disse 'Eu to aqui'.

(Margarida)

Margarida apresenta sérios conflitos com a irmã, constatados tanto através das entrevistas quanto por anotações no prontuário. Em alguns trechos esses conflitos que tendem a ser minimizados e centrados na figura do cunhado.

Foi a minha irmã. Que fez um jogo lá dela, meu cunhado era umbandista. Fizeram lá um jogo deles e me botaram internada no hospital. [...] E me botava pra fora de casa, e disse mesmo pra mim. Um dia, eu tava melhor e falei, convidei ele [o cunhado] pra ir pro kardecismo, que eu sou. Ai ele foi e disse: 'Não, eu não vou não'. Não, não, não queria. Ele disse assim: 'Você pensa que eu sou bobo? Eu boto você num hospital bem longe'. E botou mesmo, fez trabalho na macumba dele lá. [...] Ela ficava junto dele, quando ele ia fazer os trabalhos. (Grifos nossos)

Até que um dia encontrei uma enfermeira muito boa, que chamou a minha irmã, disse pra minha irmã que eu não tinha nada, que eu precisava de ficar com a família, explicou lá tudo direitinho. Mal cheguei lá, ela deu contra, deu contra.

(Margarida)

Neste último trecho é conveniente comentar o seguinte aspecto. No momento da entrevista ou mesmo na transcrição ou produção da narrativa, o trecho “*Mal cheguei lá, ela deu contra, deu contra*” parecia incompreensível para nós. Talvez uma pequena demonstração da confusão mental de Margarida. No entanto, ao elaborar a análise, nas idas e vindas das leituras, pareceu-nos que o “dar contra” é uma referência à irmã que, mesmo com as recomendações da enfermeira, teve posturas contrárias às orientações.

O conhecimento das produções de sentidos sobre a relação do sujeito com suas figuras do cuidado pode contribuir bastante no referenciamento técnico, indicações de posturas profissionais de acordo com categoria e gênero e de processos terapêuticos indicados, enfim, características ou configurações específicas a serem consideradas no PTS. Seria mais difícil esperar, por exemplo, quando em crise, que Margarida rompa vínculo com uma profissional de referência do sexo feminino.

5.2.4 Cuidado, Religiosidade e Misticismo

Há ainda considerações sobre o cuidado como uma questão mágica ou religiosa. Claro que num país com a conformação cultural e histórica como o Brasil a religião e o misticismo ocupam considerável lugar nas representações sociais enquanto tentativa de explicar e

compreender fenômenos. Nos trechos abaixo, vemos tanto Margarida quanto Eduardo recorrendo a Deus, anjos ou espíritos para o seu cuidado.

[Quando] eu [tenho um problema de saúde] não procuro ninguém, eu procuro rezar, enfermeiros, né? E consigo muitas coisas rezando. Se eu não conseguir coma reza, eu rezo de novo.

Eu vi a Joanna De Angelis. Perto de mim, foi por isso que eu tive forças, por isso que eu não morri. Assim, quando o ônibus dava volta aí o som aumentava. Aí eu escutava nitidamente as crianças cantando e ela junto.

[...] Eu to falando dos espíritos que me assistiram. Acertaram e era pra ter ficado a cicatriz. Não ficou cicatriz nenhuma. [...] Porque depois disso, [a cirurgia], houve um milagre.

Eu acho que não. Deve ter sido Nossa Senhora. Eu acho que ele não pode fazer isso, não. Eu pedia tanto a Nossa Senhora, pedia a Jesus, pedia a Deus, pedia a todos os santos na hora que eu fui pra mesa de operação. Aí eu pedia, pedia, pedia.

(Margarida)

A Deus.

(Eduardo, perguntado sobre a quem ele recorria quando está num momento mais difícil da doença)

Lévi-Strauss (*apud* MINAYO, 2009), em seus estudos estruturalistas sobre o pensamento selvagem, conclui que existe um modo comum de operação da mente humana que aproxima bastante o pensamento mítico com o pensamento científico, já que ambos provêm da relação dos seres humanos entre si e com a natureza. Haveria assim uma interação dinâmica entre o físico, o psicológico e o moral na produção de fenômenos. Para Minayo (2009), é possível assim criar explicações peculiares sobre os fenômenos do adoecimento e das relações entre os indivíduos e a sociedade, bem como com as instituições de saúde.

Figueiredo (2009), fazendo ponderações sobre algumas dimensões consideradas universais para recepção e inserção do ser no mundo, entende que os rituais são expressões ou formas de cuidado, numa perspectiva mais ampla, que possibilitam integrações e reintegrações do indivíduo nos planos religiosos e místicos, bem como nas redes simbólicas de relações e sentidos. Ele argumenta que há procedimentos ritualizados de “salvação”, de reposicionamento no mundo, citando exemplos do Bar Mitzvah entre os judeus e a primeira comunhão entre os católicos. Ele complementa afirmando que em todos esses procedimentos se dá uma passagem, uma separação: separa-se o sujeito das trevas, da natureza, da ignorância, do pecado, e também da loucura.

5.2.5 Cuidado e Tecnologias

Outra questão a ser observada no material empírico é o aparecimento de discursos sobre a produção de cuidados centrada sobre um tecnologicismo, uma assistência fragmentada, parcelada e compartimentalizada, procedimento centrada nas tecnologias duras (MERHY, 2014). Ou seja, a produção de cuidados é associada, sobretudo, a procedimentos, exames, medicações.

Para Silva Jr. *et al* (2005a) uma racionalidade biomédica instrumental leva à lógica de uma “objetividade” intermediada por instrumentos e tecnologias que se autonomizam em atos fragmentados e distanciam-se das interrelações humanas. A ênfase em tecnologias diminui a capacidade de percepção das necessidades dos usuários, substituindo estas pela intermediação de exames e procedimentos visando um êxito técnico (SILVA JR *et al*, 2005a).

Relevante perceber que, nesta associação do cuidado com apoio predominantemente em tecnologias duras ou leve-duras, distanciada das interrelações, os sujeitos parecem sempre construir um sentido negativo, como algo que os prejudica, experimentado mais como um “afundamento”, nas palavras de Margarida, que um benefício.

Lá no hospital eu pensei que iam fazer radiografia da minha cabeça, mas não. Só me deram remédios, remédios e conversa. Isso não me ajudava em nada, me afundava.

(Margarida)

No trecho seguinte Margarida fala sobre suas expectativas acerca de uma das inúmeras internações pelas quais passou, imaginando que nelas seriam realizados exames de alta tecnologia, mas só havia remédios, que embora também sejam o resultado da aplicação de tecnologias complexas, parecem não terem sido valorizados por Margarida com a mesma importância que exames e outros procedimentos.

Aí esperei, esperei, aí eu imaginei vai bater radiografia na minha cabeça, alguma coisa assim, né? Mas nada, não tinha nada, só tinha remédio mesmo. A enfermeira me deu um monte de remédios assim, bem uns oito comprimidos, mais ou menos, pra mim tomar de uma vez.

(Margarida)

Muitas vezes, para além dos malefícios ou transtornos experimentados, o cuidado enquanto focado majoritariamente nas medicações é sentido como punição, como tortura. Vejamos na continuidade do relato anterior.

