

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ariélly Cristina Fidelis

SENTIDO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Rio de Janeiro

2016

Ariélly Cristina Fidelis

SENTIDO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dr^a. Arlinda Barbosa Moreno
Co-orientador: Dr. Carlos Eduardo Freire
Estellita-Lins

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

F451s Fidelis, Ariélly Cristina
Sentido do cuidado em saúde mental na rede de
atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde /
Ariélly Cristina Fidelis. - Rio de Janeiro, 2016.
174 f.

Orientadora: Arlinda Barbosa Moreno

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2016.

1. Saúde Mental. 2. Cuidado Centrado no Paciente.
3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Etnografia.
5. Fotografia. I. Moreno, Arlinda Barbosa.
II. Título.

CDD 362.2

Ariélly Cristina Fidelis

SENTIDO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 22/01/2016

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Arlinda Barbosa Moreno – FIOCRUZ / ENSP / DEMQS

Profª Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins – FIOCRUZ / ICICT

Profª Drª. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes – FIOCRUZ / EPSJV

Prof. Dr. Luiz Antônio Saléh Amado – UERJ

Prof. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos – FIOCRUZ / EPSJV

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta – FIOCRUZ / ENSP

*Por reconhecimento e honra, dedico à Marli
Costa Fidelis, minha mãe, Técnica de
Enfermagem aposentada, por seus mais de 30
anos dedicados à saúde pública e,
principalmente, por ter me possibilitado ver o
cuidado em sua prática profissional.*

AGRADECIMENTOS

Pensar em gratidão é o mesmo que trazer à memória todos os momentos e pessoas fundamentais para que hoje, esta dissertação tivesse forma. Antes de tudo e todos, agradeço ao Deus da minha vida. Aquele que faz infinitamente mais do que tudo que eu possa pensar ou imaginar. Sair de Florianópolis e chegar à Fiocruz foi possível graças a Ele, que se alegra em atender os desejos do meu coração.

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz pela recepção especial e fraterna a todos que deixam sua terra natal e aqui ingressam com a valiosa intenção de contribuir, por meio de estudos e pesquisas, com a saúde pública. Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio por todo o aprendizado que me oportunizaram. Em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional de Saúde, aos professores, coordenação e, carinhosamente, à Micheli, Patrícia e Érica que com muita disposição e empenho estiveram presentes no meu processo de formação. Quero também agradecer à FIOTEC pela concessão da bolsa de estudos, foi de grande contribuição para a realização desta pesquisa.

Agradeço à turma do Mestrado 2014 pelo acolhimento, amizade e pelos momentos de crescimento e aprendizado nas manhãs e tardes de aulas. Sem deixar de incluir o Lásaro, que por meio de apenas uma disciplina se tornou um precioso amigo.

Agradeço à minha família pelo apoio. O amor e a confiança dedicados a mim serviram de base para suportar a distância, e assim, prosseguir com os meus projetos. Especialmente, agradeço aos meus pais, Airton e Marli, pelo investimento, pela compreensão da minha ausência, e principalmente, por me abençoarem nesta caminhada. Agradeço também, aos meus pais cariocas, Wanderley e Maristela, fundamentais e presentes em cada momento da minha vida no Rio de Janeiro. Agradeço, ainda, ao meu querido Joni, pelo amor e pela compreensão com que esteve ao meu lado.

Agradeço à minha “desorientadora” Dr^a Arlinda B. Moreno e ao meu co-orientador Dr. Carlos Estellita Lins. A compreensão e a confiança dadas a mim durante o meu processo desconstrução/construção – que ainda permanece – me estimularam a continuar. Sou grata por todos os momentos de Cuidado para comigo. Com estes dois Mestres, aprendi muito mais do que as linhas deste trabalho podem expressar; a eles, minha admiração. Com carinho, agradeço também todo o pessoal do Grupo Nietzsche pelas tardes de terças-feiras intensas e de muito aprendizado.

Por fim, agradeço a todos os amigos que estiveram comigo ao longo dessa trajetória. Obrigada a todos e todas!

A saúde da alma - A apreciada fórmula de medicina moral (cujo autor é Ariston de Quios), “A virtude é a saúde da alma” – deveria ser modificada, para se tornar utilizável, ao menos assim: “Sua virtude é a saúde da sua alma”. Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Depende do seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o que deve significar saúde também para o seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais deixarmos que o indivíduo particular e incomparável erga sua cabeça, quanto mais esquecermos o dogma da “igualdade dos homens”, tanto mais nossos médicos terão de abandonar o conceito de uma saúde normal, juntamente com dieta normal e curso normal da doença. E apenas então chegaria o tempo de refletir sobre saúde e doença da alma, e de situar a característica virtude de cada um na saúde desta: que numa pessoa, é verdade, poderia parecer o contrário da saúde de uma outra. Enfim, permaneceria aberta a grande questão de saber se podemos prescindir da doença, até para o desenvolvimento de nossa virtude, e se a nossa avidez de conhecimento não necessitaria tanto da alma doente quanto da sadia; em suma, se a exclusiva vontade de saúde não seria um preconceito, uma covardia e talvez um quê de barbarismo e retrocesso.
(Friedrich Nietzsche)

“Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura”. (Guimarães Rosa)

RESUMO

Diferentes concepções de cuidado permeiam o setor da saúde e influenciam as práticas adotadas em todos os campos, inclusive o da saúde mental. Cada local de atendimento em saúde adota um perfil de cuidado, que nem sempre atende às reais necessidades da população. Este estudo buscou sentido para o cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo configura-se metodologicamente como qualitativo de cunho fenomenológico, a partir do referencial hermenêutico de Heidegger. Para trilhar o caminho analítico tomou-se por inspiração, também, o referencial da Antropologia Visual e o seu fazer etnográfico. O esforço empreendido nesta pesquisa se deu a partir da seleção de 21 imagens fotográficas que retratam distintas vivências que apontam para o cuidado exercido no interior de diferentes dispositivos de saúde mental do Sistema Único de Saúde do Brasil. Cinco imagens retratam cenas de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito de Hospitais Psiquiátricos e oito de Residências Terapêuticas. A partir destas imagens, o sentido do cuidado exercido nos dispositivos da RAPS emergiu como ainda atrelado à noção de cuidado baseado nos procedimentos e ações efetivas, ao funcionamento considerado adequado exclusivamente desde o cumprimento de protocolos, critérios e atividades assistenciais preconizadas nos manuais. O cuidado considerado necessário para o âmbito da saúde mental é o que, certamente, contribui para a progressão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, valoriza as pessoas, reconhece seus contextos de vida, se interessa por seus sentimentos e expectativas quanto ao que os profissionais podem vir a colaborar para a satisfação das necessidades, para a redução do seu sofrimento e para a reconfiguração dos dispositivos de saúde.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Cuidado Centrado no Paciente. Sistema Único de Saúde (SUS). Etnografia. Fotografia.

ABSTRACT

Different conceptions of care permeate the health sector, playing important role in the practices adopted in all fields, including mental health. Each health device adopts a care profile, which does not always achieve the real needs of the population. This study sought meaning for mental health care in Psychosocial Care Network of the Brazilian Unified Health System (Rede de Atenção Psicossocial - RAPS of the Sistema Único de Saúde - SUS). The study has methodological and qualitative phenomenological nature, with the referential of heideggerian hermeneutics. To tread this analytical path took as an inspiration, also, referential of the Visual Anthropology and its ethnographic approach. The efforts undertaken in this research come up from the selection of 21 photographic images that depict different experiences about to the care exercised inside of some devices of SUS. Five images show scenes of Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS), eight are to looking for experiencies in psychiatric hospitals and eight are set up inside therapeutic residences (Programa de Residências Terapêuticas). From these images, the meaning of care exercised in the RAPS devices emerged as still linked to the notion of care based on procedures and effective action, operation considered appropriate only from compliance protocols, welfare criteria and activities recommended by manuals. The care deemed necessary for the scope of mental health is what certainly contributes to the progression of the Brazilian Psychiatric Reform, values people, recognizing their life contexts, their feelings and expectations as to what professionals can come to collaborate to meet the needs, to reduce their suffering and to the reconfiguration of health devices.

Keywords: Mental Health. Patient-Centered Care. Unified Health System. Ethnography. Photography.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Centro de Atenção Psicossocial – Cena 1.	91
Imagem 2 – Centro de Atenção Psicossocial – Cena 2.	93
Imagem 3 – Centro de Atenção Psicossocial – Cena 3.	95
Imagem 4 – Centro de Atenção Psicossocial – Cena 4.	96
Imagem 5 – Centro de Atenção Psicossocial – Cena 5.	97
Imagem 6 – Hospital Psiquiátrico – Cena 1.	99
Imagem 7 – Hospital Psiquiátrico – Cena 2.	101
Imagem 8 – Hospital Psiquiátrico – Cena 3.	103
Imagem 9 – Hospital Psiquiátrico – Cena 4.	105
Imagem 10 – Hospital Psiquiátrico – Cena 5.	107
Imagem 11 – Hospital Psiquiátrico – Cena 6.	109
Imagem 12 – Hospital Psiquiátrico – Cena 7.	112
Imagem 13 – Hospital Psiquiátrico – Cena 8.	113
Imagem 14 – Residência Terapêutica – Cena 1.	115
Imagem 15 – Residência Terapêutica – Cena 2.	117
Imagem 16 – Residência Terapêutica – Cena 3.	118
Imagem 17 – Residência Terapêutica – Cena 4.	120
Imagem 18 – Residência Terapêutica – Cena 5.	122
Imagem 19 – Residência Terapêutica – Cena 6.	123
Imagem 20 – Residência Terapêutica – Cena 7.	124
Imagem 21 – Residência Terapêutica – Cena 8.	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Representação dos Eixos de Atuação e os respectivos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.	38
Quadro 2 – Critérios historicamente construídos para avaliação da qualidade do cuidado em saúde.	43
Quadro 3 – Dinâmica dos Centros de Atenção Psicossocial.	128
Quadro 4 – Ambiente do Centro de Atenção Psicossocial.	132
Quadro 5 – Paradigma biomédico no interior do CAPS.	133
Quadro 6 – Condições presentes no cotidiano de hospitais psiquiátricos.	135
Quadro 7 – Índícios de Cuidado na prática em hospital psiquiátrico.	140
Quadro 8 – Inovações trazidas pelas Residências Terapêuticas.	142
Quadro 9 – Paradigma psiquiátrico na Residência Terapêutica.	145
Quadro 10 – Cotidiano das Residências Terapêuticas.	148

LISTA DE ABREVIATURAS

CF – Constituição Federal.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSad – CAPS Álcool e outras drogas.

CAPSi – CAPS Infantil.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

DC – Diário de Campo.

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

EUA – Estados Unidos da América.

LC – Linhas de Cuidado.

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

REME – o Movimento de Renovação Médica.

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira.

SM – Saúde Mental.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	19
1.1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira	19
1.1.2 Reforma Sanitária Brasileira e Organização do SUS	28
1.1.3 Atenção Básica em Saúde	29
1.1.3.1 Saúde Mental na Atenção Básica	34
1.1.4 Rede de Atenção Psicossocial do SUS	36
1.2 CUIDADO E SAÚDE	41
1.2.1 O Cuidado como alvo de Qualidade	42
1.2.2 O Cuidado Preconizado como Prática em Saúde	45
1.2.3 O Cuidado como Frente de Atuação	46
1.2.4 O Cuidado como uma Proposta de Trabalho em Saúde Mental	51
1.2.5 O Cuidado como Estrutura na Saúde Mental	53
1.2.6 O Cuidado, Enfim!	57
1.2.6.1 Este Cuidado como Prática na Saúde	69
2 PERCURSO METODOLÓGICO	76
2.1 REFERENCIAL FENOMENOLÓGICO	76
2.2 ANTROPOLOGIA VISUAL	78
2.2.1. Relação com as imagens	81
2.3 O CAMPO <i>ONLINE</i>	82
2.3.1 Netnografia	84
2.4 CAMINHOS PERCORRIDOS	87
3 A RELAÇÃO COM AS IMAGENS	91
3.1 RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS DAS IMAGENS SELECIONADAS	91
3.1.1 Centros de Atenção Psicossocial	91
3.1.2 Hospitais Psiquiátricos	99
3.1.3 Residências Terapêuticas	114
4 CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS	127
4.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	127
4.1.1 Dinâmica dos Centros de Atenção Psicossocial	128

4.1.2 Ambiente do Centro de Atenção Psicossocial	132
4.1.3 Paradigma biomédico no interior do CAPS	133
4.2 COTIDIANO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	134
4.2.1 Condições presentes no cotidiano de Hospitais Psiquiátricos.....	135
4.2.2 Indícios de Cuidado na prática em Hospitais Psiquiátricos	140
4.3 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS	142
4.3.1 Inovações trazidas pelas Residências Terapêuticas	142
4.3.2 O paradigma psiquiátrico na Residência Terapêutica	145
4.3.3 Ações cotidianas das Residências Terapêuticas.....	148
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS	160
APÊNDICE - Linha do tempo: percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	169

APRESENTAÇÃO

O meu interesse acadêmico pela temática do cuidado, voltado, especificamente para o exercício da saúde pública, aflorou durante o curso de graduação em Psicologia. A partir de experiências em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, posteriormente, em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), ambos em uma cidade do estado de Santa Catarina. Durante a prática profissional nestes ambientes, fui percebendo ações em saúde, por parte dos profissionais e condições apresentadas nestes dispositivos, que me faziam interrogar acerca das relações estabelecidas com os usuários durante os momentos assistenciais. E, também, sobre as condições estruturais, organizativas e políticas, as quais faziam parte daqueles contextos, ao meu ver, interferiam na saúde das pessoas que frequentavam esses espaços.

Neste primeiro momento, os temas relacionados à vinculação entre usuários do SUS e equipes de profissionais de saúde no contexto da atenção básica, assim como, o funcionamento da corresponsabilização pela saúde neste âmbito foram alvo de estudos. Busquei compreender o modo como o cuidado é exercido nas unidades básicas de saúde.

Para muito além desta primeira aproximação acadêmica com o tema do cuidado, acredito que minha incitação para esta temática guarda influências provenientes da infância, quando ainda não imaginava que me tornaria uma profissional da saúde. Sou filha de uma Técnica de Enfermagem, que atuou por mais de 30 anos no Hospital Infantil Joana de Gusmão em Santa Catarina. Durante grande parte da minha vida, acompanhei a rotina da minha mãe entre o hospital e histórias de crianças e famílias que por lá passaram. Em raras, e inesquecíveis, vezes fui “trabalhar” com ela e lembro muito bem dos olhares que ela direcionava para as crianças, a atenção e o respeito que dedicava aos inúmeros pais e mães; sempre com palavras, abraços e atitudes que consideravam as histórias daquelas pessoas e o contexto em que se encontravam. Ainda criança, eu compreendia tudo isso somente com um pensamento: “minha mãe cuida deles, como cuida de mim”. E por meio disso, eu entendia todos os esforços dela pelo bem-estar das crianças e dos familiares, que sempre foram muito além das técnicas. Tenho na lembrança inúmeras histórias e situações que me servem de exemplo prático quando estudo e penso sobre o sentido do Cuidado inaugurado por Heidegger (2005), que será apresentado e discutido posteriormente neste trabalho. Minha referência de cuidado em saúde advém do que observei na prática da minha mãe e, provavelmente, por isto venho trilhando um caminho de interesse e investigação acerca desta temática.

A proposta de direcionar este estudo para o âmbito da saúde mental está relacionada com minha experiência no CAPS-II e pelo meu interesse específico por este campo do setor

saúde. Outros pesquisadores também têm se debruçado nesta temática, buscando compreender como se dá o cuidado em saúde mental e as experiências de profissionais e usuários neste processo. Posso destacar, brevemente, a dissertação intitulada “Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em Centros de Atenção Psicossocial” realizada através da Universidade Estadual do Ceará no curso de Mestrado Acadêmico de Cuidados Clínicos em Saúde. A pesquisa teve como objetivo compreender as práticas de saúde mental no exercício do cuidado, abrangendo as tecnologias de relações desenvolvidas entre profissionais e usuários. O autor buscou, ainda, analisar a organização do trabalho em saúde e discutir a prática clínica na produção do cuidado integral. Para isto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 14 trabalhadores de um CAPS e para o tratamento dos dados foi utilizada a análise hermenêutica crítica. Dentre todos os resultados, evidenciou-se que as atividades realizadas, os procedimentos implantados e os conhecimentos aplicados são reconhecidos pela efetividade e resolutividade da práxis cotidiana dos dispositivos (PINTO, 2008).

Posso também destacar a dissertação “Dispositivos de cuidado em saúde mental: percepção de pessoas em sofrimento psíquico”, realizada através da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Nesta pesquisa, objetivou-se compreender como os sujeitos em sofrimento psíquico percebem os dispositivos, chamados pela autora de produção de cuidado em saúde mental, no contexto do território, a fim de subsidiar a reorganização da rede de atenção à saúde mental da região. Esta pesquisa foi configurada como fenomenológica, tendo como referencial teórico Maurice Merleau-Ponty. A proposta da pesquisa foi realizar uma fotocomposição de dispositivos de cuidado em saúde mental presentes no território, na perspectiva dos usuários. Os participantes foram nove pessoas em sofrimento psíquico. Após o momento de tirar as fotografias, a pesquisadora as revelou e fez cinco entrevistas com cada participante individualmente, para captar os sentidos e significados das mesmas. A análise dos dados foi realizada a partir da técnica analítica da ambiguidade. Como resultado, evidenciou-se que os dispositivos retratados nas fotografias dos usuários revelam-se como existenciais, pois, denotam significados que estão presentes no cotidiano dessas pessoas e têm a função de mobilizar projetos de felicidade (SOUZA, 2011).

O advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB), nos anos 1980, se deu por meio de reivindicações por mudanças nos modelos de atenção e de gestão das práticas psiquiátricas no país, gerando um processo político e social complexo (BRASIL, 2005). Nota-se que o processo se deu a partir de influências advindas de diferentes propostas de reformas no setor

psiquiátrico ocorridas no século XX em várias partes do mundo, que buscaram romper com o modelo clássico da psiquiatria desenvolvido por Pinel, o qual mantinha o foco na doença e centralizava as intervenções no âmbito hospitalar, culminando na institucionalização da loucura. As inovações apresentadas por estes modelos ligam a assistência ao portador de transtorno mental ao coletivo, ampliando as intervenções para o âmbito familiar e comunitário (AMARANTE, 1995; SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Atendendo, em parte, as reivindicações da RPB, o sistema de saúde brasileiro incorporou a Política Nacional de Saúde Mental, a qual está baseada na Lei 10.216/2001. Nesta política, são apresentadas diretrizes para a condução da assistência em saúde mental no país, onde se pressupõe que as referências de isolamento e tratamentos evasivos, recorrentes nos modelos asilares, sejam substituídos por tratamentos que zelem pela reinserção social, incorporando a família e a comunidade no processo e, também, pelo respeito à pessoa assistida. A política sugere uma assistência prioritariamente voltada para dispositivos comunitários, onde apenas em caso extremo a internação em hospitais psiquiátricos deve ser solicitada. A partir disso, foi configurada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria nº 3.088/2011 que prevê diferentes dispositivos de assistência a pessoas em sofrimento psíquico, incluindo pessoas que fazem uso de crack, álcool ou outras drogas. Nestes dispositivos psicossociais, estão centrados, os meus interesses para este trabalho.

Diferentes concepções de cuidado permeiam o setor da saúde e influenciam as práticas adotadas em todos os campos, inclusive o da saúde mental. Não raro, encontram-se atitudes profissionais que privilegiam uma produção de dados estatísticos, sem considerar a pessoa atendida; assim, como também, são vistos profissionais ocupando o lugar de detentores do saber, decidindo enfaticamente a maneira de conduzir os projetos terapêuticos, sem considerar o sujeito nesta construção. Cada local de atendimento em saúde adota um mecanismo próprio de cuidado, que nem sempre atendem às reais necessidades da população. Diante desta realidade, se faz importante questionar acerca de quais compreensões de cuidado têm sido consideradas no interior dos dispositivos de saúde mental em todo o país. Para isto, é preciso atentar para as práticas exercidas no cotidiano destes espaços.

Para somar aos estudos acerca do cuidado no âmbito da saúde mental, apresento uma pesquisa motivada pelo principal objetivo de caracterizar o sentido do cuidado na atenção psicossocial no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS); a partir da investigação do funcionamento e das práticas realizadas nos dispositivos substitutivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

O uso da palavra sentido aqui utilizada em sua forma singular advém do entendimento, a partir das teorias de Saussure, linguista e filósofo do início do século XX, do caráter polissêmico da mesma. A relação entre significante e significado apresentada por Saussure traz o entendimento de que uma só palavra pode agregar diferentes significados (CUNHA, 2008). A palavra sentido neste estudo não está empregada com a conotação de que existe apenas um sentido do cuidado a ser abrangido, mas, ao contrário, a partir da compreensão de que sua forma no singular já denota a existência de uma pluralidade a ser considerada e discutida.

O acesso aos diferentes dispositivos da RAPS se deu através de imagens correspondentes encontradas na *internet*, a partir do site de buscas *Google Search*. Comumente, nos dispositivos de saúde, são utilizados prontuários e sistemas computacionais para armazenar informações acerca das ações realizadas às pessoas que são atendidas e estes funcionam como fontes de dados para diferentes pesquisas na área. Contudo, estes recursos se mostram eficientes para investigações que apontam para procedimentos exercidos, medicações prescritas, frequência e assiduidade dos usuários, entre outras informações descritivas. Porém, o meu interesse neste estudo se dirigiu à captura do sentido do cuidado nas práticas de saúde mental e, para isto, as imagens fotográficas emergiram como uma fonte capaz de proporcionar o alcance deste objetivo. A utilização da fotografia como recurso para o estudo advém do entendimento de que esta funciona também como uma forma de registro do cuidado em saúde.

Deste modo, foi realizada uma pesquisa etnográfica aplicada à *internet*, a fim de caracterizar o sentido do cuidado presente no âmbito dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Numa perspectiva ampliada, pode-se dizer que esta dissertação, com este enfoque, possibilitou reflexões acerca dos conceitos de cuidado que têm dado embasamento às práticas assistenciais executadas no cotidiano dos dispositivos de saúde mental, e também, oportunizou revisitar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, verificar os avanços e retrocessos, no que tange ao anseio de transformações pragmáticas e conceituais na assistência às pessoas em sofrimento psíquico.

Primeiramente, na revisão de literatura desta dissertação, é conceituada a Atenção em Saúde no Brasil, onde são abordados o processo da Reforma Psiquiátrica e suas reivindicações, a organização do SUS e o modo como o campo da saúde mental se estrutura dentro do sistema. A seguir, no tópico Cuidado e Saúde é apresentada uma exposição de alguns elementos que tradicionalmente compõem a concepção de cuidado em saúde e, em contraposição a esta noção, é apresentada a compreensão do Cuidado a partir da obra

heideggeriana, além de um modo possível para o exercício das práticas de saúde fundamentado nesta compreensão. A compreensão de cuidado trazida por Heidegger (2005), em *Ser e Tempo* é a considerada neste trabalho como caminho possível para repensar as práticas de saúde no Brasil. Posteriormente, é apresentado o capítulo que descreve os passos metodológicos que se fizeram para a construção desta pesquisa. Optei por reservar um capítulo específico para apresentar as imagens coletadas e a íntegra dos meus relatos autoetnográficos, construídos a partir de cada uma delas. No capítulo posterior, são apresentadas as considerações analíticas e, por fim, apresento as reflexões suscitadas a partir deste estudo, seguidas das referências utilizadas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

1.1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Com este texto pretendo apresentar um panorama da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apontando para aspectos fundamentais do seu início, assim como para o percurso desse processo como importante condutor de mudanças teóricas e assistenciais no campo da saúde mental no país. A fim de subsidiar uma possível ampliação do campo conceitual no qual o sentido do cuidado se assenta. Diversos autores (VALENTE, 1988; AMARANTE, 1995; YASUÍ, 2006; RAMMINGER, 2009; GULJOR, 2013; SCHECHTMAN e ALVES, 2014) se debruçaram em delinear detalhadamente este processo sendo preciosa sugestão de leitura para os que se interessarem por maior aprofundamento acerca deste fato histórico ainda presente nos dias atuais.

O modelo tradicional da psiquiatria ou modelo clássico, como também é chamado, desde o seu início, no século XVIII, recebeu críticas pela forma de conceber a loucura, em virtude de suas práticas excludentes e estigmatizantes, tendo o cárcere como lócus de tratamento aos considerados doentes mentais. De acordo com Amarante (1995), anteriormente a este período, o hospital não recebia, ainda, a lógica patologizante e a conotação de ambiente medicalizado, os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia serviam como depósitos para aqueles que eram marginalizados pela a sociedade, como os leprosos, as prostitutas, os ladrões, entre outros, sendo a loucura mais uma categoria daqueles que não podiam conviver em sociedade, em virtude da chamada desrazão. No século XVIII, portanto, o enclausuramento recebe a conotação médica e terapêutica, com base na construção de conhecimento sobre a loucura, e assim, a falta de razão foi sendo substituída pela alienação, que passa a ser aspecto diferenciador do louco diante da ordem social.

Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco (AMARANTE, 1995 p.23).

O livro “O alienista”, escrito por Machado de Assis, publicado em 1882 é considerado um dos primeiros registros de crítica e denúncia das práticas de abuso e violência em nome do

tratamento moral comum às instituições psiquiátricas. Críticas essas que se estenderam no decorrer dos anos alcançando documentos de organismos internacionais e também o Brasil, a partir da década 1960. As críticas direcionavam-se ao funcionamento dos asilos, que atuavam com base na exclusão e numa lógica de tratamento que aniquilava a subjetividade. Porém, não advém das formulações oficiais o impulso para o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As críticas, as pequenas iniciativas e os ideais de mudanças que vinham sendo fomentados deixaram focos revolucionários que começaram a emergir no interior das universidades. Debates e discussões a partir de notícias de movimentos em outros países vinham rompendo com a psiquiatria tradicional (YASUÍ, 2006). Na década de 1970, foram realizados diferentes eventos no Brasil que contaram com a participação de Laing, Cooper, Basaglia, Foucault, Castell, Guattari, Goffman entre outros importantes autores e protagonistas de reformas psiquiátricas de outros países.

Esses teóricos trouxeram contribuições para o fomento de uma nova prática psiquiátrica no Brasil. Porém, a influência de Franco Basaglia foi a que mais se destacou nas perspectivas de mudanças, como relata Yasuí (2006, p. 30):

A frase “Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” se transformou em uma palavra de ordem para uma geração de profissionais, que ingressou nas instituições psiquiátricas, começou a questioná-las e a buscar novas soluções concretas, fortalecendo a necessidade de se politizar o discurso e a prática dos trabalhadores de saúde mental.

Deste modo, a Reforma Psiquiátrica do Brasil nasceu de reflexões e desafios trazidos por autores e protagonistas de transformações na atenção à saúde mental de diferentes lugares do mundo aos profissionais brasileiros. Com maior influência do italiano Franco Basaglia. Estes fatos ocorreram em um período de repressão e perseguição às ideias contrárias ao regime político ditatorial. Os trabalhadores de saúde mental se levantaram contra a desagregação e violência presentes no cotidiano dos hospitais psiquiátricos, “angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação” (YASUÍ, 2006 p. 32).

A partir disso foi criado, ao final da década 1970, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). O objetivo do MTSM era formar um espaço não institucional de lutas e debates. Era formado por trabalhadores e diferentes entidades, entre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), além de outros setores da sociedade. Juntamente com a sociedade civil, o MTSM reivindicava mudanças na qualidade da assistência à saúde mental e melhores condições de trabalho. Protestos foram realizados pelos profissionais contra a situação desumana com que eram

tratados os internos. Os profissionais denunciavam os abusos que ocorriam no interior das instituições psiquiátricas e lutavam pela ruptura do modelo hospitalocêntrico (GULJOR, 2013; SCHECTMAN; ALVES, 2014). Nesse contexto, eclodiu a greve dos servidores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM – Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde) nos hospitais psiquiátricos federais do Rio de Janeiro, onde inicialmente houve a ebulição do movimento brasileiro contra a psiquiatria tradicional. Posteriormente, este movimento foi disseminado também para São Paulo, Bahia, Minas Gerais e outros estados onde estavam os maiores hospitais psiquiátricos do país.

Uma singularidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira é que, diferentemente dos outros países, esta não eclodiu em decorrência dos impactos da Segunda Guerra Mundial, onde, a partir deste evento, passou-se a criticar o modelo da psiquiatria tradicional. Ao contrário, no Brasil, este foi o período em que houve maior crescimento de investimento em manicômios privados com financiamento público. Porém, a crítica ao modelo hospitalocêntrico e desagregador veio também em meio à experiência brasileira de sofrimento e tortura, em tempos de ditadura militar (GULJOR, 2013).

Portanto, em um contexto de críticas e necessidades de reordenamento da assistência psiquiátrica no país e de fomentos de perspectivas contrárias ao modelo vigente inspirados em outros países, surgiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em um período histórico e político de ressurgimento dos movimentos sociais e busca pela democratização do país, em meados de 1970 (YASUÍ, 2006). A RPB nasceu como movimento social nos anos 1970, ganha na década seguinte maior organização e se fortalece, inspirando políticas públicas de saúde mental nos anos 1990.

Em seu início, prevaleceu seu ideário social, com planos e estratégias para alargar suas fronteiras para além dos hospitais e universidades. Posteriormente, diferentes paradigmas e práticas surgiram inspirando mudanças na estrutura e nos modos de orientar as ações, como as experiências dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A partir dessas ações, portarias e normatizações do Ministério da Saúde foram construídas, constituindo, deste modo, um conjunto de políticas públicas voltadas para saúde mental (YASUÍ, 2006). Também neste sentido, Hirdes (2009) pontua em uma breve síntese sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira que, com o passar do tempo, houve a intercalação entre períodos de intensas discussões desencadeando o surgimento de diferentes dispositivos e programas em saúde mental com períodos onde o processo caminhou mais lentamente. São destacadas as décadas de 1980 e 1990 como as mais expressivas no que tange à reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Ao final deste trabalho consta uma linha do tempo do percurso do Movimento de Luta Antimanicomial (Apêndice A). São apresentados os marcos significativos ao longo desses quase 40 anos de atuação no cenário brasileiro. É importante enfatizar que os acontecimentos e períodos da trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira não ocorreram de modo contínuo ou linear e que, portanto, devem ser entendidos como processo dinâmico, com a ocorrência de fatos e momentos que se deram de forma concomitante. Além disso, a partir dos anos 1990, como veremos, a constituição do Sistema Único de Saúde caminha paralelamente a essas conquistas.

Yasuí (2006) destaca a dimensão política da Reforma Psiquiátrica Brasileira pela qual se dava a articulação de princípios e proposições que, além de provocar mudanças no aparato jurídico do Estado abalava a estrutura da sociedade como um todo; ao ativar diferentes atores sociais, criar novos dispositivos de assistência, transformar políticas municipais e fomentar as universidades. As reivindicações da RPB atingiam diretamente a relação do Estado com a sociedade e, em decorrência disto, tensões e conflitos estão presentes neste processo, no anseio de alcançar uma transformação social por meio da luta política. O autor enfatiza que a Reforma Psiquiátrica Brasileira deve ser compreendida, a partir de suas origens, como movimento social e como organização de diferentes atores da sociedade civil dispostos a expor suas demandas e carências, assumindo o protagonismo e pressionando o Estado pela garantia dos direitos dos cidadãos. As ações da RPB envolviam explanação dos interesses, disputas e articulações com vistas ao estabelecimento de novos pactos sociais; acreditava-se na possibilidade de transformar a sociedade como um todo.

Destaca-se a importância do contexto histórico em que se deu nossa Reforma Psiquiátrica e suas influências no processo. Yasuí (2006) afirma que a RPB carrega características do seu tempo e Guljor (2013) também reforça a situação em que se encontrava o Brasil ao final da década de 1970 e as transformações que se sucederam juntamente com o avanço dos movimentos sociais, colocando a RPB entre os protagonistas principais das mudanças no cenário brasileiro. Nas palavras da autora,

Discutir a Reforma Psiquiátrica no Brasil demanda um olhar ampliado sob a perspectiva da complexidade do processo que se desenvolve por mais de três décadas. A realidade brasileira no que se refere ao sistema de proteção social, à constituição vigente, às transformações do regime político e à organização dos movimentos sociais sofreu grandes transformações neste período. Deste modo, nos autorizamos afirmar que as rupturas, avanços e retrocessos no quadro nacional fazem da Reforma Brasileira um desafio aos pesquisadores desejosos de analisar suas particularidades (GULJOR, 2013, p. 121).

Por entre os caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira - com seus feitos, suas tensões, seus retrocessos e suas conquistas - o que para mim fica muito marcado é a atuação dos profissionais da saúde mental, sobretudo nos primeiros anos do MTSM. Tamanha mobilização e protagonismo social e político apontam para um grande inconformismo frente ao quadro instaurado no país naquele período. A fim de melhor compreensão dos anseios apresentados pelo movimento, me interessou retomar os motivos que levaram às reivindicações, denúncias e desejos de mudanças trazidos pelos profissionais que acabaram por conformar este marco na história da saúde brasileira. Considero importante resgatar e destacar as razões que levaram à Reforma Psiquiátrica no Brasil, por reconhecer que as ideias levantadas e as mudanças defendidas trouxeram para o país uma nova perspectiva quanto à loucura e seu contexto, assim como, de assistir e de cuidar daqueles que sofrem com transtornos psíquicos, e que continuam como alvo de luta e militância até os dias atuais.

No depoimento da representante, na época, da Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, Mônica Valente, publicado em 1988 - ano em que a Constituição Federal foi promulgada - é possível resgatar algumas das inquietações que acometiam os profissionais nos primeiros anos da reforma. Destaca-se, na fala da representante, o valor dado à organização e ao espaço de livre discussão sobre as preocupações e necessidades teóricas e conceituais do campo da saúde mental, sem interferência ou veto algum do Estado. Os encontros dos trabalhadores, como também, a criação da plenária significavam espaços espontâneos de discussões sobre as práticas, experiências e vivências do dia-a-dia do trabalho nos hospitais psiquiátricos (VALENTE, 1988). Essa não vinculação com aparatos estatais é um aspecto significativo na história da organização dos trabalhadores e, sem dúvida, contribuiu para o fortalecimento do movimento. Esta ainda é uma característica presente no Movimento de Luta Antimanicomial.

Valente (1988) relata o entendimento de que o modo de organização social e suas influências na vida das pessoas atuavam como um dos determinantes das doenças mentais. E a partir disto, realizavam discussões sobre a estrutura social e os seus efeitos devastadores, defendiam que as jornadas pesadas de trabalho e a ausência de momentos de prazer, lazer e melhores condições de vida, favoreciam o desequilíbrio psíquico dos cidadãos. O interessante é que eles, os profissionais, se colocavam nas mesmas condições de sofrimento, se viam como trabalhadores da saúde mental submersos nos problemas comuns que a população enfrentava. E ainda, com a responsabilidade de atender aos sofrimentos psíquicos das pessoas, muitas vezes sem condições de trabalho necessárias para tal função.

Também estava incluso nas pautas de discussões dos trabalhadores de saúde mental a lógica manicomial presente na sociedade. Eles reivindicavam a extinção dos manicômios por entenderem que estes possuem “toda uma representação simbólica repressiva e cerceadora, discriminatória e estigmatizante, dos problemas psíquicos” (VALENTE, 1988, p. 18). Porém, acreditavam que esses aspectos estavam presentes também em outras instituições da sociedade e que eram difundidos em outras relações onde a exclusão poderia se repetir tanto quanto no interior de um hospício como em ambulatórios, diagnósticos, instituições socioeducativas ou locais de trabalho.

Os trabalhadores da Saúde Mental (SM) entendiam que a organização política e econômica do país produzia a discriminação e um alto número de marginalizados e que, portanto, era necessário ir contra a produção social da loucura (VALENTE, 1988). Uma questão que aparece claramente, e que é importante de ser destacada, é que os formuladores da Reforma Psiquiátrica pensavam para além dos manicômios e do processo de trabalho. Tinham como horizonte a desconstrução social da patologização, da exclusão e da discriminação. Os reformistas preocupavam-se em mostrar para população a situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica e não somente de discutir entre si. Mais que mudanças no interior da assistência à saúde, fica claro o anseio por uma transformação social, conforme pode ser observado:

O nosso movimento tem como uma de suas pretensões levar essas questões para toda a sociedade, envolvendo os trabalhadores, as donas de casa, as minorias discriminadas, para criar uma compreensão coletiva de que a atual estrutura de atenção à saúde mental é horrível, e que não bastam melhorias plásticas, ou maiores aprofundamentos teóricos para a resolução dessa problemática. Ela passa, também, por relações sociais diferentes, e isso só ocorrerá se a sociedade toda estiver envolvida num processo de lutas que culmine pela conquista da plena cidadania a todos (VALENTE, 1988, p. 18).

No depoimento da representante da plenária dos trabalhadores de saúde mental, no final da década de 1980, é também relatado o esforço, diante das resistências do governo, para manter os espaços de debates. Espaços estes bastante valorizados pelos reformistas, pois do interior dessas rodas de conversa é que saíam a formulação dos novos rumos desejados para o campo da saúde mental. Ainda no depoimento, é possível identificar a preocupação com a maneira como eram conduzidos os atendimentos prestados às pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos. Denunciavam atitudes de violação de direitos e práticas que estimulavam a exclusão e a manutenção do modelo manicomial com a desarticulação com ações extra-hospitalares. Os profissionais reivindicavam a garantia de melhores condições às pessoas em sofrimento psíquico.

As práticas e condições apresentadas no interior dos hospitais psiquiátricos, que foram repugnadas pelos profissionais de saúde mental, foco de denúncia e reivindicações, podem ser vistas em diferentes imagens hoje disponíveis em livros e na internet, assim como, em documentários produzidos na época que mostraram a realidade das instituições e o cotidiano dos internos. Os documentários “Em nome da razão” gravado em 1979, do cineasta Helvécio Ratton, e “Stultifera Navis”, dos cineastas Clodoaldo Lino, Eduardo Madrado e Neli Castro, realizado em 1987, entre outros, permitem uma visualização das condições que levaram os profissionais a denunciarem práticas de exclusão social e abandono das pessoas em sofrimento psíquico.

O primeiro documentário citado foi gravado no hospital psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais e, já no início, se refere ao hospital como um depósito de pessoas improdutivas e indesejáveis para a sociedade. O documentário apresenta o cenário de horror em que viviam os internos no final da década de 1970 onde, além de não possuir instalações adequadas e o mínimo de condições sanitárias, as pessoas vivam sob um regime punitivo e desmantelador. O segundo documentário se passa já na década de 1980, foi gravado na Colônia Juliano Moreira, na cidade do Rio de Janeiro. Nesse período os ideais da Reforma Psiquiátrica já estavam melhor delimitados, porém, vê-se a instituição ainda baseada na psiquiatria tradicional e prestando uma assistência inapropriada e em condições indignas para um ser humano. O encontro com essas cenas incorpora ainda mais peso aos relatos das preocupações e reivindicações dos profissionais de saúde mental e sua trajetória de lutas por mudanças no campo da psiquiatria (EM NOME, 1979; STULTIFERA, 1987).

O pilar que fundamenta a concepção de reforma do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental é a crítica ao saber psiquiátrico. É sustentado nisto que, se conforma um processo que anseia pela transformação assistencial, que emergem novas questões no campo da saúde mental, que surgem diferentes atores e protagonistas e uma nova e rica produção teórica. Porém, existem diferentes projetos de reforma psiquiátrica que não podem ser vistos como homogêneos, pois se distanciam à medida que enfatizam diferentes aspectos. “Os conceitos e as práticas quanto à reforma psiquiátrica são muito diversos entre os atores que a exercitam” (AMARANTE, 1996, p. 17).

A diferenciação entre os projetos de reforma é demarcada pela forma prática e teórica em que é realizada a desinstitucionalização, importante conceito que inaugura novas perspectivas para o campo (AMARANTE, 1996). São pontuados três modos possíveis de compreender e exercer a desinstitucionalização: desospitalização, desassistência e desconstrução.

A ideia de desinstitucionalização como desospitalização nasceu nos Estados Unidos da América (EUA), a partir de projetos de psiquiatria preventiva e comunitária. Este modo de compreender a desinstitucionalização atua com base em uma crítica ao sistema psiquiátrico por manter o hospital como o centro da assistência. Porém, não questiona o saber que o legitima. Sendo assim, o paradigma psiquiátrico tradicional se faz presente e seus princípios são validados. Nesta concepção, a reforma se dá pelo reajuste administrativo e pressupõe a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas. Deste modo, a crise do sistema psiquiátrico é vista como a má utilização da psiquiatria. O reordenamento no sistema psiquiátrico com base preventiva e comunitária acontece por meio de medidas saneadoras e racionalizadoras. Isto implica em redução de leitos e do tempo médio de internação, aumento de altas hospitalares e no desenvolvimento de serviços intermediários e, ainda, na instalação de uma rede de serviços de caráter sanitário, preventivo, promocional e comunitário para intervir no aparecimento e no desenvolvimento das doenças (AMARANTE, 1996).

Amarante (1996) pontua que, ainda que a desinstitucionalização compreendida como desospitalização seja fundamentada em uma crítica ao sistema psiquiátrico, ela é direcionada para fins administrativos. Está atrelada às medidas como a redução de gastos governamentais, e não para mudanças na assistência, ou para, o questionamento das práticas manicomiais e da base teórica, em que a psiquiatria sustenta o conceito de loucura, bem como, suas aplicações terapêuticas. Ela ainda colabora para a expansão dos espaços psiquiátricos que são fundamentados nos conceitos de desvio, desajuste, anormalidade.

A desinstitucionalização compreendida como desassistência se refere à ausência de assistência e ao abandono das pessoas internadas. Como se as políticas de desinstitucionalização não tivessem por objetivo a implementação de outras modalidades assistenciais, em substituição ao modelo asilar e hospitalocêntrico. Entre os adeptos desta concepção de desinstitucionalização como desamparo, estão grupos conservadores, que se opõem à ideia de exercício de direitos e igualdade para os grupos reconhecidos como minoritários na sociedade, ou ainda, aqueles que se beneficiam de algum modo específico do modelo centrado no hospital (AMARANTE, 1996).

A desinstitucionalização como desconstrução é, segundo Amarante (1996), a que a Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou como inspiração. Nesta concepção, predomina a crítica epistemológica ao saber psiquiátrico, onde inclusive a noção de cidadania é ampliada de modo a questionar a concepção de doença mental prevalente, que limita os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A desinstitucionalização como desconstrução visa superar a positividade suprema da ciência moderna e a racionalidade causa-efeito inerente a ela. Esta

noção de desinstitucionalização é inspirada no percurso teórico-prático de Franco Basaglia, o qual se afasta do paradigma tradicional da psiquiatria a partir de sua desconstrução e, deste modo, promove abertura para um novo entendimento prático-discursivo acerca da loucura e do sofrimento humano.

Rotelli et al. (1990) afirmam que o principal objetivo da desinstitucionalização é promover a transformação na relação de poder entre a instituição e as pessoas. Sobretudo, as pessoas que vivenciaram a experiência do manicômio. Segundo os autores, essa mudança acontece através de atitudes fundamentais, como: a eliminação das formas de contenção; o restabelecimento da relação do sujeito com seu próprio corpo; a reconstrução do direito das pessoas e da capacidade de utilizarem objetos pessoais, assim como, reconstruir o direito à palavra; extinguir a ergoterapia; abrir as portas, estimular relações, espaços e objetos de trocas; tornar livre os sentimentos; restituir direitos civis e eliminar status de periculosidade; reativar uma fonte de rendimentos para possibilitar a realização de trocas sociais.

Apontam ainda, os autores que o sofrimento psíquico talvez não encontre um fim, mas com essas mudanças se começa a atenuar os motivos, transformam-se os modos e o peso com que esse sofrimento se faz presente na vida das pessoas e, da mesma forma, não se extingue a necessidade delas serem assistidas,

Porque a simplicidade destas mudanças ajuda a compreender como a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por ora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida” (ROTELLI et al., 1990, p. 33).

Foi a partir deste enfoque que, no Brasil, o movimento deixou de ser algo específico do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, para ampliar-se e torna-se um movimento social pela Reforma Psiquiátrica, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Convocando toda a sociedade a um compromisso com a desinstitucionalização. A partir disto, foram desenvolvidas estratégias de luta contra a violência das instituições e reivindicação por mudanças no manejo da loucura e da psiquiatria, “tais estratégias implicam no reconhecimento de que, se a realidade é essencialmente construída, pode ser substancialmente modificada” (AMARANTE, 1996, p. 23).

1.1.2 Reforma Sanitária Brasileira e Organização do SUS

Considero importante percorrer alguns poucos caminhos concernentes ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o modo de organização dos serviços em saúde. E a partir disto, trazer subsídios para o entendimento da forma como o campo da saúde mental é estruturado e, conseqüentemente, como o sentido do cuidado nesta acepção pode ser capturado.

As reivindicações da sociedade civil pela construção de um Sistema Único de Saúde na década de 1980, no Movimento da Reforma Sanitária, são o solo para a elaboração de uma seção exclusiva sobre a saúde na Constituição Federal (CF) de 1988. A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento social que eclodiu nos anos 1970, organizado por diferentes segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da área da saúde. O movimento sanitário tinha como principais objetivos a defesa da democratização da saúde e a reestruturação do sistema de dispositivos e serviços em saúde (PAIM, 2009).

Na Constituição Federal de 1988, instaurou-se o direito à saúde e atribuiu-se ao Estado a responsabilidade de garanti-lo por meio de políticas sociais e econômicas com vistas a reduzir os riscos de doenças e outros agravos. Assim como, também, proporcionar acesso universal e igualitário às ações e serviços que objetivam promoção, proteção e recuperação da saúde. Detalhando os termos presentes na CF 1988, especificamente o artigo 196, que inaugura a saúde como direito constitucional, por acesso universal pode-se entender o livre alcance de qualquer pessoa em solo brasileiro, sem qualquer distinção, a toda ação de saúde que esta porventura venha a necessitar sem nenhum tipo de impedimento. E por acesso igualitário, entende-se acesso igual para todos, o que é reformulado pelo conceito de equidade, que significa “atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade” (PAIM, 2009, p. 45).

O Sistema Único de Saúde foi formulado a partir da premissa de que todos possuem direito à saúde e foi organizado conforme as diretrizes previstas pela Constituição Federal, como é visível no Art 2º da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990¹ que regulamenta o SUS: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” Entre os princípios do SUS estão a universalidade ao acesso a serviços de todos os níveis de assistência e a integralidade como sendo a articulação entre diferentes ações e dispositivos em saúde conforme necessidade de cada pessoa. E ainda,

¹ Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011.

uma das diretrizes organizativas, orienta que todas as ações e serviços realizados no âmbito do SUS, inclusive os que são executados por iniciativas privadas, sejam organizados de modo regionalizado e hierarquizado de acordo com o seu nível de complexidade. Silva (2011) aponta que esta organização do SUS promoveu a formação de redes assistenciais como uma de suas principais diretrizes.

Os níveis de assistência e de complexidade a que se refere a Lei nº 8080/90 diz em respeito a uma ordenação dos dispositivos de saúde e às ações empregadas a cada um deles. Levando em consideração o grau de abrangência, a especificidade da ação e o aparato tecnológico envolvidos, configurando deste modo, uma rede composta por diferentes dispositivos, sendo estes agrupados em três níveis: Atenção Básica, Nível Médio e Nível Alto.

1.1.3 Atenção Básica em Saúde

Neste tópico pretendo traçar um panorama da estruturação da Atenção Básica no Brasil, com destaque para a inserção da saúde mental no nível inicial de acesso ao sistema de saúde, como preconizado pelo SUS.

Esta organização dos serviços de saúde foi apresentada pela primeira vez em 1920 no Relatório Dawson, onde foi inaugurada a ideia de um modelo de atenção baseado em centros primários e secundários, serviços domiciliares e hospitais. O relatório é resultado de um debate e, posteriormente, de uma solicitação do governo, que buscava transformações no sistema de proteção social da sociedade inglesa após a Primeira Guerra Mundial. O principal objetivo era formular um modo de prover serviços de saúde para a população de regiões definidas (MATTA; MOROSINI, 2009; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Na parte introdutória do Relatório Dawson, é possível identificar características que permanecem até os dias atuais, pois o modelo de organização dos serviços de saúde proposto influenciou diferentes sistemas de saúde em todo o mundo. No documento, pude identificar as noções de regionalização e hierarquização presentes na realidade dos sistemas e também na política do SUS. Outro aspecto a ser destacado é a noção de indissociabilidade entre as ações curativas e preventivas como fundamental para esta nova organização, que está ligada à noção de integralidade. Considerava-se importante proporcionar à população instrumentos para a preservação da saúde, como pode ser visto: “é necessário colocar a disposição de todos os cidadãos os melhores meios para manter a saúde e curar as enfermidades”

(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964, p. 2). Destacam-se trechos do relatório em que é possível identificar os conceitos mencionados,

Os serviços domiciliares de determinada região devem contar como base um centro primário de saúde, o que quer dizer, uma instituição dotada de serviços de medicina curativa e preventiva que estarão sob responsabilidade dos médicos gerais, juntamente com uma equipe eficiente de serviços de enfermagem e com ajuda de consultores e especialistas visitantes. Os centros primários de saúde variam de tamanho e complexidade segundo as condições locais e conforme a situação da cidade ou do campo, mas a equipe será composta, em sua maioria, por médicos do distrito correspondente, “oferecendo aos pacientes os serviços de seus próprios médicos” [...]. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter como base um centro secundário de saúde. Os centros primários encaminharão os casos difíceis ou aqueles que requerem tratamento específico, estão situados os centros primários na mesma cidade ou na área rural circundante. Os centros secundários necessitarão de equipe mais variada e a equipe médica deve ser formada por especialistas. Os pacientes que ingressarem em um centro secundário de saúde desejarão ser atendidos por seus próprios médicos, estando sob os cuidados da equipe médica do centro. Enquanto a equipe do centro primário de saúde será composta principalmente por médicos gerais, o centro secundário de saúde será formado por especialistas. Seria este um serviço funcional de consultas por especialidades ou de médicos gerais que desempenharia uma função apenas consultiva. Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem estar vinculados com um hospital [...] Isto é conveniente, primeiro em benefício do paciente, que nos casos mais difíceis se utiliza das vantagens das melhores técnicas disponíveis e, segundo, em benefício da equipe médica pertencente aos centros secundários, que podem assim acompanhar até as últimas etapas uma enfermidade a qual interviram desde o início, se familiarizarem com o tratamento adotado e atender as necessidades do paciente após o retorno a sua área (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964, p. 4-5)².

O que se destaca no Relatório Dawson é a abrangência e a profundidade em que foi formulado o projeto de um novo modelo de atenção à saúde. Ele inaugura a noção de territorialização e a necessidade de atuação em conjunto da saúde pública e da atenção individual. Apresenta conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação através da atenção primária; e ainda, a formulação dos serviços em rede, que visava à garantia de acesso a toda população, utilizando-se de parâmetros de eficiência e qualidade, concentrou serviços e instaurou mecanismos de referência. A regionalização, referia-se a territórios de alto fluxo populacional, sendo capazes de gerenciar os recursos de saúde de todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. A noção de hierarquização estava atrelada à complexidade tecnológica e não ao juízo de valor de maior ou menor relevância entre os níveis. O primeiro nível de atenção ficou estipulado como o responsável pelo acesso da população aos demais recursos e serviços especializados e hospitalares (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

² Tradução realizada pela autora.

O modelo de atenção em saúde proposto no Relatório Dawson foi revolucionário, influenciando novas maneiras de formular a organização da assistência à saúde em diversos lugares. Starfield (2002, p. 30) afirma que “este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável e em funcionamento”. Nota-se que a organização do sistema de saúde do Brasil recebe influências diretas do modelo proposto por Dawson.

Ao analisar a organização dos serviços implantada na formulação do SUS, Cecílio (1997) a compara à figura de uma pirâmide. Na base, onde fica o espaço mais amplo, está o conjunto de unidades de saúde, cuja responsabilidade é promover à população do território estipulado um conjunto de ações de atenção primária. Deste modo, construindo a porta de entrada do sistema que dá acesso aos níveis mais elevados com maior complexidade tecnológica. Na parte central da pirâmide encontra-se a atenção secundária, com serviços ambulatoriais, especialidades clínicas, serviços de diagnósticos e terapêuticos e de atendimentos de emergência e urgência. E no alto da pirâmide, como último nível, estão os serviços de elevada complexidade com hospitais de caráter regional, estadual e também de nível nacional. De acordo com o autor, os níveis representados pela pirâmide, sugerem certa racionalização da assistência, de modo que se espera um movimento ordenado de pessoas transitando entre os diferentes níveis conforme as necessidades de saúde forem sendo supridas nos espaços adequados.

Ainda de acordo com Cecílio (1997), a organização assistencial do SUS de modo hierarquizado e regionalizado foi legitimada e tornou-se alvo de defesa e luta por conseguir representar um ideário de justiça social almejado para o setor saúde, por estar atrelada à expansão da cobertura e à democratização do acesso à assistência em saúde para toda a população brasileira. A concepção de acesso ao sistema pela atenção primária, chamada de porta de entrada, corrobora com a política defendida pelo movimento sanitário.

Além deste, o autor elenca outros fatores que favoreceram a legitimação deste modelo tecno-assistencial, tais como: a) a delimitação de um território, com uma população definida onde pudessem ser desenvolvidas ações de saúde conforme as necessidades levantadas no local, apareceu como uma forte medida contra hegemônica. Pois, haveria a possibilidade de investir em prevenção da doença e promoção da saúde, em detrimento de ações medicalizantes e curativas do modelo prevalente; b) a hierarquização dos serviços de saúde representava uma estratégia para a racionalização no uso dos recursos disponíveis no setor. Significava utilizar o recurso tecnológico certo no espaço adequado, conforme a necessidade

apresentada pelo usuário. A hierarquização seria então o mecanismo que garantiria o acesso do usuário a todo o aparato tecnológico que o SUS dispõe para que o usuário satisfaça sua necessidade de saúde. Este modelo de pirâmide simbolizava a luta em defesa da vida; c) o posicionamento do serviço de saúde no local de convivência dos usuários, próximo de suas residências, foi percebido como um facilitador do acesso e, ainda, como um fator propiciador para a criação de vínculo entre as equipes de saúde com a população atendida; d) o modelo pirâmide apresentaria, de modo seguro, onde devem ser priorizados os investimentos, uma vez que permitiria melhor visualização e reconhecimento das necessidades da população. Seja em recursos humanos, seja na instalação de novos equipamentos. A representação dos serviços de saúde deste modo regionalizado e hierarquizado ganhou forte legitimidade por conseguir reunir possibilidades de soluções para importante parte dos anseios dos movimentos que lutavam pela construção do SUS (CECÍLIO, 1997).

O primeiro nível de atenção é comumente chamado no Brasil de Atenção Básica à Saúde e advém de uma concepção internacional de primeiros cuidados à saúde, caracterizado como Atenção Primária. Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários foi instituída a Atenção Primária à Saúde como uma política a ser desenvolvida em diversos países do mundo. A chamada Declaração de Alma-Ata instaurou a meta de alcançar até o ano 2000 um nível alto de saúde para múltiplos povos e, como chave para esta conquista, convencionou-se desenvolver a Atenção Primária à Saúde. Esta foi definida como um conjunto de ações baseadas em métodos e tecnologias práticas disponíveis para indivíduos e comunidades através da efetiva participação e a um custo que pode ser mantido pela população e pelo país. Devem ocupar um lugar central na política dos sistemas nacionais de saúde e fazer parte do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. E ainda, devem estar presentes nos locais próximos de onde as pessoas vivem e trabalham. A Atenção Primária deve ser o ponto de acesso dos cidadãos, das famílias e das comunidades aos demais níveis de atenção, conforme a necessidade (OMS, 1978).

Segundo a Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária reflete as condições socioeconômicas e culturais de um país. Deve estar direcionada para as necessidades de saúde das populações, provendo ações de proteção, cura e reabilitação, de acordo com os problemas levantados. Deve agregar serviços de educação, promoção de alimentos e nutrição, previsão da qualidade da água e saneamento básico, atenção à saúde materno-infantil, prevenção e controle de doenças locais, tratamento de doenças e lesões e distribuição de medicamentos essenciais. Também requer intersetorialidade; precisa promover autonomia e estimular participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle das

ações primárias; deve ser amparada por sistemas de referência que funcionam de modo integrado, proporcionando melhorias na assistência de saúde para todos, principalmente para o que mais precisam e, ainda, devem contar com diferentes profissionais e diferentes tipos de trabalhos em saúde articulados e treinados social e tecnicamente para atuar em equipe (OMS, 1978). A partir desta conferência, a noção de Atenção Primária ganhou força e legitimidade do ponto de vista internacional, configurando-se modelo a ser implantado nos diversos países do mundo.

Há divergências acerca da estrutura do modelo piramidal. Silva (2011) afirma que a estruturação entre os níveis não deve corresponder à forma de pirâmide, onde a atenção primária é colocada na base e os demais são conformados de acordo com o nível de complexidade. O autor coloca que os diferentes dispositivos devem interagir de modo horizontalizado e interdependente entre si, percorrendo diferentes fluxos. Assim sendo, o funcionamento da rede não obedece a uma linearidade e um ordenamento padrão, mas pode ser estabelecido conforme a demanda e a particularidade apresentada pela pessoa que faz uso dos serviços do SUS. Nesta perspectiva, é enfatizada a necessidade dos dispositivos elaborarem mecanismos que venham estimular a intercomunicação entre os componentes da rede e de orientação às pessoas quanto a sua transitoriedade.

Entre os aspectos que compõem as redes integradas e regionalizadas estão: os espaços territoriais, onde são estabelecidas suas populações e as ações e dispositivos que atendam às necessidades apresentadas; os dispositivos de saúde, com funções e objetivos delimitados; o mecanismo organizador, com a finalidade de orientar e controlar o acesso e a circulação das pessoas por entre os dispositivos; e, o sistema de governança. A atenção primária, nesta associação espaço territorial/população/dispositivos de saúde, tem grande importância uma vez que, por meio dela, podem-se organizar as ações e ordenar o acesso das pessoas aos outros pontos da rede de atenção. E os demais dispositivos são estabelecidos de modo a suprir as demandas de ambulatórios especializados, hospitais, assistência farmacêutica (SILVA, 2011).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica define este primeiro âmbito de assistência à saúde como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012, p. 19). Com vistas a, desenvolver uma atenção integral que alcance as condições de saúde e a autonomia dos cidadãos, como também, os determinantes e condicionantes de saúde da população. Nesta política, é também enfatizada a atenção básica como porta de entrada da

pessoa ao sistema, com a responsabilidade de realizar acolhimento, vinculação e estimular a corresponsabilização da mesma pela atenção à sua saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF), as Unidades Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, são dispositivos de destaque da Atenção Básica voltados para recepcionar o usuário e garantir o acesso dele aos demais pontos do sistema, conforme a necessidade.

1.1.3.1 Saúde Mental na Atenção Básica

Para compor as equipes da Estratégia Saúde da Família, em 2008, por meio da Portaria nº 154/2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi implantado com o intuito de promover a ampliação das ações da atenção básica e dar apoio à atuação das equipes Saúde da Família, corroborando com os princípios de territorialização e regionalização por meio da atenção básica. Porém, o NASF não é porta de entrada, seu objetivo é atuar juntamente com a equipe Saúde da Família a partir do compartilhamento das práticas e ações de saúde no território, de modo a fortalecer os atributos da Atenção Básica. Para isto, as equipes do NASF são formadas por profissionais de diferentes campos do saber para que, em um trabalho em conjunto na ESF, possam atender às necessidades de saúde identificadas no território.

A saúde mental está entre as diferentes questões de saúde previstas para a atuação do NASF junto às equipes de Saúde da Família. É pontuado na Portaria nº154/2008 inciso 2º do Art. 4º: “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental”. A partir disso, foi regulamentada a integração direta entre saúde mental e o âmbito da Atenção Básica. O Ministério da Saúde ao apresentar as diretrizes para o NASF e tratar da área saúde mental como umas das atribuições da equipe destaca que:

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2009, p. 36).

De acordo com Carvalho (2014), a Atenção Básica, como o primeiro acesso do sistema de saúde, deve estar organizada de modo a receber diferentes situações de saúde, sejam as mais simples e pontuais àquelas que necessitam de acompanhamento por toda a vida.

O Ministério da Saúde do Brasil, por sua vez, recomenda que sejam priorizadas ações de saúde mental na Atenção Básica a partir da articulação das equipes Saúde da Família com equipes de saúde mental. Que sejam desenvolvidas ações transversais que venham a auxiliar e qualificar as equipes da ESF para trabalharem com as questões de sofrimento psíquico. A fim de aperfeiçoar o manejo da saúde mental na Atenção Básica, os profissionais do NASF são convocados para dar suporte às equipes de Saúde da Família através do apoio matricial (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde entende por Apoio Matricial,

[...] um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes de atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2004, p. 80).

Chegam à Atenção Básica diferentes perfis de sofrimento psíquico, desde os mais severos até os considerados menos graves. As ações de saúde mental neste âmbito devem seguir a organização em rede prevalente no SUS, que atua com base territorial e hierarquizada. Carvalho (2014) pontua a importância da atuação da equipe da atenção básica tanto nos casos de menor gravidade, como no acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico considerado severo e persistente, em que a continuidade assistencial se dá a partir da integração com outros dispositivos que compõem a rede específica do campo da saúde mental. Além do apoio matricial possibilitar o suporte em atendimento de situações de sofrimento psíquico, também contribui para a integração com outros dispositivos da rede, promovendo ações de prevenção, promoção e acompanhamento a partir da atenção básica. Deste modo, o locus assistencial não é estático, podendo variar com o passar do tempo, e conforme a necessidade da pessoa concentrar-se em um ponto da rede que seja mais apropriado, seja na Atenção Básica ou em dispositivos especializados (BRASIL, 2009).

De acordo com Gryscek e Pinto (2015), a atuação das equipes do NASF através do apoio matricial às equipes Saúde da Família se dá por meio de reuniões em que são discutidas, entre as equipes, casos do território em que estão inseridos. Nessas reuniões, ocorrem trocas de experiências e espaços para as angústias e dificuldades das equipes saúde da família quanto à demanda recebida. A decisão de encaminhar o caso discutido para um nível mais especializado é tomada conjuntamente pelas equipes, as quais se tornam corresponsáveis pela situação apresentada. Os autores ressaltam que a possibilidade de construção de estratégias

entre as equipes é fator importante para assistência e, além disso, funciona como uma capacitação horizontal às equipes de Saúde da Família, por meio de discussões que conduzem a reflexões teóricas e práticas. Destaca-se a importância de investir em capacitação para os profissionais das equipes saúde da família para receberem as demandas de saúde mental, as quais chegam à Atenção Básica com frequência significativa. O Apoio Matricial é ressaltado como dispositivo capaz de otimizar, compartilhar, educar, atender e preparar para a recepção da demanda em saúde mental. O âmbito da Atenção Básica é visto como de grande relevância para a identificação e para a assistência à demanda em saúde mental (GRYSCHER; PINTO, 2015).

Frosi e Tesser (2015), defendem a importância da atuação das equipes de Saúde da Família no acesso e acompanhamento dos casos de pessoas em sofrimento psíquico. Porém, percebem a dificuldade das equipes em utilizarem ações e recursos que fortalecem a autonomia, com o enfoque na subjetividade, como participação comunitária, grupos de apoios e de práticas integrativas e complementares, favorecendo uma subutilização. Os autores atribuem estas dificuldades à falta de ancoragem e contato dos profissionais da atenção básica com a produção da atenção psicossocial, que por vezes permanecem restritas aos dispositivos especializados.

1.1.4 Rede de Atenção Psicossocial do SUS

Em 1989, no período de efervescência da Reforma Psiquiátrica, foi proposto o Projeto de Lei 3.657, do deputado Paulo Delgado, que dispunha acerca da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e do estabelecimento de uma rede substitutiva ao modelo manicomial de atenção às pessoas em sofrimento psíquico. Somente 22 anos depois, em 2011, a partir da Portaria nº 3.088/11 foi instituída, no âmbito do SUS, uma rede específica para saúde mental de base comunitária, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta possui o objetivo de estabelecer dispositivos assistenciais para pessoas em sofrimento psíquico e para aqueles que possuem necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para que se tenha uma visão geral do modo como foi conformada a rede, considero válido apresentar os diferentes eixos de atuação e os respectivos dispositivos atrelados a cada um deles. A descrição minuciosa dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, conforme é apresentada na portaria, torna-se importante, primeiramente, por permitir melhor visualização da forma como a rede foi organizada, como uma proposta de substituição do

modelo asilar. E, depois, por se fazer possível, através da demonstração da rede, situar onde os interesses deste estudo estão concentrados – nos dispositivos assistenciais em saúde mental de base comunitária. Desta forma, a Rede de Atenção Psicossocial é conformada por sete eixos de atuação, são eles:

- a) Atenção Básica em Saúde - composta pelas unidades Saúde da Família, com ações de promoção à saúde mental, prevenção e assistência à pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico; por equipes de atenção básica voltadas para populações específicas, como as equipes de consultório de rua que prestam assistência à pessoas em situação de rua em geral e às pessoas em sofrimento psíquico; e as equipes que prestam apoio à modalidade de Atenção Residencial de Caráter Transitório. Neste eixo de atuação, somam-se ainda os chamados Centros de Convivência que são unidades públicas que se articulam com as redes de atenção à saúde. Eles oferecem sociabilidade, espaços de cultura e lazer, entendidos como serviços estratégicos para a inclusão social.
- b) Atenção Psicossocial Especializada - configura-se pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Este dispositivo é voltado para pessoas em sofrimento psíquico considerado severo e persistente de um determinado território, atua por meio de equipes multiprofissionais com vistas à interdisciplinaridade. A assistência se dá a partir de Projetos Terapêuticos Individuais que envolvam a equipe, a pessoa assistida e os familiares. Devem se enquadrar nos regimes intensivos, semi-intensivos e não intensivos. Pressupõem-se que as atividades realizadas no interior dos CAPS sejam em espaços coletivos e articulados com outros pontos da rede de atenção à saúde.
- c) Atenção de Urgência e Emergência – composta por SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24h, entre outros. É de responsabilidade destes dispositivos acolher, prestar assistência em situações de urgência e emergência e realizar a classificação de risco; devem estar articulados com os CAPS.
- d) Atenção Residencial de Caráter Transitório - constituída pelas unidades de acolhimento que funcionam 24 horas em ambiente residencial com o objetivo de oferecer assistência em saúde à pessoas com necessidades provenientes do uso de crack, álcool ou outras drogas, em situação de vulnerabilidade social ou familiar, podendo se estender por até seis meses; e Serviços de Atenção em Regime Residencial, que estendem até nove meses o período de permanência.

- e) Atenção Hospitalar – composta pelas enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e pelos Serviços Hospitalares de Referência. As enfermarias devem oferecer assistência aos casos graves cujo atendimento precisa se basear no Projeto Terapêutico Individual realizado no serviço de referência da pessoa. O período de internação deve ser curto, até o alcance da estabilidade clínica. As equipes devem ser multiprofissionais e atuarem de modo interdisciplinar. O serviço hospitalar de referência oferece internações de curto período, conforme o previsto em lei. Seu funcionamento é integral, 24 horas durante os sete dias da semana, sem interrupções.
- f) Estratégias de Desinstitucionalização – são os serviços residenciais terapêuticos que se configuram por moradias dentro das comunidades preparadas para receber pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, Programa de Residências Terapêuticas, hospitais de custódia, entre outros, que estão saindo de internações de longa permanência. As Estratégias de Desinstitucionalização visam à inclusão social, por meio do estímulo da autonomia e do exercício da cidadania. Inclui-se aí, o Programa de Volta pra Casa.
- g) Reabilitação Psicossocial – São ações de caráter intersetorial que visam à inclusão produtiva e à formação e qualificação para o trabalho. Formada por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Rede de Atenção Psicossocial						
Atenção Básica em Saúde	Atenção Psicossocial Especializada	Atenção de Urgência e Emergência	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Atenção Hospitalar	Estratégias de Desinstitucionalização	Reabilitação Psicossocial
Unidade Básica de Saúde	Centro de Atenção Psicossocial	SAMU	Unidade de Acolhimento	Enfermaria Especializada em Hospitais Gerais	Programa de Residências Terapêuticas	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
Consultório de Rua		Sala de Estabilização	Serviços de Atenção em Regime Residencial	Serviço Hospitalar de Referência	Programa de Volta pra Casa	Empreendimentos Solidários
Apoio aos Serviços Residenciais de Caráter Transitório		UPA 24h				Cooperativas Sociais
Centro de Convivências						

Quadro 1 – Representação dos Eixos de Atuação e os respectivos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Fonte: Elaboração da autora, 2015.

Entre os dispositivos mencionados, o Ministério da Saúde considera o Centro de Atenção Psicossocial como o principal articulador entre os demais serviços e estratégico na organização da rede de atenção em saúde mental. Os CAPS devem permanecer articulados com a rede de atenção à saúde e as demais redes sociais que os circundam de modo a responder à demanda de assistência no espaço comunitário e de reinserção social (BRASIL,

2004). Além de se manter em constante articulação e comunicação com os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Os CAPS constituem a concretização dos principais anseios da Reforma Psiquiátrica, de uma assistência de base comunitária cuja as pessoas em sofrimento psíquico podem circular pela comunidade, ter acesso aos diferentes dispositivos sociais. Conviver próximo e em contato com amigos e familiares e fazer parte da dinâmica social da sua cidade, do seu bairro. Em contrapartida, proporcionar às demais pessoas a desmistificação da loucura, dos preconceitos e estigmas alimentados pela lógica da exclusão. Assim, extinguir o modelo manicomial e aproximar a loucura do convívio social é um importante passo em direção à transformação social almejada pela Reforma Psiquiátrica.

Recentemente, foi lançada pelo Ministério da Saúde do Brasil a 12ª edição da cartilha Saúde Mental em Dados, publicação destinada a apresentar informações acerca do funcionamento da RAPS no território nacional. De acordo com o documento, o ano de 2014 encerrou-se com 111 Equipes de Consultórios na Rua, dos 27 estados brasileiros, 24 possuem ao menos uma equipe em atividade. Quanto ao número de CAPS, o documento mostra o aumento expressivo de unidades na última década totalizando 2.209 no ano que passou. A expansão do número de CAPS é apontada na cartilha como resultado da consolidação do modelo psicossocial e da ampliação da assistência de base territorial e comunitária. Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos a serem implantados em municípios com mais de 15 mil habitantes. As regiões que apresentam melhores índices de cobertura são Nordeste e Sul, seguidas das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte (BRASIL, 2015).

Quanto ao investimento de recursos federais direcionados aos CAPS, no documento Saúde Mental em Dados 12, observou-se um aumento em virtude do crescimento de unidades. Os dados apontam que, a partir de 2005, houve uma inversão - a maior parte dos recursos antes destinados, sobretudo, à assistência hospitalar, passou a ser direcionado aos dispositivos de base comunitária/territorial. Este fato é atribuído, na cartilha do Ministério da Saúde, ao processo de superação do modelo hospitalocêntrico no Brasil e à expansão da RAPS, configurando assim, uma mudança no cenário da saúde mental do país. De acordo com os dados informados, ao final de 2014, estavam cadastrados no Ministério da Saúde um total de 34 Unidades de Acolhimento, 888 leitos de saúde mental em hospitais gerais e 610 Residências Terapêuticas em funcionamento, além do Programa de Volta pra Casa, que no mesmo período possuía mais 4.300 cadastrados (BRASIL, 2015).

Quanto aos hospitais psiquiátricos, existiam até o final do ano de 2014, 167 unidades no Brasil, totalizando 25.988 leitos em todo o país. A região que apresenta maior número de leitos psiquiátricos é a Sudeste (15.589), seguida da região Nordeste (5.240), Sul (3.729),

Centro-Oeste (1.278) e Norte (152). O estado de São Paulo é o que concentra maior quantidade de leitos (9.539) e o estado do Pará é o que apresenta menor número (22). Tratando-se de Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, foram contabilizadas 1.008 iniciativas para pessoas em sofrimento psíquico. Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde evidenciam a implantação e a ampliação dos dispositivos previstos na Portaria 3.088/11, assim como, o movimento de atividade da rede (BRASIL, 2015).

Porém, a atenção psicossocial está para muito além de mudanças estruturais, institucionais e políticas. Porque preconiza outro olhar para a loucura, para o que sofre psiquicamente, para os modos de assistir e cuidar. E nisso, talvez, o Brasil ainda caminhe a passos lentos, rumo a esta transformação total. O fato da Rede de Atenção Psicossocial estar prevista politicamente, com dispositivos em funcionamento e até mesmo, ter passado por períodos de expansão não significa, propriamente, que os anseios da Reforma Psiquiátrica estejam sendo alcançados plenamente. Existem entraves de cunho político, como também, dificuldades dos dispositivos e, sobretudo, dos profissionais que atuam nesses espaços de apreenderem e praticarem a lógica emancipatória da atenção psicossocial, em seu sentido mais estrito. E, a partir disto, o funcionamento manicomial pode infiltrar-se sorrateiramente outra vez no sistema.

Ao falar sobre o paradigma da atenção psicossocial, Guljor (2003) descreve algumas das características essenciais que o diferem do modelo asilar, ressaltando o potencial (re)orientador para as ações em saúde mental. Dentro da visão de atenção psicossocial, tal como é em sua essência, a pessoa que sofre é vista por meio da sua história de vida, de seus desejos. A pessoa deixa de ser reduzida à doença, como é no modelo hegemônico, e passa a ser considerada em sua totalidade, nas várias dimensões de sua existência. Deste modo, ressalta a autora, deixa-se de focar as intervenções na extinção dos sintomas e passa-se a valorizar e problematizar aspectos da vida cotidiana da pessoa. A atenção psicossocial ultrapassa as questões do campo da saúde, alcançando as dimensões sociais.

Outro fator diferenciador da atenção psicossocial, quando comparada com o modelo hospitalocêntrico, é a forma como são desenvolvidas as ações, no que tange às técnicas utilizadas. A ênfase passa a ser as atividades coletivas, interações em grupos, oficinas terapêuticas, que possibilitam trocas entre as pessoas de modo a capacitá-las para outras relações fora do dispositivo, em outros meios de convívio. As ações não ficam limitadas ao interior dos espaços e tampouco na noção de incapacidade da pessoa em sofrimento psíquico em relacionar-se com os outros. Por outro lado, no modelo asilar, a interação restringe-se à relação profissional-“paciente”. “Sendo assim, o paradigma da atenção psicossocial se

apresenta permeado pela necessidade de inter-relação do sujeito com os espaços e personagens que constituem seus referenciais os quais permitem o suporte para a construção de seu projeto de vida.” (GULJOR, 2003, p. 43).

Esta perspectiva de interação também alcança a relação das pessoas que frequentam ou convivem nos dispositivos com os profissionais. No modelo de atenção psicossocial, são previstas relações horizontalizadas, dentro das quais ambos possuem espaços para se expressarem livremente. A combinação de tarefas a partir de Projetos Terapêuticos Individualizados surge para suprir a necessidade de se considerar as pessoas e suas histórias individuais e o estabelecimento de vínculo terapêutico, a fim de desmontar as relações hierarquizadas e ações padronizadas, comuns ao modelo hegemônico. Ainda é destacado, na perspectiva da atenção psicossocial, a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, considerando a junção de diferentes saberes, bem como, a pessoa em sofrimento psíquico em suas diferentes dimensões e necessidades (GULJOR, 2003).

A partir da explanação das características essenciais, da concepção de atenção psicossocial, é possível constatar que somente a implantação de dispositivos assistenciais no campo da saúde mental não é suficiente para atestar uma mudança consistente na forma de conceber a loucura e assistir a pessoa em sofrimento psíquico. A atenção psicossocial em sua essência extrapola a mera substituição de um lócus de tratamento para outro, implica em mudanças teórico-conceituais, além de mudanças práticas.

Neste período, anos após o advento da Reforma Psiquiátrica, com a instituição de uma rede de dispositivos que sugere prover uma atenção psicossocial ao campo da saúde mental, se faz importante adentrar aos dispositivos e olhar as práticas que têm sido desenvolvidas no interior desses espaços. Não com a pretensão de avaliar, mas de, por meio dessa ação, revisar, talvez, os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e não apenas isso, levantar parâmetros para discussões, atualizações, reinvenções, para que diariamente se construa um modelo de atenção psicossocial em sua essência.

1.2 CUIDADO E SAÚDE

Com vistas a delinear algumas das noções de cuidado que circundam a área da saúde e estão presentes nas publicações, bem como, nos manuais das principais instâncias que direcionam e orientam as práticas em saúde no mundo, inclusive no Brasil, procurei neste

tópico reunir as diferentes características e referências que orientam o exercício do chamado cuidado em saúde.

1.2.1 O Cuidado como alvo de Qualidade

Inicialmente, as discussões acerca da qualidade do cuidado em saúde trazem importantes contribuições para a pretenciosa tentativa de construir uma ideia de cuidado no setor saúde. O termo “qualidade” comumente denota atributos inerentes a características essenciais de algo ou alguém que o diferencia e o torna específico. Desta forma, estabelecer um parâmetro de qualidade do cuidado é, também, circunscrever elementos desejáveis que precisam estar presentes para a obtenção de um reconhecimento positivo. São elencadas determinadas características que, em conjunto, formam uma concepção de cuidado.

Com os principais elementos da qualidade do cuidado que foram construídos e incorporados com o passar dos anos, formou-se a noção de cuidado, que atualmente fundamenta ações no campo da saúde. Segundo Martins (2014), os principais aspectos considerados tradicionalmente na qualidade do cuidado eram eficiência e efetividade. Posteriormente foram acrescentadas outras preocupações como: segurança, foco das ações no paciente e garantia dos seus direitos, entre outros. As mudanças nos parâmetros se justificavam pelo surgimento de problemas considerados relevantes em cada época e situação específicas - a dimensão da segurança do paciente, por exemplo, foi referida a partir da expressividade de ocorrências em que erros e riscos poderiam ser evitados. Desta forma, foram elencados os aspectos considerados fundamentais para orientar e conduzir as práticas assistenciais em saúde. Martins (2014) apresenta uma compilação dos elementos incorporados à concepção de cuidado, como mostra o quadro a seguir.

Brook et al, 1977	Donabedian, 1980	Holland 1983, Long, 1985	Donabedian, 1990	Aday et al, 1993	IOM, 2001
Componente técnico	Qualidade técnico-científica	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência
Processo diagnóstico	Acessibilidade e disponibilidade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade
Processo Terapêutico	Relações interpessoais		Equidade	Equidade	Equidade
"Arte" do cuidado	Continuidade		Eficácia		Centralidade no paciente
Interação médico e paciente			Relação médico paciente		Segurança
			Otimização		Oportunidade
			Aceitabilidade		
			Amenidades		
			Conformidade com as preferências dos pacientes		
			Legitimidade		

Quadro 2 – Critérios historicamente construídos para avaliação da qualidade do cuidado em saúde.
Fonte: Martins, 2014.

O cuidado de qualidade neste contexto é reconhecido quando visa aumentar o bem-estar da pessoa doente, levando em consideração o equilíbrio entre os ganhos e as perdas próprias do processo assistencial em que está submetido. Este é entendido como resultado da associação entre o conhecimento científico e as tecnologias disponíveis e a aplicação adequada desses na assistência ao paciente (DONABEDIAN, 2003 apud MARTINS, 2014). A partir deste processo, são alcançadas as diferentes dimensões do cuidado: eficácia, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A partir do exposto, percebo a configuração do cuidado em saúde como um conjunto de ações cientificamente validadas, resultantes de uma associação entre tecnologias e saberes específicos que, aplicadas adequadamente, atendem às necessidades do paciente, ou seja, funcionam de forma eficiente, efetiva, eficaz, segura, etc. Dito de outra maneira, como a operacionalização de ações direcionadas e programadas para uma intervenção específica dentro de uma situação em saúde, de modo a resolver o problema identificado.

Entre as dimensões da qualidade do cuidado apresentadas no quadro anterior, noto, a partir do primeiro momento, indicações que remetem à aproximação do profissional de saúde ao paciente, como ação inerente ao exercício do cuidado. O quadro de Martins (2014, p. 27)

contém expressões como “Interação médico e paciente”, “Relações Interpessoais”, “Relação médico-paciente”, “Conformidade com as preferências dos pacientes” e, “Centralidade no paciente”. Torna-se evidente certa ênfase, no exercício do cuidado em saúde, na busca pelo contato aproximado com a pessoa assistida, como aspecto importante para a obtenção do conceito positivo de saúde.

Penso que esta importância pode ser atribuída a um melhor levantamento diagnóstico a partir da aproximação à pessoa doente. Aumentando a possibilidade de planejamento de ações em saúde que vão ao encontro das necessidades apresentadas. Ou ainda, ao fato de enxergar na pessoa assistida um colaborador na continuidade da assistência. Com isso, posso atestar que, desde o início da construção de uma noção de cuidado de qualidade em saúde, o contato com pessoa atendida é compreendido como um fator que auxilia na obtenção da efetividade das ações.

Ainda dentro da temática da qualidade do cuidado, Fekete (2000) contribui ao apresentar um direcionamento para ações em saúde no âmbito coletivo. A autora expõe a dificuldade de formular um conceito único para cuidado em saúde. Acreditando ser um termo que não possui uma interpretação clara e precisa, mas, ao contrário, que depende de fatores que advêm de princípios científicos, individuais e sociais. Porém, concorda com a posição anterior, ao falar da qualidade do cuidado, de que as noções de acessibilidade, eficácia e eficiência devem estar presentes.

Fekete (2000) defende que gerenciar ou organizar o cuidado em saúde implica em ir além da operacionalização de técnicas ou meios. A autora pontua que o planejamento de uma prestação de cuidado deve conter um conjunto de ações fundamentadas em um perfil epidemiológico que, articuladas e organizadas, objetivam intervir na saúde individual e coletiva. Para gerenciar estas ações de cuidado, é recomendado pela mesma a utilização de dois instrumentos: um programa que apresente o mapa das ações planejadas e uma cartilha com normas, rotina estabelecida e regulamento para garantia da disciplina e orientação do processo de trabalho.

O processo tem início com a identificação e análise dos problemas, passa pela determinação das prioridades, definição dos objetivos, desenho das operações, identificações dos recursos (inclusive financeiros) necessários e dos instrumentos de avaliação, até o acompanhamento da execução e, se for o caso, a determinação de nova ordem de prioridades (FUKETE, 2000, p. 52).

Para os projetos de cuidados em saúde com alcance coletivo, de acordo com Fekete (2000), deve-se estabelecer articulações entre os diferentes níveis de atenção. Esta medida se faz importante para evitar desencontros entre metas, recursos e tempo estipulados para a

execução das ações. E, ainda, podem surgir situações em que os problemas identificados extrapolem o setor saúde. Em casos como estes, a autora sugere procurar estabelecer parcerias com outros setores da sociedade em busca de resoluções. E assim, entre parcerias e articulações se dá a construção de um processo participativo e flexível que agrega experiências e conhecimentos específicos, dentro de um projeto comum consistente e coerente para ser compartilhado (FEKETE, 2000).

Aos projetos coletivos de cuidado também são atribuídos os parâmetros de qualidade e avaliação com o objetivo de contribuir para averiguação dos impactos das ações executadas que porventura existirem. Criando possibilidades para a correção de desajustes, alteração do andar do programa de cuidado executado, com vistas a alcançar os resultados almejados. É importante que todos os envolvidos com a problemática de saúde, gestores, profissionais, estejam preocupados em alcançar os objetivos e bem utilizar os recursos disponíveis (FEKETE, 2000).

1.2.2 O Cuidado Preconizado como Prática em Saúde

Para este tópico, não está prevista uma discussão sobre a avaliação da qualidade do cuidado em saúde. Reconheço sua complexidade e os diversos aspectos fomentados nas reflexões desta temática. Porém, achei pertinente apresentar os atributos que historicamente foram atrelados à ideia de uma assistência à saúde satisfatória, ou como sugerido, um cuidado bem sucedido. Acredito que esses atributos estão presentes, direta ou indiretamente, nas noções de cuidado que atualmente permeiam o campo da saúde, como fundamento, como essência. A ideia de efetividade, de eficiência, de centralidade no paciente, faz parte dos discursos internacionais e nacionais em saúde e podem ser encontrados nos programas e nas ações planejadas. Os atributos considerados na avaliação da qualidade do cuidado em saúde tornaram-se referência para a construção de um entendimento acerca da prática do cuidar.

É possível atestar estas influências em orientações advindas da Organização Mundial da Saúde. Tomo como exemplo, uma publicação destinada a discutir a assistência em saúde no âmbito primário da atenção onde são claramente identificados os atributos do cuidado mencionados anteriormente. O cuidado é entendido como um facilitador de uma confluência segura, efetiva e socialmente produtiva entre a promoção de saúde, prevenção da doença, cura e assistência em saúde em geral. Para alcançar este ponto de convergência, julga-se ser necessário priorizar as pessoas, destacando a saúde e o bem-estar, os valores e capacidades

das pessoas em suas comunidades e dos profissionais de saúde que atuam no contexto. Para a OMS, colocar a pessoa como o centro do cuidado em saúde torna a assistência mais efetiva, eficiente e equitativa, pois consideram bem-sucedidos os serviços que investem em um bom relacionamento entre comunidades e profissionais de saúde (OMS, 2008).

Para tal alcance, o cuidado em saúde sugerido pela Organização Mundial da Saúde, fundamenta-se em três premissas: compreensão, orientação e continuidade. Compreensão por parte da equipe de profissionais remete ao conhecimento acerca das condições de saúde da comunidade em que atuam; a orientação diz respeito a prestar informações acerca dos tratamentos em saúde, garantindo a efetividade; e a continuidade trata do acompanhamento de modo a assegurar o trabalho desenvolvido (OMS, 2008). O cuidado priorizando pessoas e comunidades, como sugerido pela OMS, advém de um interesse em levantar um perfil do território e, assim, agir efetivamente nas necessidades em saúde identificadas, a fim de apresentar melhores resultados sociais e ganhos em saúde.

Nesta curta exposição da concepção apresentada pela OMS, é possível identificar as dimensões do cuidado em saúde mencionadas anteriormente. Estas são apresentadas como um mecanismo de produção em saúde, que funciona a partir de ações que buscam atender aos requisitos de segurança, efetividade, eficiência, equidade e centralidade nas pessoas assistidas. Com isso, alcançar o sucesso das ações realizadas, o que implica em nível elevado de resolutividade. Isto se dá a partir dos três pontos mais amplos, que parecem compor estratégias de um projeto voltado à coletividade: compreensão, orientação e continuidade. Nota-se, portanto, semelhanças com os instrumentos mencionados por Fekete (2000), vistos anteriormente, como o levantamento de um perfil epidemiológico e um modo normatizado de operação.

1.2.3 O Cuidado como Frente de Atuação

O Ministério da Saúde do Brasil também recebe estas influências ao formular programas e políticas voltadas para a saúde da população, com vistas a atender os princípios e objetivos formulados no SUS. Recentemente, vem sendo elaborada a ideia de Linhas de Cuidado (LC) que se configuram como ações em saúde previamente planejadas, voltadas para atender às necessidades específicas de determinados grupos da população. Nesta direção, algumas produções do Ministério da Saúde podem ser citadas, como as cartilhas: “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na

Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”, “Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência”, “Linhas de cuidado hipertensão arterial e diabetes”, entre outras. Franco e Franco (2012) contribuem para o entendimento acerca de como se dá o funcionamento deste modo de prover o referido cuidado.

Os autores pontuam que o princípio de integralidade, presente na concepção do SUS, diz respeito não somente a uma organização dos dispositivos e recursos disponíveis no sistema, mas refere-se, sobretudo, ao acesso dos usuários para a utilização dos mesmos. Assim sendo, para que a integralidade seja garantida se faz importante realizar alterações no modo de produção do cuidado, o que requer mudanças em todos os níveis assistenciais. O principal desafio, de acordo com Franco e Franco (2012), é transformar primeiramente os processos de trabalho em saúde para, então, promover mudanças nos dispositivos. Estes autores enfatizam a necessidade dos serviços operarem de forma centrada nos usuários e nas necessidades em saúde apresentadas por eles.

Para ultrapassar as barreiras que dificultam a efetivação de uma assistência integral, estes mesmos sugerem uma reorganização dos processos de trabalho, se iniciando na rede básica e atingindo ações dos demais níveis assistenciais. A organização do trabalho é pensada da seguinte forma,

1. O conhecimento do ato de cuidado, ou seja, os saberes técnicos estruturados como o da clínica são fundamentais.
2. O correto uso dos instrumentos e protocolos, sem deixar que o trabalho fique amarrado e engessado no que diz estas diretrizes, mas procurem nos protocolos uma referência e apoio para o trabalho cotidiano.
3. O ato de cuidar como campo solidário, humanizado de relações, onde acontecem fluxos de afetos entre trabalhador e usuário, que faz com que este sinta protegido pelos atos assistenciais. (FRANCO; FRANCO, 2012, s/p).

Estes princípios elencados devem, segundo os autores, permear os diferentes campos da saúde, para que de cada um deles se venha extrair o máximo de sua resolutividade e potencialidades diagnósticas e terapêuticas. Pois, a Linha de Cuidado se constitui a partir das diferentes unidades de saúde existentes em toda rede assistencial, que precisam ter processos de trabalho desenvolvidos de forma integrada e interativa entre os diversos profissionais, num segundo momento, deve servir de elemento integrador entre outras unidades produtivas. Assim, forma-se uma cadeia produtiva em saúde, tendo como produto a resolução das necessidades apresentadas pelo usuário. A Linha de Cuidado é explicada como,

[...] imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela

desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. (FRANCO; FRANCO, 2012, s/p).

A articulação teórica que fundamenta a estratégia de assistência das Linhas de Cuidado parece ser coerente com as formulações de alguns autores (MERHY, 2002; CECÍLIO, 1997). Estes, ao longo do processo de consolidação do SUS, investigaram e propuseram diferentes modos de condução da atenção em saúde, contrapondo-se a posições divergentes da ideia de saúde como um direito universal dos cidadãos a ser garantido pelo Estado. Conforme é explicitado,

Vários militantes deste movimento vêm procurando equacionar a construção de modelos de atenção à saúde no nível dos estabelecimentos e das redes de serviços, no terreno da gestão organizacional e do trabalho, mostrando que, para superar o modelo médico hegemônico neoliberal devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2002, p. 39).

Focalizar a atenção nas necessidades da pessoa assistida pode ser visto como uma estratégia desmobilizadora do modelo biomédico hegemônico. Este modelo centra as intervenções nos procedimentos materiais e torna a saúde um bem de mercado a ser consumido, minimizando seu potencial cuidador. Parece, então, que o modelo centrado na pessoa deseja atenuar este impacto, uma vez que a utilização de recursos e procedimentos é condicionada à necessidade da situação apresentada e não é visto como objetivo principal da intervenção.

A Linha de Cuidado visa integrar ações preventivas, curativas e de reabilitação em saúde e possibilitar o acesso aos dispositivos e recursos tecnológicos que a pessoa assistida necessita. Desde a visita domiciliar realizada pela ESF até ações que envolvem a alta complexidade hospitalar. Ainda, exige bom atendimento por parte dos profissionais. A Linha de Cuidado é vista como oportunidade de oferecer cuidado pleno, pois seus princípios se estabelecem no acolhimento, na vinculação e na responsabilização do profissional diante do problema apresentado pelo usuário. Ela, também, visa garantir o cuidado a partir do ordenamento dos dispositivos de saúde e dos processos de trabalho realizados no interior deles, capazes de oferecer uma escuta atenta ao usuário, prover soluções aos problemas apresentados e realizar encaminhamentos eficazes, quando preciso for (FRANCO; FRANCO, 2012).