Aí eu tomei. Sabia que se desobedecesse ia ser pior, né? Aí eu tomei. Tomei os remédios, fiquei com a língua trôpega, quase não conseguia falar. Aí quando eu fui pra ela pedir pra... Pra... Pra ir em busca de alguém pra me socorrer, né? Aí ela foi e disse: “Vai, vai, vai.” Assim mesmo. Ai, eu não peguei e fiquei ali, acho, eu acho. Acho que fiquei ali. Não me lembro mais como que fiquei.

(Margarida)

Importante perceber que nesse momento da entrevista Margarida, mesmo sendo “cuidada”, ou assistida, por uma figura feminina, enfermeira, sente isto como ruim, como uma ordem, algo que está obrigada a fazer, ou ainda uma penalidade, que não poderia escapar sob o risco de ter uma pena ainda pior. Ainda narra certo sadismo por parte da enfermeira, como evidenciado na sua construção de sentido tratado em tópico anterior sobre a produção do cuidado quando se sente maltratada.

No próximo trecho do discurso de Margarida, percebemos certa incompreensão sobre o procedimento cirúrgico, através de uma afirmação de que aquilo não seria necessário e mesmo assim foi feito. Uma vez realizada a cirurgia, e com o entendimento de que aquela intervenção fora desnecessária, a consequência foi uma inflamação. Vemos que, de certa forma, ela estava na condição de sujeito objetificado em seu próprio cuidado, ao considerar desnecessária a intervenção, e mesmo assim fazê-la. Depois, ao ter que lidar com a “dureza” da enfermeira, volta a ser sujeito do processo e fazer uma produção crítica sobre esse cuidado.

Na barriga eu não precisava operar. Operou, aí inflamou. Depois, logo cicatrizou e eu voltei bem pra cá. Aí cheguei aqui, mal cheguei aqui foi essa dureza da mesma enfermeira que me assistiu lá.

(Margarida)

Para Eduardo, na ocasião do falecimento da esposa, há uma dificuldade de compreensão sobre os procedimentos técnicos realizados por profissionais da saúde: injeção, remédios e uma visita que serviu para constatar a morte. Mesmo que o sentido dado à morte não esteja diretamente ligado às visitas e procedimentos, há, no mínimo, um não-entendimento do porquê de tantas visitas sem nenhum esclarecimento sobre o que estava acontecendo.

Aí daqui a pouco entra a primeira pessoa dentro do quarto, aí parece que aplicou uma injeção, qualquer coisa nela. Aí saiu, depois chega outro e dá remédio daqui pra ela. Aí depois chega outro e dá outro remédio. Quando o dia amanheceu, aí o último que entrou lá falou: ‘Olha, ela morreu!’ Aí eu: ‘Doutor, não tô acreditando nisso, doutor’.

(Eduardo)

5.2.6 Cuidado e Dialogicidade

O cuidado também adquire delimitações tidas como mais capazes de promover transformações, mais apropriadas e eficazes, que os fazem sentirem-se melhores, notadamente quando há interação dialógica, intersubjetiva, menos prescritiva e mais negociada (CAMPOS,

2013), e ainda promotora de reconstruções subjetivas, que faz escapar, ou amenizar, os incômodos com processos diagnósticos e assistenciais clássicos. Silva Jr. *et al* (2005a) entende que o modo-de-ser na relação de cuidado permite repensar a subjetividade de todos os sujeitos da relação, ressignificando a suposta objetividade, numa relação não permeada pelo domínio, mas pela convivência. Existe interação entre sujeitos e não intervenções sobre um objeto.

Vemos então que, nas produções de sentido destes sujeitos, quando a assistência tem características: de uma relação de cuidado, com possibilidades de produzir subjetividades criadoras, transformadoras, sujeitos de sua própria saúde, incluindo seus desejos e interesses pela vida (AYRES, 2000; 2001; 2004a; 2004b); de uma clínica de um sujeito concreto, superando a alienação, fragmentação e tecnicismo biologicista, reconhecendo um papel ativo do sujeito e co-produzindo-os em constante devir (CAMPOS, 2000; 2007); ou mesmo de um trabalho clínico centrado nos sujeitos, com ênfase nas tecnologias leves (MERHY, 2013a; 2014), os sujeitos tendem a construir um sentido positivo para este momento, sentindo-se reconhecidos em seus desejos, saberes e interesses.

Nos trechos seguintes temos Isaura percebendo a relação com os profissionais que fizeram a sua cirurgia como boa porque estava envolvida também por dedicação e carinho. Já Eduardo entende que a conversa com o entrevistador, possibilitando narrar sua vida, conferindo-lhe reconhecimento social (AZEVEDO, 2013), já o faz sentir melhor.

Muito boa, muito bem atendida. [inaudível] toda dedicação deles, o carinho, isso também ajudou.

(Isaura)

Conforme agora. Eu vim de casa passando mal, pra cá. Cheguei aqui passando mal, to aqui conversando contigo e já to me sentindo melhor.

(Eduardo)

5.3 RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DO CUIDADO

Entendemos a importância da produção de sentido pelos sujeitos da pesquisa sobre a relação que estes desenvolvem com os profissionais de saúde a partir da compreensão de que o conjunto de trabalhadores

[...] apresentam potenciais de intervenção nos processos de produção de saúde e doença marcados pela relação entre seus grupos de competências específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém (Merhy, 2013b, p. 81)

Para o autor, uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, nos permite realizar novas compreensões sobre o tema das tecnologias

em saúde enquanto eixo norteador do trabalho vivo em ato, permanentemente em processo e em relações (MERHY, 2013b).

Merhy (2013b) complementa que todo profissional de saúde é sempre um operador do cuidado, devendo atuar no “[...] terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos [...] sempre sendo um operador do cuidado” (idem, p. 87). Figueiredo (2009) corrobora e amplia a ideia de que todo profissional de saúde é operador de cuidados, para ele a atividade de cuidar faz parte das obrigações e tarefas específicas não só dos profissionais de saúde, como também de todos os seres humanos vivendo em sociedade.

Merhy (2013b) explica esquematicamente que na produção de um ato em saúde existem vários núcleos. Como núcleo mais central ele considera aquele que é definido pela intersecção entre o problema específico trazido pelo indivíduo e pelo recorte profissional deste problema. Como núcleo intermediário, temos o saber profissional específico e como núcleo mais abrangente temos o núcleo das atividades cuidadoras. Para o autor este núcleo das atividades cuidadoras deve ser pautado predominantemente pelas tecnologias leves.

Merhy (2013b) considera ainda que a relação entre o usuário e os profissionais está pautada por diversos e diferentes interesses e desejos. Enquanto estes últimos têm necessidades de aprimoramento técnico, reconhecimento social ou entre os pares, o usuário, vindo com a representação de um determinado problema ou necessidade de saúde, “[...] procura obter nesse encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a ‘sinceridade’, a responsabilização’ e a ‘confiança na intervenção como possível solução’” (MERHY, 2013b, p. 25).

Embora reconheçam que o trabalho em saúde é essencialmente relacional, Silva Jr. *et al* (2005b) entendem que o cuidado acaba frequentemente limitado à centralização da figura do médico (além da já aludida utilização de procedimentos e exames), resultando numa hierarquização e dependência do trabalho dos demais profissionais. Isto se reflete também na relação dos sujeitos com os profissionais médicos.

Para o usuário, a necessidade em saúde é sentida e representada como um problema que ele sinceramente vive como um sofrimento ou risco de sofrimento. Este problema se traduz como uma questão de saúde e deve ser enfrentado com a ajuda de alguém, geralmente profissionais da saúde (MERHY, 2013a). De um modo geral podemos perceber a construção de três sentidos para a relação com os profissionais do cuidado, conformados segundo os subtópicos a seguir.

5.3.1 Tecnociência Atravessando os Sujeitos e as Relações

O primeiro sentido deriva de uma vivência do cuidado atravessado pelas tecnologias duras, – exames, medicamentos, procedimentos – um tanto impessoal e aproximando-se do paradigma clínico criticado por Campos (2007), ou seja, uma perspectiva ideológica do modelo clínico oficial, orientada por uma suposta neutralidade científica e repleta de aspectos obscuros ligados à desconhecimentos sobre o processo saúde-doença, desconsiderando os determinantes sociais, políticos ou econômicos. Campos (2007) pondera que esta clínica oficial desconsidera a integralidade dos sujeitos e tem como consequência uma prática pautada por conhecimento e intervenções predominantemente (quando não exclusivas) técnicas.

Vimos que na produção de atos em saúde existem núcleos de saberes e técnicas específicos por profissionais e problemas (MERHY, 2013b) que evidenciam a presença universal da técnica, da ciência (AYRES, 2000), e da racionalidade clínica (CAMPOS, 2007) no ato assistencial. Apesar disso, percebemos uma tendência dos sujeitos a produzirem um sentido mais negativo para as relações com profissionais que privilegiam este núcleo tecnoassistencial, em detrimento daquilo que Merhy (2013b) chama de núcleo das atividades cuidadoras em saúde. Já Campos (2007) fala sobre uma tendência ao apagamento das dimensões existenciais ou sociais do enfermo.

Abaixo vemos relato de Margarida sobre a intervenção cirúrgica que sofrera. Além de entender que a intervenção acabara com seu sonho, ela também mostra desconhecimento sobre seus efeitos. Em nenhum trecho ela fala dos momentos de consulta, contato ou relação com o profissional que fez a cirurgia.

Por que a cirurgia acabou com o meu sonho? Por causa dessa cirurgia. Por causa da cirurgia mesmo. [...] Não fez nada, não, mas me deixou muito angustiada.

(Margarida)

Notável que os sentidos dados a esta produção de cuidado mais voltada para os sujeitos e suas singularidades não deixa de considerar a importância dos avanços tecnológicos ou tecnologias duras, nem da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências ou tecnologias leve-duras (CAMPOS, 2013; MERHY, 2014).

No relato seguinte, Isaura descreve um momento de consulta com a médica, que é considerada uma profissional muito boa. No entanto, percebemos o quanto este momento é bem permeado pelas tecnologias duras, exames, remédios, ao mesmo tempo em que os intervalos de diálogos são bem reduzidos, assim como as orientações são imperativas, como vemos nos

trechos grifados abaixo.

Quando eu cheguei lá ela pediu um exame urgente. Só de conversar comigo ela me pediu um exame. Eu perguntava o que é que eu tenho que tomar, pra dor. E eu tava passando três dias já, lá pelo sufoco dessa dor. E eu tomando os remédios e num tava mais nem adiantando, num fazia nem efeito. Aí ela mandou fazer o exame, eu fiz. Ela mandou eu fazer dois exames, o outro eu não consegui fazer ainda.

(Isaura)

Eduardo, quando perguntado sobre os acompanhamentos profissionais que estava tendo, responde com outra pergunta, evidenciando sua concepção de cuidado focada na tecnologia medicamentosa:

Dos remédios que eu fiquei?

(Eduardo)

Sobre esta relação mais voltada para os procedimentos, técnicas e tecnologias duras, Merhy (2013b) entende que quando os processos de trabalho, ou a clínica, ou ainda a produção de cuidados, estão mais organizados para interesses voltados para este tipo de tecnologias, estes mesmos processos privilegiam e estão mais comprometidos com o uso das tecnologias duras, preterindo as tecnologias leves e relacionais. Já Minayo (2009) considera que o tecnicismo da clínica tende a eliminar o sujeito histórico através do refinamento dos números, dados e modelos.

Para Campos (2007) a clínica degradada se configura como uma deformação da clínica oficial, atravessada por interesses “externos” ao contexto da clínica, tais como a economia ou posicionamentos políticos. Outra característica da clínica degradada é um desequilíbrio muito pronunciado de poder, mais ainda que a já esperada assimetria que rege esse encontro. O autor resume: “Toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo instrumental ou estratégica, há degradação de sua potencialidade teórica e perde-se oportunidade de resolver problemas de saúde” (CAMPOS, 2007, p. 60), ou quando uma empresa médica dificulta ou restringe a prática e o livre-arbítrio do médico, independentemente da gravidade do caso, temos aí um caso de clínica degradada (*idem*).

O relato abaixo, embora não represente um atravessamento estritamente na relação clínica, explicita uma condicionalidade dada à cirurgia de vesícula de Isaura. Como seu plano de saúde não cobria a assistência do anestesiológico, ela teve de esperar até ter dinheiro para realizar a cirurgia.

Eu demorei mais porque eles pediram anestesia, então eu tive que pagar a anestesia. Aí, pra pagar a anestesia, eu tive que entrar de férias, guardar o

dinheiro. Ai eu guardei o dinheiro, mas não deu pra fazer porque o médico não conseguiu fazer no hospital marcado. Ai ele demorou mais um ano. Ai o... Demorou quase um ano, eu tive que pegar o dinheiro do PIS.

(Isaura)

Temos também um relato sarcástico, mas bastante lúcido, de Isaura sobre a relação com o profissional de sua perícia no INSS, que evidencia um momento clínico atravessado por racionalidades técnicas, instrumentais, econômicas e burocráticas. Para ela a perícia, que deveria constatar se o sujeito está apto ou não para exercer seu trabalho, acaba se resumindo a procedimentos técnicos como aferir a pressão, por exemplo.

Apesar que perícia [riso sarcástico]... Eu não sei explicar como é que é uma perícia, porque eles sentam e perguntam: 'Como é que você está? Você está bem?' A gente diz: 'Tô, to bem.' 'Tá sentindo alguma dor?' 'Não.' 'Então ta bom.' Verifica a pressão é perícia.

(Isaura)

Num contexto onde predominam as práticas da clínica hegemônica descritas por Campos (2007), que se desresponsabiliza pela integridade dos sujeitos, ou de foco no núcleo profissional específico, menos voltados para a produção de atos de cuidar (MERHY, 2013b; 2014), era de se esperar que os relatos sobre os momentos de encontros profissional-usuário fossem mais escassos, justamente por terem menores possibilidades de produzir mudanças transformadoras e marcar afetivamente os sujeitos. Realmente foram poucos ou trechos em que há alguma descrição ou considerações sobre esse momento em si.

Nos relatos de Eduardo sobre as vivências de suas relações com os profissionais por ocasião do entre-dois das consultas e exames, simplesmente não há registros em sua memória. Quando instado a falar sobre isso, ele responde diversas vezes que não lembra ou que não sabe responder, evidenciando um hiato sobre a dialogicidade da relação com os profissionais médicos. No trecho abaixo, Eduardo foi perguntado sobre como foram as consultas que permitiram descobrir sua hérnia. A devolutiva, no entanto, já passa direto para a descrição do procedimento cirúrgico.