O funcionamento da Linha do Cuidado se dá a partir de Projetos Terapêuticos. Este é entendido como um conjunto de ações assistenciais planejadas pelos gestores com a finalidade de solucionar determinado problema apresentado pelo usuário. É baseado em uma avaliação de risco, que pode ser clínico, social, afetivo, econômico, ambiental, entre outros. Com base no Projeto Terapêutico, o profissional de saúde orienta o usuário quanto aos serviços disponíveis na rede que este poderá buscar conforme suas necessidades. Para que a dinâmica da Linha de Cuidado funcione é fundamental a colaboração e o compromisso entre todos os gestores, chefias, coordenadores e gerências, de modo a pactuarem serviços e dispositivos que atuem de forma harmônica, assegurando o acesso aos usuários (FRANCO; FRANCO, 2012). Os autores apontam quatro etapas importantes para a elaboração de uma Linha de Cuidado:

- a) Atentar para a rede assistencial em saúde e para os gestores envolvidos e sugerir um diálogo coletivo para elaboração das Linhas de Cuidado.
- b) Definir quais Linhas de Cuidado serão organizadas. O critério de escolha pode ser a prevalência de determinada situação no cotidiano da população, as dificuldades de acesso aos serviços, a facilidade de estabelecer uma Linha de Cuidado, entre outros. Para cada segmento estabelecido deve ser realizada uma pactuação para a construção do fluxo e acesso ao cuidado dos usuários, construído em um trabalho de equipe.
- c) Realizar oficinas com todos os envolvidos em cada segmento, para que neste espaço sejam determinados os fluxos e a organização da Linha de Cuidado. A partir desses encontros reforçam-se os compromissos de cada um e a concepção de centralidade do usuário na atenção.
- d) Pensar em todas as possibilidades de acesso aos serviços e criar meios de garantir que o sistema funcione de modo a suprir as necessidades dos usuários, diminuindo a burocracia e ampliando o acesso.

Para Cecílio e Merhy (2003), a Linha de Cuidado possibilita uma produção de cuidado contínuo, que atravessa os diversos serviços de saúde e onde ocorre a responsabilização pela satisfação das necessidades do usuário. Neste modo de organizar o cuidado, são criados pontos de contato entre os processos de trabalho e os dispositivos, pois torna-se fundamental a comunicação para que o cuidado seja efetivado. Os autores entendem que a produção do cuidado integral vai além das atribuições de uma equipe ou do serviço assistencial - ao

contrário, ocorre de modo transversalizado, permeando diferentes unidades de assistência à saúde. É apresentada a imagem de um circuito ou itinerário a ser percorrido pelo usuário, onde cada dispositivo de saúde se configura como uma estação de cuidado, obtendo atenção integral ao problema de saúde apresentado por ele. Cabe aos gestores estabelecerem as melhores articulações entre as diferentes estações cuidadoras (FRANCO; FRANCO, 2012; CECÍLIO; MERHY, 2003).

Malta e Merhy (2010) resumem bem o que se configura como Linha de Cuidado,

[...] um fluxo contínuo, monitorado e controlado pelos atores que figuram como “gestores do cuidado”, ou “cuidadores”, encadeado em uma intensa rede de conversação na qual o centro da sua lógica é o processo de produção do cuidado pelos vários encontros que esse exige entre trabalhadores de saúde o usuário (MALTA; MERHY, 2010, p. 595).

Nesta explanação acerca das Linhas de Cuidado fica evidente, também, a ênfase da centralidade no usuário, como um dos atributos fundamentais para a constituição do cuidado. Como será apresentado a seguir, este direcionamento das ações para as necessidades das pessoas assistidas parte de uma formulação teórica consistente e estruturada que vem sendo fortemente considerada e consolidada no Brasil, influenciando práticas e políticas no setor saúde.

Mas, tratando por ora, sobre características do cuidado em saúde presentes na estratégia de desenvolvimento de Linhas de Cuidado, percebo que a ideia de conjunto de ações planejadas, a fim de obter maior eficácia e eficiência diante de um problema de saúde apresentado, também se faz presente. Através da condução e do acompanhamento do usuário por dentro da rede de serviços objetiva-se permitir o acesso aos recursos necessários para lidar com a enfermidade apresentada. O caminho a ser trilhado pelo usuário é estabelecido através da elaboração de Projetos Terapêuticos, que se dá por meio do planejamento prévio de dispositivos e serviços que determinada patologia ou perfil de pessoas pode vir a precisar, apresentando o esquema elaborado através de cartilhas, como as citadas anteriormente.

O que fica bastante evidente a partir do exposto, até o momento, é que o chamado cuidado em saúde está intrinsecamente atrelado à operacionalização de ações em saúde com a finalidade de atender às necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas. Os fatores de responsabilização, acolhimento e vinculação são ferramentas consideradas fundamentais para otimizar as ações, uma vez que, a partir delas, os profissionais têm maiores condições de identificar nas pessoas assistidas as questões que precisam de assistência e agir efetivamente sobre elas. Sob este prisma, o cuidado em saúde refere-se, portanto, a um conjunto de ações que promovem resolutividade aos problemas de saúde apresentados pelas pessoas.

1.2.4 O Cuidado como uma Proposta de Trabalho em Saúde Mental

Merhy (2002) possui uma vasta obra partindo desta premissa: o usuário como centro da assistência à saúde. O autor dedicou-se ao estudo do processo de trabalho em saúde, o que chama de processo produtivo; especificamente, o momento do encontro entre profissionais de saúde e usuário - referido como ato de cuidar - e a organização dos dispositivos em sua dimensão organizacional. A partir disso, elabora um constructo sobre o exercício do cuidado em saúde. Serão apresentadas, brevemente, as formulações do autor, com o objetivo de delinear os fatores envolvidos nos serviços de saúde e a maneira como o cuidado em saúde é construído, na perspectiva que o autor tem defendido e ao longo dos anos vem repercutindo nas discussões em saúde no cenário brasileiro.

São considerados dois tipos de trabalho: trabalho morto e trabalho vivo. O trabalho morto refere-se a produtos de trabalhos realizados que possuíam uma dimensão viva em seu momento de criação, mas que agora é morto. Tornaram-se apenas resultado de uma ação viva que o produziu. Já o trabalho vivo, por sua vez, configura o “momento do trabalho em si”, em que a história, as habilidades, a inteligência, as capacidades de inventar e organizar se fazem presentes, ou seja, neste trabalho existe a influência do trabalhador sobre a atividade que está empenhada. Assim, configura-se o trabalho vivo em ato. Comumente apresentam-se situações em que existe a combinação entre trabalho vivo e morto, simultaneamente e também, em que o peso das dimensões alterna-se - por vezes, o trabalho morto impera sobre o trabalho vivo e em outras, o contrário acontece (MERHY, 2002, p. 45).

De acordo com Merhy (2002), o trabalho em saúde configura-se como trabalho vivo em ato e diferente de outros processos produtivos centrados no trabalho vivo. O trabalho em saúde não pode ser apreendido pela lógica do trabalho morto. Pois, o objeto do trabalho em saúde não é estruturado e o exercício das tecnologias utilizadas se dá no processo de intervenção em ato. O autor afirma que, no trabalho em saúde, as tecnologias das relações predominam e os saberes tecnológicos estruturados ficam em segundo plano e, ainda, que existe a liberdade de escolha quanto à maneira de conduzir a produção dos atos em saúde.

Nesta compreensão, é destacada a operação de três tecnologias no processo de cuidado em saúde, são elas: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e as tecnologias leves. As tecnologias duras representam os equipamentos e objetos utilizados nas ações em saúde, assim como, as normas e as estruturas organizacionais dos serviços. Já as tecnologias leve-duras representam os saberes ou disciplinas estruturadas e específicas que são aplicadas no processo de trabalho, como o conhecimento do médico, do fisioterapeuta, do psicólogo, entre

outros. E, ainda, as tecnologias leves se caracterizam pelas relações que podem ser estabelecidas no momento da produção dos atos, como o desenvolvimento de vínculo, o acolhimento, etc. Merhy (1998) afirma que a articulação adequada destas tecnologias resulta em maior proteção da saúde daqueles que utilizam os serviços de saúde e, também, maior controle de ameaças de doenças ou dos agravos dos problemas de saúde que atingem a população assistida. Possibilitando aos usuários maior autonomia para conduzirem suas vidas (MERHY, 1998; 2002).

A crítica do autor está para os processos de cuidado em saúde que centram suas intervenções nas tecnologias duras, ou seja, nos procedimentos estruturados e nos recursos técnicos, em detrimento da valorização da dimensão relacional presente nas ações em saúde. Estas são compreendidas como fundamental para a identificação das necessidades em saúde dos usuários e, portanto, segundo o autor, devem conduzir as ações e os procedimentos a serem adotados, com vistas a solucionar o problema levantado.

O conteúdo exposto me leva à compreensão de que o cuidado em saúde é inerente ao processo de trabalho em saúde, composto pelos atos de cuidar que podem ser ordenados pelas chamadas tecnologias de cuidados. A dimensão relacional é destacada por possibilitar o contato com a pessoa assistida, permitindo espaço para sua autonomia no processo assistencial. O fato de o trabalho em saúde ser percebido como trabalho vivo e, portanto, aberto para escolhas dos profissionais quanto ao modo de executá-lo, denota que o cuidado em saúde é realizado a partir da ênfase adotada para conduzir o processo. Se o foco está nas tecnologias duras ou leve-duras, o momento assistencial permanecerá direcionado para o uso dos equipamentos e para os conhecimentos do profissional que o está conduzindo. Mas, se as tecnologias leves forem consideradas, as necessidades em saúde da pessoa assistida funcionarão como fio condutor do momento assistencial e, assim, maiores serão as possibilidades de formar um projeto terapêutico de acordo com o problema identificado.

Os componentes do cuidado em saúde, discutidos no início do capítulo, podem ser percebidos nesta compreensão acerca do cuidado. Assim como, parecem oferecer fundamento para a construção da ideia de Linhas de Cuidado. A ênfase nas necessidades das pessoas aponta para a aproximação dos problemas em saúde a serem resolvidos, tornando as ações eficientes e eficazes. Sob o ponto de vista do exercício do cuidado, a construção das chamadas Linhas de Cuidado surge como um importante aliado à junção da atenção às pessoas com procedimentos adequados para satisfazer suas carências de saúde. Os Projetos Terapêuticos programados para quadros clínicos específicos parecem tentar responder a essa demanda.

1.2.5 O Cuidado como Estrutura na Saúde Mental

O âmbito da saúde mental não está alheio às influências das concepções de cuidado em saúde como um conjunto de ações adequadamente aplicadas em busca da resolução de um problema de saúde. Neste contexto, estas concepções apresentam-se limitadas e, até mesmo, contrastantes com os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, devido às particularidades inerentes da área. Assim como na discussão do cuidado em saúde, as noções de efetividade e eficiência também são consideradas atributos que atestam a qualidade assistencial em saúde mental. A estratégia de Projeto Terapêutico, tal como foi abordado anteriormente, também é fortemente presente neste âmbito, adquirindo função primordial na condução do chamado cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

Essas noções de cuidado em saúde construídas remetem a um problema a ser resolvido, o que quer dizer que a cura, ou ao menos, o manejo satisfatório dos sintomas é esperado. No campo da saúde mental esta expectativa também aparece. Leal e Muñoz (2014, p. 75), ao atestarem a possibilidade de pessoas com sofrimento psíquico viverem em sociedade, afirmam que esta possibilidade é garantida pela utilização de formas de “tratamento” que permitem às pessoas com “transtornos mentais” lidarem com os sintomas e a cuidarem da “doença” no ambiente fora do contexto hospitalar. Por tratamento, termo utilizado pelas autoras, entendo-o como os procedimentos considerados adequados para o manejo do diagnóstico levantado.

Ao falarem sobre o Projeto Terapêutico, as autoras fazem menção à dificuldade que consideram ter na efetivação dos mesmos quando são direcionados às pessoas que sofrem psiquicamente: “fazer isto com pessoas que têm diagnósticos de doenças mentais, que à primeira vista parecem mais misteriosas e desconhecidas, não é desafio simples”. Elas mencionam falas desorganizadas, gestos incompreensíveis e distância das pessoas no momento assistencial como aspectos que podem dificultar o contato entre profissional de saúde e usuário (LEAL; MUÑOZ, 2014, p. 76). A fim de auxiliarem na compreensão do manejo terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico, as autoras sugerem recursos que acreditam contribuir para mudanças no andamento do transtorno mental. São destacados o estabelecimento da relação de confiança, a identificação da rede e do território de cada pessoa, a utilização do CAPS como suporte às pessoas com transtornos considerados graves, o acolhimento, a assistência à família, entre outros.

Por meio das características apresentadas por Leal e Muñoz (2014), identifico um enfoque no manejo dos sintomas, de acordo com o diagnóstico a ser levantado pelos

profissionais. O tratamento, que pode ser entendido como a administração de medicamentos e o acompanhamento sistemático do profissional da psiquiatria, é destacado como mecanismo que possibilita a convivência das pessoas em sofrimento psíquico em sociedade. Assim, parece se configurar a efetividade e a eficiência no cuidado em saúde mental: no controle dos sintomas. Os comportamentos, citados pelas autoras, como inerentes às pessoas em sofrimento psíquico, são como obstáculos a serem enfrentados pelos profissionais na elaboração correta do diagnóstico a ser alvo das ações de saúde mental.

Os sintomas das chamadas psicopatologias parecem ter centralidade na condução das ações em saúde mental. Jorge (2014) explica que por transtorno mental, denomina-se um conjunto de diferentes elementos como aspectos orgânicos, sociais, culturais, sexuais, econômicos e outros e que, portanto, não se refere apenas ao sofrimento psíquico como doença. Segundo o autor, o transtorno mental envolve aspectos sociais, relacionais, biológicos, elementos da história da pessoa e da cultura em que está inserida, sendo importante que toda avaliação seja realizada a partir da relação entre o profissional de saúde, o usuário e a família. O exame clínico conduzido por uma entrevista e pela construção de uma anamnese abrangente é considerado importante para o levantamento de estratégias eficazes para condução do cuidado em saúde mental (JORGE, 2014).

As características apresentadas pela pessoa com sofrimento psíquico tendem a serem enquadradas em um sistema de classificação dos transtornos mentais, orientando e conduzindo a construção do Projeto Terapêutico de acordo com o diagnóstico identificado. Diante do exposto, considero importante averiguar como a noção de cuidado em saúde mental tem sido exercida na prática e de que modo tem influenciado as ações.

Em um estudo de revisão minucioso, Costa et al. (2015) dedicaram-se a investigar produções brasileiras sobre avaliação dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, buscando indicativos acerca da qualidade da assistência oferecida nestes espaços. Ao todo foram analisados 35 estudos. Esta pesquisa contribui para um panorama geral do funcionamento dos dispositivos da RAPS, suas limitações e avanços. Traz evidências para pensar sobre o cuidado em saúde mental.

Entre os principais resultados, os autores identificaram apontamentos sobre a redução de estados de crise, usos de medicamentos e de internações psiquiátricas entre usuários que frequentam os CAPS por longo período e entre os que frequentam tais dispositivos na modalidade intensiva. Entre os usuários, que frequentam os CAPS na modalidade semi-intensiva, percebeu-se a diminuição do uso de medicamentos e o aumento da participação em grupos e oficinas terapêuticas. Foi, ainda identificada, melhora quanto a alterações de humor,

problemas do sono, estabilidade emocional e capacidade para lidar com problemas considerados difíceis. E ainda, os pesquisadores afirmaram que encontraram apontamentos acerca da satisfação de usuários que moram em Residências Terapêuticas e que tais resultados atestam a eficácia e a efetividade dos dispositivos substitutivos (COSTA et al., 2015).

Ainda neste estudo, foi constatado que, por vezes, as visitas domiciliares são consideradas, pelos usuários que moram em residências terapêuticas, como invasão de privacidade, revelando o caráter paradoxal deste dispositivo. Houve apontamentos para a necessidade de melhor articulação da rede e para a organização da assistência à saúde mental na atenção básica. Quanto à satisfação dos profissionais, os aspectos citados referem-se ao trabalho em equipe interdisciplinar e à realização de projetos diferenciados. Já os pontos de insatisfação foram atrelados à sobrecarga de trabalho, poucos recursos humanos, limitações de infraestrutura, formação deficiente quanto à atenção às pessoas em sofrimento psíquico, entre outros fatores considerados limitantes e desmotivadores.

Foram identificados também questionamentos acerca da quantidade insuficiente de CAPS, sobretudo do tipo CAPS Álcool e outras drogas (CAPSad) e CAPS Infantil (CAPSi). E quanto a abordagem, dentro desses espaços, de assuntos relacionados à saúde em geral, como promoção da saúde, sexualidade, uso de drogas, entre outros. A organização de equipes interdisciplinares é destacada como fator primordial para o chamando cuidado integral, acolhedor e diferenciado. Porém, foram encontradas dificuldades do exercício dessa dinâmica que vão desde a invisibilidade dos usuários, passando pelo isolamento de determinados profissionais, sobretudo, médicos psiquiatras, até o desconhecimento do modelo de atenção que o CAPS preconiza (COSTA et al., 2015).

O estudo de Costa et al. (2015) apresenta um cenário importante a ser observado. A avaliação do cuidado em saúde mental apresenta uma perspectiva voltada para a resolutividade dos dispositivos, sobretudo dos CAPS. Foram analisados indicativos de usos de medicações, remissões de sintomas, frequências nas atividades oferecidas, entre outros. Isto reforça a noção de cuidado como ações que têm a finalidade de resolver, apresentar resultados considerados positivos. O estudo também demonstrou as limitações da RAPS e os desafios cotidianos que precisam ser superados quanto ao trabalho da equipe interdisciplinar, que podem gerar invisibilidade, ações descontextualizadas, maior comprometimento de alguns integrantes da equipe e falta de envolvimento de outros.

A pesquisa de Muylaert et al. (2015), também traz importantes contribuições e reflexões acerca dos fatores que influenciam a prática da assistência no âmbito da saúde mental. No estudo acerca da trajetória profissional de trabalhadores de CAPSi, os autores

identificaram que a prática hospitalar e de consultório ainda exercem fortes influências nas práticas no interior dos dispositivos de saúde mental. Sendo estes, os primeiros espaços de formação e da trajetória dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial.

Ainda que seja orientado por lógicas diferenciadas, de acordo com Muylaert et al. (2015), os hospitais psiquiátricos e consultórios clínicos permanecem como referências e modelos para os profissionais. Gerando assim contradições, equívocos e incertezas na prática assistencial no interior dos CAPS. O olhar para os sintomas e o foco na doença como algo a ser resolvido, em detrimento do foco na saúde mental e na pessoa em sofrimento psíquico, gera nos profissionais sentimentos de angústia e, por vezes, a necessidade de improvisar suas práticas, “uma vez que a realidade atual dos serviços não corresponde aos aprendizados que tiveram em sua trajetória” (MUYLAERT et al., 2015, p. 56).

Sobre a prática prevalente em hospitais psiquiátricos, Rotelli et al. (1990) relatam que estas funcionam a partir de uma associação entre identificação e explicação do problema e resposta racional adequada, que pode ser entendido como solução ao problema identificado. Esta relação é referida como paradigma racionalista problema-solução. Os autores pontuam que a terapia neste âmbito não é entendida como relação individual entre profissional e pessoa assistida, mas sim, como um sistema estruturado e organizado de teorias e normas. Processo este, que conduz o diagnóstico ao prognóstico, que leva a doença ao estado de cura. “Este é, portanto, um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (cura)” (ROTELLI et al., 1990, p. 26). A própria psiquiatria, segundo os autores, torna-se testemunho incoerente com este paradigma racionalista, tendo por objeto de intervenção a chamada doença mental que, apesar dos esforços para alcançar uma explicação, uma conceituação racional, medidas terapêuticas e farmacológicas, a cronicidade permanece. Atestando a incapacidade da psiquiatria de obter a solução-cura.

A ênfase no tratamento, na elaboração de Projetos Terapêuticos a partir dos sintomas apresentados, na resolutividade que as ações trazem quanto ao uso de medicamentos, na frequência das atividades, assim como também, no foco das intervenções para a doença, conduz a uma assistência em saúde mental voltada para a relação solução-cura. O que pode ser relacionado com a ideia de cuidado em saúde presente no campo da saúde mental, como foi identificado a partir dos estudos mencionados. A concepção de uma assistência pautada na efetividade e na eficiência gera uma expectativa direcionada para uma resolutividade que não é compatível com a ruptura pragmática ansiada pela Reforma Psiquiátrica por meio da

desinstitucionalização. Mas, ao contrário, assemelha-se ao paradigma da psiquiatria, conforme demonstrado por Rotelli et al. (1990).

O cuidado em saúde mental ainda é voltado para a resolutividade, necessitando de avanços quanto à instauração da desinstitucionalização como desconstrução de paradigmas, trazidos historicamente pela psiquiatria. E, também, encontra-se atrelada à noção de qualidade assistencial direcionada à operacionalização de ações e procedimentos, que corroboram com a manutenção do paradigma problema-solução que circunda a Rede de Atenção Psicossocial.

1.2.6 O Cuidado, Enfim!

Após apresentar algumas das concepções inerentes à ideia de cuidado em saúde e o modo como estas se manifestam nas práticas assistenciais, nesta seção, venho apresentar a compreensão de cuidado que acredito ser a via condutora das transformações que tanto se busca quanto à forma de direcionar as práticas de saúde no SUS e em qualquer outro espaço assistencial. Este outro modo de compreender o cuidado é apresentado na obra *Ser e Tempo*, do filósofo Martin Heidegger (2005). Para conformar esta concepção, primeiramente, considero importante trazer alguns dos pressupostos filosóficos heideggerianos que lhe dão embasamento, para, num segundo momento, apresentar as mudanças que esta compreensão de cuidado sugere às práticas de saúde.

O pensamento de Heidegger ganha maior visibilidade a partir da obra *Ser e Tempo*, publicada em 1927 no *Anais de Filosofia e de Investigação Fenomenológica (Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung)*, cujo cargo de editor-diretor era ocupado por Edmund Husserl, um dos principais, se não o principal precursor da fenomenologia. Em *Ser e Tempo*, o filósofo passa a dedicar-se à ontologia fundamental do ser, ou seja, à compreensão acerca do modo de ser do homem como existência. O sentido do ser e sua verdade são colocados como problema filosófico fundamental (HEIDEGGER, 1989; SÁ; BARRETO, 2011; SILVA, 2012).

Para compreender a noção de existência elaborada por Heidegger, em *Ser e Tempo*, é necessário um modo específico de atenção, diferente da que geralmente é utilizada no cotidiano, na qual a tendência é apreender todas as coisas presentes no mundo como se já estivessem colocadas. Indiferentes à relação de sentido que o ser estabelece com elas; onde até mesmo o ser é visto como algo colocado dentro de um mundo anterior a ele. Estando livre para interpretar, à sua maneira, as condições dadas. Neste entendimento da teoria metafísica,

sujeito e as demais coisas são pensados como simplesmente colocados dentro do mundo (SÁ; BARRETO, 2011).

Stein (1990) relata que, em *Ser e Tempo*, a questão do conhecimento é referida de forma densa e transformadora, em relação ao contexto neokantiano, onde as teorias do conhecimento e as teorias da ciência obtinham maior influência. A obra apresenta um interesse central por questões tradicionais do conhecimento, sob uma perspectiva inovadora.

Heidegger buscou apresentar uma revisão de instâncias fundamentais da ontologia como a partir de Aristóteles, Descartes e Kant – revelando a dimensão exploratória da obra quanto à questão primordial do conhecimento humano. A intenção do filósofo era apresentar uma teoria mais consistente e nova, em contraposição às teorias da consciência e do conhecimento que, na visão do autor, omitiam questões ou não as explicavam de modo convincente. A vertente hermenêutica da analítica existencial de Heidegger, como sua concepção de filosofia, revela um olhar voltado para questões como o mundo da vida e a historicidade, que viriam a ser pontos centrais para a crítica da teoria tradicional. O novo enquadramento hermenêutico tornava a relação sujeito-objeto, modelo das filosofias da consciência, alvo de revisão e de nova formulação (STEIN, 1990).

De acordo com Silva (2012), primeiramente, Heidegger apresenta a diferenciação entre ser e ente. Isso se dá em decorrência do que o filósofo considerava um esquecimento do ser, sendo este confundido, pela metafísica, com o ente. No pensamento de Heidegger ser e ente são distintos, ainda que o ser sempre seja concebido pelo filósofo a partir do ente. Parte-se da premissa de que os entes adquirem diferentes maneiras e diversas significações, porém, o ser é uno, independente desta pluralidade. O ente pode ser entendido como uma multiplicidade de coisas e modos e, o ser é a partir do ente, como ele é; o ser é o ser do ente. Deste modo, investigar o ser implica investigar o ente quanto ao seu modo de ser. O ente capaz de conduzir o desvelamento do ser é somente aquele que é capaz de questionar o seu próprio ser, o qual é movido por uma compreensão prévia de ser. Este é chamado de *Dasein*, o ser-aí (SILVA, 2012), conforme pode ser visto na passagem de Heidegger,

[...] ser diz sempre ser de um ente, o que resulta como interrogado na questão do ser é o próprio ente. Este é como que interrogado em seu ser. Mas para poder apreender sem falsificações os caracteres de seu ser, o ente já deve se ter feito acessível antes, tal como é em si mesmo. Quanto ao interrogado, a questão do ser exige que se conquiste e assegure previamente um modo adequado de acesso ao ente. Chamamos de ‘ente’ muitas coisas e em sentidos diversos. Ente é tudo de que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é e como é, na realidade, no ser simplesmente dado (*Vorhandenheit*), no teor e recurso, no valor e validade, na presença, no ‘há’ (HEIDEGGER, 2005, p. 32).

Elaborar a questão do ser significa, portanto, tornar transparente um ente – o que questiona – em seu ser. [...] Este ente que cada um de nós somos e que, entre outras, possui em seu ser a possibilidade de questionar, nós o designamos com o termo *pre-sença* (HEIDEGGER, 2005, p. 33).

O modo de ser do Dasein³ é a existência. Heidegger (2005, p. 39) chama de existência “o próprio ser com o qual a pre-sença pode se comportar dessa ou daquela maneira e com o qual ela sempre se comporta de alguma maneira”. O filósofo enfatiza que o Dasein se compreende a partir de sua existência, da possibilidade de ser ou não ele mesmo. O interesse de Heidegger está em investigar o Dasein, interrogar sua dimensão existencial para, a partir disto, desvelar o ser deste ente que se questiona (SILVA, 2012).

Para compreender o ser do Dasein, o filósofo não toma o caminho da metafísica tradicional, a qual considerava degenerada quanto à essência da filosofia. Inicialmente, Heidegger reflete acerca da problemática do ser a partir do método fenomenológico, conforme herdado de Edmund Husserl, do qual foi seguidor (HEIDEGGER, 1989). O método fenomenológico husserliano pressupõe a redução fenomenológica, que visa o “retorno às coisas mesmas”, ou seja, o acesso a uma forma de consideração transcendental das coisas, do modo como se constituem, onde “os objetos aparecem na sua constituição, como correlatos da consciência”. O retorno às próprias coisas é visto como um modo de alcançar filosoficamente o conhecimento absoluto, que requer uma atitude fenomenológica de colocar em suspenso o próprio conhecimento, para assim superar o horizonte do conhecimento natural (GALEFFI, 2000, p. 19). Sendo assim, o método fenomenológico busca abordar os objetos do conhecimento do modo como estes aparecem, tal como se apresentam à consciência. Para esse alcance, se faz necessário suspender toda concepção antecipada sobre a natureza dos objetos.

Heidegger considerava que pressuposições construídas durante séculos de metafísica afastaram a filosofia do real conhecimento do ser. O ponto inicial de Heidegger, na abordagem do ser, por meio do método fenomenológico husserliano – que sofreu algumas revisões do filósofo – foi a existência do Dasein do modo como esta se mostra imediatamente à consciência. A fim de alcançar o desvelamento do ser em si próprio, objetivo final de toda sua reflexão filosófica. A análise da existência do ser-aí, ou a chamada analítica existencial é considerada o caminho para o descobrimento do ser (HEIDEGGER, 1989).

Stein (1990) explica que a redução fenomenológica direciona o olhar do ente para o ser e que por meio dela, Heidegger alcança o objetivo principal da analítica existencial, o ser. E ainda, a partir da redução fenomenológica, retoma o sentido do ser e promove a revisão da

³ Dasein, ser-aí, pre-sença, serão utilizados como sinônimos ao longo do texto, respeitando-se a forma como foram escritos originariamente nos textos referenciados.

metafísica. Inaugura o novo entendimento de que só há ser, só existe mundo, só existe verdade, a partir da existência do Dasein por meio da qual se abre um horizonte, por meio do tempo, da temporalidade. Ainda, sobre o caráter inovador da redução fenomenológica, o autor aponta que, do mesmo modo em que provoca uma ruptura do universo metafísico, promove também, o desenvolvimento do universo hermenêutico. A partir da inauguração do universo do sentido: sentido do ser do Dasein – temporalidade, cuidado, ser-aí – e sentido do ser - tempo, temporalidade – como meios para a estrutura do ser. Conforme observado em Heidegger,

A temporalidade (*Zeitlichkeit*) será demonstrada como sentido da pre-sença.[...] com essa interpretação da pre-sença, enquanto temporalidade, ainda não se responde à questão condutora que questiona o sentido do ser. [...] A pre-sença é de tal modo que, sendo, realiza uma compreensão do ser. Mantendo-se esse nexos, deve-se agora mostrar que o tempo é o ponto de partida do qual a presença sempre compreende e interpreta implicitamente o ser. Por isso, deve-se mostrar e esclarecer, de modo genuíno, o tempo como horizonte de toda compreensão e interpretação do ser (HEIDEGGER, 2005, p. 45).

De acordo com Stein (1990), a concepção hermenêutica de Heidegger opõe-se às teorias da consciência, seus métodos e ideias de transparência, espelhamento, reflexão, etc., e apresenta elementos totalmente novos como,

em lugar da consciência põe-se a inelutabilidade do ser histórico, do dado; em lugar da teoria pura da tradição, introduz-se a descoberta da ideia da compreensão do ser-no-mundo, já sempre jogado no mundo e historicamente determinado; em lugar do ideal do pensamento puro da teoria tradicional, a ideia de uma práxis que antecipa toda a divisão entre teoria e práxis e faz do conhecimento um modo derivado da constituição ontológica do ser-aí (STEIN, 1990, p. 28).

Sá e Barreto (2011), ao pontuarem inovações da obra de Heidegger, também explicam que, na perspectiva fenomenológica, a suposição de uma realidade em si é colocada em suspensão, retornando para o entendimento de que as coisas são dadas à experiência. O modo de atenção é voltado para a compreensão de que o mais concreto não é a suposta realidade em-si no mundo, mas sim, o acontecimento que emana da experiência, e que assim se dá a constituição dos entes.

Entre as mudanças mais radicais apresentadas em *Ser e Tempo*, de acordo com Stein (1990 p.21), está a supressão das questões teológicas da filosofia e a ruptura da concepção de mundo natural. Segundo este autor, Heidegger afirma que não há um mundo sólido, fundador e pré-existente, mas ao contrário, que este é a versão que o ser faz dele. A questão do mundo ocupa um lugar central na analítica existencial. É compreendido como um ser existencial, um elemento primordial na estrutura do Dasein, “mundo se articula no horizonte da compreensão; mundo que pode ser pensado, entendido, deve entrar no horizonte do sentido”.

O Dasein, como conceito fundamental da analítica existencial, é refletido por meio da compreensão em suas estruturas e formas de ser e operar - o mundo é a figura a partir da qual se dão e se articulam todo o conhecimento possível. Esta concepção também é reforçada por Silva (2012), que enfatiza que é no mundo que o Dasein se mostra em si, a partir de si mesmo e, nesta relação com o mundo, o Dasein expressa suas estruturas essenciais que revelam o modo do seu ser. Heidegger (2005, p. 40) afirma: “Assim, a compreensão do ser, própria da pre-sença, inclui de maneira igualmente originária, a compreensão de ‘mundo’ e a compreensão do ser dos entes que se tornam acessíveis dentro do mundo”.

Sendo o mundo o lugar onde o Dasein se mostra, a analítica existencial é voltada para esta cotidianidade, na qual as estruturas existenciais são evidenciadas. Conforme Heidegger,

Uma análise da pre-sença constitui, portanto, o primeiro desafio no questionamento da questão do ser. [...] as modalidades de acesso e interpretação devem ser escolhidas de modo que esse ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo. Elas têm que mostrar a pre-sença em sua cotidianidade mediana, tal como ela é antes de tudo e na maioria das vezes (HEIDEGGER, 2005, p. 44).

Anteriormente a qualquer verificação de qualquer teoria ou qualquer evidência da teoria do conhecimento, e ainda, antes de qualquer subjetividade primeira, existe uma evidência agindo na situação de ser-no-mundo. Esta verdade está escondida na separação consciência-mundo, no modelo da relação sujeito-objeto. Nesse sentido é que a analítica existencial reposiciona a questão da teoria do conhecimento ao criticar veementemente o modelo das teorias da consciência (STEIN, 1990, p. 21).

De acordo com Stein (1990), o entendimento acerca do Dasein não trata de um modo alternativo ao modelo da relação eu-mundo ou ponto inicial para o conhecimento. Mas, o conhecimento, que é a compreensão, o constitui e a partir dele se conforma o mundo. A compreensão inaugurada e exercida a partir de Heidegger é prática: não existe uma metateoria justificando a teoria; a teoria é um realizar do ser-no-mundo. O Dasein surge de outra fonte que não é a metafísica, não é a consciência que espelha o mundo, e também, não é o fundante do conhecimento do mundo. Para Heidegger, o conhecimento é derivado do ser-em do Dasein (STEIN, 1990), como pode ser entendido a partir do filósofo: “conhecer é um modo de ser da pre-sença enquanto ser-no-mundo [...], deve-se admitir que o conhecer em si mesmo se funda previamente num já-ser-junto-ao-mundo, no qual o ser da pre-sença se constitui de modo essencial” (HEIDEGGER, 2005, p. 100).

Segundo Roehle e Dutra (2014, p. 107), a partir da analítica existencial, Heidegger segue em direção aos modos de ser do Dasein, os existenciais, cuja manifestação acontece simultaneamente. Como já dito anteriormente, o Dasein é o ente que a partir de sua existência,

desvela o ser. Por causa desta compreensão do ser, o Dasein é ontológico. Essa compreensão se dá na relação com os demais entes, sejam eles humanos ou não, na cotidianidade. O ser ontológico do Dasein é a abertura, onde os demais entes se mostram, e ele se mostra a si próprio. Porém, no cotidiano, o Dasein pode se mostrar como mais um entre os entes, identificando-o com as coisas que o circundam. Nesta relação o seu modo ontológico fica encoberto, passa a ser ôntico. Os autores explicam que é no ser-ontológico que Heidegger caracteriza o modo de ser do ser-aí, que “o nível ontológico diz respeito ao Dasein, que é o modo de ser do ente; o nível ôntico diz respeito ao desdobramento individual do Dasein, que caracteriza cada indivíduo ou grupos humanos”. Nas palavras do filósofo,

A pre-sença possui um primado múltiplo frente a todos os outros entes: o primeiro é um primado ôntico: a pre-sença é um ente determinado em seu ser pela existência. O segundo é um primado ontológico: com base em sua determinação da existência, a pre-sença é em si mesma ‘ontológica’. Pertence à presença, de maneira igualmente originária, e enquanto constitutivo da compreensão da existência, uma compreensão do ser de todos os entes que não possuem o modo de ser da pre-sença. A pre-sença tem, por conseguinte, um terceiro primado que é a condição ôntico-ontológica da possibilidade de todas as ontologias (HEIDEGGER, 2005, p. 40).

A noção de ser-no-mundo está além da valorização do aspecto relacional e holístico da condição do homem e do reconhecimento de que este é um ser social. Este entendimento limitado não atinge a importante experiência do “si-mesmo” em “poder-ser”, como condição ontológica que está fora de qualquer objetivação. A noção de existência, de ser-no-mundo, separada de uma atitude fenomenológica, é destituída de seu sentido ontológico fundamental (SÁ; BARRETO, 2011). Roehe e Dutra (2014) esclarecem que ser-no-mundo, para Heidegger, é a característica fundamental do Dasein, significando que não existe dualidade ou oposição: Dasein é indissociável do mundo. A compreensão heideggeriana aponta para a co-originariedade de Dasein e mundo, a qual é entendida como uma abertura originária de sentido, que Heidegger chamou de existência, ser-no-mundo. De acordo com Sá e Barreto (2011), as palavras afinação (*stimmung*) e disposição (*befindlichkeit*) são utilizadas pelo filósofo para expressar o modo como Dasein estabelece ligação com os entes que encontra no mundo. A existência é atrelada à condição de estar lançado à facticidade e à corporeidade.

Segundo Sá e Barreto (2011), a facticidade constitui um existencial, pois para objetos ou animais não existe mundo como uma abertura de sentido. Os fatos se dão mediante sentidos. Almeida (2008) explica que a facticidade remete ao mundo da preocupação e da lida diária com os objetos. O poder-ser inerente ao Dasein em sua condição de ser-no-mundo faz com que este seja tomado no mundo do ter-que-fazer. A facticidade aparece como o já-ser-em (*in-sein*), que significa a atuação/constatação/o movimento/acontecendo do Dasein no mundo.

Roeher e Dutra (2014) dizem que a facticidade é resultante do fato do Dasein ser lançado no mundo, pois,

O Dasein sempre compreende o ser em geral e o seu próprio ser de alguma maneira. Esta compreensão não é um conhecimento teórico, racional. Ela é prática, porque diz respeito ao modo de ser (verbo, ação). A compreensão se mostra naquilo que o verbo faz, no lidar com a própria existência, providenciar algo em virtude de possibilidades mundanas (ROEHER E DUTRA, 2014, p. 109).

A existencialidade, outro existencial do ser-aí, é entendida como o antecipar-se-a-si do Dasein, ao poder-ser inerente ao Dasein para sua principal condição ontológica. Poder-ser e existencialidade são intrinsecamente atrelados, pois o poder-ser possibilita ao Dasein escolher possibilidades específicas. “Pela existencialidade, o ser-aí pode ser livre, uma vez que, escolhendo, o modo de ser que ele quer ser define o seu ter-que-ser através de escolhas”. Deste modo, a existencialidade é relacionada ao projeto do Dasein, sendo este um ser-no-mundo, ele próprio define o que vai ser, sem qualquer norma pré-definida para ser projetado (ALMEIDA, 2008, p. 3). A existencialidade se dá pelos atos de apropriação das coisas do mundo pelo Dasein. O termo existencialidade também se refere à existência interior e pessoal. O Dasein existe como antecipação de si mesmo, de suas próprias possibilidades, com o poder de tornar-se o que deseja.

O ser humano está sempre procurando algo além de si mesmo; seu verdadeiro ser consiste em objetivar aquilo que ainda não é. O homem seria, assim, um ser que se projeta para fora de si mesmo. Trata-se de uma projeção no mundo, do mundo, e com o mundo de tal forma que o eu e o mundo são totalmente inseparáveis. (HEIDEGGER, 1989, p. 4).

A compreensão direciona o Dasein para suas possibilidades. Este não se restringe à sua manifestação material-presente, “aqui e agora”, pois, o poder-ser é parte de sua facticidade. O que o Dasein ainda não é como realidade, é como possibilidade, é existencialmente. Porque o Dasein é as suas possibilidades (ROEHE; DUTRA, 2014). Quanto à historicidade da existência, não significa estar no tempo sendo conduzido a partir de eventos temporais. Sendo a existência ser-no-mundo e não algo que se encontra dentro do mundo. A temporalidade existencial não pode ser atribuída como algo dentro do tempo. “Se ‘existir’ é ser no modo dessa abertura de sentido em que já sempre nos vêm ao encontro os entes, existir é temporalizar e espacializar” (SÁ; BARRETO, 2011, p. 392).

Outro existencial é a queda. De acordo com Heidegger (2005, p. 244), o Dasein possui um modo de ser em que se coloca diante de si mesmo e também se abre para si próprio em seu estar-lançado. O estar-lançado significa o modo de ser que sempre é possibilidade, “de tal maneira que ele se compreende nessas possibilidades e a partir delas (projeta-se para elas)”. O

ser-no-mundo, ao qual pertence o ser junto aos entes, e também, o ser-com os demais, é sempre voltado a si próprio, porém, na maior parte das vezes, o próprio é próprio-impessoal.

O filósofo afirma que o ser-no-mundo está sempre na queda e, portanto, pode-se determinar que a cotidianidade do Dasein, como ser-no-mundo, é ser aberto na queda e, que lançado, projeta-se em seu modo de ser junto ao e em seu ser-com; e em meio a isto está “o seu poder-ser mais próprio”. Heidegger (2005, p. 249) aponta que na queda o Dasein deixa-se imergir pelo impessoal e pelo âmbito da ocupação, para desta forma, fugir de si mesmo, a partir do seu próprio poder-ser. Ele explica que, somente por meio da abertura constitutiva inerente ao Dasein, em que ele se coloca fenomenalmente diante de si mesmo, é que ele pode fugir de si. Nesta fuga, o Dasein não permanece diante de si mesmo, ao contrário, é conduzido para fora de si. “Chamamos de ‘fuga’ de si mesmo o fato da pre-sença de-cair no impessoal e no ‘mundo’ das ocupações”.

Almeida (2008) entende, a partir de Heidegger, a queda como estar-em-meio do Dasein, e que esta abrange o que chama de ocupação (*Besorge*) e solicitude (preocupação – *Fursorge*). Ocupação, pois, envolve o estar em meio a objetos, utensílios, e com estes o Dasein ocupa-se. E solicitude - preocupação, por envolver outro Dasein, o outro existente humano, com este o Dasein é solícito. Roehe e Dutra (2014) afirmam que o Dasein é caracterizado pelo ser-com, onde o mundo é compartilhado e sempre há presença de outros. Os autores explicam que o impessoal indica o modo de ser no cotidiano, no qual existe uma padronização de como o ser-aí deve se comportar, se relacionar com os demais, fazer uso das coisas, entre outras determinações. Trata-se de uma estrutura ontológico-estrutural, que impõe suas formas de agir, que coloca no mesmo nível as possibilidades de poder-ser, afetando os modos pelos quais o ser-aí pode assumir-se, restringindo-lhe de acordo com modos inautênticos.

Roehe e Dutra (2014) pontuam que a impessoalidade impõe a medianidade, fazendo com que o Dasein adote, em quase todo tempo, características que não são propriamente suas. Assim, o que é feito ou dito por um, passa a ser realizado por todos, como se fosse tirada a possibilidade de escolher outros modos de existir. Torna-se importante trazer um trecho da obra de Heidegger em que estas características do impessoal estão evidentes,

Esta interpretação [do impessoal] já restringiu antecipadamente as possibilidades de escolha ao âmbito do já conhecido, do que se pode alcançar e suportar, do que convém e se recomenda. Esse nivelamento das possibilidades da presença ao que se oferece, de imediato, no cotidiano realiza, ao mesmo tempo, uma obliteração do possível como tal. A cotidianidade mediana da ocupação se torna cega para as possibilidades e se tranquiliza com o que é apenas ‘real’. Essa tranquilidade não exclui, ao contrário, desperta uma atividade febril de ocupação. O que quer dizer que

não são novas possibilidades positivas. Mas o que está disponível é que se altera 'taticamente' de maneira a dar a impressão de que algo está acontecendo (HEIDEGGER, 2005, p. 259-260).

O modo impessoal do cotidiano “tira o encargo” do Dasein quanto à responsabilidade das decisões que cabem somente a ele, tendo em vista que, assume e toma para si todas as responsabilidades, ou seja, as escolhas e os julgamentos são impessoalmente determinados. Deste modo, o impessoal promove facilitação, nivelamento e superficialidade na convivência no cotidiano (HEIDEGGER, 2005, p. 180). O impessoal busca desarticular o ser-aí questionador, pois, quando o Dasein rompe com as artimanhas promovidas pelo impessoal e, assim, escolhe questionar suas padronizações e medianidades, o seu poder-ser a partir de si mesmo retorna ao seu potencial adequado (ALMEIDA, 2008). Para isto, o Dasein precisa despertar-se da dispersão causada pelo impessoal e nisto, a angústia tem função fundamental.

De acordo com Heidegger (2005), a angústia retira o Dasein da sua condição de queda, faz romper o costume e a familiaridade cotidianos. A partir da angústia, o Dasein se singulariza como ser-no-mundo, retorna ao modo existencial de estranheza ao que está posto no mundo. Roehe e Dutra (2014) reiteram, a partir do filósofo que na angústia as ocupações da impessoalidade deixam de ser familiares e tranquilas. O Dasein volta-se para si mesmo, se vê singularizado, no qual a escolha de possibilidades são parte do seu modo de ser. São apontadas por Heidegger importantes funções da angústia no modo de ser do Dasein. De acordo com o filósofo, a angústia conduz o Dasein para aquilo que ela se angustia, para o próprio poder-ser-no-mundo. Assim, o Dasein se volta para o poder-ser mais próprio, o que quer dizer obter a liberdade para escolher a si mesmo, o ser-livre. A angústia leva o Dasein para o seu modo de ser enquanto possibilidade de ser o que já sempre é. A partir da angústia, apreende-se a totalidade originária do Dasein, esta emerge da cura (HEIDEGGER, 2005).

A cura pode ser entendida, a partir da obra de Heidegger (2005), como o ser do Dasein, no qual está baseado ontologicamente todo o momento estrutural em seu poder-ser. A cura é uma função ontológica fundamental, é a base de todo fenômeno existencial. Para apresentar seu caráter fundamental, Heidegger pontua que o entendimento da cura está para além de uma compreensão ontológica, ou mesmo, para o conhecimento ôntico dos entes. O filósofo ressalta que para a interpretação existencial do Dasein como cura é preciso confirmar sua condição pré-ontológica. Para isto, a analítica existencial, que acessa ao fenômeno da cura, deve estar direcionada para a problemática ontológica fundamental: a questão acerca do sentido do ser. Deve também, reexaminar de forma ainda mais profunda, os fenômenos atrelados ao ser. Por meio destas unidades fundamentais, a cura pode ser entendida como o ser

do Dasein, como estrutura fundante que existe existencialmente antes de qualquer cuidar ôntico, seja por objetos ou comportamento de cuidado para com o outro. O Dasein em sua condição de ser-no-mundo é definido pela cura (ALMEIDA, 2008). Heidegger (2005, p. 258) afirma, “enquanto totalidade originária de sua estrutura, a cura se acha, do ponto de vista existencial – a priori, ‘antes’ de toda ‘atitude’ e ‘situação’ da pre-sença, o que sempre significa dizer que ela se acha em toda atitude e situação de fato.”

Segundo Almeida (2008), por meio de conceitos como desejo e querer, Heidegger em sua analítica existencial, constrói a fenomenologia de como o Dasein cuida dos objetos e das pessoas. O autor explica que desejo e querer fazem parte do Dasein, estão existencialmente fixados no cuidado. No querer, está a totalidade inerente do cuidado. O querer manifesta o cuidado quando, o Dasein querendo, movimenta-se em direção a uma ação. No querer, o ato prático se constrói. De acordo com Almeida (2008), a possibilidade do querer é conformada a partir de três momentos: a) pelo antecipar-se-a-si-por-já-ser-em, que possibilita a escolha; b) o mundo que está para além do Dasein, com objetos e outros existentes humanos; e c) o querer como uma projeção compreensiva para um poder-ser em direção ao ente querido. O antecipar-se-a-si remete à multiplicidade de possibilidades à disposição do ser-aí, que pode escolher-se da maneira que quiser. O querer não está atrelado a nenhum ente externo, mas ao próprio ser-aí.

[...] ao querer sempre pertence algo que se quer, algo que já se determinou a partir daquilo em-função-de que (o proceder a si mesma), a abertura do que se pode ocupar (o mundo como algo em que já se é) e o projeto de compreensão da pre-sença num poder-ser para a possibilidade de um ente ‘que se quis’. No fenômeno do querer, transparece a totalidade subjacente da cura (HEIDEGGER, 2005, p. 259).

No caso do desejo, o querer está atrelado à cotidianidade do impessoal e não a uma ação de cuidado que emerge de si próprio. No desejo, o querer se direciona para algo que não é o próprio Dasein, mas sim, algo externo e deste modo, não pode ser próprio, uma vez que propriedade é entendida a partir de um cuidado angustiado. O cuidado na relação com o querer como desejo remete à ação, “por projetar possibilidades quer cuidar de algo”. O desejo é uma modificação deficiente do projetar compreensivo. O Dasein passa a adotar as possibilidades que estão soltas, direcionando-se a elas aleatoriamente. Não existe uma escolha de possibilidades a partir de si mesmo, pois o desejo está tomado pelo mero desejar (ALMEIDA, 2008).

Desejar é uma modificação do existencial do projetar-se da compreensão que, na decadência do estar-lançado, ainda adere pura e simplesmente às possibilidades. Essa adesão fecha as possibilidades; aquilo que está ‘presente’ na adesão do desejo

torna-se 'real'. Ontologicamente, desejar pressupõe a cura (HEIDEGGER, 2005, p. 260).

O em-meio-aos entes, que conforma o ser da queda, deixa-se conduzir pelo que todos dizem e fazem, o que acaba por calar possibilidades contrárias e minar possibilidades que questionam aquelas em vigor. A adesão padronizada das possibilidades que são aderidas por todos demonstra a inclinação do ser-aí por ser vivido pelo mundo e pelo impessoal. O ser-aí deixa-se absorver pelo que é praticado por todos, sem questionar-se acerca das possibilidades adotadas, pois eles são resultado do que é escolhido por todos como verdadeiro (ALMEIDA, 2008).

No impessoal, estar voltado para possibilidades revela-se ordinariamente como mero desejar, o que significa neste ponto, que Ser e Tempo estende a análise do cuidado aos modos impessoais. O querer é tomado como mero desejar, e o que se deseja, não é nada de novo, mas, apenas aquilo que o Impessoal diz que é novo e que deve ser gostado e desejado. O mero desejo, servo do Impessoal, também fantasia possibilidades fáticas. (ALMEIDA, 2008, p. 7).

O Dasein, em seu movimento existencial de anteceder-se-a-si-mesmo encontra também a morte. Assim sendo, o Dasein é um ser-para-a-morte. A morte não é entendida sob o ponto de vista de algo que está por vir ou um evento localizado no futuro que está para chegar. O Dasein é ser-para-o-fim, “sendo para sua morte, ele, de fato, morre constantemente enquanto existe”. Em Ser e Tempo, a morte é considerada como possibilidade inerente do Dasein, quer dizer, mais própria, uma vez que é uma possibilidade que ele dá a si mesmo. A morte como possibilidade própria não se dá nas relações, na preocupação com os outros ou na ocupação com os demais entes, a morte é de si para si mesmo. Enquanto vive, o Dasein antecipa a morte como possibilidade certa do fim (ROEHE; DUTRA, 2014, p. 112).

Nesta busca pela ontologia fundamental do ser, Heidegger se atém à natureza e ao núcleo do ser humano em seu estado elementar, o qual é constituído por Cura. O vocábulo Dasein refere-se a esta essência do homem, seu estado primeiro, originário. Portanto, o Dasein, ser-aí, expressa que o ser não é algo solto no mundo, mas um ser-no-mundo, que conduz pelo cuidado a sua própria existência. Segundo Almeida (2008), o cuidado é entendido como o ser do Dasein, sendo este, o principal ente da analítica existencial realizada por Heidegger, em Ser e Tempo. O conceito de cuidado assume grande importância para o filósofo.

Para testemunhar a condição pré-ontológica da Cura, Heidegger apresenta a Fábula de Hígino:

Certa vez, atravessando um rio, ‘cura’ viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a cura quis então dar o seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o nome. Enquanto ‘Cura’ e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a ‘cura’ quem primeiro o formou, ele deve pertencer à ‘cura’ enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra) (HEIDEGGER, 2005, p. 263-264).

A partir desta fábula apresentada por Heidegger (2005) em *Ser e Tempo*, entende-se que a existência do ser do Dasein é constituída pela Cura, pelo cuidado. O Cuidado é o modo existencial do Dasein, acompanha a sua condição primária de poder-ser. O Cuidado (*Sorge*) é o que há de mais originário na existência do Dasein, de modo que a ocupação (*Bersorge*) com as coisas e a preocupação (*Fürsorge*) com os demais advém dele (KAHLMAYER-MERTENS, 2015). Fernandes (2011) enfatiza que Cuidado é o ser do Dasein, diz respeito à sua estrutura ontológica. O autor explica que o Cuidado não está atrelado a algum tipo de comportamento, antes, porém, o cuidado atua em todo comportamento humano. Qualquer comportamento humano se dá no cuidado e por meio do cuidado. Deste modo, o humano é dado ao Cuidado durante toda sua existência, em toda ação. Enquanto ser-no-mundo, sempre pertencerá ao Cuidado.

O entendimento do ser do homem como existência conduzida pelo Cuidado leva a concepções e atitudes diferenciadas no campo da saúde. De modo antecipado, destaca-se: a) o rompimento com concepções objetivantes do sofrimento existencial, que reduzem o humano à dimensões orgânicas, psicológicas ou sociais; b) o afastamento de atitude tecnicista, em que o profissional se posiciona como condutor do processo, a partir de suas bases teóricas-conceituais sobre a existência da pessoa assistida ou a partir de sua vontade pessoal de curá-lo; e c) a prática de uma atenção e escuta desprendida de qualquer expectativa, na qual o outro é chamado a uma lembrança de si como existência, para, então, alcançar os limites e as possibilidades mais singulares. O desafio de colocar em prática essas atitudes é o de evitar que elas venham a ser entendidas como técnica opositora às demais e, portanto, com o papel de substituí-las. A atitude fenomenológica diante das práticas de saúde não visa eliminar as ações terapêuticas convencionais, mas sim, retirar a centralidade que ocupam na atenção à saúde, “subordinando-os a uma atenção que busca sustentar a lembrança da dinâmica de realização da relação terapêutica enquanto possibilidade ôntica da nossa condição ontológica de ser-no-mundo-com-o-outro” (SÁ; BARRETO, 2011, p. 393).

Fukumitsu et al. (2009), também a partir de uma compreensão fenomenológica, discorrem sobre o exercício do Cuidado no interior dos dispositivos de saúde. Os autores pontuam que o cuidar acontece em uma dinâmica entre duas pessoas – o profissional e a pessoa que foi em busca dos dispositivos de saúde – e a partir dele se abrem possibilidades para que o potencial de saúde venha a emergir neste contexto. O profissional de saúde que se volta para outro ser humano é visto, pelos autores, como um cuidador, não no sentido de fazer “por”, mas de fazer “com” o outro. Esta parece ser uma diferença sutil, porém, merece atenção e reflexão. A aparente pequena diferença, segundo os autores, apresenta concordância com o pensamento existencial, em que ser-com possui um significado ontológico do caráter relacional e como elemento constitutivo da existência humana. Quando se faz “por” a ênfase está nos atos, de ajudar ou de atender às necessidades, e não, necessariamente, há um compromisso com a relação.

Valorizar a relação implica em possibilitar que o Cuidado apareça, criando condições fundamentais para que isto ocorra. O Cuidado é construído quando a existência da pessoa assistida adquire significado para aqueles que estão envolvidos na assistência. Deste modo, o profissional apresenta disponibilidade para participar das escolhas, dos sofrimentos, desejos e conquistas da pessoa, assim como, esta apresenta disponibilidade para compartilhar sua vida. Cuidado implica em “compreender o outro como um ser humano em busca de conhecimento de seus processos, que muitas vezes transcendem o próprio sintoma que ele expressa” (FUKUMITSU et al. 2009, p. 173). O cuidado pode ser compreendido como uma condição existencial e, também, como um processo que se encontra nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pessoas que os procuram, com vistas a amenizar o sofrimento. Neste sentido, é enfatizado o “fazer com”, levando em consideração o contexto em que ambos se encontram, uma vez que o cuidado implica em disponibilidades (FUKUMITSU et al. 2009).

1.2.6.1 Este Cuidado como Prática na Saúde

Inicialmente, discorri acerca de uma primeira aproximação com a concepção de Cuidado, considerado a partir de um entendimento fenomenológico heideggeriano. Contudo, vale aprofundar questões estão implícitas nesta concepção e que impulsionam o entendimento e o exercício deste modo de conceber e conduzir o cuidado em saúde. Tomou-se por referência a obra de Ayres (2009) para esta explanação. A partir deste autor será apresentada a

noção de intersubjetividade, de sucesso prático e do Cuidar, fundamentados no arsenal fenomenológico.

Para falar sobre intersubjetividade, Ayres (2009) retoma uma alegoria kantiana que, segundo o autor, traz uma visão de sujeito bastante rica, a partir de elementos fundamentais que são trabalhados pelo autor. Segue, assim, a metáfora do voo da pomba: “A leve pomba, enquanto, em seu livre voo, corta o ar cuja resistência sente, poderia imaginar que ainda mais sucesso teria no vácuo” (AYRES, 2009, p. 22).

O voo da pomba pode ser entendido, discorre Ayres (2009), como expressiva metáfora do ato identificador, o qual remete à dialética de negar construindo/construir negando presente no processo de construção de identidades. Existe uma questão fundamental nesta dialética, o ser pensante, o sujeito que ao se relacionar com o mundo, identifica a si mesmo. Destaca-se a resistência como experiência que faz emergir o sujeito como presença real. Pode-se trocar o voo da pomba, pela história humana e, a resistência do ar, pela presença do outro, e assim, decifrar o entendimento que está implícito na alegoria, que “não existe sujeito individual”, pois, o que aprendemos a chamar como indivíduo, nada mais é do que um “sonho de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos”, como explica Ayres (2009, p. 23). O autor enfatiza que é por meio dessa resistência exercida pelo outro que o sujeito se identifica, é a experiência da alteridade que leva o sujeito a atribuir-se como indivíduo.

De acordo com Ayres (2009), a metáfora apresenta três aspectos que podem auxiliar na reconstrução da concepção de sujeito para as práticas de saúde: o aspecto relacional, o aspecto existencial e o aspecto pragmático. O aspecto relacional é encontrado na impossibilidade de separação de ar e asa para a ideia de vácuo. Pois, ainda que, vácuo e resistência aparentemente sejam antagônicos, é a partir da vivência da resistência que a pomba projeta o vácuo. Aí, se encontra uma vivência substancialmente relacional, porque a resistência acontece sempre de algo a algo - no contexto da alegoria, a resistência se dá do ar à asa da pomba – e é desta vivência que emerge o vácuo, “que cria identidades simultaneamente para o ser voante, que é a pomba, e seu mundo de preenchimentos vividos, que são vácuos sonhados”.

Já o aspecto existencial é expresso pelo ponto da alegoria em que se percebe que a resistência enfrentada pela pomba está relacionada à sua condição de voante e ao seu mundo de resistência. Pelo fato de a ave poder imaginar-se voando no vácuo, ou seja, porque a ela sonha. Isto faz dela um ser e não um ente, a partir disso, emerge um sujeito e o seu mundo. “É porque sonha, porque deseja, e quando deseja, que o acontecer da resistência contra as suas

asas leva a pomba a conceber e construir pássaros, asas, voos e espessuras” (AYRES, 2009, p. 25).

E o aspecto pragmático é referido como o próprio ato de voar da pomba,

De fato, não é senão em ato que a pomba se põe a sonhar com o vazio. E note-se que a partir de, e contra, o ato de voar, no sentido existenciário, plasma-se o voo como ato existencial, isto é, no exato momento em que constrói uma ideia de sucesso para o seu voo, o qual se encontra mais além, na virtualidade de um espaço sem resistência, é que a pomba faz-se pomba (AYRES, 2009, p. 26).

Ayres (2009, p. 27) pontua três conclusões que podem ser apreendidas da alegoria da pomba: a) subjetividade não corresponde à mesmice, é, na verdade, intersubjetividade, pois é sempre relação; b) esta relação possui um sentido existencial, é configurada como “encontro desejante com a circunstância”, ou seja, é colocar-se diante do outro e construir possibilidades em um mundo compartilhado; e c) o que movimenta este encontro desejante entre os sujeitos e seu mundo não remete apenas ao êxito técnico, mas a uma situação que engloba felicidade, dimensões éticas e estéticas, refere-se a um sucesso.

Ayres (2009), então, afirma que os humanos se reconhecem sujeitos. E enfatiza que o melhor verbo a ser utilizado é mesmo este: reconhecer. Pois, a forma verbal em que se encontra denota uma raiz pragmática, uma ação. A voz reflexiva refere-se à qualidade existencial da subjetividade, remete ao Dasein heideggeriano, em que mundo e sujeito existem mutuamente. O autor indica que o prefixo “re” está atrelado à identidade subjetiva que é construída na experiência com o outro, a cada encontro. A partir disto, ele ressalta que é preciso assumir que o importante na atenção à saúde é a intersubjetividade experienciada por meio de suas práticas.

Ayres (2009) apresenta uma importante reflexão acerca das tecnologias de assistência à saúde, sobre o modo e pelo o que têm sido conduzidas, por vezes, comprometendo o encontro terapêutico. O autor identifica que o fundamento dos discursos normativos e corretivos das ações de saúde é a utópica relação entre conhecimento e controle de agravos e doenças. Este não questiona o papel relevante do controle de doenças, de sintomas, epidemias, etc., mas, chama a atenção para a centralidade que ocupam, sendo critério para o sucesso das práticas de saúde.

A concepção de sucesso comumente está intrinsecamente atrelada ao êxito técnico. Contudo, o autor ressalta que êxito técnico e sucesso prático são duas compreensões diferentes, que se originam e se destinam a partir de esferas de experiências distintas. Êxito técnico refere-se a um sentido procedimental, a resultado de ações instrumentais. Já a ideia de sucesso prático está ligada ao valor que essas ações adquirem para as pessoas, em suas

dimensões simbólicas, relacionais e materiais que se exprimem na vivência cotidiana. Nas palavras do autor,

O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela lógica empírico-analítica das ciências da vida e da saúde. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações (AYRES, 2009, p. 139).

O autor afirma que a constituição de intersubjetividade acontece sempre acompanhada da atuação de um sucesso prático. Com isso, destaca-se a importância dos profissionais, aqueles que estão dispostos a cuidar, buscarem saber acerca da concepção de vida que conduz os projetos existenciais das pessoas a que estão prestando assistência, referido como projeto de felicidade. Este pode ser entendido como “totalidade compreensiva que dá sentido existencial às demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações” (AYRES, 2009, p. 140). Ayres (2009) sinaliza para a ausência do questionamento, quando se fala sobre saúde, acerca do que as pessoas - inclusive os profissionais - sonham para vida, para o seu bem viver e para a saúde. Segundo o autor, sem que haja esta reflexão, o destino sempre será a negatividade da doença para conceituar saúde e, assim, reduzir-se ao conhecimento de suas dinâmicas para, enfim, controlá-las. E desta forma, progressivamente, as ações de saúde perdem a sensibilidade diante das necessidades das pessoas e a capacidade de perceber os seus limites.

O combate à centralidade tecnicista do horizonte normativo dos discursos de saúde, implica, também, em reavaliar o cientificismo dominante que determina a validade das ações.

Com efeito, se tratarmos de subsumir o controle das doenças em concepções de sucesso que não se deixam traduzir por tarefas técnicas apenas, se a felicidade almejada por nossas intervenções em saúde nos obriga a dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral, etc., então os constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da encomenda (AYRES, 2009, p. 33).

Ayres (2009) apresenta significativa consideração acerca da relação entre tecnociência e arte da assistência à saúde. O autor ressalta que arte e ciência atribuem uma a outra grande potencial, porém, em virtude deste mútuo encantamento, deixaram de se questionar acerca de para quem é todo este poder, porque este poder e para que tanto poder. A partir deste vislumbamento e falta de questionamento, o cuidado em saúde caminha em direção à crise de legitimidade, à falta de credibilidade em seus alcances éticos e técnicos. Em decorrência do afastamento gradativo da arte tecnocientífica da saúde em relação aos projetos existenciais que lhes dão sentido. “É como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida,

estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam” (AYRES, 2009, p. 59).

Este afastamento acarretou em duras consequências para a prática em saúde. A assistência se tornou impermeável às questões mais abrangentes da saúde; restringiu-se quase completamente o espaço dos desejos e da busca de felicidade, como modos de avaliação do sentido das práticas. E ainda, se preocupa minimamente com a dinâmica de construção dos consensos intersubjetivos que conduzem os saberes (práxis científica) e suas práticas (a práxis médica). Com isso, a assistência à saúde passa a ser problemática, enfrentar crises políticas, econômicas e de legitimidade (AYRES, 2009).

Quando se fala em assistência à saúde comumente associa-se esta com a operacionalização de técnicas para a restauração de um bem-estar físico ou mental. Porém, Ayres (2009) ressalta que é necessário entender claramente que nem tudo o que é fundamental para o bem-estar, está no âmbito da aplicação do conhecimento técnico. E que é preciso atentar para o fato de que, de forma alguma, quando um profissional assiste à saúde de outra pessoa, a sua presença e o seu papel diante daquele outro não se restringe a um aplicador de conhecimentos.

se assumirmos também que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de pergunta que podem ser formulados na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias (AYRES, 2009, p. 61).

A atuação profissional em saúde deve estar também articulada com outros aspectos que não sejam tecnológicos, pois a arte de assistir não pode ser limitada à manipulação de objetos. No contexto de assistência à saúde, toda a pessoa que traz um problema a ser atendido, torna-se em potencial um objeto de conhecimento e de aplicação de procedimentos, porque esta é a expectativa que impera em relação às ciências e serviços de saúde. Mas, ainda que seja isto o esperado, “nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades” (AYRES, 2009, p. 61).

A proposta defendida a partir desta perspectiva, não é extinguir a ciência. Mas a de promover um resgate da relevância e dignidade de outros tipos de sabedoria que também podem colaborar na construção de conhecimentos úteis para o exercício da saúde. Desde conhecimentos como filosofia, direito, alguns ramos das ciências humanas, até mesmo, sabedorias diversas, transmitidas secularmente nas diferentes tradições culturais. Deste modo, um dos grandes desafios que está colocado para os diálogos da saúde é a superação de

empecilhos linguísticos que o linguajar técnico impõe e impede uma autêntica interação entre profissionais de saúde e pessoas atendidas. Essa transposição é urgente, para o campo da saúde (AYRES, 2009).

O curar, tratar e controlar são ações restritas e construídas a partir do desenvolvimento de uma relação estática, individualizante, objetificadora, que transformam as pessoas em sujeitos-alvo das intervenções. Por meio da alegoria do voo da pomba, apresentada anteriormente, se vê que o que a subjetivava não era um êxito técnico, e sim, um sucesso prático mais amplo. Também para a discussão na saúde, o que se deve entender por sujeito é algo mais abrangente do que um mero objeto de uma ação técnica. “Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético” (AYRES, 2009, p. 35). Sendo assim, Cuidar, ainda que passe pelas competências técnicas, não se prende a elas.

Para seguir, agora mais especificamente, com minha discussão acerca do Cuidado, cabe retomar a Fábula de Higino apresentada por Heidegger, em *Ser e Tempo*, a qual incita Ayres (2009) à uma compreensão sobre o ato de Cuidar. A partir desta fábula, o autor reflete acerca do Cuidado abordado por Heidegger e elabora uma compreensão que contribui muito para as práticas de saúde. O autor considera que Cuidar é querer, é construir projetos, é modelar a argila. “Querer é o atributo e o ato do ser” Ayres (2009, p. 37). Cuidar implica em ser suporte no tempo, contra e a partir da força opositora da matéria; Cuidar é um modo simplesmente humano de ser. É, também, pontua o autor, soprar o espírito, ou seja, permitir que a forma seja mais do que uma matéria suspensa no tempo, mas, um ser que permanentemente trata de ser um ente que se quer.

O Cuidado é então entendido como um constructo filosófico:

uma compreensão filosófica e uma atitude prática 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 esta finalidade. (AYRES, 2009, p. 42).

O Cuidado é visto como uma categoria reconstrutiva, com o potencial de reconciliar as práticas assistenciais, submersas ao paradigma técnico-científico, e a vida. É capaz de proporcionar um diálogo abrangente e produtivo entre a tecnociência própria da intervenção em saúde e a construção de uma vida que busca a felicidade, entendida como Cuidado (AYRES, 2009).

Nesta perspectiva, a saúde e a doença não se resumem apenas a objeto, mas, constituem modos de “ser-no-mundo”. E a partir disto, as escolhas de utilização ou não de

tecnologias, quais técnicas combinar ou transformar, partem do que Ayres (2009) chama de juízo prático. Que é uma forma de conhecimento diferenciado daqueles que produzem as ciências. “Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os juízos se fazem necessários”, Ayres (2009, p. 63). Na visão do autor, a assistência à saúde recebe o caráter de Cuidado quando o profissional não consegue abrir mão da escuta atenta e interessada do que o outro, seja um paciente ou grupo, possui como expectativa quanto o modo de viver. E, quando, para alcançar isto, pode utilizar-se do que se encontra disponível como recurso. Não somente conhecimentos técnicos, mas também, saberes populares, valores pessoais, religião, entre outros. Desta forma, há o Cuidado.

Resgatar a importância desta sabedoria prática é visto como princípio fundamental, quando se almeja o Cuidar. Nas palavras do autor, Cuidar nas práticas de saúde implica,

o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiado na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2009, p. 65).

A direção política e as ações práticas para a reconstrução das ações de saúde tendo o Cuidado como horizonte, perpassa pela recuperação da importância da sabedoria prática, pela abertura e negociação de formas de conduzir as ações e suas finalidades. Sem com isso, determinar anteriormente para onde e de que forma chegar com a assistência. O autor apresenta, então, três desafios para o exercício do Cuidado, e assim, para a reconstrução das práticas em saúde: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes.

O que foi apresentado neste texto, está ligado à complexas retomadas e mudanças que passam de sujeitos para intersubjetividades, de controle técnico para sucesso prático, de tratamento para Cuidado. O cuidar, no contexto fenomenológico, não se reduz a mera e estanque atividade das práticas de saúde. É necessário que a atitude cuidadora seja expandida e incorporada para todos os âmbitos das reflexões e atuações do campo da saúde (AYRES, 2009).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, são apresentadas as principais referências metodológicas que estiveram como pano de fundo na construção deste trabalho. Estas oportunizaram reflexões e descobertas acerca da condução de um estudo receptivo às diferentes nuances que surgem pelo percurso. E, sobretudo, a descoberta à respeito do se fazer um pesquisador livre para aceitar estas potencialidades e deixar-se envolver por elas, moldando também, o seu fazer. Este referencial metodológico me possibilitou trilhar um caminho investigativo das práticas de saúde nos dispositivos de saúde mental e, com isso, refletir sobre o cuidado, tal como se configura o objetivo central deste estudo.

Em linhas gerais, a pesquisa se caracteriza como qualitativa, sendo próprio a este tipo de estudo, o contato direto do pesquisador com o objeto de interesse, possibilitando a este entender e interpretar o fenômeno (NEVES, 1996). E ainda, viabiliza a apreensão de significados e intencionalidades presentes nos atos, nas relações e nas estruturas sociais, aspectos tais que não podem ser quantificados (MINAYO, 2004). A pesquisa também se caracteriza por ser exploratória, uma vez que possibilita a familiaridade do pesquisador com o objeto a ser investigado, contribuindo para melhor visualização e construção de hipóteses.

2.1 REFERENCIAL FENOMENOLÓGICO

A premissa do método fenomenológico é o “retorno às coisas mesmas”, o que significa não estabelecer determinações prévias para o encontro com as coisas. Husserl – autor dedicado à fenomenologia como um método, uma ciência de rigor – e Heidegger, enfatizavam que o papel da fenomenologia é apenas orientar para que a atenção seja dada ao fenômeno no modo como ele se manifesta (SEIBT, 2012).

O método fenomenológico distancia-se da concepção de método construtivo, pois se configura como uma forma desconstrutiva de analisar o objeto de interesse, uma forma de orientar-se negativamente para alcançar o que se dá em si mesmo. O método fenomenológico não traz determinações prévias de como aproximar-se do objeto, mas orienta a permitir que o acontecimento ocorra, a deixar que o fenômeno se manifeste. Aqui está o sentido da “epoché” husserliana, de colocar em suspensão o mundo e seus conteúdos para fixar-se na consciência pura (SEIBT, 2012). Em síntese, o método fenomenológico formulado por Husserl pressupõe a redução fenomenológica, que visa o acesso a uma forma de consideração transcendental das

coisas, do modo como se constituem, onde “os objetos aparecem na sua constituição, ou seja, como correlatos da consciência”. O retorno às próprias coisas é visto como um modo de alcançar filosoficamente o conhecimento absoluto, que requer uma atitude fenomenológica de colocar em suspenso o próprio conhecimento, para assim, superar o horizonte do conhecimento natural (GALEFFI, 2000, p. 19).

De acordo com Seibt (2012), Heidegger, porém, considera que a suspensão do mundo enfatizada por este método está atrelada a uma concepção metafísica e, em decorrência disto, critica e rompe com Husserl. Para Heidegger não é possível colocar o mundo entre parênteses, pois deste modo, impossibilita-se o acesso a qualquer coisa, perde-se a possibilidade de experimentar algo. Enquanto Husserl acredita em um modo de acesso transcendental, digo, puro, para alcançar as coisas, Heidegger enfatiza que o ser humano se encontra na transcendência. Este último buscou desconstruir a concepção de construção de conhecimento pautada na representação de objetos, ou seja, aquela que se baseia na relação sujeito-objeto (SEIBT, 2012).

A premissa de que o conhecimento se dá à medida que o fenômeno se apresenta à consciência, com base na relação sujeito-objeto, refere-se à reflexividade, na qual o sujeito, a partir da redução fenomenológica, reflete o objeto exatamente como ele se mostra. Deste modo, tem-se a teorização acerca do fenômeno estudado ou uma fundamentação reflexiva. Em contraposição a esta concepção, Heidegger inaugura um novo campo de investigação para a filosofia, assentado em um retorno à vida e às experiências que dela emergem, “a filosofia volta a aventurar-se no perigoso e incontrolável acontecer da vida, fora do âmbito da certeza, segurança e objetividade” (SEIBT, 2012, p. 86). O olhar hermenêutico de Heidegger aponta para o entendimento de que, antes de qualquer coisa, o homem está facticamente situado no mundo, é ser-no-mundo e que, a partir disso, se dão as teorizações. E, portanto, o homem é transcendência. O filósofo defende,

Uma filosofia que retoma a possibilidade do pensamento, que abre o acesso para que se ‘veja’ novamente onde nos encontramos efetivamente, o horizonte pré-teórico onde nos enraizamos e donde partem as teorizações que, posteriormente, se autonomiza, e julgam ser imunes a qualquer subjetividade ou contaminação circunstancial (SEIBT, 2012, p. 88).

Diante destes dois modos de investigação fenomenológicos, o transcendental de Husserl e o hermenêutico de Heidegger, dispõem-se duas formas de ver, o ver teórico e o ver compreensivo. O teórico é uma maneira de ver objetificante, o ver compreensivo, por sua vez, abre-se para o acontecimento-apropriação (*Er-eignis*). As coisas não se manifestam originariamente como objetos, independentemente de serem físicas ou não. O compreender

hermenêutico reconhece a totalidade na qual o objeto está inserido e o que lhe atribui sentido, sendo assim, entende-se que o que manifesta possui algum significado. Já na objetificação das coisas, o sentido se dá por meio da reflexão. O mundo, entretanto, não é algo que se encontre objetivamente, pronto a ser desvelado. O mundo não é objetividade. O modo de compreensão hermenêutica, ao contrário da reflexividade, observa e se interessa pelo o acontecer que se realiza (SEIBT, 2012). Sendo assim, a proposta fenomenológica de Heidegger se configura como pré-teórica, originária e pertencente à compreensão.

O ver do ‘compreender’ não é nenhuma percepção nua. Não temos nunca percepções sensíveis puras, mas encontramos coisas com significado. E somente a partir desse significado é que as coisas podem mostrar-se, do contrário, nem apareceriam para nós como isto ou aquilo (*etwas als etwas* – algo enquanto algo). Elas surgem de dentro do contexto remissivo, da significatividade do mundo. [...] Tudo tem mundo, está no mundo, é mundano, está na abertura do mundo, aparece dentro do mundo da significatividade. (SEIBT, 2012, p. 91).

A partir disto, afirma-se que não existe separação entre sujeito e objeto. A vivência não está diante do indivíduo como objeto, ao contrário, ele está envolvido nela, faz parte do seu fluxo. A proposta de Heidegger prioriza o acompanhamento da vivência que não está colocada a partir do de fora, “mas constitui a si mesmo nesse fluxo compreensivo-interpretativo da vivência” (SEIBT, 2012, p. 93).

Baseado na compreensão hermenêutica heideggeriana, este estudo foi sendo construído. Desde o desenvolvimento do percurso metodológico, que foi estruturado à medida em que se foi percebendo aspectos importantes para o alcance do objeto de estudo, até e, sobretudo, o encontro com o cuidado, por meio do que emanou das imagens. O momento de contato com as imagens e as considerações que daí partiram, decorreram da relação estabelecida entre mim as imagens fotográficas. Os significados que deste momento emergiram me possibilitaram construir um entendimento acerca do modo como o cuidado é exercido nos dispositivos de saúde mental do Brasil.

2.2 ANTROPOLOGIA VISUAL

Na construção deste estudo, tomei também como inspiração e referência, os moldes do fazer etnográfico. A Etnografia é uma prática de pesquisa nascida no campo da Antropologia. Área na qual foi legitimada e tornou-se referência primordial da análise antropológica. A prática da etnografia ultrapassa a noção de uma simples questão de método, pois não é definida por técnicas e procedimentos determinados, mas sim, pelo “esforço intelectual” que

representa o lançar-se arriscado dos seus praticantes em direção à descrição densa (GEERTZ, 2008, p. 4).

De acordo com Geertz (2008), o papel do etnógrafo é se situar por entre as complexas situações que envolvem seu objeto de estudo, entendidas pelo antropólogo como sendo dotadas de diferentes camadas de estruturas significativas, “estruturas superpostas de interferências e implicações” (GEERTZ, 2008, p. 6). O objeto da etnografia, de acordo com o autor, está localizado nestas estruturas, das quais o etnógrafo parte de uma primeira aproximação, que, de início, pode remeter a uma descrição pouco sólida, com vistas a alcançar a descrição profunda, que envolve sentido, significados, valores culturais, etc., imbricados no fenômeno estudado, que são percebidos e interpretados. A análise se dá a partir de escolhas entre estas diferentes estruturas de significação.

O esforço empreendido nesta pesquisa na captura do cuidado se deu a partir de 21 imagens fotográficas que retratam distintas vivências ocorridas no interior de diferentes dispositivos de saúde mental do Sistema Único de Saúde do Brasil. Apoiada nelas, me lancei à reflexões acerca dos perfis de cuidado e suas complexas relações no contexto da saúde mental. Reflexões estas que emergiram no meu encontro com as imagens, com base no que a mim era incitado nos momentos de contato com as cenas retratadas.

A relação entre as ciências sociais e a imagem vem de longa data e se faz permeada por diferentes momentos de afastamentos e resistências, ainda que em seu início parecesse promissora. Em uma breve retomada histórica, vê-se que, em seu advento, meados do século XIX, a fotografia foi percebida como importante instrumento de colaboração aos anseios da ciência positivista como forma de garantir rigor, veracidade e objetividade às investigações científicas. E de igual modo, quatro décadas mais tarde, inaugura-se a imagem em movimento repleta de expectativas quanto às novas possibilidades de estudos e registros de diversas culturas humanas.

Ainda que nos primeiros momentos, a relação com a imagem fosse auspiciosa, na segunda metade do século XX passa a perder credibilidade, devido a uma série de mudanças tecnológicas, sociais e também acadêmicas. Tornam-se trabalhosas e com alto custo financeiro as investigações em campo, além da carência de estrutura para distribuição do material coletado, no caso de filmes. E, sobretudo, a credibilidade era depositada na capacidade dos cientistas sociais de se utilizarem da linguagem verbal para analisar minuciosamente e interpretar o que observavam e apreendiam em suas experiências de pesquisa. Deste modo, a contribuição da imagem para a captação e exploração da realidade social foi desprezada diante da autoridade da palavra. Além destas dificuldades teóricas e

metodológicas, o uso de imagens foi também levado a descrédito por concepções estabelecidas em conformidade com os padrões científicos de objetividade e neutralidade. Foram apontados problemas quanto à subjetividade e à falta de exatidão no uso de recursos visuais (CAMPOS, 2011).

Mesmo com um histórico de resistências promovidas pela academia, vê-se a ocorrência de mudanças no uso de recursos visuais por meio da incidência de uma nova geração de pesquisadores. Estes apresentam diferentes concepções de fazer ciência e têm enxergado as novas tecnologias audiovisuais como importantes aliados ao trabalho de campo. Campos (2011, p.245) explica que “o universo da imagem tem representado, principalmente a partir dos anos 1990, uma via extremamente rica e inovadora para as ciências sociais e humanas, envolvendo programas disciplinarmente transversais e métodos diversificados”. Diferentes questões de ordem social e tecnológica contribuem para a ascendente projeção da imagem, diferenças sociais e culturais que inauguram novas formas de dedicação às tecnologias, novos recursos e formas de se relacionar com imagens. Desta forma, abriram-se duas perspectivas para as ciências sociais: a primeira foi reconhecer a centralidade das imagens e dos aparatos visuais na organização de algumas dinâmicas sociais e culturais. E a segunda, é que o meio científico não está isento das proporções que a imagem e outras tendências como a internet vieram tomando no decorrer do século passado. Diante deste cenário, cabe reordenar o papel das metodologias visuais (CAMPOS, 2011).

Por longo período predominou, como empecilho, a concepção de suposta neutralidade, objetividade e transparência para a utilização de recursos audiovisuais. Porém, influenciada pelos pensamentos pós-positivista e pós-moderno, entende-se que as fotografias ou filmes retratam o que está diante delas, um contexto sociocultural, assim como expressam o olhar daqueles as produziram (CAMPOS, 2011). E ainda, pode ser dito que as fotografias, e os filmes, sofrem interferência daquele que se propõe a analisá-las.

O encontro com as imagens me proporcionou um alargamento de fronteiras. As imagens possibilitaram que eu me reportasse a diferentes lugares e contextos, conhecesse momentos que já não mais existem, mas permanecem eternizados por meio do ato fotográfico daqueles que os registraram. O passado e o presente se entrecruzam na relação com as imagens, uma cena passada é reavivada a partir do meu olhar e evoca sentidos no aqui e agora e permitem elaborar questões a respeito delas. Após contemplar cada imagem sentia-me como se tivesse visitado cada local retratado e conhecido aquelas pessoas. Cada detalhe me parecia familiar, sentia-me como o etnógrafo após sua ida a campo, transbordando sentimentos e

impressões sobre aquilo que lhe foi mostrado, e pronta para imergir nas significações inerentes a elas.

2.2.1. Relação com as imagens

A maioria das imagens selecionadas para este estudo é proveniente de fontes de caráter jornalístico. Em virtude desta característica, o texto de Barthes (1982) chamado “A mensagem fotográfica” pareceu-me importante para orientar minha relação com as imagens. Neste texto, Barthes (1982) pontua que a mensagem de uma fotografia de imprensa é conformada por uma fonte emissora, um canal de transmissão e um meio receptor. E aponta que a fonte emissora é a redação do periódico, o conjunto de profissionais que fazem a foto, que escolhem, editam, atribuem títulos, legendas e textos. O meio receptor é o público do jornal e o canal de transmissão é o jornal, que se utiliza de um complexo arsenal de mensagens em que a foto escolhida é o aspecto central, porém, está rodeada de textos, títulos, legendas, etc., em que até mesmo o nome do periódico constitui um papel de informação que pode influenciar a decifração da mensagem contida na foto.

De acordo com o autor, além da proposta de uma análise imanente, não se pode deixar de considerar que a estrutura da fotografia de imprensa não é isolada, sua comunicação se dá também com outra estrutura, que é o texto representado por título, legenda ou artigo dos quais as fotografias estão sempre acompanhadas. Assim, a totalidade da informação se dá por meio de duas estruturas que são convergentes, porém, não se misturam, ocupando cada uma seu espaço e função: a estrutura da linguística, constituída pelas palavras, e pela estrutura fotográfica, composta por linhas, tonalidades, etc. E, mesmo que toda fotografia de imprensa seja acompanhada por comentários escritos, Barthes (1982) recomenda que a análise aconteça primeiramente de cada estrutura, em separado. Quando cada estrutura tiver sido estudada, se poderá compreender a forma como se complementam e se completam.

Inicialmente, ao ter contato com as primeiras imagens tive dúvida quanto à importância da leitura e atenção às reportagens as quais as imagens estavam vinculadas, para o alcance do objetivo principal do estudo. Diante disto, optei por não decidir previamente, mas ao contrário, deixar que esta necessidade (ou não), fosse evidenciada nos momentos de encontros com cada imagem. Como resultado desta escolha, apenas em duas imagens voltei-me às reportagens para complementar os sentidos e significados que emergiam a mim acerca

da cena retratada. Isto pode ser notado por meio da leitura dos relatos autoetnográficos que estão apresentados no próximo capítulo.

2.3 O CAMPO *ONLINE*

O campo de coleta de dados deste estudo foi o espaço da *internet*, de onde foram pesquisadas imagens que permitiram visualizar e refletir sobre o cuidado intersubjetivo expresso nas vivências das pessoas em sofrimento psíquico no interior dos dispositivos de saúde mental na atualidade. De acordo com Kozinets (2014), uma das interfaces do estudo *online* é a oportunidade de pesquisar um fenômeno social cuja existência extrapola os limites da *internet*, ou seja, que está presente no espaço *online*, mas que é fortemente articulado com os demais ambientes fora dele. Este desafio metodológico foi proposto a partir do entendimento de que o conteúdo encontrado na internet está intrinsecamente relacionado com as práticas executadas no ambiente externo, digo, com o que acontece no âmbito *offline*. Conforme atestam Rocha e Montardo (2005 p. 10), existe “um mundo que também se desenrola no ciberespaço e que tende a cada dia, diminuir concretamente a fronteira entre real e virtual”.

Ainda de acordo com Rocha e Montardo (2005), comumente relaciona-se o que é de natureza *online* com o virtual, e o que está *offline*, com o real. Porém, o aprofundamento teórico à temática fragiliza a oposição *online/virtual* – *offline/real*. Ainda que, o espaço da *internet* remeta ao não pertencimento físico e presencial de um lugar, existem diversas interações e comunicações no mundo da *internet* que são importantes de serem investigadas, que se fazem tão reais quanto às vivências fora dele.

No espaço da *internet*, a mediação é promovida pelos dispositivos gráficos, através dos quais se dá a interatividade entre o usuário e as máquinas digitais, “com a tecnologia digital o usuário pode interagir não só com o objeto (a máquina ou ferramenta), mas, também, com a informação, com o conteúdo [...]” (ROCHA; MONTARDO, 2005, p. 9). Considera-se a *internet* como ambiente de aspectos próprios, permeado de informações que configuram uma relação com o usuário, sendo passível de investigação e análise. O ambiente *online* tem se tornado cada vez mais detalhado e enriquecedor, sendo construído por diferentes grupos sociais (KOZINETS, 2014).

Ao utilizar o ambiente *online* para coletar imagens dos dispositivos de saúde mental no Brasil, estive, na verdade, coletando informações acerca da vivência cotidiana no interior

desses espaços, suas práticas e experiências – do cuidado, enfim. As fotografias disponibilizadas e coletadas no campo *online* retratam diferentes vivências entre profissionais e usuários que ocorrem no contexto *offline*, ou seja, no cotidiano. A coleta de imagens via *internet* permitiu um acesso indireto, porém, aproximado e realístico, da prática de assistência à saúde mental no Brasil, por vezes traduzida por cuidado em saúde. Por meio da *internet*, foram rompidas barreiras de tempo e disponibilidade para alcançar um número considerável de dispositivos – dificuldades significativas no caso de uma investigação de campo convencional.

Os momentos de coleta das imagens no ambiente *online* foram registrados em um diário de campo (DC). Fiz as anotações de forma concomitante ao seguimento das buscas, a fim de registrar os detalhes e peculiaridades de cada momento da pesquisa. Deste modo, o diário de campo foi organizado na sequência de visitas que realizei no campo *online*. Nele, foram armazenados os *links* de onde as imagens podem ser encontradas e as respectivas legendas. Além disso, foram relatadas as especificidades de cada situação de busca, em que, por vezes, fomentaram pensamentos, impressões e reflexões próprios da imagem coletada ou do contexto em que se encontrava. No diário de campo, estão registrados os primeiros impactos do contato com as imagens, as minhas primeiras experiências no campo *online*, como, descobertas e reflexões sobre questões concernentes ao cuidado na RAPS, tornando-se assim, um valioso acervo pessoal.

Estar na *internet* como pesquisadora e utilizando-a como campo de pesquisa foi desafiador em alguns momentos, sobretudo nas primeiras investigações em que o hábito, no dizer de Kozinets (2014), ainda estava se formando. Em um dos relatos presentes no diário de campo, é notável o processo de habituação:

A etnografia na *internet*, ou seja, a netnografia, requer uma atenção dobrada. Concluo isto ao perceber a facilidade com que os caminhos se fazem - e se perdem - para quem já é habituado com o espaço virtual. No dia-a-dia não costumamos gravar os caminhos que percorremos quando sentamos à frente do computador e esta tarefa de gravar e anotar passo-a-passo tem sido desafiadora. (DC, 18/06/2015).

Outro aspecto peculiar deste campo é o fato de que a qualquer momento é possível se partilhar do fenômeno de interesse, mesmo que, naquele instante, a intenção não seja realizar uma busca. Com isso, quero destacar que em uma simples conferida no *email* ou em uma rede social, pode se transformar em um momento de pesquisa e reflexão sobre o assunto pesquisado, a partir de notícias, imagens e outros conteúdos que podem emergir durante a navegação. Conforme aconteceu no período de coleta das imagens:

Antes de falar propriamente da reportagem e da fotografia coletada, quero refletir um pouco sobre mais uma especificidade do campo *online*. Hoje, eu não entrei na *internet* com o intuito de pesquisar imagens para a dissertação, não nesse momento específico. Vim em busca de um livro [...] e dentro desse momento de pesquisa por fontes bibliográficas aproveitei, também para pesquisar um historiador que vem se dedicando aos estudos acerca da *internet* – que tive a oportunidade de conhecer [...] E em meio a essas buscas, decidi olhar minha página do *facebook* simplesmente para conferir as atualizações e, assim, deparei-me com a reportagem. Este encontro de hoje me faz pensar nessa “entrada em campo” toda vez que acesso à *internet*, quando mesmo sem me dar conta plenamente, estou sim entrando no meu ambiente de pesquisa onde em qualquer momento posso me encontrar com o que é do meu interesse científico. Estou tentando colocar em palavras minha percepção nesse momento de que, desde que passei a buscar efetivamente as imagens para meu estudo, uma entrada no *facebook* deixou de ser “uma simples entrada no *facebook*” e assim essa transformação ocorreu também com qualquer outra atividade que eu venha a desempenhar no meio *online*. Penso, então, ser uma característica da pesquisa na *internet* essa “hibridização” entre eu pesquisadora e eu usuária da *internet* para fins aleatórios. Numa etnografia tradicional, o pesquisador se dirige a um campo específico, na maioria das vezes geograficamente delimitado, penso que geralmente é algo destituído da sua realidade cotidiana, o que gera um preparo do olhar, um preparo para a busca e, principalmente, para o encontro com aquilo que é alvo do seu interesse. No campo *online*, também existe este momento prévio, sim, eu tenho feito isso. Mas, também, pode não acontecer, e em meio a uma atividade rotineira, o pesquisador ficar frente a frente com algo do seu interesse científico e dessa forma inesperada a visita ao *facebook*, tornar-se um momento oficial de pesquisa e reflexão. Imagino que esta característica seja uma significativa especificidade do campo *online* quando o pesquisador é usuário habitual da *internet*. Com isso aprendi, que meu olhar precisa sempre estar atento. (DC, 20/07/2015).