Aquela enfermeira... Parece que foi quem fez a minha operação da hérnia, ela me medicava. Parece que foi, eu não me lembro bem não.

(Eduardo)

Noutra ocasião da entrevista, ao se insistir especificamente na pergunta sobre como era o momento em que ele estava sentado lá no consultório com o médico, ele responde:

Eu não sei dizer, não.

5.3.2 Limites acerca da Qualidade do Cuidado Dialógico

Se as relações com profissionais pautadas prevalentemente pela tecnociência da clínica tradicional (AYRES, 2000; 2001; 2004a; 2004b; CAMPOS, 2007) revelam alguma perda de oportunidade para os indivíduos que buscam na assistência uma promoção do bem-estar para além da correção de distúrbios (AYRES, 2000), é esperado que uma relação construída numa prática clínica que inclui o próprio sujeito no ato de cuidar, numa relação intersubjetiva e dialógica, seja produzido um sentido mais satisfatório por estes indivíduos no que tange à relação com esses profissionais e vislumbre de possibilidades de participação ativa nesses processos.

Entretanto as produções de sentido pelos sujeitos da pesquisa sugerem que não basta, para aqueles que se disponibilizam para o cuidado, apenas a produção de saúde, mesmo que usuário centrada. Mesmo existindo uma relação com mais ênfase nas tecnologias leves, há que se considerar também a qualidade dessa relação, pois nem sempre há ganhos de grau de autonomia no modo deste usuário levar a vida (MERHY, 2013b).

Abaixo temos o relato de Margarida sobre uma relação com uma cuidadora da Residência Terapêutica que ela considera “dura”, que tem características de uma relação disciplinadora.

Eram pessoas daqui da residência. Eram cuidadoras daqui da residência. Mas era uma cuidadora dura pra caramba com a gente, Nossa Senhora! Às vezes era assim dia, eu tava dormindo anda, e ela: ‘Vamos, tem que levantar pra fazer suas coisas’. Aí eu ia pra fazer comida.

(Margarida)

5.3.3 Cuidado Dialógico

Por outro lado, percebe-se também uma concepção sobre a relação com os profissionais do cuidado mais dialógica, menos atravessada por tecnologias ou tecnologicismos. Nesse sentido os projetos de vida e felicidade (AYRES, 2001, 2004a, 2004b), as possibilidades de transformar os sentidos da sua vida durante sua existência e adoecer (FIGUEIREDO, 2009) parece ser significado como mais respeitado pelos profissionais cuidadores, em detrimento dos procedimentos.

Foi uma enfermeira muito boa, muito firme. Eu fui com a Beth, Elisabeth. Eu fui com a Beth, ela me preparou, me botou a roupa. Lembro que era um verde

claro, um jaleco. Num sei se é esse mesmo o nome, jaleco. Depois me levaram pra sala de operação, aí me operaram.

As enfermeiras me tentaram, me perguntaram se eu tava sentindo alguma coisa. [...] Não, me ajudaram muito. Foram muito bons pra mim. Eu sei que era uma enfermeira e uma... Acho que eram duas enfermeiras. Eu passei dois dias só lá no hospital.

(Margarida)

Para Eduardo o simples ato de um profissional se colocar à disposição, não para a assistência, mas para uma ajuda, como ele declarou, já é considerado muito positivamente.

É que ele identificou esse problema que eu tenho e ele se prestou a me ajudar. [...] Tem ajudado. [...] Ah, só o fator de eu estar me tratando com ele já uma grande ajuda.

(Eduardo)

Figueiredo (2009) considera que cuidar, muitas vezes significa basicamente ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto de cuidado também como sujeito “[...] no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem” (FIGUEIREDO, 2009, p. 138).

Nesse sentido, Eduardo destaca a importância da oportunidade de falar sobre livremente sobre os seus problemas, dando o exemplo da participação na própria entrevista de pesquisa. Além disso, não esqueçamos que nos dois momentos de entrevista ele pede para escutar a gravação, com a intencionalidade de ouvir de volta sua própria imagem.

Eu vim de casa passando mal, pra cá. Cheguei aqui passando mal, to aqui conversando contigo e já to me sentindo melhor.

(Eduardo)

Isaura, por conta das alucinações e delírios paranóicos e da sua própria história de vida, demonstra sempre, em vários trechos de sua entrevista, certa sensação de insegurança: os celulares a acusam, as pessoas a perseguem e tantos outros relatos. A despeito disto, na produção de sentido sobre os cuidados prestados pelo CAPS, ele afirma se sentir segura, como destacado no trecho abaixo.

Mas eu me sinto segura aqui no CAPS, e em casa também, que lá tem até câmara e tudo, do lado de fora, no corredor, que a vizinha botou. Lá no CAPS UERJ eu conversava muito, falava muito com o enfermeiro, conversava com a Dani.

(Isaura)

5.4 SENTIDO DADO AOS RESULTADOS DO CUIDADO

O conjunto dos trabalhos em saúde produz algo, os atos em saúde, capazes de intervir em algum problema considerado como de saúde, geralmente provocando alterações neste problema em torno da produção de um resultado que deveria ser a satisfação de uma necessidade/direito do usuário (MERHY, 2013b). O autor chama atenção para o fato de que nem sempre é verdadeiro que os atos em saúde produzem saúde, “[...] pois nem sempre esse processo produtivo impacta ganhos nos graus de autonomia no modo do usuário andar sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância” (MERHY, 2013b, p. 71).

Desta forma, os sentidos dados aos resultados do cuidado são bastante semelhantes aos dados às relações com os profissionais, tendendo a uma avaliação negativa quando estão mais ligados às tecnologias e procedimentos, ou procedimento centrada, e são considerados mais positivos quando envolvem uma relação dialógica, ou usuário centrada, que pretensamente promove maior autonomia na participação da produção de cuidados (MERHY, 2013b).

Sobre a cirurgia de histerectomia, Margarida fala em determinado trecho da entrevista que se sente obrigada a fazer a cirurgia pelos profissionais da residência terapêutica. Esta fala deu indícios de que Margarida não estava suficientemente esclarecida sobre o procedimento, fazendo parecer que não havia tomado parte enquanto sujeito do processo. Desta forma, ela deixa claro no trecho abaixo sua avaliação acerca dos resultados.

Ah, péssimos, péssimos. Eu não sentia dor nenhuma não, mas foi pessimamente moral pra mim. Eu sempre quis ser uma moça virgem mesmo e sou até hoje. E quis... [...] O resultado foi péssimo, foi horrível. [...] Eu não chorei não, mas quase chorei.

(Margarida)

Nos trechos abaixo, Margarida mostra que não sabia o motivo de ter realizado exames de mamografia e ultrassonografia, tampouco sabendo os seus resultados.

[A cirurgia de histerectomia] não fez nada, não, mas me deixou muito angustiada. [...] Não, não sabia disso não [sobre os procedimentos e resultados clínicos da cirurgia].

(Margarida)

Eduardo, lacônico, responde em sua entrevista, sobre uma pergunta acerca dos acompanhamentos profissionais que estava tendo, que considera os remédios bons, sem saber, no entanto, explicar o porquê desta avaliação.