Sendo o campo *online* um ambiente frequentado pelo pesquisador não somente em situação de pesquisa, existem grandes chances de se deparar com seu tema de interesse, pois sua imersão se dá em todo momento que usa a *internet*. A qualidade da *internet* de não se situar em um local específico reproduz-se no pesquisador, de modo a não ter exatamente uma escolha de quando entrar e quando sair da sua função de pesquisa, quando este é frequentador assíduo do ambiente *online*.

Para me instrumentalizar para as buscas na *internet* e entender melhor este campo de pesquisa, entre diferentes leituras, o livro chamado Netnografia, de Robert Kozinets (2014), foi um importante norteador de descobertas e reflexões sobre o ambiente *online* e as inúmeras questões peculiares a este espaço. Por sua função esclarecedora e fomentadora de reflexões a respeito do ambiente *online* de pesquisa e, assim, de muita relevância para este estudo, dedico uma seção para apresentar esta obra e suas contribuições.

2.3.1 Netnografia

Com a frase “nossos mundos sociais estão se tornando digitais”, Kozinets (2014, p. 9) apresenta a abrangência que as interações mediadas pelas tecnologias vêm ganhando em todo

o mundo. E informa que a *internet* tem sido cada vez mais fonte de estudos para pesquisadores que desejam compreender a sociedade como um todo. O autor refere-se à netnografia como um tipo de pesquisa apropriada para este contexto, sendo esta uma adaptação da etnografia à nova configuração do mundo social, transformado através do uso de computadores. A delimitação de um termo que diferencie a etnografia tradicional e a etnografia direcionada para o ambiente *online* tem sido problematizada, assim como, a importância de formular um constructo teórico claro a fim de obter valor como um tipo de etnografia e reconhecimento aos pesquisadores que dela fazem uso.

Os netnógrafos consideram relevante o fato de as pessoas acessarem as redes *online* como fontes de cultura e participarem como integrantes de comunidades como forma de obter um senso coletivo. No contexto da netnografia, dois conceitos adquirem espaços centrais: a) Comunidade *Online*, que é entendido em seu sentido literal, referindo-se a “um grupo de pessoas que compartilham de interação social, laços sociais e um formato, localização ou ‘espaço’ interacional comum”, destacando que se trata de um espaço mediado por tecnologia e que, portanto, configura-se como um espaço virtual ou, como nomeado pelo autor, um ciberespaço; e b) Cultura *Online*, que se refere às manifestações específicas de determinadas culturas em contraposição ao uso generalista do termo cibercultura. Desta forma, o termo Cultura *Online* está ligado à cultura de grupos específicos, reservando o uso do termo Cibercultura para explanações de características mais gerais e compartilhadas (KOZINETS, 2014, p. 16).

Segundo Kozinets (2014), as interações *online* estão cada vez mais influenciando os comportamentos das pessoas, revelando a interconexão dos espaços virtuais e os chamados contextos *offline*. Com isso, pontua-se que a mudança que vem ocorrendo na sociedade não é somente quantitativa pela expressão uso da *internet*, mas trata-se, também, de uma mudança qualitativa. As relações permeadas pelo uso de aparelhos e as pessoas que lá se encontram não são virtuais, são pessoas reais, com relações consistentes. É importante a compreensão de que a tecnologia não determina a cultura, todavia, ambas funcionam como forças codeterminantes e coconstrutivas. A relação que é estabelecida entre elas é comparada a uma dança onde há estreitamento, pois os elementos tecnoculturais permeiam os mais diversos espaços como instituições, lares, relacionamentos, corpos e identidades, assim como, é moldada e adaptada para as necessidades das pessoas. Para compreender a maneira como essa transformação vem ocorrendo, é preciso atentar minuciosamente para os diferentes contextos – particulares e gerais –, de acordo com o autor, uma compreensão abrangente e profunda só é possível através da etnografia.

A noção de etnografia é apresentada por Kozinets (2014) como uma abordagem antropológica associada ao trabalho de campo e às representações que permeiam um espaço delimitado. Aponta sua popularidade ao fato de ser aberta e flexível, sendo constantemente remodelada às necessidades de determinados campos e questões, assim como, aos significativos conteúdos dos seus resultados. A netnografia é colocada como uma pesquisa observacional participante direcionada ao campo *online* em que são utilizadas as comunicações mediadas pela *internet* “como fonte de dados para chegar à compreensão e à representação etnográfica de um fenômeno cultural ou comunal” (KOZINETS, 2014, p. 62). A netnografia implica no reconhecimento, por parte do pesquisador, da importância das comunicações mediadas pela *internet* na vida das pessoas que estão inseridas no contexto social, na cultura. Apontar a netnografia sinaliza para a valorização do componente *online* no estudo e que um período de tempo foi utilizado para interagir no ciberespaço ou fazer parte de uma comunidade ou cultura *online*.

Assim como a etnografia tradicional, a netnografia possui entre as principais características a flexibilidade e a possibilidade de incorporar uma variedade de outras técnicas de pesquisa que complementam o estudo. A técnica a ser escolhida para investigações no ciberespaço deve ser capaz de fornecer os dados e análise para responder ao problema de pesquisa proposto. Assim como, o referencial metodológico deve estar relacionado com a natureza e com o âmbito da questão. O estudo netnográfico também requer procedimentos elementares para sua realização. O autor aponta a construção de questões de pesquisa e a localização do ambiente *online* adequado de acordo com o foco estipulado; meios de buscas na *internet* para localizar as comunidades ou outros ciberespaços pertinentes ao estudo, assim como, diretrizes para a escolha e entrada a esses espaços, além de ferramentas e mecanismos que podem ser utilizados para o momento de análise dos dados obtidos (KOZINETS, 2014).

A coleta de dados em netnografia envolve comunicação, engajamento, contato, comunhão, relação, colaboração e conexão, de acordo com o foco do estudo. O netnógrafo tem como principal tarefa se inserir profundamente no contexto *online* de seu interesse. Um ponto esclarecedor é que, em netnografia, a coleta de dados e a análise dos dados não ocorrem em momentos distintos, estão entrelaçadas. Ainda que os dados resultem de interações arquivais, o netnógrafo deve buscar a compreensão das pessoas que ali estão representadas, a partir do contexto e cultura em que estão inseridas. O elemento participativo e reflexivo é bastante relevante na netnografia. Ressalta-se a importância do registro autonetnográfico, em que as reflexões pessoais sobre a vivência do pesquisador, em interação no ciberespaço, são expressas em notas de campo e outros recursos subjetivos apresentam relevante utilidade.

Porque por meio deles é possível captar as especificidades e peculiaridades da experiência *online*. Nas palavras do autor “o foco subjetivo profundo da netnografia é útil porque os mundos virtuais oferecem características interessantes, tais como a sensação de uma nova realidade e de um novo corpo”. (KOZINETS, 2014, p. 92).

Acerca das implicações éticas, Kozinets (2014) pontua que a investigação etnográfica tradicional já possui questões delicadas quanto ao assunto. E que à pesquisa netnográfica soma, ainda, a complexidade tecnológica e configurações peculiares de interação que dificultam um pouco mais as coisas. Porém, o autor mostra-se otimista ao dizer:

Embora um consenso em torno dessas questões ainda seja emergente, estamos agora em uma posição excepcionalmente boa para analisar os desafios éticos enfrentados pelo netnógrafo e recomendar protocolos para uma investigação netnográfica ética (KOZINETS, 2014, p.131).

A pesquisa netnográfica está inserida em um conjunto de decisões morais, legais, políticas e metodológicas e por isso é reforçada a necessidade de responder a diferentes órgãos regulatórios em virtude dos padrões éticos deste tipo de pesquisa, de acordo com suas especificidades. O autor faz uma crítica aos modelos de códigos de ética de pesquisas com seres humanos. Alegando que estes nem sempre são adequados para pesquisas aplicadas à *internet*, pois o ambiente *online* requer códigos de ética mais flexíveis no modo de analisar e reconhecer as peculiaridades textuais e espaciais das interações mediadas pelo computador, entre outras medidas pertinentes.

Kozinets (2014) compara a expansão da *internet* com o *big-bang* e aponta a relevância do papel do netnógrafo no interior desse universo. Indica a expansão da netnografia e a utilidade desta em diferentes lugares do ciberespaço, como blogs, redes sociais e mundos virtuais, deixando importantes contribuições acerca do fazer netnográfico.

2.4 CAMINHOS PERCORRIDOS

Realizei a busca pelas imagens fotográficas a partir do site de busca *Google Search* Imagens. Para localizar as fotografias, utilizei diferentes expressões, de acordo com o interesse do estudo. Anotei nos diários de campo somente as consignas que resultaram em imagens para o estudo, descartando as que não trouxeram contribuições. Foram anotadas: “Centro de Atenção Psicossocial”, “Hospital Psiquiátrico SUS”, “Residências Terapêuticas”, “Louco SUS”, “Rede de Atenção Psicossocial”, “Loucura CAPS” e “Consultório na Rua”. As expressões foram utilizadas mais de uma vez, em diferentes momentos de busca.

As consignas resultaram em imagens de diferentes dispositivos, uma vez que, vale dizer, foram as mesmas elencadas a partir de termos próprios também à RAPS, tais como: Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais Psiquiátricos, Residências Terapêuticas, Consultório na Rua, Iniciativas de Trabalho e Renda. E ainda foram encontradas imagens de momentos de mobilizações coletivas em prol das causas do setor da saúde mental. Ao total, foram coletadas 145 imagens fotográficas a serem selecionadas para o estudo. Estas foram armazenadas no meu computador pessoal.

Além das 145 fotografias, foram capturadas, por meio da tecla *Print Screen*, imagens da tela do computador que retratam as reportagens e/ou contextos de onde as imagens são provenientes. Estas capturas foram realizadas com o auxílio de um programa de edição de imagens que foi utilizado para transformar as imagens em formato JPG, facilitando o armazenamento e o acesso posterior. Deste modo, totalizou 246 imagens em 16 visitas ao campo *online*, num período de quatro meses (de junho a outubro de 2015).

O momento de encerramento das buscas se deu, principalmente, em função do calendário previsto para a conclusão do estudo, e coincidiu com o momento em que percebi o aumento da frequência de imagens já conhecidas no resultado das buscas, sinalizando certo grau de saturação; apesar de reconhecer o caráter dinâmico da internet e a rapidez com que os conteúdos se multiplicam neste ambiente.

Os dispositivos abordados por meio das imagens são de diversas localidades, representando diferentes regiões do país. As imagens me permitiram visualizar situações cotidianas desses dispositivos, mostraram estruturas, práticas e acontecimentos que me possibilitaram pensar sobre as condições de assistência em saúde mental, e, sobretudo, refletir acerca do exercício do cuidado nesses espaços. A maioria das fotografias é de cunho jornalístico, estando inseridas em reportagens veiculadas na *internet*.

Para este estudo, escolhi abordar somente as imagens que retratam acontecimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Residências Terapêuticas (RT) e nos Hospitais Psiquiátricos (HP). Estas escolhas foram realizadas com base nos momentos de coleta, em que as imagens destes dispositivos me afetaram mais profundamente. O hospital psiquiátrico, como locus de fomento de mudanças, contudo, paralisado nos moldes da psiquiatria tradicional. O CAPS, como dispositivo que recebe centralidade na rede por sua capacidade substitutiva à assistência hospitalar, mas que, pareceu-me ainda ambíguo quanto ao seu papel na atenção psicossocial. E as Residências Terapêuticas como locais que, efetivamente, fizeram-me identificar conquistas do ponto de vista da atenção psicossocial.

Sendo assim, as imagens referentes a estes dispositivos evocaram reflexões, curiosidades e interesse em seguir com o estudo por meio delas, uma vez que, infelizmente, não seria possível abarcar os demais dispositivos em função da abrangência da pesquisa. Com o total de imagens de cada um destes locais de atenção em saúde mental, foi realizada uma seleção. Obtive 48 imagens relacionadas ao CAPS, 29 relacionadas às Residências Terapêuticas e 19 aos Hospitais Psiquiátricos.

As imagens foram reunidas em pastas - no computador - conforme o dispositivo a que referiam e identificadas apenas por códigos que não me revelavam a reportagem ou ao contexto de busca a que estavam vinculadas. A seleção foi realizada de forma intuitiva, com o objetivo de abarcar a maior quantidade de informações que pudesse contribuir para o estudo, com base em uma perspectiva de saturação. Assim, foram agrupadas imagens similares e que, a meu ver, traziam aspectos semelhantes para serem discutidos. Destes agrupamentos, as imagens que me pareceram mais abrangentes, com mais elementos para discussão, foram selecionadas. Foram excluídas, as imagens que, no meu entendimento, traziam aspectos repetitivos.

Deste processo de seleção resultaram 21 imagens fotográficas para serem trabalhadas neste estudo. Cinco de Centros de Atenção Psicossocial, oito de Hospitais Psiquiátricos e oito de Residências Terapêuticas. Por cuidados éticos, optei, juntamente com os orientadores, por apresentar as imagens da tela do computador que retratam as fotografias selecionadas. Estas imagens da tela do computador foram editadas com o objetivo de ocultar informações que não faziam parte do contexto do estudo.

Nos relatos autoetnográficos, as imagens foram organizadas por grupos (CAPS, hospitais psiquiátricos, residências terapêuticas). Em virtude das influências do *Google Search, website* utilizado para a busca das imagens e, também, da forma como organizei a seleção das imagens, no grupo de imagens referentes às Residências Terapêuticas seis, das oito selecionadas, são provenientes da mesma matéria publicada. Apesar da coincidência, este fator não compromete o estudo, tendo em vista que proporcionaram aspectos diferenciados e relevantes para a caracterização do sentido do cuidado em saúde mental, tal como se configura a proposta desta dissertação.

Todos os cuidados necessários foram tomados para a identificação de autoria das fotos/cenas. O nome do autor das fotos, bem como o *link* de onde foram extraídas as cenas, são referidos sempre que possível. Se, porventura, algum fotógrafo se identificar com uma imagem contida neste trabalho, cuja autoria não tenha sido identificada, com satisfação providenciarei a inclusão do crédito na publicação.

O curso de mestrado e, sobretudo, as diversas conversas com os orientadores se constituíram em momentos significativos de aprendizado e aperfeiçoamento pessoal, por meio de aulas, participações em eventos, interações em torno de imagens, leituras etnográficas, leituras filosóficas, além das preciosas conversas ditas informais, que culminaram em um preparo qualificado para o momento de aproximação com as imagens. Todos os aspectos teórico-conceituais vistos durante o período de desenvolvimento do estudo me informaram sobre o tema: a identificação dos diferentes modos de compreender o cuidado; o entendimento do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial do SUS; o contato com diferentes imagens, leituras acerca da fenomenologia; a busca por imagens, entre outras vivências e reflexões, colaboraram para uma imersão etnográfica, tal como foi proposto para este estudo.

A somatória dessas vivências promove o desenvolvimento de um cenário no qual o diálogo entre imagens, legendas, pensamentos e percepções pessoais e bagagem teórica acumulada compuseram o processo de caracterização das imagens selecionadas, como importante e significativo substrato para a pesquisa.

No primeiro momento analítico, para cada uma das imagens selecionadas foram realizadas anotações minuciosas acerca da cena retratada e dos significados que emergiram partir da observação atenta e reflexão sobre os aspectos presentes na imagem. O que é chamado de relatos autoetnográficos. Estas anotações são como ferramentas auto-reflexivas, muito valorizadas em estudos etnográficos. Amaral (2009, p. 19) ressalta que esta ferramenta “possibilita discutir os múltiplos papéis do pesquisador e de suas proximidades, subjetividades e sensibilidades na medida em que se constitui como fator de interferência nos resultados”, a partir do qual os conteúdos autobiográficos do pesquisador auxiliam no desvelamento dos diferentes contornos do fenômeno de interesse, por meio de um fluxo narrativo em que aspectos do pesquisador também serão analisados.

Com este exercício foram registradas associações que contribuíram para o alcance dos significados presentes nas imagens e, posteriormente, para a discussão acerca do cuidado no âmbito da saúde mental.

3 RELAÇÃO COM AS IMAGENS

3.1 RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS DAS IMAGENS SELECIONADAS

3.1.1 Centros de Atenção Psicossocial

Cena CAPS 1

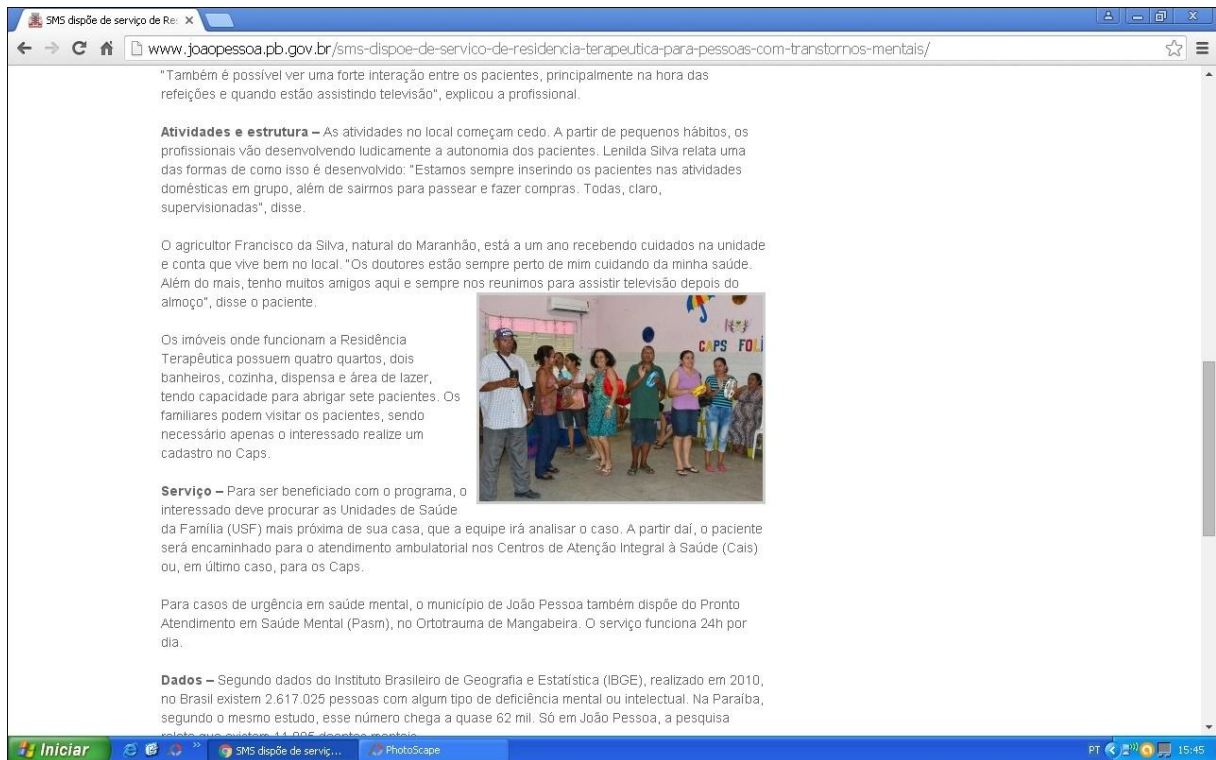


Imagem 1 – Centros de Atenção Psicossocial – Cena 1.

Fonte: Site Prefeitura de João Pessoa <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/>>. Fotografia: sem autoria declarada. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/sms-dispoe-de-servico-de-residencia-terapeutica-para-pessoas-com-transtornos-mentais/>>. Acesso em: 06 out. 2015.

Apesar de no *link* da reportagem fazer menção à residência terapêutica, a imagem me parece ser de um espaço no interior de um CAPS, indicado pelo letreiro retratado na parede do ambiente. Como alternativa possível para que a imagem do ambiente de um CAPS esteja em uma reportagem que trata de residência terapêutica, penso que a fotografia retrata moradores de uma Residência Terapêutica executando uma atividade no CAPS de referência. Nesta imagem, nove pessoas se encontram em pé, a maioria uma ao lado da outra segurando nas mãos objetos cuja finalidade é produzir algum tipo de som – alguns desses objetos me lembram brinquedos. A posição em que se encontram as pessoas me remete a uma atividade musical. Entre essas pessoas, quatro mulheres e dois homens ocupam o espaço central do

cômodo. Duas dessas mulheres parecem movimentar-se em decorrência do som produzido com a manipulação dos objetos musicais; uma delas não tem instrumento algum. Elas parecem estar dançando – suponho assim pela posição em que se encontram – e os demais parecem parados no lugar, tocando os instrumentos.

Neste grupo, percebo que as mulheres mostram-se sorridentes ou satisfeitas com a atividade desempenhada; os homens, por sua vez, parecem estar mais voltados para a manipulação dos objetos. Também estão presentes na imagem outras pessoas, sentadas nas cadeiras junto às paredes. Apenas uma mulher aparece completamente na imagem, as demais são percebidas por partes do corpo que não foram cobertas pelas pessoas em pé que ocupam o espaço à frente delas. Tenho a impressão de que uma das mulheres sentadas não está com o olhar direcionado para a suposta apresentação que está acontecendo na cena, parece-me que os seus olhos atravessam o espaço e focam em outro aspecto que não está visível na imagem. Pouco atrás das pessoas em pé, percebo três barris coloridos, com pessoas bastante próximas a eles. Talvez, manuseando-os também como instrumento musical. E, ainda, dentre as pessoas presentes na imagem, apenas uma está olhando para a câmera que registrou o momento – um dos homens.

Quanto ao ambiente no qual a cena acontece, são mostradas duas paredes, uma de frente e a outra na lateral direita. São cor-de-rosa claro da metade para cima e, na outra metade, azulejos brancos. A pintura da parede não parece nova, são visíveis as marcas de fitas adesivas, que podem ser em decorrência de colagens na parede.

A cena remete a uma apresentação de um grupo de usuários, talvez formado através de uma oficina terapêutica que visa explorar os sons e os diferentes instrumentos musicais. Através dos movimentos expressados nas imagens, imagino que algum ritmo estava sendo apresentado, uma vez que as mulheres dançam. Não consigo identificar a presença de algum profissional da saúde na cena, percebo apenas que uma das pessoas parece mais envolvida com o som, seus pés parecem não tocar o chão e no rosto há um sorriso aberto. Vejo que nem todos demonstram empolgação com a atividade que está sendo realizada. Um dos homens com o instrumento na mão – que parece um chocalho improvisado – parece não se mover, nem para dançar, nem para tocar.

O que chama atenção na imagem, além das pessoas, é o ambiente colorido, os enfeites na parede que lembram o carnaval e a própria atividade musical me parece uma tentativa de animar os usuários nesta época festiva do ano do calendário brasileiro. Chamam-me atenção, também, os instrumentos, três pandeiros estão na cena, um branco que parece maior e outros coloridos – amarelo e azul – que parecem brinquedos infantis.

Esses dados: paredes cor de rosa, enfeites coloridos na parede, atividade em prol de uma festa comemorativa e instrumentos coloridos me fazem lembrar um outro espaço, que com estas características parece-me similar: os centros de educação infantil. Nestes lugares, essas características também aparecem, inclusive, a prática de apresentação de alguma atividade. Isso traz uma reflexão sobre as práticas terapêuticas desenvolvidas nos CAPS e, sobretudo, acerca de como são entendidas e consideradas as pessoas que lá frequentam. Sendo um espaço de pessoas adultas, com exceção dos CAPSi. Então, qual a necessidade dos enfeites tão presentes e dos utensílios infantilizados? Me pergunto qual é o conceito ou o entendimento sobre as pessoas em sofrimento psíquico que está por trás de práticas como estas. Não que eu considere que sejam erradas, mas minha curiosidade se dá em saber se é algo requisitado pelos usuários ou se é algo dos profissionais que lá atuam, que entendem ser esta a forma de se relacionar com eles. Minha pergunta é: os usuários se identificam com esta forma de atividade do CAPS?

Cena CAPS 2



Imagem 2 – Centros de Atenção Psicossocial – Cena 2.

Fonte: Blog Prefeitura de Santo Amaro – BA <<https://prefeituradesantoamaro.wordpress.com>> Fotografia: sem autoria declarada. Disponível em: <<https://prefeituradesantoamaro.wordpress.com/2014/02/page/2/>>. Acesso em: 12 out 2015.

Oito pessoas estão presentes na imagem, duas mulheres e cinco homens. Sete delas encontram-se mais aproximadas da câmera que registrou a cena. Ao fundo, em outro

ambiente, está um homem. As sete pessoas à frente mostram-se sorridentes, cada uma segura nas mãos objetos artesanais diferentes. Penso que estes foram produzidos por eles. O homem ao fundo encontra-se em pose ereta, sem sorriso.

Não consigo identificar exatamente em que espaço do CAPS eles estão, mas as paredes são revestidas de azulejo quase completamente, restando uma pequena parte, no alto de parede, na cor branca. Na parede lateral direita encontram-se seis cartazes de tamanho médio com figuras, desenhos e palavras escritas. Parecem-me confeccionados por usuários. Abaixo destes, há um cartaz confeccionado em papel pardo, tamanho grande, com desenhos e palavras que parecem ter sido feitos com tinta guache. A parede localizada atrás das sete pessoas, ou seja, de frente para quem observa a foto possui duas passagens que dão acesso a outros ambientes. Em uma dessas lá está o homem mencionado. Também vejo cartazes e pinturas na parede. Acima das passagens encontram dois objetos, produzidos artesanalmente com jornais e coloridos com tinta. E na parede lateral do meu lado esquerdo, encontra-se uma tela pintada, sem moldura.

Os objetos segurados por cada uma das pessoas parecem produto de alguma atividade artesanal, na qual – penso eu – cada usuário participante pôde escolher o que produzir, tendo em vista que, cada objeto é diferente do outro. Os cartazes nas paredes, os utensílios pendurados, os uso de tintas e figuras me faz pensar que este CAPS enfatiza atividades manuais e artísticas como uma das vertentes exploradas na construção dos projetos terapêuticos dos usuários que lá frequentam. O fato de cada um exibir sua produção e fazer esta fotografia pode sugerir a finalização de uma etapa, em que cada objeto produzido é visto como um troféu ao final de uma corrida. Esta imagem me sugere pensar acerca da funcionalidade das oficinas terapêuticas no interior dos CAPS.

Cena CAPS 3



Imagem 3 – Centros de Atenção Psicossocial – Cena 3.

Fonte: Site 180 Graus <<http://180graus.com/>>. Fotografia: sem autoria declarada. Disponível em: <<http://180graus.com/parnaiba/pacientes-de-centro-de-atencao-psicossocial-comemoram-com-folia>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

A fotografia retrata três pessoas abraçadas. Elas estão fantasiadas para uma festa que acredito ser de carnaval, todos me parecem usuários. Na ponta esquerda, está uma mulher usando peruca colorida, com cores amarela e vermelha e uma máscara de papel que cobre a região dos olhos, típicas de festas de carnaval. No meio, outra mulher usa um arco na cabeça, que possui duas bolas, uma verde e outra amarela que ficam no alto. Ela também tem uma pintura no rosto que parece ter a ver com o personagem homem-aranha; a pintura cobre um dos olhos. Esta também usa um colar no pescoço, estilo havaiano. Na ponta direita, está um homem que também usa um colar estilo havaiano no pescoço e usa também uma máscara que cobre um pouco mais que a metade do rosto, na cor azul e com brilho. Outras pessoas estão presentes no ambiente. Notei enfeites pendurados no teto, fitas de papel colorido.

Cena CAPS 4



Imagem 4 – Centros de Atenção Psicossocial – Cena 4.

Fonte: Site 180 Graus <<http://180graus.com/>>. Fotografia: Sem autoria declarada. Disponível em: <<http://180graus.com/parnaiba/pacientes-de-centro-de-atencao-psicossocial-comemoram-com-folia>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

Esta fotografia retrata um homem e uma mulher que parecem ter vencido o concurso de Rei e Rainha da festa de carnaval do Caps. Os dois vestem coroas douradas, que parecem de plástico, capa vermelha e faixa. No homem, a faixa é verde e anuncia “rei” e na mulher a faixa é rosa e diz “rainha”. Ambas foram confeccionadas com papel laminado e as letras são de cor amarela. O homem ainda tem na mão um cetro dourado e uma pintura no rosto em formato de coração, a máscara azul que cobre a região dos olhos desconfio que também seja pintada. A mulher está com os olhos maquiados e unhas pintadas, uma de cada cor. Ambos sorriem. Na parede atrás deles, encontram-se cartaz e enfeites colados e também uma janela com grades.

Cena CAPS 5



Imagem 5 – Centros de Atenção Psicossocial – Cena 5.

Fonte: Site Unipe <<http://unipe.br/>> Fotografia: Sem autoria declarada. Disponível em:

<<http://unipe.br/graduacao/fisioterapia/blog/2011/10/21/mente-e-corpo-atuacao-da-fisioterapia-no-centro-de-apoio-psicossocial-caps/>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

O ambiente da cena parece-me ser uma sala de estar de um CAPS. No canto esquerdo da foto, um sofá e próximo a ele, uma estante repleta de livros. Em cima do sofá está um aparelho de som, ligado na tomada da parede, logo acima. No chão, ao lado da estante há um porta-revistas que parece conter algumas. As paredes da sala são brancas, a pintura me parece recente, não vejo marcas ou manchas na parede.

No centro do ambiente, localizados próximos à janela estão quatro pessoas que parecem organizados em formato de roda. Uma das pessoas não aparece por completo, somente as mãos segurando um bastão de cor azul, que é utilizado por todos que estão participando do exercício que está sendo proposto por uma mulher que veste um jaleco e que considero que seja uma profissional na saúde. Ela está ao lado de uma senhora, na qual encosta as suas mãos no braço e coluna e parece explicar a posição adequada. Ao lado da senhora, um rapaz cuja a posição parece ser a direcionada para o exercício que está sendo aplicado. Todos estão descalços, inclusive a profissional. Chinelo são percebidos atrás das pessoas, próximos à parede.

Considero esta imagem interessante e posso lembrar do sentimento que me fez coletá-la da web. Fui fortemente atravessada pela presença do jaleco na cena, vale voltar às minhas anotações no diário de campo no dia em que encontrei a fotografia:

[...] notei a presença de um profissional usando jaleco dentro do CAPS, pensei na funcionalidade deste acessório e seu uso dentro de um ambiente como o este. Estranhei. Sim, estranhei por entender que o uso do jaleco está associado à proteção mediante a alguma possibilidade do profissional se contaminar no exercício do seu trabalho, assim como, também, de proteção à pessoa atendida quando sua saúde está fragilizada. Associo o jaleco a ambientes hospitalares, onde todo o cuidado com a higiene é preciso e reforçado pela alta possibilidade de contágio e de graves consequências em decorrência disto; associo ainda, o uso do jaleco com o lidar com substâncias que requerem cuidado; e também a rotinas como tirar sangue, aplicação de injeções e outros tipos de exames. Então por isso meu espanto: “jaleco, no CAPS?” Não me parece que o ambiente do CAPS se enquadra em alguma das situações que citei acima... estranho. Me peguei a pensar ainda quando vi o jaleco na representação que este carrega, tanto para quem usa como para quem vê. Para o profissional, o uso do jaleco às vezes pode significar uma posição, um saber, um status... e, por que não dizer: um poder?! Para quem vê o outro usar pode significar tantas coisas. Penso numa pessoa que frequenta um CAPS e que já esteve em uma situação de internação... bom, tudo ali parece diferente da primeira experiência, até que aparece ele, o jaleco. Considero importante pensar sobre essa figura presente no interior dos dispositivos de saúde mental. (DC, 19/06/2015).

Mesmo passado um tempo desse estranhamento, continuo a considerar um elemento importante a ser discutido. Porém, hoje coloco-me mais à disposição para entender o contexto que a cena apresenta. Trata-se um dispositivo de saúde, este fato hoje é relevante e talvez explique o jaleco. Ainda que num ambiente e numa atividade com baixa ou nenhuma insalubridade, quando se refere à “saúde” uma série de representações vêm à tona, sobretudo as dominadas pelo entendimento médico-centrado, procedimento-centrado, hegemônico. Mesmo em se tratando de um dispositivo resultante dos anseios e pressupostos da Reforma Psiquiátrica, conceitos como periculosidade, cura, ações em busca de resultados favoráveis, entre outros aspectos desta visão de cuidado, se fazem presentes. E isto é ainda mais acentuado pela falta de compreensão acerca do que são os dispositivos substitutivos e as necessidades apresentadas por cada um. A presença do jaleco leva consigo determinações e racionalidades que foram construídas historicamente, economicamente rentáveis e que a academia ainda dissemina.

3.1.2 Hospitais Psiquiátricos

Cena HP 1



Imagem 6 – Hospital Psiquiátrico – Cena 1.

Fonte: Blog Minha cidade <<http://www.marconepedroblogspotcombr.blogspot.com.br/>>. Fotógrafo: Aldair Dantas. Disponível em: <<http://www.marconepedroblogspotcombr.blogspot.com.br/2012/12/falta-atendimento-psiquiatrico-no-rn.html>>. Acesso em: 23 out. 2015.

Esta imagem de Aldair Dantas retrata um corredor de hospital, aberto à área externa. Percebo a pintura gasta da parede, o chão empoeirado e com uma poça d’água que atravessa de um lado a outro do corredor. Ao longo do mesmo, do meu lado direito vejo janelas e portas e, algumas pessoas que ao longe parecem conversar em uma das portas visíveis. Do outro lado, a parede é baixa com colunas que sustentam. A visão dá para a área externa. Aparece parte da copa de uma árvore e, pouco mais a frente, uma janela azul que parece ser do mesmo hospital. Um homem, mais a frente ainda, está encostado em uma das colunas. Passando pelo o corredor estão quatro pessoas, todos de costas. Um homem está vestido com algo que parece uniforme, bermuda e uma blusa larga, ambas de cor azul e calça chinelo nos pés. Primeiramente, pareceu-me roupa de usuários internos, identifiquei este homem como um “paciente”. O homem encostado na coluna, está usando uma blusa da mesma cor, parece-me ser do mesmo modelo. Mas agora, ocorre-me a ideia de que pode ser um empregado do hospital, que lida com a manutenção e com outros serviços gerais. Existe a possibilidade, mas

não me convence muito. A ideia de que seja um usuário utilizando o uniforme da casa parece mais aceita por mim.

Logo a frente deste homem, caminham três pessoas, duas mulheres e um homem. Eles caminham lado-a-lado. Na ponta direita, está uma mulher vestida de jaleco branco. Ela abraça pela cintura a mulher e direciona seu rosto a ela. Esta mulher que se encontra no meio das duas pessoas está vestida de modo casual. A postura dela é ereta, seu braço direito parece manter certa distância da mulher de jaleco, que a abraça. Do lado esquerdo desta mulher, está o homem, também vestido de jaleco. Este parece estar meio passo atrás delas, mas mantém seu braço direito estendido ao ombro da mulher que está sendo conduzida. A mulher e o homem de jaleco branco, entendo que são profissionais da saúde que atuam no hospital, e a mulher entre eles, parece-me ser um usuária, talvez recém-chegada à instituição.

Esta imagem me indica um momento assistencial em que uma usuária é conduzida para alguma ala do hospital ou alguma sala de procedimentos. A aproximação dos profissionais recebe destaque na imagem. O abraço da profissional e o rosto virado em direção a usuária denotam um acompanhamento, uma explicação ou também, um momento de escuta do que pode estar sendo dito. A posição do braço da usuária parece manter certo limite à aproximação, que pode ocorrer por uma série de motivos: falta de vínculo com a profissional, insegurança quanto ao novo ambiente, novo contexto em que está sendo inserida, entre outros. O homem, também profissional, parece acompanhar o momento, porém, não tão próximo à usuária quanto a profissional mulher. O gesto de estender o braço e tocar o ombro da usuária remete-me à presença e apoio naquele momento. As pessoas que conversam pouco mais à frente e o homem encostado na coluna não olham para as outras – profissionais e suposta usuária – que estão caminhando no corredor, o que me indica que tudo transcorreu de modo tranquilo, sem que chamasse atenção das pessoas presentes no ambiente.

Cena HP 2



Imagem 7 – Hospital Psiquiátrico – Cena 2.

Fonte: Site Pé no chão <<http://penochaoinformativo.blogspot.com.br>>. Fotografia: Roberto Crispim. Disponível em: <<http://penochaoinformativo.blogspot.com.br/2015/02/saude-hospital-psiquiatico-do-crato.html>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

Esta imagem de Roberto Crispim retrata uma parte de um hospital com acesso a uma área externa. Do meu lado esquerdo, está o prédio da instituição, um corredor aberto, com livre acesso a um jardim ou a uma área com árvores e luz solar. Tem somente alguns pilares de sustentação. Dos pilares para dentro, há uns bancos de concreto e acima destes estão as janelas. Parece-me que, um pouco mais a frente, há uma entrada para a parte interna da construção. É possível ver a parte do telhado e a estrutura do prédio que me parecem já bem antigas e necessitarem de manutenção. As paredes são pintadas nas cores branca e azul, meio-a-meio, mas a tinta parece já bem antiga e desgastada. Percebo manchas nas paredes. Pouco do jardim, ou área verde, aparece na imagem, mas é possível notar a carência de manutenção e reparos, matos altos e fora da delimitação dos canteiros. Por entre o prédio e a área externa, pessoas estão presentes, são todas mulheres.

No corredor coberto, passam três mulheres, duas estão de costas andando uma ao lado da outra. Pouco mais a frente, uma mulher vestida de jaleco branco também caminha. Porém, seu tronco e cabeça estão virados para trás, seus olhos seguem em direção à câmera que registrou o momento. À frente, um pouco mais afastado, um grupo de mulheres parece

conversar, apenas uma delas parece-me ter notado a câmera. Do lado de fora do corredor coberto, próximo as árvores e onde a luz do sol alcança, umas mulheres também estão presentes.

Paralelamente às mulheres caminhando abaixo do corredor coberto, à mesma altura, um pouco antes, para ser exata, há uma mulher caminhando sob o sol. Ela está de costas, veste uma saia cinza, uma blusa preta e com os ombros à mostra e um chapéu preto, está descalça. Tenho a impressão de que ela caminha ligeiramente. Talvez pelo fato dela estar segurando o chapéu com a mão esquerda. Logo à frente dela, caminha outra mulher em direção contrária, mas que pelo ângulo em que a foto foi feita, não é possível vê-la claramente. Mais ao longe, há um grupo de mulheres. Elas parecem esperar aquela que anda apressadamente – talvez seja apenas impressão minha. Elas estão voltadas para ela, de frente para ela. Uma delas está com o braço erguido até a altura do peito, com os antebraços voltados para trás, como um movimento que parece expressar um pedido “venha!” e as demais também olham em direção a que segue.

Esta imagem remete-me a um movimento. É como se as visse caminhando, se movendo, gesticulando... nenhuma delas aparece parada sob o meu olhar. Essa foto me faz pensar no cotidiano daquela instituição. As mulheres que caminham tranquilamente, o grupo de mulheres que conversa, a outra que anda apressadamente para encontrar ou falar com as colegas. O prédio como sempre foi, o mato que cresce desordenadamente, o sol que brilha, mas que também poderia não estar brilhando. A sensação que tenho é que poderia estar chovendo, a cena seria a mesma. Nem mesmo a presença do fotógrafo alterou esse cotidiano, parece que somente a profissional o notou, porém, ela mesma não deixa de caminhar como de costume por causa disso. Parece-me um cotidiano vazio, sem ter muito o que fazer, o que ver. Um cotidiano que se repete e repete e repete... e nada muda, a não ser o crescimento dos matos e os descascados das paredes. Nem mesmo os bancos saem do lugar, pois são de concreto, irremovíveis. Imagino que as horas demorem a passar nesse lugar. Que os dias pareçam os mesmos, salvo quando a mudança acontece da luz do sol, para as águas da chuva. Talvez essas sejam essas as novidades.

Cena HP 3

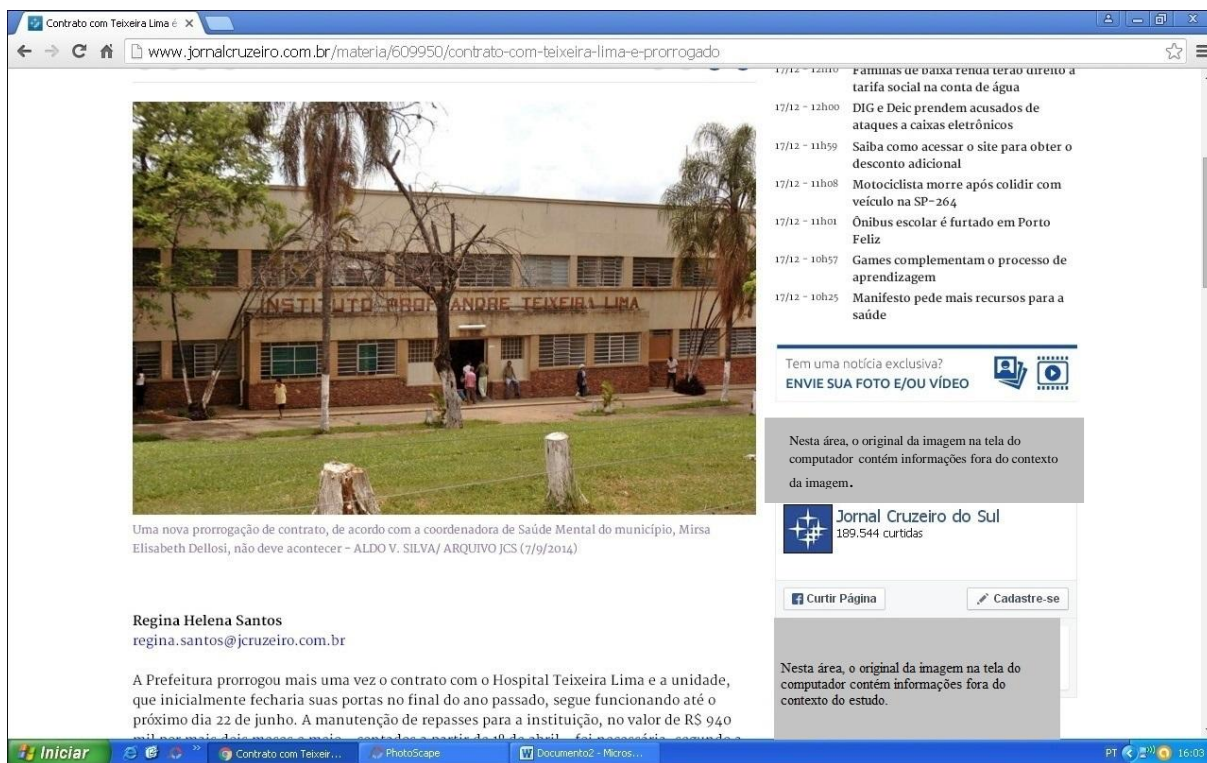


Imagem 8 – Hospital Psiquiátrico – Cena 3.

Fonte: Site Jornal Cruzeiro do Sul < <http://www.jornalcruzeiro.com.br/> >. Fotografia: Aldo V. Silva/arquivo JCS. Disponível em: < <http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/609950/contrato-com-teixeira-lima-e-prorrogado> >. Acesso em: 11 jul. 2015.

Trata-se de uma fotografia feita por Aldo V. Silva que retrata a fachada da frente de um hospital. Apenas uma parte aparece, a que está próxima à porta de entrada, mas me dá a impressão de ser bem extensa. O prédio tem cor de terra, um bege já deteriorado e parece ter dois andares. No de cima, conto dez janelas, todas compostas por inúmeros basculantes - duas parecem ter cortinas. No andar de baixo, também há a mesma sequência de janelas, porém, interrompida pela entrada, que além das janelas do mesmo modelo, há um recuo com porta larga. No meio, duas muretas que podem servir de assento ou apoio. Toda a parte de baixo do prédio é construída com pedras. Entre o andar superior e o de baixo, há um espaço reservado para a fachada, onde está escrito “Instituto Prof André Teixeira Lima”. Em frente ao prédio, existem umas árvores situadas em um gramado. Das cinco que aparecem na imagem, apenas uma apresenta folhas viçosas e verdes, as outras estão com folhas e galhos secos. Existem também uns troncos de árvores cortados e pintados de branco. Um pouco afastada da entrada do hospital e das árvores, existe uma cerca.

Em toda a extensão do hospital que a fotografia alcançou, há pessoas. No canto esquerdo da imagem, uma mulher aparece de costas, virada para a janela. A uns três metros

para a direita, encontra-se uma pessoa que não consegui identificar se é homem ou mulher e que parece caminhar em direção contrária a da entrada do hospital. Na porta, há um grupo de homens. De um deles, aparece apenas a perna que mostra estar sentado no chão; outros três homens parecem entrar na instituição. Do lado de fora, próximo à porta, há um homem sentado na mureta, virado para frente, com o olhar que me parece direcionado para o lado direito, para algo fora do enquadre da imagem. Para o lado direito, após a porta de entrada do hospital, há um outro homem caminhando em direção contrária, parece afastando-se da entrada e, pouco mais à frente, um homem em pé, com o corpo voltado em direção à entrada, porém parado e de cabeça baixa.