[Os remédios] Foram bons. [...] Eu não sei dizer [porquê], não.

(Eduardo)

Isaura, que tem a particularidade de estar assistida por um plano de saúde particular, faz considerações positivas acerca dos resultados do cuidado. Segundo ela, há uma médica que a acompanha sempre, talvez uma médica referência em seu plano, com quem tenha alguma abertura e vinculação maiores para o diálogo. Isaura se mostra satisfeita tanto com a relação quanto com os resultados do processo de cuidado. Note-se que ela não se limita a conceber o cuidado apenas como a tecnologia dura dos exames e remédios, mas descreve também o acompanhamento pelo qual passa.

Muito bom [o acompanhamento médico e os exames]. Porque [risos] cada exame, as coisas que eu faço, ai resolve logo tudo, o acompanhamento. Não tem decepcionado nada que eu fiz. (Grifo nosso)

(Isaura)

Margarida tem muitas considerações positivas a fazer sobre as assistências realizadas pelos profissionais de saúde mental quando estes são mais voltados para uma relação de qualidade.

Agora eles estão ótimos, ta muito bom. Essa menina ai é muito boa pra mim, a Dona Marta é boa pra mim. Até que um dia encontrei uma enfermeira muito boa, que chamou a minha irmã, disse pra minha irmã que eu não tinha nada, que eu precisava de ficar com a família, explicou lá tudo direitinho.

(Margarida)

Eduardo, por sua vez, consegue explorar um pouco mais os sentidos dados aos resultados de sua cirurgia quando narra sobre um breve momento em que o médico se disponibiliza para explicar, embora sem grandes detalhes, como fora sua cirurgia. Notável a importância dada a um momento de esclarecimento, por mais sucinto que seja, em que o profissional dedica um pouco de seu tempo para relatar sobre os resultados da cirurgia. Eduardo fala sobre este retorno dado pelo médico algumas vezes durante as entrevistas.

Lembro quando acabou a cirurgia, que eu acordei, o médico falou: 'Pronto, senhor Edson, foi um sucesso a cirurgia!' O doutor... Foi doutor... Não lembro mais o nome do doutor não.

(Edison)

Sobre os resultados dos cuidados em saúde mental Eduardo faz uma comparação com um serviço ambulatorial de saúde mental que fizera uso anteriormente. Para ele o serviço

substitutivo teve o mérito de “ter descoberto” seu problema de hérnia graças ao tempo passado na instituição, coisa que o outro serviço não faria. Apesar disto, a avaliação de Eduardo deste aspecto é que esse cuidado é melhor principalmente por conta da quantidade de dias que ele passa no CAPS, destacando, indiretamente, como elemento constitutivo do cuidado a questão do vínculo com o serviço e com a equipe de referência

Mudou que se eu estivesse lá na Dona Mariana eu nunca ia saber que eu tinha esse problema de hérnia. Não desmerecendo lá, mas lá era uma forma de tratamento, lá eu ia uma vez por mês e aqui eu venho toda semana. E três dias na semana, segunda, terça e quarta. (Grifo nosso)

(Eduardo)

Merhy (2013b) advoga que somente uma adequada conformação entre os vários tipos de intersubjetividade na produção de cuidado é capaz de produzir qualidade nos sistema de saúde, em termos de resultados. Os tipos, ou momentos de intersubjetividade que ele expõe são

momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momento de cumplicidades, nos quais há uma produção de um responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2013b, p. 73)

5.5 ALGUNS APONTAMENTOS À GUIA DE RESUMO

Após a análise, os quatro eixos de investigação preliminares se desdobraram em 16 sentidos considerados relevantes para a produção de cuidados clínicos e cirúrgicos para sujeitos com transtorno mental grave, vejamos a seguir um resumo dos principais desdobramentos. Do primeiro eixo de investigação, (a) Vivências e Produções de Sentido sobre o Adoecimento, foi possível delimitar sete produções de sentido. Na primeira delas, verificamos que todos os sujeitos elaboraram produções que aproximam o adoecimento em si, de algo externo, um agente ou influência externa que provocam o processo de adoecimento.

Os sentidos produzidos sobre o adoecimento incluíram também uma especificidade daquilo que chamamos de externalidade no sentido anterior: a doença entendida enquanto exaustão física ou mental. Agrupamos, por conta da característica de exaustão, concepções sobre a crise em saúde mental e ainda o entendimento desta enquanto castigo físico ou moral.

Os três sujeitos também elaboraram sentidos que deixam transparecer mecanismos de negação em relação ao reconhecimento doença mental. Verificamos que está sempre presente nos discursos algum nível deste mecanismo de defesa.

Já o quarto sentido trata de elaborações mais conscientes, mas que deixam clara uma postura de alienação sobre o próprio adoecimento e/ou sobre a assistência prestada, indicando que há pouco grau de autonomia dos próprios sujeitos adoecidos, que, por vezes, deixam a responsabilidade por conta dos profissionais de saúde.

Em outros relatos esta postura de estar à margem, desresponsabilizado do próprio processo de adoecimento e assistência, parece estar mais relacionada não a alienações, mas sim à desinformação ou incompreensão sobre as informações prestadas. Neste sentido vemos indícios, portanto, de que há uma incipiente participação (ou de má qualidade) na relação dos profissionais com os sujeitos com transtorno mental, já que a informação sobre seu quadro não é suficientemente bem captada por estes últimos, provavelmente por ser também mal explicitada.

Os dois últimos sentidos produzidos sobre o adoecimento tratam da concepção de corporeidade nas ocasiões de adoecimento ou das intervenções profissionais sobre estes corpos e ainda relatos que constroem sentidos positivos ao processo de adoecimento mental.

Outros seis sentidos emergiram a partir da análise do segundo eixo de investigação: (b) Vivências e Produções de Sentido sobre o Cuidado. Inicialmente salientamos a relação destes indivíduos com suas famílias e como isto se relaciona com uma produção basilar de sentidos sobre o cuidado. Fica notório o quanto estes sujeitos estiveram (ou estão), em algum momento da sua vida, com vínculos familiares fortemente fragilizados tanto por conta do processo de adoecimento mental quanto por questões alheias à doença mental.

Num segundo momento destacamos os relatos onde os próprios sujeitos se colocam como cuidadores de familiares ou outras pessoas que precisaram deles em algum momento, corroborando com as os discursos teóricos que negam que sujeitos com transtorno mental são incapazes, inclusive de produzir cuidado aos próximos.

Achamos pertinente também destacar produções de sentido especialmente para Margarida e suas concepções sobre as figuras cuidadoras. Vimos que seus discursos sobre o cuidado perpassam por figuras masculinas idealizadas; por figuras femininas no plano real; pela enfermagem enquanto recorte profissional; e ainda outras concepções singulares sobre o cuidado.

Os três últimos sentidos relevantes se referem a concepções do cuidado enquanto algo místico ou religioso; na qualidade de tecnologias; e também como relações interpessoais.