Quero ainda destacar que a imagem mostra parte do céu, coberto com nuvens, o azul pouco aparece. Ao olhar esta foto, imediatamente, lembrei-me da primeira vez que a vi e o que me fez coletá-la. Acho que vale resgatar parte das minhas anotações do diário de campo, até porque o sentimento é o mesmo que sinto hoje:

Vejo a cerca, ela não me causa um impacto negativo, mas não deixa de ser uma cerca. Vejo uma árvore seca... sem folhas, sem seiva, sem vida. Esta árvore de algum modo parece se relacionar com as pessoas ali em frente ao hospital, chamam-me atenção as que parecem movimentar-se, andando... mas cada um segue uma direção. Há, ainda, os que estão entrando na porta que está ao lado de um homem sentado, que parece aguardar algo ou simplesmente não ter ao certo para onde ir. Ainda relacionando-se com a árvore seca, está o hospital, uma estrutura já antiga, com uma pintura já gasta, com muitas janelas e grades. Assim como a árvore, o hospital parece já sem fôlego. O que contrasta na foto, ao meu ver – por mais incrível que pareça – é a árvore frondosa, no canto esquerdo da imagem. Ela está verde e com muitas folhas... é o que refere vida na foto... parece mostrar que nem tudo está perdido. (DC 11/07/2015)

A impressão que a foto me causa é muito parecida com a primeira vez que a vi e que está expresso neste trecho do diário de campo. O céu carregado de nuvens, a cor do prédio, as árvores com folhas secas e uma árvore específica, em frente a porta de entrada da instituição, totalmente seca. As pessoas parecem-me sem muita direção ou sentido de estarem ali, na posição em que se encontram, salvo os três que parecem entrar. Esse conjunto de elementos remete-me a um cansaço, a uma desesperança. Mas, no canto esquerdo da foto, parece haver um sinal de vida, as folhas verdes de uma árvore cujo tronco não aparece. Essa tonalidade de verde, um pouco claro, suave, sinaliza para algo novo, que nasce. Algo fresco, com vida e vigor. Apenas parte da copa dessa árvore aparece na imagem, parece que com o objetivo de sinalizar que algo fora deste enquadramento - fora da situação que ali está retratada, tem um tronco com raízes fortes e profundas capazes de devolver a esperança. Isso me emociona. Consigo fazer um paralelo com a história da assistência psiquiátrica no país: dentro das instituições psiquiátricas pairava uma nuvem negra, um horror, um desmantelamento, um

castigo, uma dor, uma desesperança daquelas pessoas quanto a tudo! Sociedade, vida, corpo, futuro... quantas pessoas morreram assim? Até que fora passou a surgir um som, um barulho de vozes que diziam não ao modo indigno com que estavam sendo tratadas as pessoas que lá viviam. Olhos que enxergavam o absurdo praticado, mãos que tocaram corpos feridos e desprotegidos, vulneráveis à crueldade de uma ciência despersonalizadora. No lado de fora, uma árvore cuja raízes pautavam-se na mudança foi plantada, até que a esperança passou a ser vislumbrada, mesmo que de longe, por alguns. Penso que essa esperança fomentou as pessoas que se mobilizaram para a Reforma Psiquiátrica e que, ainda, essa esperança move corações na luta por transformações do modo como a assistência é referida, da visão social do louco, por transformações do “cuidado em saúde” para o Cuidado, tal como é.

Cena HP 4



Imagem 9 – Hospital Psiquiátrico – Cena 4.

Fonte: Site O Dia <<http://odiasig.com.br/>>. Fotografia: Daniel Castelo Branco/Agência O dia. Disponível em: <<http://odiasig.com.br/noticia/mundoociencia/2015-05-23/pacientes-do-hospital-paracambi-estao-recebendo-alta-e-voltando-a-sociedade.html>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

Esta imagem de Daniel Castelo Branco retrata uma área externa de um hospital psiquiátrico. Imagino que a câmera estava próxima a um banco de concreto, onde uma pessoa está deitada. A amplitude da fotografia mostra o espaço com algumas árvores e grama, além de um prédio da instituição um pouco distante, cujo um homem está encostado na parede.

Tudo me parece limpo e organizado. A pessoa deitada no banco veste uma roupa verde, seus pés e pernas estão próximos à câmera. As pernas parecem um pouco arranhadas, seu rosto não aparece, assim como toda a parte superior do seu corpo, somente as mãos que estão para cima, tocando uma à outra. A poucos metros próximo ao local onde esta pessoa (que me parece ser usuária) está deitada, há uma mulher vestida toda de branco, sapatos, meias, calça e jaleco, com as mãos nos bolsos e de costas para a pessoa deitada.

Esta fotografia chama muito atenção pelo ângulo em que foi tirada, a proximidade do usuário/usuária deitado, a distância que existe entre ele a profissional, que não é longe, mas também, não é perto, e a profissional de costas, com as mãos nos bolsos. No primeiro momento, a impressão que a fotografia me causou foi de desapego, abandono, descaso, desinteresse. As mãos da profissional nos bolsos remeteu-me a algo que podia ser feito, mas que ela optou por não fazer. Enfim, em linhas gerais, de início essa imagem remete a certa omissão da saúde para com os usuários em sofrimento psíquico. Porém, ao encontrar com esta imagem e ser tomada por esta impressão, tive o ímpeto de ler a reportagem na qual estava inserida. Lembro-me de que se tratava de alta de pacientes psiquiátricos. Ao saber desta informação, meu olhar sobre a foto se modificou. Em lugar do descaso, da omissão, do desinteresse, entrou a impossibilidade, a despedida.

A profissional de costas e com as mãos nos bolsos passou a significar algo que não consigo colocar em palavras, mas que talvez com uma expressão consiga traduzir: “agora você deve se cuidar sozinho” ou “lá fora não estarei por perto” ou ainda, “você não precisa mais de mim”. E a pessoa, ali deitada, mexendo com as mãos parece pensar: “o que vai ser de mim agora?” A mensagem do abandono e do desapego ainda continua presente, mas com o assunto da reportagem a imagem me mostra que estes não são gerados por vontade ou escolha do profissional, mas sim, por uma atitude política que estava sendo questionada. O que para mim parece um pouco mais grave. O ato de retirar os pacientes psiquiátricos do hospital sendo interpretado e disseminado como “descuidado”, como se tivessem sendo lançados à sorte, como se agora, a figura da enfermeira impecável, “provedora de cuidado incondicional” estivesse impedida de cumprir sua missão. É como se o setor saúde, ali representado pela profissional, não tivesse mais a guarda dessas pessoas e elas viveriam soltas pelo mundo, sem direção, sem saber o que fazer, sem lugar no mundo.

Esta imagem retrata um hospital de boa estrutura e equipe preparada, com área verde, árvores bonitas e grama aparada, de braços abertos para ficar com as pessoas em sofrimento psíquico, sendo impedido de tal oportunidade. É a política de desinstitucionalização sendo pervertida e apontada como cruel. Esta imagem me mobilizou bastante, quando me deparei

com ela e, então, resolvi coletá-la. No diário de campo autonetnográfico ficou registrado o meu descobrimento das mensagens secundárias presentes nas imagens e sua relação com o texto das reportagens:

Até encontrar essas imagens e suas respectivas reportagens, tinha a convicção de que não olharia para o que estava escrito em torno das imagens, ou seja, não me ateria às reportagens. Porém, ao encontrar-me com essas apresentadas acima vi, que as reportagens contextualizam e situam não apenas as imagens em si, mas o sentido dado a elas. Constatei ,ainda, que as reportagens – ainda que eu tenha consciência de que são repletas de intencionalidades e ideologias – trazem-me informações sobre a rede de atenção psicossocial do SUS, um aspecto tão central da minha pesquisa. (D.C 18/06/2015)

Cena HP 5



Imagem 10 – Hospital Psiquiátrico – Cena 5.

Fonte: Site Pé no chão <<http://penochaoinformativo.blogspot.com.br>>. Fotografia: Roberto Crispim. Disponível em: <<http://penochaoinformativo.blogspot.com.br/2015/02/saude-hospital-psiquiatico-do-crato.html>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

Esta imagem retrata um setor de um hospital psiquiátrico que acredito ser a recepção ou “acolhimento” como virou costume chamar. A sala possui paredes claras, a cor é bege. O teto é da cor branca. Na parede do meu lado esquerdo, há alguns poucos cartazes colados e estão organizados. Acima há um quadro com um fundo azul claro e flores coloridas, um pouco abaixo e mais ao lado, há um relógio de parede. Nesta parede, existe uma porta de

acesso a outros ambientes. Na parede de frente, existe uma televisão fixada por meio de um suporte e logo abaixo existe um mural.

A sala possui um balcão de atendimento e, curiosamente, do suporte deste balcão para cima, existe uma grade de ferro. Do lado de trás do balcão (e da grade) estão três pessoas, um homem e duas mulheres, todos vestidos de branco. Uma das mulheres encontra-se sentada, a outra, ao lado, parece mexer em algo na mesa ou procurar algo em um fichário. O homem encontra-se em pé, encostado em uma mesa. Do lado de fora da grade (e do balcão) estão três pessoas em pé: uma mulher, um homem e outra mulher, respectivamente, todos estão de costas para a foto, de frente para os profissionais. No mesmo ambiente, duas cadeiras plásticas. A mulher do lado esquerdo parece parada, talvez olhando algo a sua frente ou analisando algum documento, não parece estar conversando com alguém. O homem, que me parece já ser um senhor, está posicionado em frente à profissional sentada, do outro lado da grade. As mãos dele seguram a grade, o braço esquerdo estendido na horizontal e o direito, dobrado, com a mão no alto da grade. E a outra mulher, está encostada em um pilar de cor amarela, ao lado da grade. Com a mão direita apoia o corpo no pilar e a mão esquerda está posicionada na cintura. Esta parece estar aguardando algo ou ser atendida.

A sala tinha tudo para ser uma recepção convencional de qualquer espaço coletivo, porém, a presença da grade me chama atenção. E por esta razão optei por coletar esta imagem. A primeira coisa que me pergunto é: por que a grade está ali? O que ela significa para quem está atrás e, para quem está na frente dela? A primeira palavra que me veio a mente foi: proteção. A grade pode ter sido colocada com a intenção de proteger os profissionais atendentes. Mas, o significado de proteção só tem sentido quando há risco de perigo. Por tratar-se de um hospital psiquiátrico, pode ser que os profissionais sintam-se ameaçados pelas pessoas que ali chegam para serem atendidas. De fato, muitos podem chegar agressivos em decorrência do contexto muitas vezes conturbado com que uma pessoa pode ser direcionada a um hospital psiquiátrico. Mas, penso, também, que o termo periculosidade sempre esteve presente no campo da saúde mental, não é à toa que muitas pessoas em sofrimento psíquico foram mantidas isoladas; a sociedade sempre as viu com medo e receio por causa deste entendimento.

Mesmo compreendendo que a associação sofrimento mental e periculosidade é algo construído historicamente, pego-me pensando se a presença da grade ainda se justifica após uma gama de conhecimentos disseminados pela reforma psiquiátrica e a proposta de uma nova visão do sofrimento mental, das pessoas que sofrem, da assistência, etc... sobretudo, dentro de uma instituição psiquiátrica – principal fomentador de reflexões e anseios para

mudança. A grade ser mantida me diz que os paradigmas não mudaram, a assistência não mudou, as práticas não mudaram, os conceitos não foram substituídos. A lógica da racionalidade permanece presente.

A grade que divide o ambiente e “protege” os profissionais me mostra, na verdade, a separação, o afastamento, a distância, a divisão entre o espaço “dos normais” e o espaço “dos doentes”. Podem ser abertas as portas, destrancados os cadeados, tiradas as porteirosas, mas de nada adianta se as formas de conceber e praticar o cuidado não mudarem. Uma grade sempre poderá existir, visivelmente ou não.

Cena HP 6

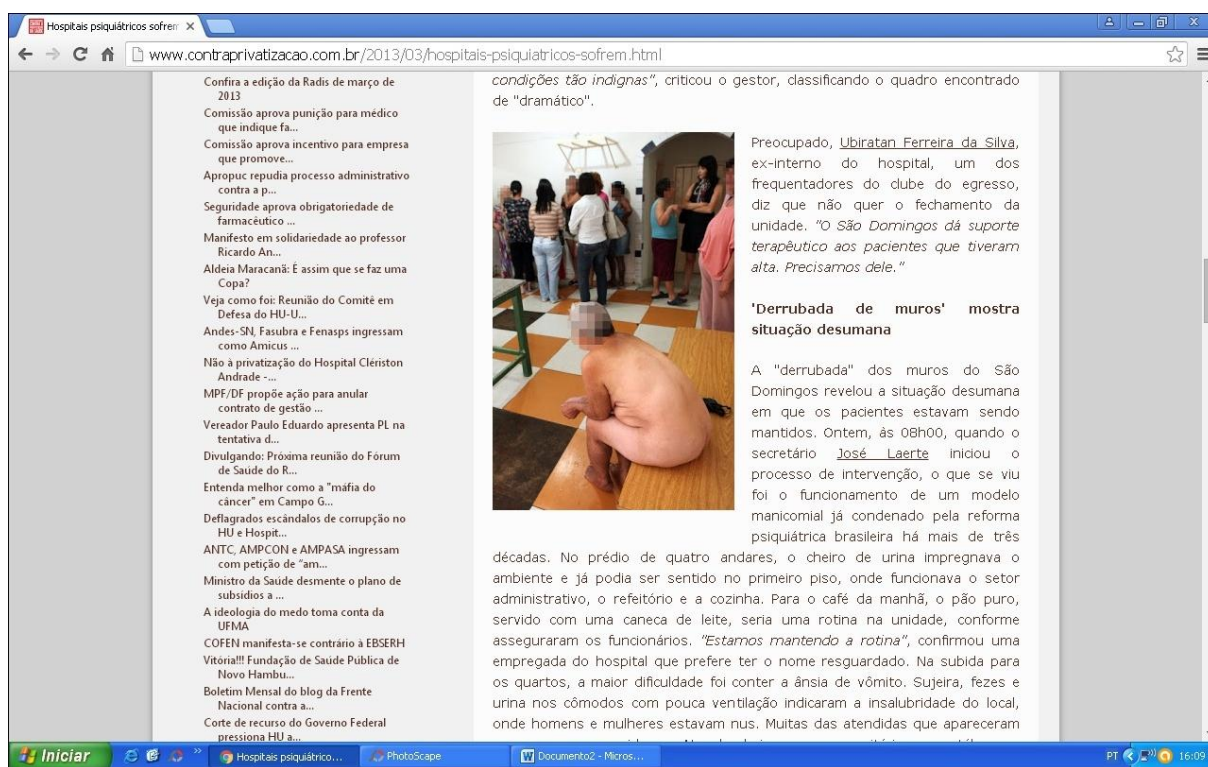


Imagem 11 – Hospital Psiquiátrico – Cena 6.

Fonte: Site Frente Nacional contra a privatização da saúde < <http://www.contraprivatizacao.com.br/>>.

Fotografia: sem autoria declarada. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/hospitais-psi-quiatricos-sofrem.html>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

Esta imagem retrata um cômodo de um hospital psiquiátrico. Não consigo identificar exatamente de que tipo. É uma sala espaçosa, com paredes brancas, piso com quadrados grandes nas cores branca, marrom e alaranjada. A passagem para outro ambiente é larga, em formato arredondado, com o acabamento em azulejo. Neste cômodo, é possível ver um banco de madeira e parte de algo que parece uma mesa, com o tampo em um material que imita mármore (ou talvez de fato seja) e estrutura de ferro na cor verde. Onze mulheres estão no

local, dez em pé e uma sentada. Das mulheres em pé, no lado esquerdo da foto, sete formam um grupo que conversa entre si. Pouco mais ao lado, duas mulheres conversam separadamente. Uma delas parece ser uma profissional, seu modo de se portar me parece diferente das demais. É uma mulher alta, veste um vestido preto até a altura dos joelhos, apresenta um lenço no pescoço e uma bolsa pendurada no braço direito, está de braços cruzados olhando no rosto da senhora com quem conversa.

Pouco mais ao lado e mais próxima da câmera que registrou a imagem, está uma mulher em pé, sozinha. Esta veste roupas largas, uma blusa e uma calça que parece de moletom. Ao lado desta mulher há o banco de madeira. Neste banco de madeira, agora bem próxima à câmera, está uma mulher sentada, sem roupas. Esta mulher, que aparenta uma idade já avançada, se encontra em uma posição em que suas pernas estão unidas e os cotovelos apoiam-se nos joelhos e as mãos também estão unidas, seus pés estão sujos. Sua cabeça está levantada, direcionada para frente. Do lado direito dela, há um objeto preto, por apresentar algo parecido com uma alça, imagino que seja uma pequena bolsa ou saco. Nesta fotografia, é importante ressaltar que, com exceção da mulher que veste preto, todas as outras em que os rostos eram possíveis de ser identificados, foram ofuscados por algum recurso gráfico para que não houvesse reconhecimento.

O que chama atenção na imagem não é somente a mulher nua sentada no banco, mas também – e talvez, principalmente – o fato de haver outras pessoas no ambiente que conversam e interagem entre si, distantes das duas mulheres que se encontram sozinhas. No grupo de sete mulheres, mencionado acima, duas delas, que encontram-se de costas, vestem calças jeans e uma delas está com uma bolsa no ombro. Elas parecem visitantes, imaginei que podem ser estagiárias ou com alguma outra atividade cujo contato com as internas seja importante. Pensei assim, pelo fato delas estarem próximas a outras pessoas, que estão com os rostos ofuscados, o que me indica serem pessoas institucionalizadas. A mulher de preto não teve o rosto ofuscado, também possui uma bolsa no ombro. Penso que ela e as outras duas mencionadas podem pertencer ao mesmo grupo.

As duas mulheres que estão mais próximas à câmera, uma vestindo roupas que me parecem largas e desajeitadas e a outra nua, coincidentemente ou não, estão sozinhas. Parecem isoladas. Reporto-me ao momento da cena. Imagino o ambiente tomado por vozes femininas, que se sobressaem umas pelas outras, tratando de diferentes assuntos, enquanto que para cada uma das duas que estão sozinhas, há silêncio. Um aspecto curioso é que ambas não compartilham o isolamento, as duas estão distantes das outras pessoas, estão próximas uma da outra, porém, sozinhas. Cada uma, em um mundo.

O fato de haver uma mulher nua em um local que parece coletivo pode não ser o aspecto que mais me chama atenção, mas não deixo de perceber e querer entender o que se passou. Talvez, ela tenha desejado retirar as roupas, contudo, pergunto-me por que ela permaneceria naquela sala, naquele momento, diante daquelas pessoas, sem nada fazer... apenas sentada, olhando para outra direção. Pergunto-me acerca das mulheres que estavam lá, nenhum olhar parece direcionado para a senhora sentada, nada que me indique uma atenção, uma percepção ou alguma preocupação. Não há como saber por quanto tempo a mulher permaneceu ali. Mas pela imagem retratada, parece que as demais mulheres não viram o fato como algo novo ou estranho.

Não acho que deveriam vesti-la ou que é um erro deixá-la permanecer assim. Enfim, não questiono o fato de ter sido tomada alguma atitude ou não por ela estar sem roupas. Mas olhando para a imagem penso em duas questões principais: uma, é a falta de habilidades ou trato com as “estranhezas” por parte dos profissionais com pessoas em sofrimento mental considerado acentuado, que muitas vezes resultam numa tentativa de “normatização” ou no afastamento, em que a questão é ignorada, não vista, disfarçada. E a outra, agora incluindo a outra mulher solitária na foto, é esse afastamento das pessoas consideradas “esquisitas”, uma está sem roupas, a outra está com roupas largadas, ambas estão sozinhas. As outras internas estão acompanhadas, talvez por não apresentarem comportamentos e atitudes que não causem estranhamento ou porque não se encaixam na imagem do “louco” que é conformada culturalmente.

Cena HP 7



Imagem 12 – Hospital Psiquiátrico – Cena 7.

Fonte: Site Extra < <http://extra.globo.com/>>. Fotografia: Marina Navarro Lins. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/rio/em-crise-hospital-psiquiatrico-de-paracambi-passa-ser-administrado-pela-prefeitura-15273226.html>> Acesso em: 23 out. 2015.

Esta imagem de Marina Navarro Lins retrata o dormitório de um hospital. Nele, as paredes são revestidas de azulejos de cor bege, mas, em duas partes, parece ter sido remendado com azulejos de cor branca. As paredes me parecem necessitar de limpeza. Notei também uma garrafa pet de 500ml no chão. É possível visualizar parte de uma janela cuja claridade parece iluminar o ambiente. O piso também é de azulejo; abaixo da janela há um buraco no piso, não é possível ver sua extensão, nem a profundidade, mas parece ter areia e tijolos. Próxima a este buraco, há uma cama. Na imagem, aparecem mais duas camas e a beirada de outra - todas são de ferro. Em uma das camas há um colchão azul marinho, rasgado e com duas cobertas bem dobradas. Na outra, há um homem deitado de bruços, o colchão parece forrado com um pano preto. O homem parece apoiar a cabeça em algo que pode ser uma bolsa. A cama é visivelmente menor que o homem deitado, uma de suas pernas está esticada, o pé está para fora. Abaixo das pernas do homem, um cobertor também bem dobrado. O homem está sem camisa, vestindo uma bermuda.

Esta imagem retrata a condição estrutural de um dado hospital. Foi selecionada por mostrar a falta de conforto oferecida aos internos. A falta de limpeza e a presença de um

buraco no chão revela a precariedade em que as condições estruturais se encontram, submetendo os internos a viverem em cômodos, materiais e utensílios precários.

Cena HP 8



Imagem 13 – Hospital Psiquiátrico – Cena 8.

Fonte: Site Hoje mais – Andradina <<http://www.hojemais.com.br/>> Fotografia: Paulo Gonçalves/Folha da Região. Disponível em: <<http://www.hojemais.com.br/mobile/andradina/noticia/geral/hospital-fechara-as-portas-para-o-sus-em-novembro>>. Acesso em: 23 out. 2015.

Esta imagem de Paulo Gonçalves retrata uma cena relativamente simples. Um dormitório de hospital com três camas. As paredes do dormitório são brancas e o piso é com um azulejo que parece resistente, de cor escura. O ambiente parece-me limpo e todas as camas são de ferro e estão arrumadas. Uma está forrada com uma coberta de cor azul claro e há um travesseiro que também parece ter sido colocado de modo estratégico, intencional, para manter a cama com aspecto organizado. A cama ao lado possui um colchão forrado com um lençol branco, possui uns objetos em cima que parecem roupas e cobertas. E a terceira cama, da qual aparece apenas parte, parece também ter o colchão forrado com lençol branco e possui um cobertor vermelho bem dobrado. Cada cama é organizada de uma forma, o que me faz pensar no jeito particular de cada pessoa que utiliza. O fato curioso na imagem é que, a terceira cama, da qual aparece apenas parte, possui em sua cabeceira uma Bíblia aberta e bem

posicionada, para não cair. Tenho a impressão de que a Bíblia foi propositadamente arrumada na posição em que se encontra.

A reportagem a qual esta foto está vinculada é sobre a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos. Com isso, a Bíblia posicionada na cama e a foto feita em um ângulo em que ela aponta para todo o ambiente, me remete à ideia de socorro divino às pessoas que ali estão instaladas. O ambiente limpo e as camas organizadas sinalizam boas condições aos internos; cada cama arrumada de um jeito remete à liberdade que os donos possuem para fazer do seu modo. A mensagem que chega a mim, através desta imagem, informa que os internos serão tirados deste lugar de conforto e ficarão na dependência divina, soltos pela sociedade, sem este lugar agradável, sem os privilégios - que só a proteção e misericórdia divinas poderão livrá-los de uma sociedade cruel.

3.1.3 Residências Terapêuticas

Cena RT 1

importância dessa nova estrutura de tratamento: "Está sendo fundamental para o meu tratamento e minha recuperação essa autonomia e liberdade que estou tendo na residência, mas sei que, se eu parar de tomar remédio, volto à estaca zero".

GALERIA DE FOTOS

Fotos: Michele Souza/JC Imagem

Moradoras de residência feminina mostram como é ampla a casa para onde foram depois do internamento

Nesta área, o original da imagem na tela do computador contém informações fora do contexto do estudo.

Imagem 14 – Residência Terapêutica – Cena 1.

Fonte: Site O caminho de casa <<http://www2.uol.com.br/JC/>>. Fotografia: Michele Souza/ JC imagem.

Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2/6.jpg>>.

Acesso em: 21 jul. 2015.

A imagem de Michele Souza retrata a parte interna de uma residência terapêutica onde moram mulheres. A fotografia foi tirada do lado de fora de uma janela e retrata um espaço comum de circulação das pessoas, a sala. Com este enquadre, consigo ver bem os detalhes da casa. O espaço é amplo, possui paredes de cor azul e as portas, que imagino darem acesso aos quartos e à cozinha, são brancas. Existe uma porta que me indica ser a de entrada da casa. Ela é de madeira e, o meio é de vidro. Inclusive, no reflexo do vidro é possível ver a sombra da pessoa no momento em que fez a fotografia. A pintura do interior da casa e das portas me parece não muito antiga e bem conservada. O piso deste espaço também parece bem conservado.

Neste amplo ambiente, estão organizados três sofás de cor escura, de dois e três lugares e, ainda, uma poltrona. Há uma mesa de centro que combina com os sofás e em cima dela há um porta-retrato, um baleiro transparente e dois outros objetos de decoração, um vermelho e um branco. Acima do sofá, na parede da direita, existe um quadro colorido e ali próximo a este sofá, um vaso com planta. Pouco a frente, um rack com uma televisão e outros objetos - consigo identificar livros ou cadernetas, porta-retrato. Ao lado do rack há uma escada que me parece dar acesso a um espaço aberto, pois a luz que incide sob a escada é muito semelhante à luz do sol. Talvez possui uma varanda, um terraço, enfim, um espaço de lazer. Passando da escada, ainda no ambiente interno, aparecem duas portas, as quais, imagino, dão acesso aos quartos. No espaço entre elas, um pouco acima, há uma tela pintada. Pouco mais a frente existe uma passagem que acredito ser de acesso à cozinha.

Nesta imagem, estão presentes cinco pessoas, três delas, mais próximas da câmera, encontram-se sentadas nos sofás; são mulheres. Duas delas olham para câmera, esboçam sorriso. A outra aparece um pouco de lado, parece ajeitar o colar que está no pescoço. Mais a frente, na passagem de acesso à cozinha há uma mulher em pé, de frente para a foto, parece estar caminhando. E mais ao fundo, no outro ambiente que imagino ser a cozinha vejo outra pessoa, não consigo identificar se é homem ou mulher. As mulheres estão vestidas de modo casual; nas três que estão mais próximas à câmera é possível identificar maiores detalhes. A senhora de lado está usando um boné preto, brinco na sua orelha, no pescoço um colar que parece de pérolas e em seu punho direito pulseiras. A mulher que está no sofá mais próximo à câmera, encontra-se com as duas pernas esticadas no sofá, em uma das suas mãos apresenta um anel, brinco em sua orelha e também percebo o uso de batom, seus cabelos estão soltos.

Esta mulher apresenta um sorriso aberto. A terceira mulher está sentada, com um dos braços apoiado no braço do sofá e com a mão no rosto, ela esboça um sorriso também, mas me parece um pouco mais tímido.

A estrutura desta residência me parece muito agradável, os móveis organizados, chão e paredes limpos, uma escada que dá acesso a um ambiente aberto, o espaço é amplo e outros detalhes como quadros, objetos de decoração, dão-me a impressão de uma casa, de fato. Nada reportou-me a um ambiente de assistência à saúde. Nas mulheres que estão próximas da câmera e que, portanto, aparecem claramente, é possível identificar questões importantes como a oportunidade de se vestirem como desejam. O uso de pulseiras, anéis, batom, cada uma ao seu modo. Isto representa para mim, a oportunidade delas utilizarem seus pertences, fazerem suas escolhas de quando usar, o que usar. Ainda que, talvez, tenham sido avisadas de que iria uma pessoa para fotografá-las, fizeram suas escolhas quanto ao modo como gostariam de recebê-la. Estes aspectos, podem parecer tão simples à primeira vista, porém tomam uma proporção e uma importância muito grandes quando passa pela minha cabeça o cotidiano das pessoas que viviam em hospitais psiquiátricos, em que muitas vezes tinham que usar uniformes ou simplesmente não poderiam zelar pelas suas roupas e pertences do modo que gostariam.

Cena RT 2

importância dessa nova estrutura de tratamento. "Está sendo fundamental para o meu tratamento e minha recuperação essa autonomia e liberdade que estou tendo na residência, mas sei que, se eu parar de tomar remédio, volto à estaca zero".

GALERIA DE FOTOS

Fotos: Michele Souza/JC Imagem

A maioria das residências terapêuticas do Estado são amplas, com vários quartos, quintal e terraço.

Nesta área, o original da imagem na tela do computador contém informações fora do contexto do estudo.

The screenshot shows a Windows desktop environment with a taskbar at the bottom containing icons for 'Iniciar', 'O caminho de casa', 'PhotoScape', and 'Documento2 - Micros...'. The system tray shows the date 'PT' and time '16:20'.

Imagem 15 – Residência Terapêutica – Cena 2.

Fonte: Site O caminho de casa <<http://www2.uol.com.br/JC/>>. Fotografia: Michele Souza/ JC imagem.

Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2/8.jpg>.

Acesso em: 21 jul. 2015.

Esta imagem também de Michele Souza retrata um espaço que me parece uma sala de televisão de uma residência terapêutica. É um espaço amplo, com pisos brancos no chão e até a metade das paredes. Este amplo espaço é dividido por uma parede, que inicia na parede do lado esquerdo, indo até um pouco mais que da metade do ambiente e, também, não alcança o teto, apesar de ser alta. A parede, então, não fecha todo o ambiente, deixando um espaço para acessar o que tem atrás dela. Do ambiente atrás da parede, a imagem não mostra muita coisa, apenas uma janela que se encontra na parede do lado direito e acima do telhado. Esta parede me dá a impressão de que foi improvisada. Do lado “de cá” da parede é que a imagem apresenta maiores detalhes.

A fotografia foi tirada de trás de uma televisão, em seu enquadramento, ela mostra exatamente a disposição dos dois sofás, do vaso com flores e de uma cadeira, organizados para fazer deste espaço - uma sala de televisão. A sensação que esta foto me provoca é de como a televisão é vista; a protagonista da foto parece ser a televisão, ainda que dela apareça somente a parte de trás. É uma televisão de modelo antigo, com aquelas caixas na parte traseira. Na foto, estão presentes cinco pessoas, todos homens. Isso me faz pensar que se trata de uma residência terapêutica masculina. No sofá da parede do lado esquerdo, há dois homens, de um deles não aparece o rosto, somente uma parte do corpo e da vestimenta, e o que está ao lado, encontra-se sem camisa e de óculos escuros. Na parede que me parece improvisada, de frente para a televisão, existe um sofá um pouco maior, que supostamente comporta três pessoas. Nele, estão sentados dois homens, um na ponta esquerda, que está sem camisa e outro, no meio, vestido de camisa, ambos estão calçados com chinelos. Neste sofá, há um espaço vago. Ao lado deste, encontra-se sentado em uma cadeira de plástico, outro homem que se está descalço e de óculos escuros, vestindo bermuda e camiseta. A meu ver, todos estão olhando para a televisão. A imagem é bem simples como foi relatada: uma sala branca, com dois sofás de cor marrom, um vaso de plantas entre eles e uma cadeira plástica. E os homens sentados assistindo algo na televisão. Não há uma estante, não há tapete, nada complementar.

O que me chama atenção é o adesivo colado na parede improvisada, algo que parece um jardim, com grama e flores coloridas, duas árvores com flores cor-de-rosa e várias borboletas, azuis, vermelhas, amarelas... um desenho colorido e parecendo um pouco infantil, no centro da parede. Penso que foi usado como forma de decorar o ambiente; imagino que

quem o colocou pode ter achado, assim como eu, a sala “tão branca, tão vazia” e por isso desejou acrescentar algo a mais. Talvez tenha sido requisitado pelos próprios moradores, ou não.

Naquele ambiente a televisão, de fato, parece ser a maior atração. A televisão pode ser também um instrumento agregador, assim como foi e é em tantas outras casas, cuja a família e os amigos se reúnem para assistir a um programa ou a um jogo de futebol, e assim, acabam interagindo. Ou não, a televisão pode ter sido colocada para servir apenas de distração, ocupação para as pessoas que ali residem, como forma de substituir atividades e/ou a presença de outras pessoas como familiares e profissionais, por exemplo. Não sei quantos homens moram na residência terapêutica em questão, mas me atento ao fato de que cinco deles estão juntos em um mesmo cômodo desenvolvendo uma atividade em comum. A partir disto, posso também, dizer que a presença da televisão pode estimular maior interação, amizade, conversas, trocas de experiências, narração de histórias, entre outras inúmeras possibilidades.

Cena RT 3

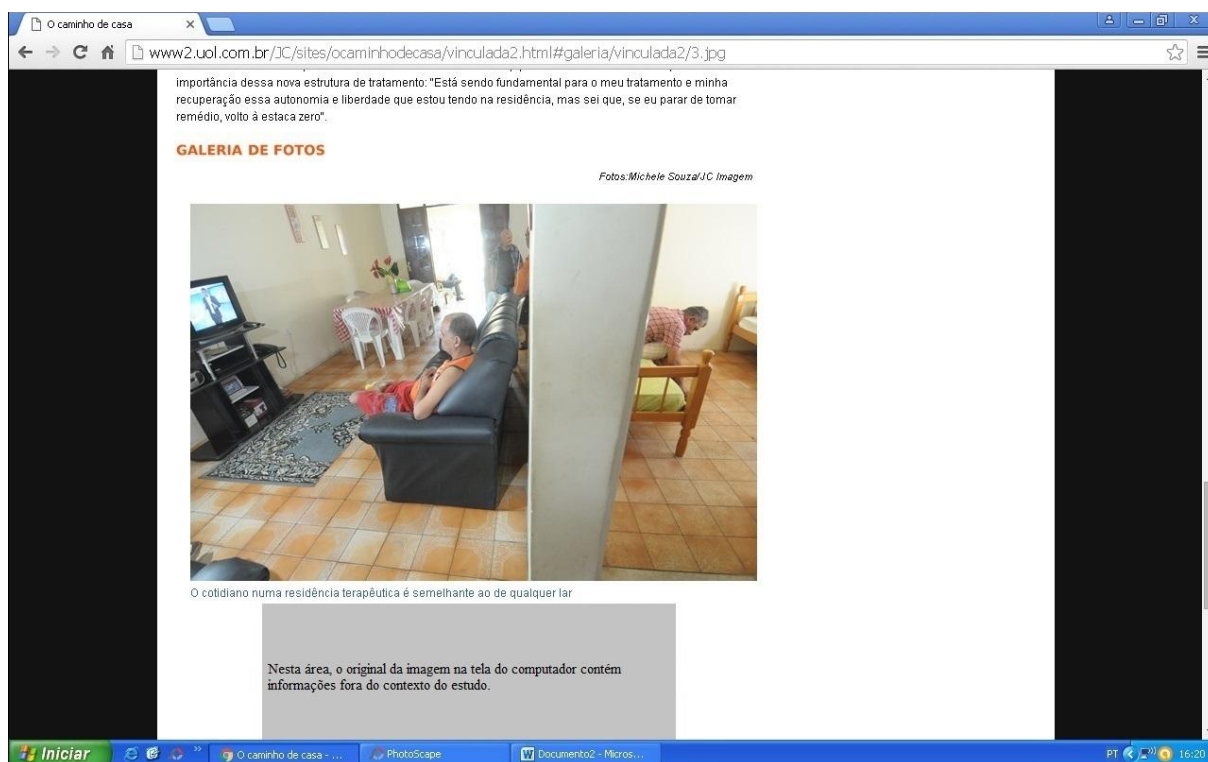


Imagem 16 – Residência Terapêutica – Cena 3.

Fonte: Site O caminho de casa <<http://www2.uol.com.br/JC/>>. Fotografia: Michele Souza/ JC imagem.

Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2/3.jpg>>.

Acesso em: 21 jul. 2015.

Esta outra imagem de Michele Souza me parece bastante interessante por que retrata dois ambientes de uma residência terapêutica, ao mesmo tempo. Este enquadramento da

fotografia me dá a impressão de uma câmera de monitoramento, algo assim. Entre os cômodos existe uma parede, do lado esquerdo está sala/copa e do lado direito, um quarto. A sala é composta por dois sofás, de um deles só aparece uma pontinha. Na frente de um dos sofás, há um rack com uma televisão e alguns objetos. Consigo identificar telefone, aparelho de som e umas caixas. Entre o sofá e o rack, há um tapete, que parece ter sido cortado ao meio. Um pouco mais à frente, aparece uma mesa de plástico coberta com uma toalha quadriculada e um plástico transparente por cima, junto à mesa há seis cadeiras plásticas. Em cima da mesa, um vaso com flores e uma vasilha plástica. Na parede, há três quadros.

Neste ambiente, estão três homens, um sentado no sofá assistindo televisão, na qual parece estar passando algum programa jornalístico, e mais distante, próximos à mesa, estão dois homens em pé, um encostado na parede, parece prestar atenção no que está passando na televisão e o outro, parece olhar para outra direção. Ao fundo existe uma porta que me faz pensar que dá acesso à área externa da casa. Do lado de fora da porta aparece alguém sentado, parece um homem. Agora, do outro lado da parede que divide a cena, vejo parte do quarto, é possível ver duas camas, uma delas, aparece só uma pontinha e na outra, há um homem sentado, percebo estar amarrando os sapatos ou tênis, ou ainda, ajeitando as tiras das sandálias.

Essa foto me fez pensar no cotidiano de uma residência terapêutica, em que um assiste televisão, enquanto outro senta do lado de fora da casa, outro se arruma, outro conversa. Se algum deles quisesse se deitar, poderia fazer esta escolha, enfim, parece haver uma possibilidade de escolher o que deseja fazer naquele momento. Em contrapartida, também me parece não ter muitas opções de escolhas.

Cena RT 4

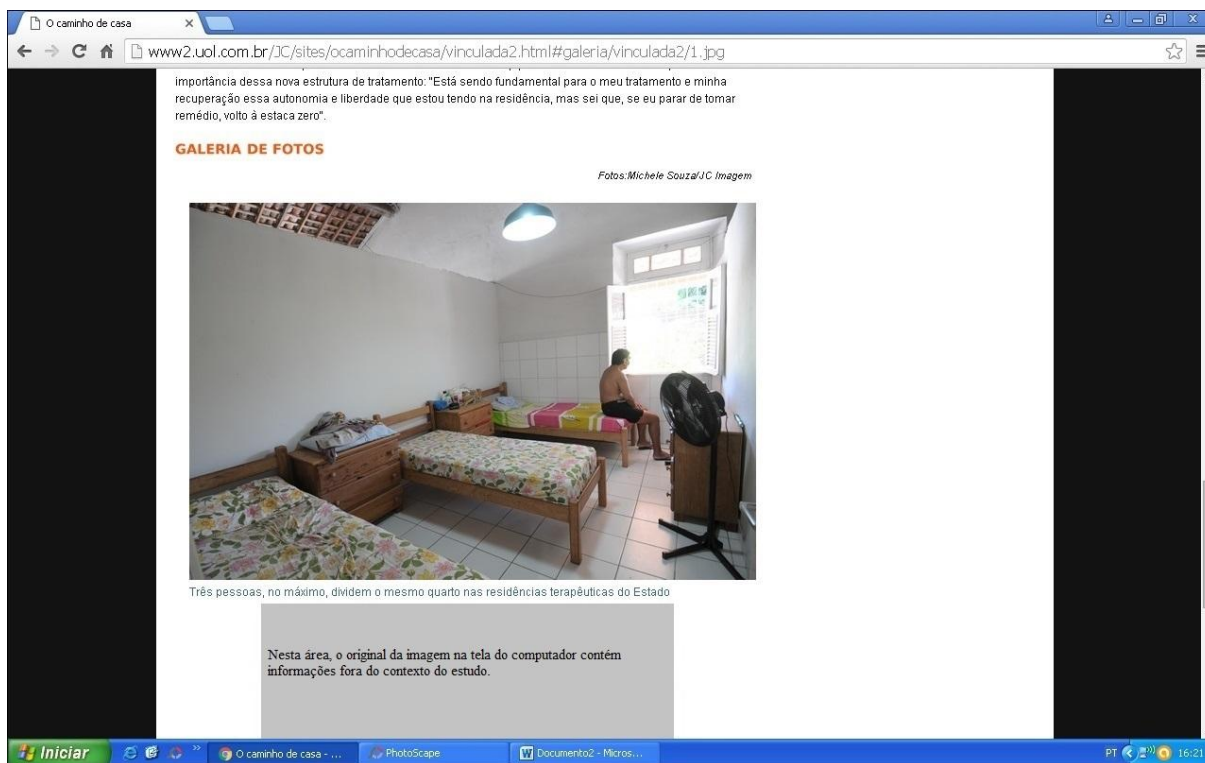


Imagem 17 – Residência Terapêutica – Cena 4.

Fonte: Site O caminho de casa <<http://www2.uol.com.br/JC/>>. Fotografia: Michele Souza/ JC imagem.

Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2/1.jpg>>.

Acesso em: 21 jul. 2015.

Esta imagem de Michele Souza retrata um quarto de uma residência terapêutica. Este quarto possui três camas e entre elas, duas cômodas com três gavetas. As paredes do quarto são brancas e em uma delas, há uma janela. Uma das paredes parece dividir o ambiente e não alcança até o teto, indicando haver outro espaço do outro lado da parede, mostra parte do telhado. No quarto, há outra cômoda e um ventilador.

A primeira cama está com o colchão coberto com um lençol com estampa floral e apresenta um travesseiro com a fronha na mesma estampa. O jeito em que o lençol está indica que uma pessoa deitou na cama momentos antes da fotografia ser tirada. Na cômoda ao lado desta cama, há um travesseiro em cima e um pano, que parece uma roupa ou toalha e, na segunda gaveta, aparece a ponta de alguma peça de pano, indicando que ela está em uso. A cama do meio está sem travesseiro, o colchão encontra-se forrado com um lençol igual ao da primeira cama, parece bem esticado, dando-me a indicação que ninguém a usa. A cômoda que fica entre a cama do meio e a terceira cama possui objetos em cima, parecem embalagens de cremes, shampoos, carteira, entre outros que não consegui identificar. Na segunda gaveta, também há parte de algum pano para fora. A terceira cama está forrada com um lençol

diferente das demais e sobre ela, há um travesseiro. Nesta imagem, há uma pessoa, um homem sentado na beira da terceira cama, olhando para fora da janela. Ele está sem camisa, veste uma bermuda preta e chinelos.

Esta imagem mostra um quarto, imagino que este seja compartilhado por duas pessoas, tendo em vista, que duas camas parecem mexidas e duas cômodas me pareceram estar em uso. Uma cama e uma cômoda não parecem-me ocupadas. Cada cama arrumada de um jeito; diferentes pertences. A presença de utensílios pessoais como cremes, carteira, roupas, me faz pensar em certo pertencimento, personalização nos modos como estão organizadas as camas, os armários; no que cada um tem, como guarda, o que guarda, o lençol diferente, enfim, realidade diferente da do hospital. Talvez, o morador sentado à beira cama com o olhar para fora da janela pense nos dias em que foi interno de um hospital psiquiátrico e toda sua lógica despersonalizadora e agora, como morador de um residência que guarda, sim, algumas relações com o hospital, porém, de outro modo, proporciona outra forma de viver os dias, a possibilidade de ter seus pertences, de guardá-los, de usá-los, de comprá-los.

Cena RT 5



Imagem 18 – Residência Terapêutica – Cena 5.

Fonte: Site Instituto Marcelo Déda <<http://www.institutomarcelodeda.com.br/>>. Fotografia: Silvio Rocha.

Disponível em: <<http://www.institutomarcelodeda.com.br/residencias-terapeuticas-oferecem-conforto-e-atencao-aos-portadores-de-transtornos-psiquicos/>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

Esta imagem de Silvio Rocha retrata dois moradores na cozinha de uma residência terapêutica. A cozinha possui paredes e piso de azulejos e uma porta de madeira envernizada que dá acesso aos demais cômodos da casa. A cozinha me parece bem equipada. É possível ver na imagem um liquidificador, que se encontra em cima da geladeira, um fogão branco de quatro bocas, panelas. Também há um armário branco e nele, é possível identificar uma batedeira, um espremedor de laranja e limão para fazer sucos, potes de mantimentos, uma garrafa térmica e umas embalagens que parecem de bolachas. Ainda em cima do armário, identifiquei uma caixa de fósforos e um aparelho celular na base para carregar a bateria. Também está na foto parte de um balcão que imagino ser o da pia. Os dois rapazes estão em pé, cada um possui um copo nas mãos e um deles também tem bolachas. Um olha para a câmera, o outro parece olhar para o chão. O reflexo da porta mostra a sombra de mais duas pessoas, que parecem estar no corredor, ao lado da cozinha. Para além da porta, que está aberta, é possível ver uma televisão, o que indica que a cozinha é próxima da sala.

O que me parece interessante nesta fotografia é a cozinha bem equipada e tudo parece estar disponível para o uso dos moradores. A residência terapêutica parece possibilitar ao morador a oportunidade de armazenar ou pegar algo do seu interesse na geladeira, a buscar por alimento quando desejar e utilizar os diferentes aparelhos domésticos. Parece-me que os moradores têm livre acesso aos recursos disponibilizados, o simples fato de poder buscar uma água ou uma fruta dentro da geladeira, torna-se uma conquista para aqueles que tinham esse acesso bloqueado dentro da realidade dos hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, a possibilidade de fazer um suco ou comprar algo e guardar no armário (ou para si em seu quarto) refere-se às necessidades básicas de uma pessoa antes impossibilitada em seu sofrimento mental. As residências terapêuticas parecem restituir às pessoas um pouco destas práticas comuns, mas que são importantes do ponto de vista da autonomia, da liberdade.

Cena RT 6

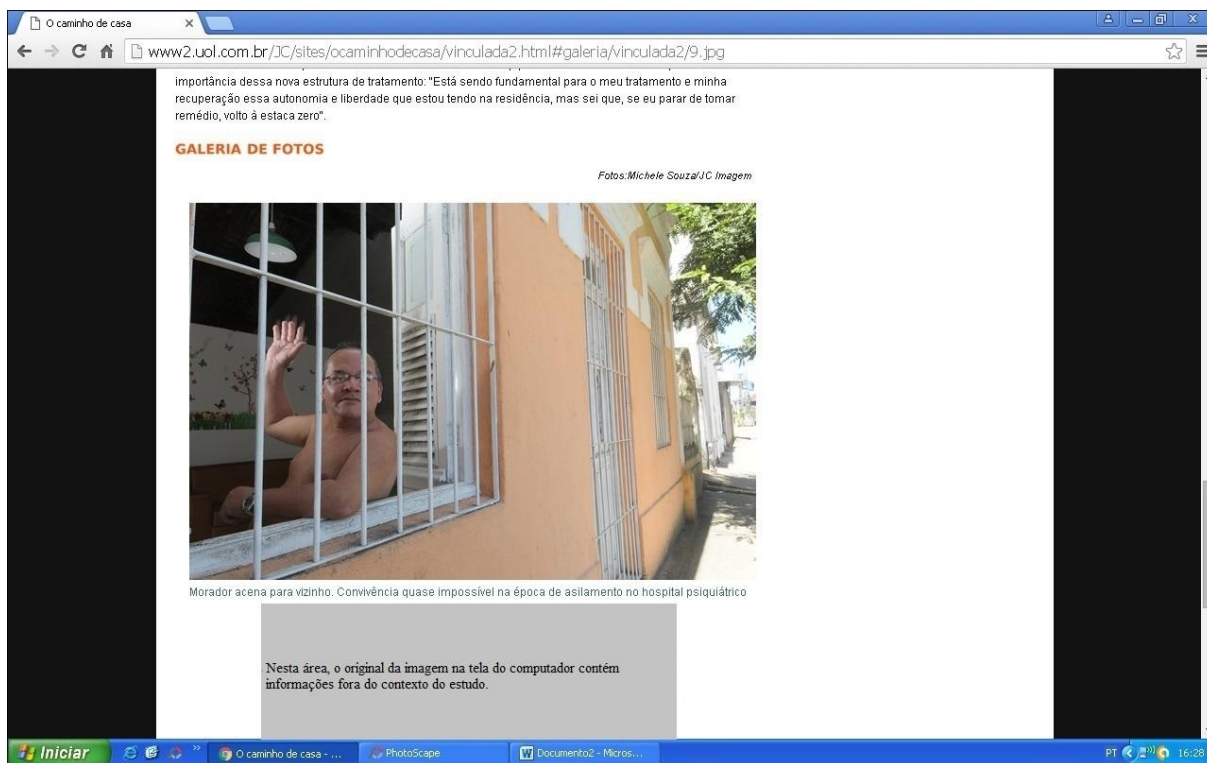


Imagem 19 – Residência Terapêutica – Cena 6.