Já sobre o eixo (c) Relação com os Profissionais do Cuidado foi possível identificar três sentidos produzidos pelos sujeitos da pesquisa. No primeiro deles a relação é vista perpassada por tecnologicismos, privilegiando as tecnologias (duras) em saúde em detrimento da relação

em si. Vimos como esta relação acaba sendo concebida como pouco aprazível pelos sujeitos. No segundo sentido, os sujeitos destacam relações com profissionais de saúde que não são necessariamente perpassadas por aparatos tecnológicos, mas mesmo assim não são concebidas como uma boa relação. Por último, os sujeitos relatam relações mais dialógicas com os profissionais de saúde.

Por fim, no último eixo de análise, o (d) Sentido dado aos Resultados do Cuidado, optamos por não dividi-lo em pelos sentidos encontrados, para evitar maniqueísmos. Apenas fizemos uma análise de sentidos mais positivos e mais negativos sobre os resultados das intervenções em saúde sobre os seus processos de adoecimento, e quais os elementos comuns que apareceram em uma ou outra avaliação.

De forma geral a principal contribuição deste estudo se assenta na corroboração das teorias de Merhy, Campos e Ayres respectivamente sobre: a produção do trabalho vivo em saúde; a co-construção de sujeitos; e a reconstrução das práticas de saúde a partir da clínica e, mais além, a partir da concepção do cuidado como dimensão redentora dos modelos de assistência.

Neste estudo, pela metodologia adotada, coloca-se o sujeito do que demanda cuidados como elemento central, bem como a intersubjetividade em que a clínica é construída, voltando seus interesses pela presença do outro na relação clínica. Além disso, nesta consideração do “outro do cuidado”, também estão presentes as questões inconscientes que são apontadas pelos mesmos autores. Desta forma, a originalidade reside em contribuir com estes autores com a ótica do próprio sujeito que recebe os cuidados.

Os três sujeitos, em sua produção de sentidos sobre o cuidado, aproximando-o do modelo hegemônico de assistência fragmentada, compartimentalizada e superespecializada, com uso intensivo de tecnologia de ponta. Os sujeitos, então, tendem a produzir sentidos sobre o cuidado com algum predomínio de tecnologias duras, exames, medicação, intervenções cirúrgicas, etc.

Nos sentidos dados ao cuidado enquanto tecnologia ou das relações com os profissionais mais atravessadas por tecnologias, mais próxima do modelo biomédico da clínica clássica, podemos perceber uma tendência a construções que denotam insatisfação, sofrimento, pouca resolutividade, de relações menos benéficas, menos capazes de promover transformações nos modos de andar a vida e de reconstruções subjetivas que levem à maior autonomia possível para estes sujeitos.

Por outro lado, os cuidados e as relações com os profissionais mais centradas no diálogo, trazendo os sujeitos para a co-produção de cuidados ao mesmo tempo em que respeita os seus

limites, tendem a sentidos mais satisfatórios, que se conformam mais aos seus projetos de vida e de felicidade.

Corroboramos também com Figueiredo (2009), que entende que os profissionais devem estar preparados para exercer funções de *holding*, assegurando uma continuidade na posição simbólica desse sujeito e seu adoecer no mundo, incluindo seu transtorno mental. Para tanto é necessária a introjeção criativa das funções cuidadoras, para transmiti-las de forma eficaz, ajudando na constituição de sujeitos responsáveis e autônomos em seu ser-no-mundo.

Cabe então aos profissionais que atuam tanto nas práticas clínicas quanto de “puro” cuidado, a tarefa de estarem preparados a oferecer uma função de *holding*, de sustentação para estes sujeitos em situação de adoecimento. Esta necessidade da aproximação de uma função de *holding* pelos profissionais pode-se estender, ainda, às famílias.

Outro achado periférico aos objetivos da pesquisa diz respeito à “tendência totalizadora” da RAPS, parecendo corroborar com uma questão que nos chamou atenção o professor Silva Jr. na qualificação do projeto. Em nenhum relato dos sujeitos eles mencionam cuidados orientados pelas equipes de atenção básica a que deveriam estar referenciados. Em todos os casos foram os próprios profissionais ligados à RAPS que orientaram seus cuidados ambulatoriais, os exames e as intervenções cirúrgicas, dando indícios também de que a atenção básica precisar se envolver mais diretamente com o matriciamento do fluxo de cuidados destes sujeitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Merhy (2013a, 2013b, 2014) já alertava pra necessidade de problematizar, discutir e aprimorar a dimensão micropolítica do cuidado; enquanto Campos (2000, 2007, 2013) apontava para questões relativas à dimensão clínica, o encontro entre profissionais e usuário, e a produção de cuidados. Ayres (2001, 2004a) corrobora com estas ideias, salientando a urgência da reconstrução das práticas de saúde, focando no cuidado e na discussão do conceito de sujeito, e no caráter relacional das práticas no setor.

Estes autores, partindo de referenciais distintos, propõem trazer à tona não só a questão do sujeito, mas das intersubjetividades nas práticas de saúde, visando superar o caráter individualista, apriorístico e objetificado prevalentes nestas práticas.

Sá (2015) também faz coro a essa proposta, salientando os limites dos instrumentais teóricos e metodológicos para a apreensão e enfrentamento dos problemas reconhecidos nos cenários social, sanitário e político-institucional do setor saúde brasileiro. Sem escamotear a importância da racionalidade sistêmico-estratégica, que permeia as abordagens e tecnologias de planejamento e gestão, a autora afirma que tais problemas não são passíveis de enfrentamento tão somente pelas vias dos processos cognitivos. Tentamos aqui investigar o papel dos processos intersubjetivos e inconscientes na produção do cuidado e na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, tão raras na compreensão de sua dinâmica (SÁ, 2015). Analisamos, para tanto, os sentidos que sujeitos com transtorno mental grave tinham sobre a produção de cuidados clínicos e cirúrgicos que receberam no sistema de saúde por ocasião de adoecimentos não diretamente relacionados às suas condições de saúde mental.

Tentamos responder às seguintes perguntas: quais os sentidos que os sujeitos com transtorno mental grave produzem sobre suas situações de adoecimento, sejam mental ou somático? Quais os sentidos produzidos sobre o cuidado dispensado a eles a partir dos seus adoecimentos? Como eles vivenciam e produzem sentido sobre a relação com os profissionais de saúde a partir da relação de cuidado? E qual a avaliação subjetiva que fazem dos resultados desses cuidados?

Um ponto atrapalhou bastante o desenvolvimento da pesquisa diz respeito ao fato de que em alguns momentos, em função de sua implicação como profissional de saúde mental, o pesquisador deixou-se levar pelos seus interesses específicos neste campo, focando muito mais nas questões de saúde mental do que na questão dos cuidados clínicos ou cirúrgicos, afastando-se dos seus objetivos da investigação. Este afastamento levou-o a conduzir as entrevistas de forma que, se não impossibilitou, tornaram mais difíceis e parcas as informações para a

consecução dos objetivos.

Os resultados obtidos na pesquisa, orientada pela abordagem clínica psicossociológica, apontam para singularidades dos processos de adoecimento e de produção de cuidado para os sujeitos com transtorno mental grave estudados. Acreditamos que os resultados podem contribuir para uma qualificação das práticas, na busca de maior integralidade e qualidade do cuidado.

Alguns achados, que tratam dos sentidos produzidos pelos sujeitos acerca de suas relações com o transtorno mental, fogem aos objetivos desta pesquisa. Entretanto, foram essenciais para se conhecer como eles lidam com as manifestações da doença mental.

Os sentidos da doença enquanto externalidade, crise, exaustão ou punição nos proporcionaram mais elementos para a crítica sobre o modelo biomédico e de como este modelo expropria os aspectos psicossociais nos fenômenos de adoecimento. Nas entrevistas, podemos constatar como essa expropriação é sentida pelos sujeitos com transtorno mental, gerando expectativas de cessação das influências externas e cura da suas condições mentais.

Nos sentidos de exaustão, crise e punição, vemos como as dificuldades socioeconômicas e a convivência com o estigma e preconceitos, que estão e foram submetidos, retornam em suas narrativas. Enquanto o modelo biomédico expropria, subestima ou deslegitima as vivências e subjetividades que influenciam no adoecimento, esses fatores continuam presentes na construção de suas histórias.

Os estigmas associados aos sujeitos com transtorno mental grave, incluindo suas condições sociais e conflitos familiares, colaboram com a constituição de certa alienação dos sujeitos frente a seus processos de adoecimento, provocando alguma desresponsabilização dos sujeitos em seus processos de adoecimento. Parece-nos que trabalhos que propiciem que os sujeitos entrem mais em contato com suas histórias de vida, o sofrimento e o adoecimento que a permeiam, poderiam contribuir no engajamento no tratamento.

Os achados sobre os sentidos relacionados à desinformação ou incompreensão dos processos de saúde-doença parecem fortalecer as conclusões sobre a necessidade de melhoras nas possibilidades de acesso dos usuários e familiares à informação, assim como nos modos como essas informações são transmitidas. Essas melhorias no acesso aos serviços de saúde e saúde mental passam, certamente, por aspectos teóricos, técnicos e éticos na dimensão técnico-assistencial.

Também os sentidos sobre a relação entre corporeidade e a doença-assistência nos mostraram a importância da escuta atenta das narrativas dos sujeitos com transtorno mental acerca de como vêm percebendo seu corpo após as doenças ou intervenções, apostamos assim

que escutar os sujeitos é a melhor forma de ajudá-los a reconhecer e integrar seus desconfortos, dúvidas e elaborações sobre os processos de tratamento.

Já sobre os sentidos sobre a família e a produção de cuidados, os achados corroboram com diversos estudos sobre a relação da família e os sujeitos com transtorno mental, especialmente os de Rosa (2011), que nos embasou neste trabalho. Vimos que, mesmo com os dificuldades provocados nas relações afetivas familiares pelos processos da doença mental, os sujeitos narram sobre seus familiares cuidadores com muita ênfase sobre a importância dos atos de cuidado, além de bastante carinho.

Encontramos também sentidos sobre a relação do adoecer e a religião ou misticismo. Tal achado não deveria nos surpreender se consideramos que o pensamento mítico uma operação da mente humana bastante próxima do pensamento científico, segundo Lévi-Strauss (*apud* MINAYO, 2009), e estando presentes rituais, especialmente religiosos, universais para a recepção e inserção dos sujeitos no mundo (FIGUEIREDO, 2009), criando explicações peculiares sobre os fenômenos de adoecimento, as relações dos indivíduos na sociedade e as próprias instituições de saúde.

Sendo a dimensão cuidadora sempre constituída por intersubjetividades, alguns dos achados relativos aos sentidos dados aos cuidados se sobrepõem aos sentidos das relações com os profissionais do cuidado. Assim, aparecem sentidos sobre a produção de cuidados mais associada a procedimentos, exames ou medicações, seguindo a lógica da objetividade do modelo biomédico, sempre mediada por tecnologias, teorias e instrumentos que objetivam um êxito técnico, segundo o interesse e desejos dos profissionais. Nesses sentidos, o núcleo ou dimensão das atividades cuidadoras são preteridos em relação aos núcleos do problema do indivíduo e do olhar profissional sobre este problema.

O privilégio da técnica, da ciência e da racionalidade clínica clássica acaba por fragmentar o sujeito, para fazê-lo “caber” nos conhecimentos profissionais, distanciando-se assim das interrelações humanas. Os resultados evidenciam sentidos que denotam alguma insatisfação dos sujeitos com esta modalidade assistencial, surgindo até mesmo sentidos sobre a assistência enquanto obrigatoriedade, punição ou tortura.

Também corroborando com Campos (2000; 2007; 2013), Ayres (2000; 2001; 2004a; 2004b), Merhy (2013a; 2014) e Silva Jr. (2005a), verificamos sentidos mais ligados ao cuidado enquanto uma relação, no exercício do cuidado, pautada pelo diálogo, intersubjetiva, mais negociada e menos prescritiva. Vemos então produções que denotam reconstruções de subjetividade, capaz de promover sabedoria prática (AYRES, 2000) e de reconhecer o papel ativo dos sujeitos em seu processo de saúde-doença-assistência. Observamos assim maior

satisfação com a relação terapêutica nestas produções de sentido, com os sujeitos considerando-se mais respeitados, esclarecidos e seguros, mesmo havendo alguma perda de funções biológicas ou sociais.

Aparecem ainda algumas produções de sentido que apontam para relações que deveriam ter a dimensão cuidadora como foco, mas que são sentidas como insatisfatórias pelos sujeitos, fazendo-nos concluir que não basta uma relação de cuidado usuário-centrada, mas que se deve atentar para a qualidade destas relações.

Da mesma forma, se configuraram os achados sobre os sentidos dados aos resultados do cuidado. Quando estes eram considerados mais ligados a tecnologias, medicamentos ou procedimentos técnicos, as avaliações foram mais negativas ou mesmo com resultados ignorados. Por outro lado, quando os profissionais de saúde se mostraram mais disponíveis para os sujeitos, dando informações, esclarecendo, acompanhando, etc., os resultados foram considerados como tendo uma maior qualidade.

Assumimos aqui uma postura de modéstia em relação às possibilidades de generalizações destes resultados. Por um lado, esta pesquisa reforça a defesa da inclusão, nas pesquisas científicas, da perspectiva da produção de sentidos dos próprios pacientes, baseando os achados em suas memórias, representações, afetos e narrativas. Por outro, mostra certa fragilidade de não partir de uma observação direta da produção de cuidados. Certamente que tal iniciativa necessitaria de um desenho metodológico complexo, havendo a necessidade de um estudo longitudinal e maior tempo de campo.

Há também o problema de não estender a compreensão e produção de sentidos sobre o cuidado aos profissionais que participaram dele. Um estudo mais amplo poderia incluir narrativas deste último grupo sobre o cuidado prestado, a relação deles com os sujeitos com transtorno mental no momento do exercício do cuidado, e quais os resultados que os profissionais acreditam terem conseguido com suas intervenções.