Fonte: Site O caminho de casa <<http://www2.uol.com.br/JC/>>. Fotografia: Michele Souza/ JC imagem.

Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2/9.jpg>>.

Acesso em: 21 jul. 2015.

A imagem de Michele Souza foi fotografada do lado de fora da residência. Retrata um homem sem camisa sentado próxima à janela, acenando com as mãos como um sinal de cumprimento. A casa possui paredes de cor alaranjada, com as janelas e porta brancas, assim como as suas respectivas grades. A janela dá diretamente para a rua, fica evidente. No canto direito da imagem, é possível ver o calçamento, como também, perceber a frente das casas ao lado. Na calçada, deduzo que haja árvore, pois parte da copa aparece e vejo também a sombra no chão. Ao lado da janela onde está um morador, há a porta de entrada e outra janela e, logo depois, uma casa de vizinhos. A porta de entrada e a grade estão fechadas. Já na janela, que próxima à fotógrafa, está o morador com um dos braços apoiado na base desta e o outro erguido, parece que está acenando. O homem usa óculos de grau e tem um relógio de pulso no braço esquerdo, seu gestual parece querer expressar um “até logo”. Do lado de dentro da casa, atrás do morador, vejo um sofá e uma parede com adesivos colados.

Esta foto me remete a uma familiaridade do morador com a casa, com o espaço; me faz pensar em pertencimento àquele lugar, como sua casa, seu espaço, sua residência. Esse morador sentado, sem camisa, leva-me a pensar que ele está à vontade. O fato de estar sentado

próximo à janela reporta-me a um costume muito frequente em cidades menores ou bairros bastante residenciais, cujas as pessoas sentam-se para observar o movimento, cumprimentar um conhecido que passa pela rua ou simplesmente para esperar o tempo passar, aproveitando a brisa. Lembra-me um jeito típico de morador de uma casa, de alguém que se relaciona com aquele local, com aquele espaço, com aquele endereço.

Cena RT 7



Imagem 20 – Residência Terapêutica – Cena 7.

Fonte: Site O caminho de casa <<http://www2.uol.com.br/JC/>>. Fotografia: Michele Souza/ JC imagem.

Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2/2.jpg>>.

Acesso em: 21 jul. 2015.

Por esta imagem tenho certo apreço, carinho. Ela retrata um momento de escrita de um dos moradores de uma residência terapêutica. O foco da imagem está diretamente nas mãos enrugadas de um homem, que me revelam seu tempo de vida, o montante de histórias vividas que já tem. Uma das mãos segura firme e suavemente uma folha branca já tomada por inúmeras linhas de palavras escritas com uma pequena letra na cor de uma tinta de caneta azul. A outra mão completa a última frase, que ainda cabe no último espaço restante deste lado da folha. Abaixo da folha, há um livro. Penso que está sendo usado para melhor conforto durante a escrita. No canto esquerdo da imagem, aparecem duas flores cor-de-rosa embaçadas, o que a meu ver, traz ainda mais delicadeza à cena. Não sei o que esse morador escreve em tantas letras miúdas, que ocupam toda a página, mas imagino que conteúdo não

lhe falta para completar mais e mais folhas como essas. Seja por histórias de vida, seja por histórias imaginadas, sejam contos, seja o seu cotidiano na residência, seja memória de um tempo passado... não sei. Mas valorizo o fato dele poder se sentar, com uma folha e uma caneta nas mãos e poder escrever, expressar o que lhe ocorre. Imagino que seja uma atividade voluntária, que tenha partido dele mesmo, sem que alguém tenha pedido ou acredite que seja uma atividade que deve ser realizada por algum motivo ligado à ideia que a pessoa tenha acerca do seu modo de ser. Isso é o que me faz valorizar essa imagem.

Cena RT 8



Imagem 21 – Residência Terapêutica – Cena 8.

Fonte: Site Jornal Tablóide <<http://www.jornaltabloide.com/>>. Fotografia: sem autoria declarada. Disponível em: <<http://www.jornaltabloide.com/2015/03/servico-de-residencias-terapeuticas.html>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

Esta imagem mexe muito comigo, desde o primeiro encontro com ela. Trata-se do retrato de um momento entre moradores de uma residência terapêutica, profissionais e estudantes de enfermagem. A cena acontece em um local aberto, acredito ser uma praça, há grama e muitas árvores. A imagem é iluminada com uma luz brilhante do sol. Na fotografia, estão 14 pessoas, cinco delas estão vestindo jaleco branco o que indica serem profissionais e/ou estudantes. Nove pessoas estão sentadas e cinco em pé, localizadas atrás – sugerindo ser uma pose organizada para a fotografia. Das oito pessoas que parecem ser moradores da residência terapêutica, fico com a impressão de que cinco delas não tinham interesse em

compor a foto. Nas posições em que se encontram levam-me a pensar deste modo. Há um homem de braços cruzados, parece olhar para outra direção. Quanto àqueles vestidos com jaleco, todos sorriem, uma das profissionais/estudantes abraça uma moradora, mas esta é uma das que parece não estar interessada. Um dos profissionais segura nas mãos um violão.

A cena me remete a uma tentativa, por parte dos profissionais, de realizar um momento de descontração para os moradores. Porém, existe um elemento nesta cena que traz incômodo, o jaleco. Desde o primeiro encontro com esta imagem, a presença do jaleco me é fortemente atravessada, no diário de campo tenho registros desse sentimento:

A presença do jaleco destoa de todo o restante da cena. O céu azul, a luz do sol, o verde das árvores, e grama; [...] O jaleco ali é uma presença que convida a doença a participar do momento, parece trazer o ambiente hospitalar para a cena. O jaleco traz a assimetria entre todos que ali estão – os doutores do saber que estão ali realizando uma ação terapêutica e os ‘pacientes’ que precisam dela – quando na verdade, poderia ser um simples momento de interação e trocas em torno de uma boa canção. Poderia (ou deveria?) ser um momento de distração e lazer para todos, sem diferença, sem distância. [...], o momento é transformado em “uma ação”, parece que deixa de ser uma casa para se tornar um ambiente do setor saúde, uma extensão do hospital, da enfermaria. Isso me dá agonia. Por que tem que ser assim? Por que o estigma tem que estar presente, sempre? Por que o status, o “poder do conhecimento” tem que estar ali? Por que a academia reproduz isso? (DC, 22/07/2015).

Essa agonia ainda se faz presente, mas por vislumbrar o que está por trás dele, desse uso. Penso na concepção vigente de sofrimento psíquico como doença, como algo a ser reparado, normatizado, objeto de ações reparadoras, amenizadoras. Da intervenção de saúde como algo a ser feito e mostrado. A presença do jaleco sinaliza uma assistência sendo prestada. As canções que saem do violão são transformadas em ações com a finalidade de produzir algo que é considerado positivo. Uma conversa passa ser uma intervenção, um abraço, mesmo sem que seja desejado por ambos, se torna um ato terapêutico. E tudo se transforma em itens a serem relatados em uma ata, como ações mecânicas, sem sentido real para aqueles que participaram do momento, profissionais e moradores. Tudo não passa de um momento assistencial, longe, longe do cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS

Nos relatos autoetnográficos, foram citadas diferentes situações que correspondem à diversas vivências presentes no cotidiano dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Para facilitar a apresentação destas situações identificadas e também, para tornar a apresentação mais dinâmica para o leitor, organizei-as em temas emergentes, mantendo a separação por dispositivos correspondentes, tal como foram apresentados os relatos. Juntamente com os temas, apresento trechos dos relatos autoetnográficos que me incitaram a tais compreensões. Além de apresentar os diferentes aspectos identificados a partir dos relatos autoetnográficos, trago também as articulações que encontrei entre o arsenal teórico explanado nos primeiros capítulos e as situações que me foram possíveis identificar assentadas no encontro com as imagens.

4.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As imagens selecionadas referentes aos CAPS apresentaram a dinamicidade peculiar a este dispositivo. Observei atividades resultantes de Oficinas Terapêuticas, festas, confraternizações e atividade voltada para o bem-estar do corpo. As imagens dos CAPS trouxeram importantes questões para a reflexão da prática de saúde neste dispositivo estratégico da Rede de Atenção Psicossocial, inclusive, acerca de como o paradigma psiquiátrico pode se instaurar neste espaço.

4.1.1 Dinâmica dos Centros de Atenção Psicossocial

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Atividades de Oficinas Terapêuticas	<p>A cena remete a uma apresentação de um grupo de usuários, talvez formado através de uma oficina terapêutica que visa explorar os sons e os diferentes instrumentos musicais. (Cena 1)</p> <p>Os objetos segurados por cada uma das pessoas parecem produto de alguma atividade artesanal, na qual – penso eu – cada usuário participante pôde escolher o que produzir, tendo em vista que, cada objeto é diferente do outro. (Cena 2)</p> <p>Os cartazes nas paredes, os utensílios pendurados, os uso de tintas e figuras me faz pensar que este CAPS enfatiza atividades manuais e artísticas como uma das vertentes exploradas na construção dos projetos terapêuticos dos usuários que lá frequentam. (Cena 2)</p>
Festas temáticas	<p>Fantasia</p> <p>Elas estão fantasiadas para uma festa que acredito ser de carnaval. Todos me parecem usuários. (Cena 3)</p> <p>No meio, outra mulher usa um arco na cabeça, que possui duas bolas, uma verde e outra amarela que ficam no alto. (Cena 3)</p> <p>Os dois vestem coroas douradas, que parecem de plástico, capa vermelha e faixa. No homem, a faixa é verde e anuncia “rei” e, na mulher, a faixa é rosa e diz “rainha”. (Cena 4)</p> <p>Na ponta direita, está um homem que também usa um colar estilo havaiano no pescoço e uma máscara que cobre um pouco mais que a metade do rosto, na cor azul e com brilho. (Cena 3)</p> <p>Pinturas de rosto</p> <p>Ela também possui uma pintura no rosto que parece ter a ver com o personagem homem-aranha; a pintura cobre um dos olhos. (Cena 3)</p> <p>O homem ainda leva na mão um cetro dourado e uma pintura no rosto em formato de coração. (Cena 4)</p>
Aproximação mediante atividade	<p>Ela está ao lado de uma senhora, na qual encosta as suas mãos no braço e coluna e parece explicar a posição adequada. (Cena 5)</p>

Quadro 3 – Dinâmica dos Centros de Atenção Psicossocial.

Fonte: A autora, 2015.

Uma das fotografias (Cena 1) retratou a ocasião de uma apresentação musical dos usuários, em que cada um possuía nas mãos um instrumento. Imagino que esta atividade tenha sido resultado de uma oficina terapêutica com o objetivo de explorar diferentes tipos de sons, produzir instrumentos e outras interações musicais. A Cena 2 também remete à oficina terapêutica, pois apresenta sete usuários segurando objetos que parecem ter sido

confeccionados por eles próprios, tendo em vista que cada um dispõe do seu e de forma diferente. Parece tratar-se de uma oficina com viés para o artesanato. Estas imagens retratam os resultados de atividades de oficinas terapêuticas oferecidas pelos CAPS aos usuários que os frequentam. Observei, também nas imagens, o evento de festas temáticas realizadas neste dispositivo. As imagens retratam usuários fantasiados e com pinturas no rosto. Com base nas caracterizações, entendi que se tratavam de festas de carnaval. A imagem do casal fantasiado de rei e rainha do carnaval sugeriu-me a realização de um concurso entre os usuários. Todos os que estão nas imagens parecem felizes, sorridentes.

Alicerçada nestas imagens passei a refletir acerca da funcionalidade destas atividades no contexto do CAPS e, também, sobre a importância que adquirem na vida dos usuários que frequentam o dispositivo. O espaço das oficinas terapêuticas pode ser de aprendizagem de uma nova atividade, bem como, de interação com a equipe de profissionais e com os demais usuários. Pode se tornar um espaço estratégico de atenção e escuta aos frequentadores, com abertura para momentos significativos de trocas intersubjetivas. Por outro lado, a oficina terapêutica pode ser conduzida como espaço de mera aplicação de atividades, técnicas e se tornar um momento que não adquire sentido algum para os participantes e para os profissionais as que conduzem.

Com isso, entendo, fundamentada em uma concepção de Merhy (2002), que o momento da oficina terapêutica é direcionado conforme o referencial de cuidado que os profissionais assumem. Este autor afirma que o trabalho em saúde é configurado como trabalho vivo em ato, cujo o profissional exerce influências sobre a atividade que está sendo desenvolvida apoiado em sua história, nas suas habilidades e conhecimentos. Desta forma, o trabalho em saúde é aberto às escolhas dos profissionais quanto ao modo de executá-lo. Se a ênfase estiver em um encontro intersubjetivo, maior atenção será dada à relação estabelecida no momento. Todavia, se as técnicas estiverem em maior evidência, o momento será conduzido por elas.

Considero que a atenção às relações e interações que se desenvolvem no interior dos CAPS é fundamental para convivência dos usuários e profissionais da equipe de saúde mental e para a prática do cuidado neste espaço. E esta parece ser também parte dos anseios de transformações para a assistência psicossocial, preconizada pela RPB. Como foi evidenciado na explicação de Guljor (2003), a atenção psicossocial preconiza relações horizontalizadas entre profissionais e usuários, de modo que cada um tenha espaço para se expressar abertamente. Segundo a autora, a construção de Projetos Terapêuticos Individuais no campo da saúde mental veio como resposta à demanda de que fossem consideradas as pessoas, suas

particularidades, histórias e a estimular o vínculo terapêutico, com a finalidade de desmontar relações hierarquizadas e ações padronizadas recorrentes no modelo hegemônico.

Da mesma forma, Guljor (2003) enfatiza que a atenção psicossocial se diferencia do modelo hospitalocêntrico no modo como são desenvolvidas as ações. Nos dispositivos psicossociais, a prioridade é dada para atividades coletivas, que estimulam os usuários a interagirem, capacitando-os para o desenvolvimento de relações em outros espaços de convívio. As festas e confraternizações retratadas nas imagens parecem contribuir para que isto aconteça. Porém, alerto-me para o fato de que, assim como as oficinas terapêuticas, é preciso atentar para o sentido dado a estas programações. As festividades podem proporcionar momentos de interação, de relação com todas as pessoas envolvidas, sendo resultado de uma construção conjunta entre equipe de saúde mental e usuários que fazem parte do dispositivo. Ou, em contraposição, podem ser reduzidas apenas à ações a serem cumpridas no calendário institucional, como um conjunto de procedimentos e operações por parte da equipe somente, fundamentados no que imaginam que os usuários gostariam, sem envolvimento e interação alguma com eles.

Vale retomar a fala da autora quando afirma que “o paradigma da atenção psicossocial se apresenta permeado pela necessidade de inter-relação do sujeito com os espaços e personagens que constituem seus referenciais os quais permitem o suporte para a construção de seu projeto de vida.” (GULJOR, 2003, p. 43). Fukumitsu et al. (2009) também enfatizam a importância da valorização da relação entre profissionais e usuários. Eles entendem que esta é uma abertura para que o Cuidado aconteça. Segundo os autores, o Cuidado se dá quando a existência das pessoas assistidas torna-se significativa para aqueles que se envolvem na assistência, e desta forma, os profissionais se colocam disponíveis e interessados em saber dos desejos, das preferências, das escolhas dos usuários e estes, em contrapartida, encontram-se disponíveis para compartilhar suas preferências, suas opiniões, suas vidas.

Na Cena 5, a minha atenção foi para o exercício de uma atividade voltada para o aspecto físico. Parece se tratar de fisioterapia. Esta imagem me levou à reflexão acerca da importância de atividades corporais no interior dos CAPS que, por vezes, neste contexto, podem ser esquecidas ou atribuídas a elas menor importância. Além deste aspecto, a imagem mostra a interação da profissional de saúde com a usuária durante o exercício proposto. A imagem retrata um momento de aproximação mediante a atividade. Na fotografia, a profissional encontra-se próxima à usuária, com o rosto voltado para ela. A profissional segura o braço da usuária com uma das mãos, e com a outra, a toca nas costas. Pela posição em que elas se encontram, a profissional parece estar auxiliando a usuária. A partir desta

imagem, posso constatar que qualquer prática de saúde possui abertura para que a troca intersubjetiva aconteça. Em que a pessoa atendida pode ser considerada em suas diferentes dimensões e ser incluída na construção daquele momento. A diferença está em se esta oportunidade é reconhecida e aproveitada, ou não.

A noção de cuidado em saúde, operacional, amplamente discutida nos capítulos iniciais, deixa perder este espaço por meio de ações específicas planejadas previamente com base nos conhecimentos técnicos voltados para a resolução de um problema específico. Como foi visto, neste tipo de cuidado, a pessoa participa apenas como alvo das ações e não como sujeito. A importância da centralidade da pessoa assistida, no cuidado em saúde, é reduzida a um melhor levantamento diagnóstico a partir da aproximação, para aumentar a possibilidade de planejamento de ações em saúde que vão ao encontro das necessidades identificadas (MARTINS, 2014).

O Cuidado intersubjetivo, por sua vez, encontra na aproximação entre profissional e usuário, possibilidade para que o potencial de saúde apareça. O profissional assume uma postura de “fazer com” o usuário, valorizando a relação que emerge naquele contexto. Esta atitude advém da compreensão de que o ser-com possui um sentido ontológico de carácter relacional da existência humana (FUKUMITSU et al., 2009).

4.1.2 Ambiente do Centro de Atenção Psicossocial

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Ambiente Colorido	O que chama atenção na imagem, além das pessoas, é o ambiente colorido, os enfeites na parede que lembram o carnaval... (Cena 1) Na parede lateral direita encontram-se seis cartazes de tamanho médio com figuras, desenhos e palavras escritas. Parecem-me confeccionados por usuários. Abaixo destes, há um cartaz confeccionado em papel pardo, tamanho grande, com desenhos e palavras que parecem ter sido feitos com tinta guache. (Cena 2)
Utensílios Infantilizados	Chamam-me atenção também os instrumentos, três pandeiros estão na cena, um branco que parece maior e outros coloridos – amarelo e azul – que parecem brinquedos infantis. (Cena 1)
Ambiente que parece uma casa	As paredes da sala são brancas. (Cena 5) O ambiente da cena parece-me ser uma sala de estar de um CAPS. No canto esquerdo da foto, um sofá e próximo a ele, uma estante repleta de livros. Em cima do sofá está um aparelho de som, ligado na tomada da parede, logo acima. (Cena 5)

Quadro 4 – Ambiente do Centro de Atenção Psicossocial.

Fonte: A autora, 2015.

As imagens referentes aos CAPS também me possibilitaram conhecer um pouco sobre o ambiente desses dispositivos e identificar aspectos comuns das unidades retratadas nas imagens. Duas fotografias mostram o ambiente decorado com desenhos festivos, cartazes confeccionados com tinta, figuras, desenhos e diferentes textos, enfeites produzidos artesanalmente, como telas de pintura e outros objetos que parecem ser resultados de oficinas terapêuticas. Em uma das imagens, a parede é cor-de-rosa. Desta forma, os ambientes dos CAPS mostraram-se bastante coloridos e com diferentes enfeites. Outro fator que chamou atenção, foi a utilização de objetos que parecem infantis. A Cena 1 mostra, na atividade musical, dois usuários com pandeiros de tamanho menor que o padrão e nas cores azul e amarelo.

Esta combinação de ambientes coloridos, enfeitados e objetos que pareceram de brinquedo reportaram-me a um outro espaço, o de educação infantil. Com isso, passei a refletir sobre as práticas no interior dos CAPS. Se, este modo de decorar o ambiente é requisitado pelos usuários que lá frequentam ou se advém da equipe de saúde por entender ser este, o ambiente adequado para os usuários. E, ainda, em decorrência disto, se esta forma de arrumação, que se confunde com uma forma infantilizada, não reflete o modo de tratamento dado aos usuários pelos profissionais, fundada em uma noção de tutela, de incapacidade, de fragilidade que remete a uma criança. Em contrapartida, no CAPS retratado na Cena 5,

chamou-me a atenção a parede branca, sem enfeites e/ou cartazes, dando a impressão de um ambiente que pareceu uma casa, uma residência familiar, com estante de livros, sofá, porta-revistas. Senti-me, de certa forma, mais confortável com este ambiente que pareceu-me neutro.

A questão trazida por Ayres (2009) acerca do questionamento, quando se fala de saúde, do que as pessoas pensam e desejam sobre si mesmas, a meu ver, recai também sobre o modo de arrumação do espaço. Como bem, destacou Guljor (2003) é importante que seja considerada a relação dos usuários não somente com os profissionais, como também com o espaço, pois este também passa a ser referência para pessoas que utilizam os dispositivos psicossociais.

4.1.3 Paradigma biomédico no interior do CAPS

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Paradigma Biomédico	Fui fortemente atravessada pela presença do jaleco na cena [...] Ainda que num ambiente e numa atividade com baixa ou nenhuma insalubridade, quando se refere à “saúde” uma série de representações vêm à tona, sobretudo as dominadas pelo entendimento médico-centrado, procedimento-centrado, hegemônico. Mesmo em se tratando de um dispositivo resultante dos anseios e pressupostos da Reforma Psiquiátrica, conceitos como periculosidade, cura, ações em busca de resultados favoráveis, entre outros aspectos desta visão de cuidado, se fazem presentes. (Cena 5)

Quadro 5 – Paradigma biomédico no interior do CAPS.

Fonte: A autora, 2015.

A Cena 5 também incitou-me à atenção acerca da presença do paradigma biomédico no interior do CAPS. Contrapondo-se à concretização de um dos maiores anseios da Reforma Psiquiátrica: o CAPS como dispositivo estratégico para romper com o paradigma da loucura e aproximá-la do convívio social de forma a estimular a transformação social, conforme apontado em BRASIL (2004). Ao ver a profissional de saúde utilizando o jaleco em uma atividade que aparentemente não se mostra insalubre, considerei importante não somente problematizar este uso, mas, sobretudo, atentar para as noções de práticas em saúde mental que dão embasamento para esta utilização.

O uso do jaleco pode estar fundamentado em uma visão de cuidado pautada nos procedimentos técnicos, ou como aponta Merhy (2002), nas chamadas tecnologias dura e leve-duras. Ou como enfatiza Ayres (2009), numa preocupação com o êxito técnico. Ambas concepções denotam uma valorização do conhecimento, da técnica a ser aplicada ou desenvolvida e na subvalorização do contexto e da pessoa. Na imagem, eu observo que não se

trata de um ambiente ou de uma atividade que exija esta vestimenta. Porém, o constructo biomédico tão enraizado nas formações em saúde e nas práticas desses profissionais gera valorização e certa legitimidade para este uso. Como aspectos que dão embasamento para esta vestimenta, estão intervenções construídas a partir de procedimentos e aplicação dos conhecimentos adquiridos, que não consideram o contexto e a pessoa assistida. Como foi visto nesta discussão anteriormente, muitas vezes as ações são planejadas a partir do que o profissional considera importante, levando em conta as necessidades apresentadas no diagnóstico levantado por ele a partir de sua intenção de cura ou resolutividade. O cuidado operacional em saúde guarda relações com o modelo biomédico, em que o saber científico conduz, determina e normatiza as práticas. Esta postura não tem a ver com o tipo de cuidado que visa a intersubjetividade, que possui entre as principais premissas o afastamento do paradigma que centra as ações na doença, que adota uma atitude de poder perante a pessoa assistida.

Essas noções de poder, controle, tratamento, técnicas a serem aplicadas têm maior probabilidade de desenvolver relações estáticas, individualizantes e objetificadoras entre profissionais e usuários, transformando-os em alvos de intervenções. “Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético”. Deste modo, Cuidar, ainda que passe pelas competências técnicas, não se prende a elas (AYRES, 2009, p. 35).

4.2 COTIDIANO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

As fotografias referentes aos hospitais psiquiátricos apresentaram condições estruturais precárias e um vazio quanto à sua funcionalidade. Porém, não considero que as situações observadas impeçam o acontecimento de um cuidado intersubjetivo se realizar entre profissional de saúde e pessoa interna. Contudo, ressalto as condições ainda atreladas ao paradigma psiquiátrico que, de fato, não estimula ou promove uma aproximação entre as pessoas, que seja pautada na intersubjetividade. Ao contrário, se perpetua por meio de um cuidado que visa a aplicação de procedimentos em prol da resolutividade.

4.2.1 Condições presentes no cotidiano de Hospitais Psiquiátricos

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Estrutura Precária	<p>Percebo a pintura gasta da parede, o chão empoeirado e com uma poça d'água que atravessa de um lado a outro do corredor. (Cena 1)</p> <p>É possível ver a parte do telhado e a estrutura do prédio que me parecem já bem antigas e necessitarem de manutenção. As paredes são pintadas nas cores branca e azul, meio-a-meio, mas a tinta parece bem antiga e desgastada. Percebo manchas nas paredes. Pouco do jardim, ou área verde, aparece na imagem, mas é possível notar a carência de manutenção e reparos, matos altos e fora da delimitação dos canteiros. (Cena 2)</p> <p>Ainda relacionando-se com a árvore seca, está o hospital, uma estrutura já antiga, com uma pintura já gasta, com muitas janelas e grades. (Cena 3)</p> <p>Abaixo na janela há um buraco no piso, não é possível ver sua extensão, nem a profundidade, mas parece ter areia e tijolos. (Cena 7)</p> <p>Em uma das camas há um colchão azul marinho, rasgado e com duas cobertas bem dobradas. (Cena 7)</p> <p>O homem parece apoiar a cabeça em algo que pode ser uma bolsa. A cama é visivelmente menor que o homem deitado, uma de suas pernas está esticada, o pé está para fora. (Cena 7)</p> <p>A falta de limpeza e a presença de um buraco no chão revela a precariedade em que as condições estruturais se encontram, submetendo os internos a viverem em cômodos, materiais e utensílios precários. (Cena 7)</p>
Uniformização	<p>Ideia de que seja um usuário utilizando o uniforme da casa parece mais aceita por mim. (Cena 1)</p>
Cotidiano Vazio	<p>O prédio como sempre foi, o mato que cresce desordenadamente, o sol que brilha, mas que também poderia não estar brilhando. A sensação que tenho é que poderia estar chovendo, a cena seria a mesma. Nem mesmo a presença do fotógrafo alterou esse cotidiano, parece que somente a profissional o notou, porém, ela mesma não deixa de caminhar como de costume por causa disso. Parece-me um cotidiano vazio. (Cena 2)</p>
Apatia do hospital psiquiátrico	<p>Esse conjunto de elementos remete-me a um cansaço, a uma desesperança. (Cena 2)</p>
Periculosidade	<p>A sala possui um balcão de atendimento e, curiosamente, do suporte deste balcão para cima, existe uma grade de ferro. (Cena 5)</p> <p>Mas, o significado de proteção só tem sentido quando há risco de perigo. Por tratar-se de um hospital psiquiátrico, pode ser que os profissionais sintam-se ameaçados pelas pessoas que ali chegam para serem atendidas. De fato, muitos podem chegar agressivos em decorrência do contexto muitas vezes conturbado com que uma pessoa pode ser direcionada a um hospital psiquiátrico. Mas, penso, também, que o termo periculosidade sempre esteve presente no campo da saúde mental, não é à toa que muitas pessoas em</p>

	sofrimento psíquico foram mantidas isoladas; (Cena 5)
Exclusão	<p>A grade que divide o ambiente e “protege” os profissionais me mostra, na verdade, a separação, o afastamento, a distância, a divisão entre o espaço “dos normais” e o espaço “dos doentes”. (Cena 5)</p> <p>E a outra, agora incluindo a outra mulher solitária na foto, é esse afastamento das pessoas consideradas “esquisitas”, uma está sem roupas, a outra está com roupas largadas, ambas estão sozinhas. As outras internas estão acompanhadas, talvez por não apresentarem comportamentos e atitudes que não causem estranhamento ou porque não se encaixam na imagem do “louco” que é conformada culturalmente. (Cena 6)</p> <p>As duas mulheres que estão mais próximas à câmera, uma vestindo roupas que me parecem largas e desajeitadas e a outra nua, coincidentemente ou não, estão sozinhas. Parecem isoladas. (Cena 6)</p>
Invisibilidade	As duas mulheres que estão mais próximas à câmera, uma vestindo roupas que me parecem largas e desajeitadas e a outra nua, coincidentemente ou não, estão sozinhas. Parecem isoladas. (Cena 6)
Desinstitucionalização como desassistência	<p>O ato de retirar os pacientes psiquiátricos do hospital sendo interpretado e disseminado como “descuidado”, como se tivessem sendo lançados à sorte, como se agora, a figura da enfermeira impecável, “provedora de cuidado incondicional” estivesse impedida de cumprir sua missão. É como se o setor saúde, ali representado pela profissional, não tivesse mais a guarda dessas pessoas e elas viveriam soltas pelo mundo, sem direção, sem saber o que fazer, sem lugar no mundo. (Cena 4)</p> <p>Esta imagem retrata um hospital de boa estrutura e equipe preparada, com área verde, árvores bonitas e grama aparada, de braços abertos para ficar com as pessoas em sofrimento psíquico, sendo impedido de tal oportunidade. É a política de desinstitucionalização sendo pervertida e apontada como cruel. (Cena 4)</p> <p>A mensagem que chega a mim, através desta imagem, informa que os internos serão tirados deste lugar de conforto e ficarão na dependência divina, soltos pela sociedade, sem este lugar agradável, sem os privilégios - que só a proteção e misericórdia divinas poderão livrá-los de uma sociedade cruel. (Cena 8)</p>

Quadro 6 – Condições presentes no cotidiano de hospitais psiquiátricos.

Fonte: A autora, 2015.

Por meio das imagens foram observadas as condições estruturais dos hospitais psiquiátricos, que remetem à falta de manutenção e reparos. Identifiquei situações em que os internos conviviam em ambientes que necessitavam de limpeza, com colchões rasgados, poças de água, buracos no chão do dormitório, camas de tamanho menor que o necessário, falta de travesseiros. Percebi o descuido, também, em ambientes externos das instituições: como pinturas desgastadas, crescimento desordenado de matos, telhados e estruturas carecendo de reformas. As situações retratadas nas imagens apresentam estrutura precária ainda presente nas instituições psiquiátricas, com condições extremamente desagradáveis.

Identifiquei também a uniformização, comum em instituições hospitalares, sejam psiquiátricas ou não. O uso de uniformes remete-me a uma despersonalização, à redução das pessoas em casos clínicos e ao nivelamento das diferentes singularidades ali presentes. Contudo, penso que o uso de roupas da instituição em caso de hospitais psiquiátricos, pode ser ainda mais agravante, tendo em vista que, na maioria das vezes, são pessoas que permanecem por longos períodos de tempo. A falta de escolha quanto ao que vestir, como vestir e quando vestir, compromete alguns princípios básicos de autonomia e favorece o aniquilamento das subjetividades.

A partir da relação com as imagens emergiu, ainda, uma impressão de vazio no cotidiano dessas instituições, e ausência de movimento, de sentido que por mim foi chamada de “apatia”. Especificamente, por meio de duas imagens – Cena 2 e Cena 3, esse entendimento eclodiu. A partir delas, a reflexão acerca do dia-a-dia dessas instituições foi levantada. Primeiramente, a partir da vivência das pessoas que lá vivem e, depois, nas condições de sobrevivência como instituições. Na Cena 2, a pintura das paredes já desgastadas, o banco de concreto que não é possível movimentar e os matos que crescem desordenadamente remeteram-me a uma ausência de novidade. As pessoas presentes na cena mostram-se inertes quanto à instituição e ao funcionamento da mesma, parecem acostumadas com o corredor, com o estar ali sem nenhuma atividade específica. Tenho a impressão de que seja um cotidiano que acontece sem expectativas. Já a Cena 3, esta me remete a uma apatia quanto à própria instituição, as árvores secas, as pessoas sem muita direção ou razão de estarem ali, a cor da estrutura já envelhecida. Todos os elementos mostraram uma instituição sem vida, sem movimento. talvez perdida quanto à sua funcionalidade e relevância, repetindo ações e protocolos por anos, sem reconhecer ao certo sua função, importância. Perdida quanto ao seu sentido.

Com as informações reunidas até aqui atento para a permanência, ainda, de algumas pautas de reivindicações realizadas no advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conforme foi visto, os profissionais de saúde mental, no final da década de 1970 e no decorrer dos anos 1980, protestavam contra situações presentes em hospitais psiquiátricos consideradas indignas ao ser humano. Ainda que em proporções diferentes, notei que as mudanças estruturais aclamadas pelos reformistas não se deram completamente. Pude ver, ainda hoje, por meio das fotografias, condições desfavoráveis e precárias no interior dos hospitais psiquiátricos. Atribuo a esta falta de investimento e atenção aos hospitais psiquiátricos à dificuldade dos gestores, profissionais e do próprio dispositivo em apreenderem as premissas da atenção psicossocial, as suas transformações conceituais e práticas que impõem.

O cotidiano vazio e a apatia que percebo nos hospitais psiquiátricos podem estar traduzindo a não transformação quanto aos modos de assistir e cuidar das pessoas em sofrimento mental, dentro dos hospitais. E também, pode estar revelando uma lacuna deixada pela Reforma Psiquiátrica, quanto ao alcance destas transformações para o hospital. Uma vez que, o foco parece ter sido direcionado mais fortemente para os dispositivos substitutivos. A impressão que tenho é que o hospital não sofreu alterações, que o âmbito hospitalar foi esquecido quanto à gama de mudanças e alterações promovidas pela reforma. Deste modo, resquícios da lógica manicomial ainda podem ser identificados.

Relaciono, ainda, o cotidiano vazio e a apatia à prática hospitalar articulada à noção de cuidado em saúde, ao conjunto de ações específicas direcionadas a um problema, com a finalidade de prover resolutividade. E associo ao paradigma racionalista problema-solução descrito por Rotelli et al. (1990). Como mencionado por estes autores, a busca pela cura torna incoerente as ações em Psiquiatria, tendo em vista que a cronicidade vem sendo uma das principais características do sofrimento psíquico considerado persistente e grave. A partir disto, penso que o cotidiano estático, percebido nos hospitais psiquiátricos, advém de uma prática atrelada a esta noção de cuidado em saúde, que é presa às ações que não resultam na resolutividade tendencialmente ótima, como é esperado. Pode-se dizer que, o hospital psiquiátrico se perde quanto à sua funcionalidade, uma vez que se restringe a aplicar técnicas destinadas à remissão de sintomas e não promove nada além disso às pessoas que lá estão, construindo cotidianos vazios. E ainda, funcionando com esta noção de resolutividade do cuidado e sem alcançar as expectativas impostas por ela, o hospital se perde em seu sentido e cai na apatia, identificada nas imagens.

O cuidado do ponto de vista operacional, como foi visto a partir de Ayres (2009), gera essa crise de legitimidade. Na opinião do autor, a perda do interesse pela vida tornou a assistência à saúde impermeável quanto aos aspectos mais abrangentes inerentes à saúde. Tornou-a fechada quanto às expectativas e potencialidades das pessoas e, assim, despreocupada quanto às trocas intersubjetivas que podem direcionar as práticas e os conhecimentos médicos.

Por meio das imagens, pude verificar que as noções de periculosidade, exclusão e invisibilidade ainda estão presentes nos hospitais psiquiátricos. As noções de periculosidade e exclusão foram identificadas por mim a partir da presença de uma grade na recepção do hospital psiquiátrico e a invisibilidade mostrou-se a partir da indiferença das pessoas presentes na cena em que uma senhora que se encontrava nua, em um cômodo do hospital psiquiátrico. Estas noções são ligadas ao paradigma psiquiátrico, denunciado e rejeitado pela

Reforma Psiquiátrica. Como mencionado por Valente (1988), os reformistas almejavam desconstrução social da patologização, da exclusão e da discriminação. No paradigma psiquiátrico, a pessoa em sofrimento mental é reduzida a uma noção de doença, na qual não é considerada sua totalidade e existência. O estigma em torno da loucura, do qual periculosidade, exclusão e invisibilidade fazem parte, é considerado neste entendimento. Ao se identificar essas noções nas imagens referentes ao hospital psiquiátrico, constatei que o paradigma da atenção psicossocial ainda precisa ser construído nesse espaço. Conforme foi visto a partir de Guljor (2003), o paradigma da atenção psicossocial considera a pessoa em sofrimento psíquico com base de sua história de vida, de seus desejos e não a partir do que é considerado sintomas e doença. Fundamentada do que foi exposto, pude ver claramente a manutenção do paradigma psiquiátrico no dia-a-dia dos hospitais.

Nas imagens referentes aos hospitais psiquiátricos pude também perceber a noção de desinstitucionalização como desassistência. Duas imagens especificamente trouxeram-me esta questão. Uma delas, retrata um hospital com boas condições (ambiente limpo, grama aparada, pintura renovada) e uma profissional de saúde de costas e com as mãos nos bolsos. E a outra, um dormitório do hospital com ambiente limpo, camas devidamente arrumadas e com uma Bíblia aberta em ângulo que a direcionava para todo o espaço. As reportagens atreladas a estas imagens tratavam de altas hospitalares. A impressão que tive através dessas fotografias foi a de uma instituição bem equipada e bem preparada sendo impedida de manter a assistência às pessoas que ali vivem, despejando-as para fora da instituição sem o devido apoio e lançadas à sorte. O entendimento transmitido com estas imagens foi de que a desinstitucionalização é o mesmo que desassistência, descuidado e desamparo, conforme foi pontuado por Amarante (1996).

4.2.2 Índícios de Cuidado na prática em hospitais psiquiátricos

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Índícios de Cuidado	<p>Na ponta direita, está uma mulher vestida de jaleco branco. Ela abraça pela cintura a mulher e direciona seu rosto a ela. (Cena 1)</p> <p>Este parece estar meio passo atrás delas, mas mantém seu braço direito estendido ao ombro da mulher que está sendo conduzida. (Cena 1)</p> <p>A aproximação dos profissionais recebe destaque na imagem. O abraço da profissional e o rosto virado em direção a usuária denotam um acompanhamento, uma explicação ou também, um momento de escuta do que pode estar sendo dito. (Cena 1)</p> <p>O gesto de estender o braço e tocar o ombro da usuária remete-me à presença e apoio naquele momento. (Cena 1)</p>
Particularidades Mantidas	Cada cama é organizada de uma forma, o que me revela jeito particular de cada pessoa que utiliza. (Cena 8)

Quadro 7 – Índícios de Cuidado na prática do hospital psiquiátrico.
Fonte: A autora, 2015.

A Cena 1, referente ao Hospital Psiquiátrico, retrata um momento assistencial. Esta cena remeteu-me a indícios de uma valorização da pessoa assistida. Talvez, para o reconhecimento desta, enquanto pessoa. Certamente, por meio de uma imagem se torna difícil caracterizar o momento vivido e o que de fato aconteceu, porém, esta imagem me permite conjecturar por meio das posições em que as pessoas se encontram: o rosto da profissional virado para a usuária; o abraço que se faz enquanto caminham pelo corredor, e também, o braço do outro profissional estendido ao ombro da usuária, enquanto percorrem o caminho.

Esses elementos fazem-me pensar que o momento retratado pode não ter sido direcionado tão somente pelos procedimentos a serem adotados, mas por um significado dado à vida e experiência da usuária. Na verdade, remete-me a uma experiência de todos os envolvidos, dos profissionais do acompanhamento da usuária e da usuária, sendo acompanhada por eles.

Como foi pontuado por Ayres (2009), a identidade subjetiva se faz na experiência com o outro, no encontro. O autor enfatiza a importância da condução da assistência fundamentada no sucesso prático para que aconteça a relação intersubjetiva. Fukumitsu et al. (2009), também pontuam que o Cuidado se dá nas relações estabelecidas entre os profissionais e usuários que, a partir disto, buscam a redução do sofrimento. Os autores enfatizam, neste processo de Cuidado, o “fazer com”, que significa o encontro dos envolvidos e a disponibilidade de ambos na construção do momento assistencial.

Outro detalhe que identifiquei foi na Cena 8, na qual é possível notar a arrumação das camas presentes na imagem, uma diferente da outra. O que remete-me à possibilidade das pessoas internadas arrumarem suas camas. As cobertas diferentes umas das outras também indica à possibilidade de terem seus objetos pessoais. Todavia, apesar de apontar para certa particularidade, ainda considero muito pouco para atestar de fato como um aspecto positivo quanto à liberdade ou autonomia dentro da instituição. A possibilidade de arrumar a própria cama, do jeito que lhe parece melhor, pode ser oferecida mediante a uma obrigação para esta atividade ou uma normatização de horário estipulado para acordar. Com este entendimento, o quarto com camas arrumadas de modos diferentes passa a representar somente as diferentes pessoas que compartilham o espaço, cada uma com um jeito.

O cuidado em saúde mental ainda é voltado para resolutividade, necessitando de avanços quanto à instauração da desinstitucionalização como desconstrução de paradigmas construídos historicamente pela Psiquiatria. E, também encontra-se atrelado à noção de qualidade assistencial direcionada para a operacionalização de ações e procedimentos, o que corrobora na manutenção do paradigma problema-solução circundante na Rede de Atenção Psicossocial.

4.3 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

4.3.1 Inovações trazidas pelas Residências Terapêuticas

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Ambiente residencial	A estrutura desta residência me parece muito agradável, os móveis organizados, chão e paredes limpos, uma escada que dá acesso a um ambiente aberto, o espaço é amplo e outros detalhes como quadros, objetos de decoração, dão-me a impressão de uma casa, de fato. Nada reportou-me a um ambiente de assistência à saúde. (Cena 1)
Autonomia	<p>Nas mulheres que estão próximas da câmera e que, portanto, aparecem claramente, é possível identificar questões importantes como a oportunidade de se vestirem como desejam. O uso de pulseiras, anéis, batom, cada uma ao seu modo. Isto representa para mim, a oportunidade delas utilizarem seus pertences, fazerem suas escolhas de quando usar, o que usar. (Cena 1)</p> <p>Cada cama arrumada de um jeito; diferentes pertences. A presença de utensílios pessoais como cremes, carteira, roupas, me faz pensar em certo pertencimento, personalização nos modos como estão organizadas as camas, os armários; no que cada um tem, como guarda, o que guarda, o lençol diferente, enfim, realidade diferente da do hospital. (Cena 4)</p> <p>O que me parece interessante nesta fotografia é a cozinha bem equipada e tudo parece estar disponível para o uso dos moradores. A residência terapêutica parece possibilitar ao morador a oportunidade de armazenar ou pegar algo do seu interesse na geladeira, a buscar por alimento quando desejar e utilizar os diferentes aparelhos domésticos. (Cena 5)</p> <p>As residências terapêuticas parecem restituir às pessoas um pouco destas práticas comuns, mas que são importantes do ponto de vista da autonomia, da liberdade. (Cena 5)</p> <p>Ainda que, talvez, tenham sido avisadas de que iria uma pessoa para fotografá-las, fizeram suas escolhas quanto ao modo que gostariam de recebê-la. (Cena 1)</p>
Singularidade/ Particularidade	<p>O foco da imagem está diretamente nas mãos enrugadas de um homem, que me revelam seu tempo de vida, o montante de histórias vividas que já tem. (Cena 7)</p> <p>Não sei o que esse morador escreve em tantas letras miúdas, que ocupam toda a página, mas imagino que conteúdo não lhe falta para completar mais e mais folhas como essas. Seja por histórias de vida, seja por histórias imaginadas, sejam contos, seja o seu cotidiano na residência, seja memória de um tempo passado... não sei. Mas valorizo o fato dele poder se sentar, com uma folha e uma caneta nas mãos e poder escrever, expressar o que lhe ocorre. (Cena 7)</p>
Dispositivo diferenciado	Talvez, o morador sentado à beira cama com o olhar para fora da janela pense nos dias em que foi interno de um hospital psiquiátrico e toda sua lógica despersonalizadora e agora, como morador de um residência que guarda, sim, algumas relações com o hospital, porém, de outro modo, proporciona outra forma de viver os dias, a possibilidade de ter seus pertences, de guardá-los, de usá-los, de comprá-los. (Cena 4)

Espontaneidade	Imagino que seja uma atividade voluntária, que tenha partido dele mesmo, sem que alguém tenha pedido ou acredite que seja uma atividade que deve ser realizada por algum motivo ligado à ideia que a pessoa tenha acerca do seu modo de ser. (Cena 7)
----------------	---

Quadro 8 – Inovações trazidas pelas Residências Terapêuticas.

Fonte: A autora, 2015.

Por meio das imagens das Residências Terapêuticas, identifiquei quatro mudanças bastante significativas, quando comparadas às características comuns aos hospitais psiquiátricos, de onde vieram os moradores que lá se encontram. Um dos aspectos que mais se destacou para mim foi o ambiente residencial. Esta constatação pode parecer pleonasma, mas o que busco salientar é: mesmo sendo dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, ou seja, da área da saúde, conseguiu-se construir um espaço que não remete a um ambiente clínico, médico, ambulatorial. Enfim, que não tem semelhanças físicas com um serviço de saúde tradicional. Um ambiente que corresponde a um “lar” pode ser considerado um elemento importante para as pessoas regressadas de um longo período de internação psiquiátrica.