Apesar do estudo não haver contemplado os sentidos produzidos pelos profissionais no exercício da produção de cuidados aos sujeitos com transtorno mental, entendemos que o desenho metodológico tenha dado contribuições importantes na construção de conhecimentos que considerem a perspectiva do usuário em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2234-2249, dez, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003.
- ALVERGA, A. R. & DIMENSTEIN, M. A Loucura Interrompida nas Malhas da Subjetividade. In: AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.** Rio de Janeiro: Ed.: Nau, 2005.
- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.
- ALVES, D. S. N. et al. Reestruturação da Atenção em Saúde Mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- _____. (coord.). **Loucos Pela Vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- _____. **O Homem e a Serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 1996.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Rev. Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, n.6, 2000.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- _____. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. **Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003 - fev. 2004a.
- _____. Cuidado, os Modos de Ser (do) Humano e as Práticas de Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004b.
- AZEVEDO, C. A Sociedade Contemporânea e as Possibilidades de Construção de Projetos Coletivos e de Produção do Cuidado nos Serviços de Saúde. In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (orgs.). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde – abordagens da psicossociologia.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013a.
- _____. A Abordagem de Narrativas de Vida como Caminho de Pesquisa em Saúde. In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (orgs.). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde – abordagens da psicossociologia.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013b.
- BASAGLIA, F. Saúde/Doença. In: AMARANTE, P & CRUZ, L. B. (orgs.). **Saúde Mental, Formação e Crítica.** Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

BASTOS, F. I. P. & CASTIEL, L. D. Epidemiologia e Saúde Mental no Campo Científico Contemporâneo: labirintos que se inter cruzam? In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BIRMAN, J. A. Derrota da Intolerância?! In: AMARANTE, P. **Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

_____. A Physis da Saúde Coletiva. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento), p.11-16, 2005.

BORGES C. F. & BAPTISTA T. W. F. O Modelo Assistencial em Saúde Mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p.456-68, fev.2008.

BRASIL. LEI nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001- **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 - **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília, 2011a.

BRASIL. PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008 - **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. 1. ed. Brasília, 2011b.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.488 DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 - **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012a.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.124 DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012 - **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no**

CAPS – Centro de Atenção psicossocial. Brasília: CFP, 2013.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento), p.177-201, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. A mediação entre Conhecimento e Práticas Sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n7, p.3033-3040, 2011.

_____. CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paideia – apoio e cogestão em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CARRETEIRO, T. C. Psicossociologia em Exame. In: LÉVY, A. et al (orgs.) **Psicossociologia: análise social e intervenção.** Petrópolis: Vozes: 1994.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CECÍLIO, L. C. O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital.** **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 315-329, 1999.

_____. O “Trabalhador Moral” na Saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface** (Botucatu), v. 11, n. 22, p. 345-351, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000200012&script=sci_arttext.

_____. Apontamentos Teórico-Conceituais sobre Processos Avaliativos Considerando as Múltiplas Dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde. **Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.

_____. In: CARAPINHEIRO, G. & ANDREAZZA, R. (orgs.). **Os Mapas do Cuidado – o agir leigo em saúde.** 1 ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CHAUÍ, M. A Nova Classe Trabalhadora Brasileira e a Ascensão do Conservadorismo. In: JINKINGS, I. et al (orgs.). **Por Que Gritamos Golpe?** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade.** Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.

DELEUZE, G. **Conversações.** 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2010.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

ENRIQUEZ, E. O Papel do Sujeito Humano da Dinâmica Social. In: LÉVY, A. et al (orgs.). **Psicossociologia: análise social e intervenção.** Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. Da Formação e da Intervenção Psicossociológicas. In: LÉVY, A. et al (orgs.). **Psicossociologia: análise social e intervenção.** Petrópolis: Vozes, 1994.

FERNANDES, M. I. A. & SCARCELLI, I. R. Psicologia e Políticas Públicas de Saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2005.

FIGUEIREDO, L. C. A Metapsicologia do Cuidado. In: FIGUEIREDO, L. C. **As Diversas Faces no Cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2009.

_____. **Cuidado, Saúde e Loucura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante**. São Paulo: Escuta, 2014.

FONSECA, M. L. G. **Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem oncológica**. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro. 2014.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, T. B. Prefácio. In: FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREUD, S. **Obras Completas – Tomo III**. 1.ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2003.

GAULEJAC, V. Psicossociologia e Sociologia Clínica. In: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (orgs). **Cenários Sociais e Abordagem Clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.

GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUIMARÃES, A. N. et al. O Tratamento ao Portador de Transtorno Mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.2, p. 274-82, abr-jun, 2010.

GUIMARÃES, C. F. & MENEGHEL, S. N. Subjetividade e Saúde Coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença nos pós-modernos. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v.3, n.2, pp. 353-71, 2003.

LACERDA, A. & VALLA, V. V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

LEVY, A. A Intervenção como Processo. In: MACHADO, M. N. M. et al. (orgs.). **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **Ciências Clínicas e organizações Sociais**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009a.

_____. Repensando a Organização da Rede de Serviços em Saúde a Partir do Princípio da Integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009b.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In.: FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013a.

_____. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

_____. **Saúde – a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. Contribuições da Antropologia para Pensar e Fazer Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

_____. **O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. **Psicanálise & Saúde Coletiva – interfaces**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.98-111, maio/ago, 2001.

_____. O Encontro Trabalhador-Usuário na Atenção à Saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n 3, p.573-583, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. & CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.4, n.2, p.173-185, mayo - agosto, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. & CAMPOS, G. W. S. Co-Construção de Autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PEREIRA JR., A. Uma discussão do Papel da Tecnologia na Práxis. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.6, 2000.

PEREIRA, M. O. **Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise**. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PRADO, M. F. **O louco no hospital geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral**. 2015. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro,

2015.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SÁ, M. C. **Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado coma vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. (Tese de Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. A Fraternidade em Questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Revista Interface**, Botucatu, v.13, suppl. 1, p.651-664, 2009.

_____. Por Uma Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção em Saúde Coletiva. In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (orgs.). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde – abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Uma Abordagem Clínica Psicossociológica na Pesquisa sobre o Cuidado em Saúde e o Trabalho Gerencial. In: BAPTISTA, T. W. F. et al (orgs.). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde – abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

_____. **Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde**. In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (orgs.). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde – abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do Cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.6, p. 1334-1343, jun 2008.

SANTOS, B. S. **Um Discurso sobre as Ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B. S. **Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SEVERO, A. K. S. & DIMENSTEIN, M. O Diagnóstico Psiquiátrico e a Produção de Vida em Serviços de Saúde Mental. **Revista Estudos de Psicologia**, v.14, n.1, p.59-66, jan-abr 2009.

SILVA, F. M. A Psicossociologia Francesa como Abordagem Teórico- Metodológica para Pesquisa em Serviços de Saúde. In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (orgs.). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde – abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

SILVA JÚNIOR, A. G. et al. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, pp. 65-112, 2005a.

SILVA JÚNIOR, A. G. et al. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R. et al (Orgs.) **Ensinar Saúde: a integralidade e os cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, pp. 93-110, 2005b.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

VELOSO T. M. C. & MELLO E SOUZA M. C. B. Concepções de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre Saúde Mental. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.1, p.79-85, 2013.

ANEXO A – ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTAS

1. Narre brevemente sua vida, destacando o início do transtorno mental e as consequências disto;
2. Além do transtorno mental, você poderia falar um pouco sobre problemas de saúde ao longo da vida?;
3. Que serviços ou pessoas você procura quando precisa de um atendimento ou internação?;
4. Fale um pouco sobre [episódio específico da assistência no hospital];
5. Como foi a sua relação com a(s) equipe(s) que lhe prestaram assistência no hospital?;
6. Fale sobre os resultados do atendimento prestado durante sua internação no hospital.