E, a partir disso, destaco o que nomeei de autonomia na formulação das categorias, que está atrelado à possibilidade dos moradores terem seus pertences pessoais e zelarem por eles, utilizarem quando desejarem, escolherem usar ou não. Na Cena 1, notei as mulheres usando brincos, batons, colares, boné, imagino que tenham sido conforme suas escolhas. Percebi, também, em uma das imagens selecionadas, o ambiente da cozinha equipado com diferentes utensílios domésticos, disponíveis para o uso dos moradores.

O fato dos moradores terem a liberdade de buscar algo na geladeira ou guardar alguma coisa no armário da cozinha ou do quarto, remete-me à conquista de um passo importante rumo ao reconhecimento e valorização das pessoas em sofrimento psíquico enquanto sujeitos. Esses aspectos elencados vão ao encontro das formulações de Rotelli et al. (1990), quanto ao objetivo da desinstitucionalização, que é promover a transformação na relação de poder entre a instituição e as pessoas, sobretudo, as pessoas que vivenciaram a experiência do manicômio. Segundo os autores, como já citado, essa mudança acontece através de atitudes fundamentais, como: a eliminação das formas de contenção; o restabelecimento da relação do sujeito com seu próprio corpo; a reconstrução do direito das pessoas e da capacidade de utilizar objetos pessoais, assim como, reconstruir o direito à palavra; extinguir a ergoterapia; abrir as portas, estimular relações, espaços e objetos de trocas; tornar livre os sentimentos; restituir direitos civis e eliminar o status de periculosidade; reativar uma fonte de rendimentos para possibilitar a realização de trocas sociais.

Do ponto de vista do Cuidado, estes aspectos ganham visibilidade e importância, uma vez que Cuidar implica em uma abertura de possibilidades para um poder ser aquilo que se quer (AYRES, 2009). Entendo que pressupõe em poder fazer escolhas, em possibilidades de querer, de fazer, de movimentar-se.

Outro aspecto importante que identifiquei por meio do encontro com as imagens referentes às Residências Terapêuticas e que, também, concorda com Rotelli et al. (1990), foi o espaço para singularidade/particularidade e para a espontaneidade. A Cena 7 conduziu-me a esta descoberta. Ela retrata as mãos de um homem já idoso, morador de uma residência psiquiátrica, escrevendo as últimas palavras em uma folha já repleta de linhas escritas. O fato de poder escrever suas memórias, suas histórias ou estórias, contos, enfim, o que deseja, é uma oportunidade de encontro consigo mesmo, com sua experiência de vida, com a sua existência. É um espaço aberto para reconhecer-se a si próprio e fazer o que deseja. Aí, insere-se a questão da espontaneidade, sendo a atividade da escrita algo que partiu dele próprio e não um exercício solicitado.

A partir dessas imagens constatei que as Residências Terapêuticas são dispositivos diferenciados, que trazem mudanças significativas em seu cotidiano para as pessoas que permaneceram anos institucionalizadas em hospitais psiquiátricos, muitas vezes em um regime punitivo, normatizador. Os aspectos mencionados estão atrelados aos pressupostos da atenção psicossocial que, conforme Guljor (2003) a pessoa que sofre deve ser vista por meio da sua história de vida, de seus desejos. Ela deixa de ser reduzida à doença, como ocorre no modelo hegemônico e passa a ser considerada em sua totalidade, nas várias dimensões de sua existência. Deste modo, ressalta a autora, deixa-se de focar as intervenções na extinção dos sintomas e passa-se a valorizar e problematizar aspectos da vida cotidiana da pessoa. As imagens das residências terapêuticas sinalizaram-me para o surgimento (ou um primeiro passo) em direção a esta transformação.

4.3.2 O paradigma psiquiátrico na Residência Terapêutica

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Ação despreocupada	Quanto àqueles vestidos com jaleco, todos sorriem, uma das profissionais/estudantes abraça uma moradora, mas esta é uma das que parece não estar interessada. (Cena 8) A cena me remete a uma tentativa, por parte dos profissionais, de realizar um momento de descontração aos moradores. (Cena 8)
Assimetria	O jaleco traz a assimetria entre todos que ali estão – os doutores do saber que estão ali realizando uma ação terapêutica e os ‘pacientes’ que precisam dela. (Cena 8)
Doença	O jaleco ali é uma presença que convida a doença a participar do momento, parece trazer o ambiente hospitalar para a cena. (Cena 8) Essa agonia ainda se faz presente, mas por vislumbrar o que está por trás dele, desse uso. Penso na concepção vigente de sofrimento psíquico como doença, como algo a ser reparado, normatizado, objeto de ações reparadoras, amenizadoras. (Cena 8)
Retrato de cuidado em saúde	A presença do jaleco sinaliza uma assistência sendo prestada. As canções que saem do violão são transformadas em ações com a finalidade de produzir algo que é considerado positivo. Uma conversa passa ser uma intervenção, um abraço, mesmo sem que seja desejado por ambos, se torna um ato terapêutico. E tudo se transforma em itens a serem relatados em uma ata, como ações mecânicas, sem sentido real para aqueles que participaram do momento, profissionais e moradores. Tudo não passa de um momento assistencial. (Cena 8)

Quadro 9 – Paradigma psiquiátrico na Residência Terapêutica.

Fonte: A autora, 2015.

Foram selecionadas oito imagens referentes às Residências Terapêuticas, entre essas, uma parece sinalizar para o modo como a lógica psiquiátrica pode ser inserida e se fazer presente neste espaço, ainda que seja um dispositivo substitutivo, elaborado com base no paradigma da atenção psicossocial. Trata-se especificamente da Cena 8.

Nesta imagem, foi retratado um momento em que estavam moradores de uma residência terapêutica e um grupo de estudantes e profissionais de saúde em um ambiente aberto, que parece um jardim. As pessoas estão posicionadas para a foto e um rapaz, identificado por mim como um dos estudantes/profissionais, segura um violão em uma das mãos. Os estudantes/profissionais são reconhecidos pelo uso de jaleco branco. Nesta imagem, os moradores não me parecem interessados em compor a foto. Alguns apresentam expressões e posições que trazem a conotação de insatisfação, enquanto que os estudantes/profissionais mostram-se sorridentes.

Diante disto, considere que esse evento registrado trata de uma ação despreocupada quanto ao real interesse e querer dos moradores em participar daquele momento. Imagino que a atividade musical foi proposta pela equipe de saúde, considerando que esta seria uma boa

ação a ser oferecida aos moradores. E que esta demanda não tenha emergido de um momento de encontro intersubjetivo construído pelos estudantes/profissionais e, igualmente, pelos moradores da Residência Terapêutica. Talvez, eles nem tenham sido consultados acerca desta atividade. Esta atitude da equipe parece concordar com a posição defendida por Leal e Munõz (2014) que, para possibilitar a convivência de pessoas em sofrimento psíquico em sociedade, é necessária aplicação de procedimentos adequados que estimulem o controle dos sintomas e o cuidado com a doença, fora do ambiente hospitalar. A partir de Merhy (2002), foi possível compreender que o fato de o trabalho em saúde ser percebido como trabalho vivo e, portanto, aberto para escolhas dos profissionais quanto ao modo de executá-lo, denota que o cuidado em saúde é realizado a partir da ênfase adotada para conduzir o processo. Neste caso, posso pensar que a ação desenvolvida foi baseada nas tecnologias leve-duras, ou seja, nos saberes estruturados da disciplina que estão ali representando, sem levar em consideração os moradores envolvidos.

Ayres (2009) alerta que a prática profissional em saúde não pode ser limitada a aspectos tecnológicos, pois, segundo o autor, a arte de assistir não pode ser restrita à mera manipulação de objetos. E pontua: ninguém pode tirar de uma pessoa, acerca do seu bem-estar, a decisão quanto às suas necessidades. Quando os profissionais deixam de perguntar sobre o que as pessoas sonham para sua saúde e para o seu bem viver, a tendência será sempre uma atuação pautada na negatividade da doença e limitada aos conhecimentos para obtenção do controle e, deste modo, as práticas de saúde perdem pouco-a-pouco a sensibilidade diante das necessidades das pessoas (AYRES, 2009).

O uso do jaleco pelos estudantes/profissionais naquele ambiente residencial também traz considerações importantes a serem analisadas. A primeira a ser destacada remete à “assimetria” entre a equipe e os moradores. Pelas representações historicamente construídas em torno do jaleco, uma distância é imposta entre aqueles que detêm o saber e os moradores, alvos da aplicação dos conhecimentos adquiridos. Com esta distância colocada, dificilmente abre-se espaço para uma relação intersubjetiva, cujo os moradores seriam também os condutores daquele momento. Sem abertura desse horizonte intersubjetivo, as ações resumem-se à aplicação de técnicas descontextualizadas com o interesse, com a necessidade e com o desejo de ambos os lados. Sendo assim, impera a proposta dotada de conhecimento científico, que normatiza e impõe o que o outro precisa. Desta forma, o momento assistencial é transformado em um conjunto de ações com fins previamente elaborados, com base em manuais e critérios normativos acerca dos diagnósticos levantados, sem considerar os moradores e suas singularidades.

Esta situação tornou-se para mim um exemplo claro do que Ayres (2009) enfatiza sobre a diferença entre o êxito técnico e o sucesso prático. É possível que os estudantes/profissionais tenham se prendido na elaboração de técnicas e formas de conduzir a ação fundamentados em pressupostos teóricos-científicos acerca das psicopatologias e nas prováveis necessidades que os moradores teriam, pontuados nos manuais. Contudo, não se atentaram para as pessoas que participariam de “tal ação”, seus valores, suas representações, suas experiências, suas vivências cotidianas, enfim, não se preocuparam em obter um sucesso prático. Ayres (2009) é bastante enfático e também, muito sensível ao dizer que é preciso entender que nem tudo o que é considerado para o bem-estar está no âmbito do conhecimento técnico. E que, quando um profissional de saúde está diante de uma pessoa, a sua função nunca estará limitada a um aplicador de conhecimentos.

O uso do jaleco também inquieta porque parece-me que traz a noção de “doença” para fazer parte da cena. Sendo as Residências Terapêuticas destinadas às pessoas com histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos, o jaleco – tão presente nesses espaços - pode evocar associações, lembranças de uma prática voltada para o tratamento, para a remissão de sintomas, para o foco na doença, e trazer tristeza. Esta vestimenta, neste contexto, pode significar tudo que vai contra a atenção psicossocial e, sobretudo, os pressupostos da Residência Terapêutica. Assim, vejo certa incoerência da equipe de saúde, ali presente, em propor uma atividade musical, fazendo uso de jaleco. Uma vez que este é utilizado em situações insalubres, que trazem determinados riscos ao profissional ou a pessoa atendida; enquanto que uma roda de música pode ter sido planejada com o objetivo de proporcionar um momento de descontração, relaxamento, interação, convivência, etc. Entendo que o uso do jaleco deve ser reservado para ações nas quais hajam necessidades reais, em que o mesmo seja utilizado levando em consideração a funcionalidade que adquire dentro das práticas de saúde.

Muylaert et al. (2015) sinalizaram para o fato de que a prática no âmbito da saúde mental, por vezes, recebe influências de outros espaços do campo da saúde. Ressaltaram a prática hospitalar e de consultório por estes serem os primeiros espaços de formação profissional. Nesta cena, é possível testificar tal informação e acrescentar a significativa função da Universidade em contribuir com tal situação. Não sei quais caminhos os estudantes e profissionais presentes na imagem percorreram até chegar à Residência Terapêutica, mas pode-se testificar que a lógica hospitalocêntrica tem sido difundida, uma vez que, deixou-se de atentar para as especificidades da Residência Terapêutica como um dispositivo substitutivo e fruto de reivindicações da Reforma Psiquiátrica contra o paradigma hospitalar, psiquiátrico.

Nesta imagem é possível identificar claramente a prática do cuidado em saúde, a aplicação de ações pautadas em saberes específicos, cientificamente validados com vistas a atender necessidades previamente estipuladas de acordo com os manuais diagnósticos, com o objetivo de produzir um cuidado considerado positivo. Assim como as dimensões da qualidade do cuidado, discutidas a partir de Martins (2014), a interação com “os pacientes” também foi adotada como forma de prover “um cuidado bem sucedido”. Percebi, contudo, que esta ação previamente planejada não correspondeu às necessidades reais apresentadas pelos moradores naquele momento, ao contrário, mostrou-se sem sentido. A ausência de encontro intersubjetivo transformam as ações em procedimentos assistenciais.

4.3.3 Ações cotidianas das Residências Terapêuticas

TEMAS	TRECHOS RELATOS AUTOETNOGRÁFICOS
Televisão	A fotografia foi tirada de trás de uma televisão. (Cena 2) A sensação que esta foto me provoca é de como a televisão é vista; a protagonista da foto parece ser a televisão, ainda que dela apareça somente a parte de trás. (Cena 2) A meu ver, todos eles estão olhando para a televisão. (Cena 2)
Convivência	Não sei quantos homens moram na residência terapêutica em questão, mas me atento ao fato de que cinco deles estão juntos em um mesmo cômodo desenvolvendo uma atividade em comum. A partir disto, posso também, dizer que a presença da televisão pode estimular maior interação, amizade, conversas, trocas de experiências, narração de histórias, entre outras inúmeras possibilidades. (Cena 2)
Cotidiano de R.T	Essa foto me fez pensar no cotidiano de uma residência terapêutica, onde um assiste televisão, enquanto outro senta do lado de fora da casa, outro se arruma, outro conversa. (Cena 3)
Sentimento de pertencimento	Essa foto me fez pensar no cotidiano de uma residência terapêutica, em que um assiste televisão, enquanto outro senta do lado de fora da casa, outro se arruma, outro conversa. (Cena 6) Lembra-me um jeito típico de morador de uma casa, de alguém que se relaciona com aquele local, com aquele espaço, com aquele endereço. (Cena 6)

Quadro 10 – Cotidiano das Residências Terapêuticas.

Fonte: A autora, 2015.

Com base nos relatos foram identificados aspectos do cotidiano das Residências Terapêuticas. Percebi que, em quatro das oito imagens selecionadas, aparecem a “televisão”, sendo que, em duas, a imagem retrata o momento em que está sendo assistida pelos moradores. Desta forma, a presença da televisão ganhou destaque na análise das imagens e, foi reconhecida como utensílio doméstico que ganha centralidade nas residências. Inclusive,

uma das imagens demonstra muito bem isto. A fotografia foi tirada a partir da televisão e retrata o momento em que os moradores estão acompanhando alguma programação. Com isso, pode-se considerar o aspecto da convivência cotidiana dos moradores que, em prol de uma atividade comum, como assistir televisão, compartilhar quarto, entre outras possíveis, podem ser desenvolvidas interações, amizades, trocas de experiências. Enfim, podem ser promovidas interações cuidadosas e, a partir do interior da casa, a ressocialização ser estimulada.

Por meio das imagens selecionadas foi possível visualizar um pouco do cotidiano das Residências Terapêuticas. Foram retratados momentos na cozinha onde dois moradores estavam lanchando; na sala assistindo televisão, conversas e enquanto uns moradores estavam na sala outro estava no quarto, na varanda. Foi possível conhecer parte da realidade do dia-a-dia das residências terapêuticas. Um aspecto muito importante identificado, a partir da Cena 6, é o sentimento de pertencimento dos moradores em relação à casa, ao endereço ao bairro em que moram. Nesta cena, o morador faz um sinal de cumprimento que parece um “até logo”. Ele está sentado do lado de dentro da casa, próximo à janela.

Esta imagem trouxe a impressão de familiaridade, da relação de moradia estabelecida com a residência. O tipo de convivência proporcionada nas Residências Terapêuticas se torna importante porque à medida em que os moradores se relacionam uns com outros, com a casa, com os utensílios e com as diferentes situações advindas do dia-a-dia, eles se identificam si mesmos, reconhecendo-se como pessoas (AYRES, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi construído a partir da busca por caracterizar o sentido do cuidado presente nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. As imagens foram utilizadas como importante recurso de registro de diferentes situações ocorridas nestes espaços que, no meu encontro com cada uma delas, engatilharam reflexões que me possibilitaram pensar, discutir, formular hipóteses sobre a prática do cuidado nos dispositivos da RAPS. Neste capítulo final da pesquisa, minha proposta é reunir as diferentes questões suscitadas por meio dos relatos autoetnográficos e, assim, contornar o desenho – sem forma, borrado, como uma sombra – do modo como o cuidado exercido nos dispositivos de saúde mental, emergiu a mim neste processo de investigação.

A questão fortemente destacada nos relatos autoetnográficos foi o incômodo com a presença do jaleco em diferentes cenas, sobretudo nos CAPS e Residências Terapêuticas. Esta preocupação, neste momento ainda de análise e considerações sobre o que foi percebido ao longo do estudo, parece-me bastante intrigante e me revela familiarizada com uma concepção operacional de cuidado em saúde. Apesar do entendimento e dos esforços para cada vez e sempre me afastar dela. Isto me ocorreu quando fiz a seguinte pergunta para mim mesma: quando não identifico um profissional na imagem, como ocorreu na Cena 1 do CAPS, na verdade “quem” ou “o quê” estou procurando? Que tipo de identificação neste profissional, eu espero encontrar para que o diferencie das demais pessoas presentes na cena? Cheguei à conclusão, então, que em todo tempo eu procurei pelo jaleco, para que esta vestimenta apontasse quem seria ou não o profissional.

Neste ponto, ponho-me a problematizar sobre o costume enraizado de procurar em um contexto de saúde por um profissional com vestimenta diferenciada e que preste assistência a uma pessoa que “pacientemente” se submete a ação que este profissional esteja desempenhando. E o costume de chamar a isto de cuidado – uma relação pautada no poder, na assimetria, na separação e em papéis definidos – entre profissionais e usuários. Com isso, vejo a necessidade de desconstruir essa concepção de assistência, sobretudo no âmbito da saúde mental, para de fato alcançar a compreensão do Cuidado tal como apontado por Heidegger (2005) e assim, alcançar também a prática deste, neste campo.

Pela constituição do humano, de pertencer ao Cuidado, este se cumpre em todo tempo, em todo lugar e por todos. A presença ou a ausência do profissional, assim como, o uso do jaleco (ou o não uso do jaleco), não caracteriza um momento de cuidado ou de descuido no dispositivo de saúde. Procurar por estes critérios é reduzir a condição originária do Cuidado a

procedimentos tecnicamente validados; é reduzir o cuidado às ações padronizadas. O Cuidado, entendido na dimensão filosófica, está na relação entre as pessoas envolvidas, se dá na intersubjetividade que ali passa a emergir e na resolução das necessidades evocadas através desta relação. A partir desta constatação, posso dizer que o cuidado se dá com ou sem o profissional, na interação com o ambiente propiciado, na relação do usuário com o dispositivo.

Posso citar como exemplo a Cena 1 CAPS, em que uma das mulheres parece dançar alegremente, seus pés parecem não tocar o chão. O fato dela se possibilitar ser dançante naquele espaço aponta-me para o Cuidado, sem que, necessariamente, haja um profissional na cena. De igual modo, a presença do jaleco não impede o acontecimento da troca intersubjetiva entre profissional e usuário, pois a relação está para além deste instrumento de trabalho. Todavia, continuo a sinalizar a importância de refletir sobre este uso dentro dos dispositivos de saúde mental substitutivos. Não pela vestimenta em si, mas pelo o que pode representar para quem usa e para quem o vê, para os pressupostos que podem estar envolvidos, moldando não somente o modo de se apresentar diante dos usuários, como as práticas desenvolvidas. A Cena 8 das Residências Terapêuticas, que retrata a ação musical na RT, parece representar bem isto.

Outra questão que merece ser pontuada foi a atenção, da minha parte, quanto às condições estruturais e ao ambiente dos dispositivos representados nas imagens. Nos CAPS, chamou-me atenção as paredes coloridas, os enfeites e os utensílios de brinquedo. Nos hospitais, a falta de manutenção e reparos foram-me bastante significativas e, nas Residências Terapêuticas, o ambiente de “lar” sobressaiu-se aos meus olhos. A proposta de criação e implantação de dispositivos de saúde mental substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e seu paradigma excludente, remete-me a mudanças em todos os quesitos: organizacional, teórico-prático e estrutural. Diante das condições que eram impostas às pessoas internas nos manicômios, as condições estruturais dos novos dispositivos se torna um fator a ser discutido e remodelado, pois, acredito que as condições oferecidas às pessoas dizem a respeito dos pressupostos teórico-práticos que embasam o funcionamento destes espaços. Por isso, o ambiente do dispositivo foi para mim um fator a ser notado. A partir dos detalhes observados, tornou-se imprescindível refletir acerca das condições apresentadas e a relação com o tipo de cuidado exercido nestes dispositivos. Apesar de também considerar que a condição estrutural não é fator determinante no exercício do Cuidado.

Nos CAPS, o ambiente colorido e com inúmeros cartazes e objetos nas paredes em contraposição com um único que apareceu com paredes brancas e sem objetos coloridos, gera

uma dicotomia interessante. O ambiente branco é para mim mais confortável de visualizar porque remete-ME a não imposição de um estilo, de uma identidade forçada ao ambiente. Acredito que o problema que me foi gerado advém do questionamento acerca do quanto os usuários se sentem representados nesta forma de arrumação dos CAPS. E, ainda, também no questionamento a respeito de se esta forma, que remete à certa infantilização no arrumar, está atrelada a um entendimento das equipes de saúde acerca das práticas em saúde mental, suas concepções sobre o sofrimento psíquico, sobretudo, dos considerados mais severos e como estratégia utilizada para o exercício cotidiano - infantilização das pessoas que lá frequentam. Na defesa de uma prática em saúde pautada na intersubjetividade, considero importante que a arrumação do ambiente do CAPS seja resultado de uma construção conjunta daqueles que lá frequentam e se relacionam com o espaço, usuários e profissionais. Assim, cada CAPS teria uma identidade, um modo, um jeito que representasse as pessoas que lá frequentam, a cultura de cada grupo.

No caso dos Hospitais Psiquiátricos, o problema gerado em torno da estrutura é um pouco diferente. A precariedade observada por meio das fotografias remete-me a um esquecimento deste local como dispositivo que também faz parte da RAPS e tem sua importância na configuração da atenção psicossocial no Brasil. Sobre isto, anteriormente, comentei sobre o foco da RPB para os dispositivos substitutivos, o que pode ter culminado em uma subvalorização do hospital psiquiátrico e, assim, no esquecimento deste como local de assistência. Nas imagens, os hospitais parecem-me esgotados, esquecidos, abandonados, perdidos em sua razão de funcionar. O que para mim gera uma preocupação, pois no modo como a Rede de Atenção Psicossocial se encontra atualmente no Brasil, o hospital continua sendo um lócus de procura e atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. E, portanto, é preciso atentar para as condições que estão lá presentes, para que não se torne um dispositivo que fomentou reivindicações de mudança e, ao mesmo tempo, retroalimenta as mesmas condições, sendo assim um entrave da própria RPB. Tão importante quanto os dispositivos ditos substitutivos são também os hospitais. Digo ainda que, a meu ver, as mudanças tinham que começar por ele.

A partir do que pude perceber nas imagens, considero uma falta e um retrocesso grave da RPB, pensar somente no ideal de ter os hospitais fechados, sem perceber o processo e suas necessidades. A redução de leitos é importante, o fechamento de hospitais, em certa medida, também o é. Porém, estas questões políticas e institucionais não podem suprimir a importância das condições oferecidas às pessoas que lá se encontram, que fazem uso destes dispositivos e as condições de trabalho dos profissionais que atuam neste espaço. Não temos

ainda uma rede psicossocial estruturada de modo que não necessite dos hospitais e, por este fato, estes dispositivos devem ser considerados em sua importância e revisitados quanto às condições em que se apresentam, com o principal objetivo de não ferir a dignidade dos usuários e zelar pelo bem-estar.

A grade vista em uma das cenas dos hospitais impressionou-me. Ali está retratado o paradigma da exclusão, da separação, do afastamento, da doença, do perigo. As pessoas presentes na cena, que buscam algum tipo de atendimento, parecem se relacionar com a grade. Pois posicionam-se em frente da grade, tocam a grade, enxergam os profissionais desviando o olhar da grade, que ali se faz presente com toda sua rigidez. Do mesmo modo, os profissionais: para eles a grade é a protetora, a grade faz um bem, a grade cuida. A meu ver, esta relação entre usuários-grade e profissionais-grade mantém o paradigma da loucura e colabora para o afastamento de uma relação intersubjetiva entre as pessoas que se encontram através dela.

O ambiente das Residências Terapêuticas também me levou a refletir. Nestes dispositivos, os locais retratados são como de casas típicas de famílias brasileiras. Isto me pareceu muito importante, pois, em se tratando de um dispositivo destinado às pessoas com histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a oportunidade de estar em um local que não se assemelha com uma ala hospitalar, mas ao contrário, possui cômodos e utensílios domésticos, é significativa. Os detalhes dos ambientes das RTs chamaram atenção, os objetos de decoração, móveis, disponibilidade de diferentes utensílios.

Um ponto também importante, que sobressaiu a partir do contato com as imagens, foi a impressão de um cotidiano vazio nos Hospitais Psiquiátricos e em menor escala, nas Residências Terapêuticas. Na cena do hospital, em que este aspecto foi observado, encontrei um paradoxo instigante, ao mesmo tempo em que as pessoas retratadas pareciam-me movimentar-se, a partir da mesma imagem, percebi uma mesmice, uma falta de movimento da instituição, uma mornidão que se manifesta na pintura desgastada da parede, nos matos que crescem de forma desordenada. Enfim, pareceu-me um local sem vida. Na residência terapêutica a questão do cotidiano veio a partir de uma fotografia que retrata cada morador em um cômodo, um na sala, outro no quarto, outro na área externa. A partir disso, percebi que ao mesmo tempo em que os moradores podem fazer escolhas, dentro dos limites impostos pela instituição, pareceu-me que as opções não são tão fartas. Considero importante oportunizar aos moradores – tanto nos hospitais, mesmo que em internações temporárias, quanto nas residências terapêuticas – opções de atividades que sejam consideradas por eles, que lhe

atribuam um sentido, à medida que a ocupação obtém um lugar importante na vida de uma pessoa.

Por falar em atividades, pude constatar por meio das imagens que dinamicidade é parte do caráter substitutivo dos dispositivos da RAPS. As festas nos CAPS, assim como o exercício das oficinas terapêuticas é algo importante a ser ressaltado. Estas atividades, quando desempenhadas com base na dimensão relacional, apresentam importante fator propiciador para a valorização das pessoas, de suas histórias e contextos, preferências, entre outros fatores que o cuidado do ponto de vista intersubjetivo valoriza. Os momentos de oficinas terapêuticas são transformados em possibilidades de interação e escuta, em que até mesmo a atividade proposta pode ser manejada a partir do interesse dos participantes, adquirindo, assim, sentido para todos os que frequentam. Pude constatar também, por meio das imagens, que o CAPS apresenta-se como um dispositivo diferenciado, de fato. Engloba características clínicas, como consultas, distribuição de medicamentos, serviços de enfermagem, mas também se configura como um espaço de convivência, de encontros. Do meu ponto de vista, o CAPS, do modo como foi pensado possui potencial substitutivo do hospital. Associado com os demais dispositivos da rede este é capaz de abarcar as necessidades de uma atenção significativa às pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, as atividades, a estrutura e a organização apenas, não bastam para atestar o Cuidado. Em toda a prática é preciso ter como horizonte a dimensão intersubjetiva.

De igual modo, a liberdade nas residências terapêuticas de fazer determinadas escolhas quanto ao que vestir, o que guardar, o que comprar remete a dinamicidade e flexibilidade deste dispositivo que é do setor saúde, mas que também se faz residência, moradia. Do ponto de vista existencial, a possibilidade de ser donos de seus pertencentes, zelarem por eles, fazer escolhas quanto ao que usar e como usar, é uma abertura importante. Um avanço se comparado com o regime despersonalizador do manicômio. O sentido do pertencimento percebido em uma das imagens é uma importante constatação deste morador que consegue, ainda que minimamente, zelar pelas suas escolhas, ter seus pertences, sentir-se em uma casa. Retrata um pertencimento que está atrelado com sua relação com as coisas e com os demais moradores, vizinhos, entre outros, que reforçam a imagem de si mesmo, como pessoa, como morador.

Um aspecto intrigante das imagens selecionadas das Residências Terapêuticas é a presença da televisão em todas elas. Em duas das imagens, ela aparece atuando na cena, sendo parte do contexto. Interessante esta presença, diante de um cotidiano que por vezes pode se fazer apático. A televisão parece tornar-se distração, companhia e opção de contato com uma

realidade que se dá fora das residências terapêuticas. É interessante pensar sobre este papel da televisão que, concomitantemente, é distração e passatempo e, uma janela que aponta para uma sociedade em que os moradores não estão incluídos, apesar de, agora, habitarem em uma casa localizada em um bairro da cidade. A televisão, na verdade, estampa uma concepção de sociedade em que os padrões de normatividade, de beleza, de pessoas são em todo tempo anunciados e não condiz com a realidade de muitos brasileiros, inclusive a dos moradores de residências terapêuticas. Neste sentido, ela contribui mais para o afastamento do que para a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico e, dentro de uma residência terapêutica pode reforçar ainda mais a ideia de uma sociedade ideal em que a pessoa em sofrimento psíquico não tem espaço. E assim, contribuir para o isolamento, para o sentimento de incapacidade, de deslocamento dos moradores. É como se a separação de dois mundos fosse colocada pela televisão.

A intenção não é sugerir que não se tenham aparelhos televisivos nas residências terapêuticas, mas sim, chamar atenção para a necessidade de haver uma mediação sobre o que é visto e o sentido que pode adquirir para os moradores, tendo em vista, as padronizações da vida que são veiculadas por meio deste dispositivo. Reflexão, esta necessária não somente no interior das residências terapêuticas, como em todos os lares brasileiros.

No decorrer deste estudo, procurei demarcar a diferença teórico-conceitual entre o chamado cuidado operacionalizado e o cuidado intersubjetivo na prática em saúde mental. Assentado no referencial teórico apresentado, foi possível elencar os modos como cada concepção de cuidado se apresenta no exercício das ações em saúde. Baseado no que foi pontuado e discutido por meio das imagens, cabe, em uma breve síntese, delimitar esta distinção. A partir do entendimento do caráter ontológico do Cuidado, trazido por Heidegger (2005), reforço que toda ação ou comportamento humano se dá no Cuidado, tendo em vista que, o Cuidado, é a estrutura originária do humano, um modo de ser primário do Dasein (FERNANDES, 2011). Sendo assim, a prática em saúde pautada nos procedimentos e, também, a prática que enfatiza a relação intersubjetiva se dão no cuidado. A diferença está no que os motiva, mas se apresenta no *modus operandi* de determinado contexto.

O cuidado intersubjetivo se dá a partir das possibilidades que emergem em direção às necessidades apresentadas pelo outro (ou por ambos – cuidador e cuidado), considerando suas histórias, seus sonhos, suas expectativas e vontades que se fazem presentes naquele encontro assistencial. Para que estas expectativas apareçam nas práticas em saúde, é necessária a valorização da relação, da intersubjetividade entre os profissionais e entre as pessoas atendidas. O cuidado intersubjetivo não é ordenado exclusivamente pelo conhecimento

científico e pelas técnicas, mas é conduzido pelo sentido que se constrói na relação. No cuidado intersubjetivo, o profissional deixa-se movimentar pelo o que a pessoa atendida lhe aponta como necessidade e submete seu conhecimento e os procedimentos que domina ao que, na relação, emerge como importante, como necessário e urgente.

O cuidado operacional, por sua vez, está atrelado mais especificamente à impessoalidade. O que movimenta suas ações são os conhecimentos padronizados, as técnicas e os procedimentos validados para o tipo de enfermidade categorizada nos manuais como necessárias para o resultado positivo. Estes conhecimentos são disseminados como comum a todos, não específico para ninguém. O movimento do profissional de saúde no cuidado operacional não parte da necessidade apresentada pela pessoa atendida, mas pelo diagnóstico levantado. A partir de muitos que deveriam ser como ela, buscando a eficácia, a eficiência e a efetividade quanto ao problema de saúde identificado. O conhecimento científico, as técnicas e os procedimentos são importantes e, sem dúvida, colaboram para a saúde da população. A ideia defendida não é que este conhecimento seja erradicado, mas que deixe de ser o aspecto central dos momentos assistenciais, tornando-se mais uma possibilidade junto às necessidades apontadas pelas pessoas assistidas.

As imagens dos dispositivos da RAPS e as reflexões suscitadas a partir delas, apontaram-me para a prevalência da presença do cuidado do tipo operacionalizado, voltado para os procedimentos e para o que as cartilhas institucionais acerca destes dispositivos preconizam, priorizando o funcionamento estrutural destes espaços e, conseqüentemente, produzindo certo apagamento das pessoas que lá se encontram. As condições estruturais dos hospitais psiquiátricos, os utensílios infantilizados nos CAPS e as ações nas residências terapêuticas, baseados tão somente nos diagnósticos, são os aspectos encontrados nas imagens que remetem a uma prática cotidiana apoiada em conhecimentos padronizados e no modelo assistencial tradicional da saúde mental. Sendo, portanto, a assistência traduzida de forma impessoal por cuidado. O cuidado intersubjetivo não me apareceu nas imagens, não me foi retratado. Todavia, isto não causa prejuízo algum para o estudo, uma vez que, é reconhecido que o cuidado pautado na intersubjetividade é um fenômeno que emerge na relação entre as pessoas envolvidas no momento assistencial, não é algo palpável, assim como também, não se reduz a aspectos objetiváveis e observáveis, mas se dá na experiência. Na relação pode ser identificado o sentido dado pelas pessoas envolvidas, no que sentem durante e após o momento de encontro assistencial. Contudo, para mim, na relação que estabeleci com as imagens, sendo deste modo, também uma pessoa que contemplou a cena, o cuidado intersubjetivo não imergiu.

Ainda que para mim não tenha sido retratado o cuidado intersubjetivo, diferentes imagens sinalizaram momentos em que existiam possibilidades para que este perfil de cuidado emergisse. A partir disto, aponto para o fato de que em todo momento assistencial em saúde mental, independentemente do dispositivo, existe abertura para que seja valorizada a relação, para que haja troca intersubjetiva entre o profissional e o usuário. Seja por meio de uma atividade terapêutica no interior do CAPS, de uma visita a uma residência terapêutica ou de uma recepção no hospital psiquiátrico. Em qualquer ação, a pessoa assistida pode ser valorizada. O profissional pode ser conduzido pelas expectativas e necessidades apontadas por ela e, assim, permitir que as padronizações dos manuais diagnósticos, os conhecimentos e as técnicas consideradas adequadas sejam atreladas às vivências da pessoa em sofrimento psíquico, suas histórias, seus projetos e sonhos. E assim, seguir em direção à satisfação das necessidades elencadas, utilizando-se de recursos, conhecimentos, procedimentos e ações disponíveis para alcançar o bem-estar do usuário.

Como apresentado na revisão teórica, o cuidado operacionalizado em saúde mental é relacionado, ainda, com a remissão de sintomas, com a normatização de comportamentos considerados adequados socialmente. Ainda que a proposta dos dispositivos substitutivos seja romper com as concepções tradicionais da psiquiatria, existe a necessidade de avanços para o alcance pleno deste ideal. As imagens retrataram mudanças significativas quanto ao modo de assistir a pessoa em sofrimento psíquico no Brasil, que para seguir avançando, precisa cada vez mais – e sempre – desconstruir o paradigma psiquiátrico em torno da loucura, a noção de cuidado pautado em técnicas definidas e efetivas, desconstruir a noção de periculosidade e afastamento das pessoas em sofrimento psíquico considerado grave, entre outros tantos desafios pontuados ao longo deste estudo.

O cuidado considerado necessário para o âmbito da saúde mental e certamente, contribui para a progressão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é o que valoriza as pessoas, reconhece seus contextos de vida, se interessa por seus sentimentos e expectativas quanto ao que os profissionais podem vir a colaborar para a satisfação das necessidades, para a redução do seu sofrimento e para a reconfiguração dos dispositivos de saúde. Sendo este cuidado, o que considera os diferentes modos de ser, sem querer padronizar, normatizar. É o perfil de cuidado que dá abertura para que o usuário se encontre em suas possibilidades de ser e utiliza dos recursos necessários para isso, uma vez que, este mesmo usuário, sendo Dasein, é Cuidado.

As imagens retrataram cenas presentes no cotidiano dos dispositivos e, por esta qualidade, possibilitaram-me refletir acerca do cuidado, construir hipóteses sobre o

acontecimento do cuidado intersubjetivo e pontuar aspectos que não colaboram para a emergência deste perfil de cuidado nos dispositivos de saúde mental. Este estudo proporcionou rica reflexão acerca das práticas do cuidado nos dispositivos substitutivos, seus avanços no que tange ao processo da RPB e os limites e retrocessos quanto ao alcance de mudanças neste contexto.

Como sugestão para futuras pesquisas, ressalto a importância de aprofundar sobre o cuidado exercido em cada um dos dispositivos abordados aqui, como também, os demais que compõem a RAPS. Considero este momento propício para revisar as propostas destes dispositivos e as práticas desenvolvidas, para apontar caminhos transformadores quanto à qualidade do cuidado prestado e à valorização das pessoas assistidas. Estudos que podem contribuir muito para a consolidação da assistência em saúde mental do SUS são os que visam o aprofundamento dos dispositivos quanto as suas peculiaridades e funções na Rede de Atenção Psicossocial e importância na vida dos usuários. Considero relevante, ainda, estudos que abordem a saúde mental na Atenção Primária, quanto a sua estrutura organizacional, tendo em vista que, esta é uma duplicação da porta de entrada da pessoa em sofrimento psíquico no sistema e se faz importante investigar e verificar os efeitos disto na vida das pessoas, na qualidade da assistência e, sobretudo, no cuidado para com elas. Para pesquisas, como estas sugeridas, destaco como aspecto fundamental a valorização da escuta de pessoas que frequentam estes dispositivos, profissionais e usuários.

Este estudo, que se deu a partir de inquietações sobre a prática do cuidado em saúde mental e de uma inspiração etnográfica voltada para a internet e trabalho com imagens. Desde o seu início, foi um instigante desafio e uma constante expectativa quanto a sua conformação final. Como uma das facilidades, destaco o uso da internet. O campo *online* possibilitou-me ter acesso à imagens de diferentes dispositivos espalhados por todo o Brasil, rompendo com as barreiras de espaço, tempo, acesso e disponibilidade que certamente me impediriam de estar em tal variedade de dispositivos.

E, como aspecto dificultador, destaco o curto prazo de dois anos para a conclusão do mestrado e defesa da dissertação. O que acarreta em menor aprofundamento e exploração dos aspectos que emergem durante o andamento do estudo. Tenho convicção de que esta dissertação é apenas parte de uma gama de possibilidades e caminhos que se abriram a partir das reflexões e descobertas suscitadas no decorrer do processo. Espero que este material venha a fomentar, posteriormente, discussões, estudos, maiores explorações dos conteúdos aqui expostos e ampliações, reconhecendo sua riqueza teórica, metodológica e, sobretudo, a

importância dos aspectos aqui pontuados para contribuir e transformar as práticas do cuidado em saúde mental no SUS, principal motivação deste estudo.

REFERÊNCIAS

180 GRAUS. Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial comemoram com folia. **180 Graus**, Parnaíba, 28 fev. 2014. 1 Fotografia [sem autoria declarada]. Disponível em: <<http://180graus.com/parnaiba/pacientes-de-centro-de-atencao-psicossocial-comemoram-com-folia>>. Acesso em: 19 jun.2015.

ALMEIDA, Rogério da Silva. O cuidado na primeira seção de Ser e Tempo. **Existência e Arte**: revista eletrônica do grupo PET, São João Del-Rei, n. 4, jan./dez., 2008. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/existenciaearte/Edicoes/4_Edicao/rogerio_almeida.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

AMARAL, Adriana. Autonetnografia e inserção online: o papel do pesquisador-insider nas subculturas da web. **Revista Fronteiras** – estudos midiáticos. São Leopoldo, v. 11, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.rede.bz/wp-content/files/biblioteca/5037-16148-1-SM.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

AMARANTE, Paulo. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: _____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: _____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Para compreender o sentido prático das ações de saúde: contribuições da hermenêutica filosófica. In: _____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2009.

BARTHES, Roland. A mensagem fotográfica. In: COSTA, Luiz Lima. **Teoria da Cultura de massa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

BRANCO, Daniel Castelo. Antigos pacientes do manicômio de Paracambi voltam à vida normal. **O Dia**, Rio de Janeiro, 23 maio 2015. 1 Fotografia [Daniel Castelo Branco/Agência O

dia]. Disponível em: <<http://odia.ig.com.br/noticia/mundoeciencia/2015-05-23/pacientes-do-hospital-paracambi-estao-recebendo-alta-e-voltando-a-sociedade.html>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de apoio à saúde da família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **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 (SUS). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 07 dez. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/index.shtm>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação geral de saúde mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados – 12**. Ano 10. n. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/saude-mental/acervo/arquivos/saude-mental-em-dados-12/at_download/file>. Acesso em: 17 set. 2015.

CAMPOS, Ricardo. Imagem e Tecnologia visuais em pesquisa social: tendência e desafios. **Análise Social**. Lisboa, v. 46, n. 199, p. 237-259, 2011. Disponível em: <<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1317831186G5cUQ8iz4Gt87CI9.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2015.

CARVALHO, Maria Cecília de Araújo. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, Marco Aurélio Soares et al. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>> Acesso em: 28 jul. 2015.

COSTA, Pedro Henrique Antunes et al. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3243.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

CRISPIM, Roberto. Hospital Psiquiátrico do Crato ameaça encerrar as atividades. **Pé no chão**, Várzea Alegre, 23. Fev. 2015. 1 Fotografia. Disponível em: <<http://penochaoinformativo.blogspot.com.br/2015/02/saude-hospital-psiquiatrico-do-crato.html>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

CUNHA, Raquel Basílio. A relação significante e significado em Saussure. **ReVel**: edição especial, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel_esp_2_a_relacao_significante_e_significado_em_saussure.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

DANTAS, Aldair. **Falta atendimento psiquiátrico no RN**. 09 dez. 2012. 1 Fotografia. Disponível em: <<http://www.marconepedroblogspotcombr.blogspot.com.br/2012/12/falta-atendimento-psiquiatrico-no-rn.html>>. Acesso em: 23 out. 2015.

EM NOME da razão. Direção: Helvécio Ratton. Produção: Tarcísio Vidigal; Grupo Novo de Cinema; Associação Mineira de Saúde Mental. Documentário. Belo Horizonte: Quimera Filmes, 1987.

FEKETE, Maria Christina. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Organização do Cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000.

FERNANDES, Marcos Aurélio. Do cuidado da fenomenologia à fenomenologia do cuidado. In: PEIXOTO, Adão José; HOLANDA, Adriano Furtado (Orgs). **Fenomenologia do cuidado e do cuidar**: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá, 2011.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas de cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Hospitais psiquiátricos sofrem intervenção**. 02 mar. 2013. 1 Fotografia [sem autoria declarada]. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/hospitais-psiquiatricos-sofrem.html>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

FROSI, Raquel Valiente; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3151-3161, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3151.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

FUKUMITSU, Karina Okajima et al. O cuidado na saúde e da doença: uma perspectiva gestáltica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, n. 1, p. 172-182, jan./jun., 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a14.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GALEFFI, Dante Augusto. O que é isto – A fenomenologia de Husserl? **Ideação**. Feira de Santana, n. 5, p. 13-36, jan./jun., 2000. Disponível em: <<http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/dante5-fenomenologia.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GONÇALVES, Paulo. Hospital fechará as portas para o SUS em novembro. **Hoje mais – Andralina**. 01 set. 2015. 1 Fotografia [Paulo Gonçalves/Folha da Região]. Disponível em: <<http://www.hojemais.com.br/mobile/andradina/noticia/geral/hospital-fechara-as-portas-para-o-sus-em-novembro>>. Acesso em: 23 out. 2015.

GOOGLE. **Google Search website**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>> Acesso em: 07 de jan. 2015.

GRYSCHKE, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3255.pdf>> Acesso em: 20 out. 2015.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental**. 197f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso**. 2013. 356f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

HEIDEGGER, Martin. Conferências e escritos filosóficos. Tradução e nota Ernildo Stein. São Paulo: Nova Cultural, 1989. _____. **Ser e Tempo**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1> >. Acesso em: 22 jul. 2015.

JORGE, Marco Aurélio Soares. Introdução à psicopatologia e aos transtornos mentais. In: JORGE, Marco Aurélio Soares et al. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

JORNAL TABLÓIDE. Serviço de Residências Terapêuticas promove manhã musical aos moradores. **Jornal Tabloide**, Ourinhos, 27 mar. 2015.1 Fotografia [sem autoria declarada].

Disponível em: <<http://www.jornaltabloide.com/2015/03/servico-de-residencias-terapeuticas.html>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

KAHLMAYER-MERTENS, Roberto S. Sobre ser constitutivamente *cuidado*. In: _____. **10 lições sobre Heidegger**. Petrópolis: Vozes, 2015.

KOZINETS, Robert V. **Netnografia**: realizando pesquisa etnográfica online. Porto Alegre: Penso, 2014.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2317, jun. 2010. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_35394592.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

LEAL, Erotildes Maria; MUÑOZ, Nuria Malajovich. Estratégias de intervenção em saúde mental. In: JORGE, Marco Aurélio Soares et al. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LINS, Marina Navarro. Em crise, hospital psiquiátrico de Paracambi passa a ser administrado pela prefeitura. **Extra**, Rio de Janeiro, 09 fev. 2015. 1 Fotografia. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/rio/em-crise-hospital-psiquiatrico-de-paracambi-passa-ser-administrado-pela-prefeitura-15273226.html>>. Acesso em: 23 out. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

MARTINS, Mônica. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

MERHY, Emerson Elias. 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: _____. **O SUS**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 1-24.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hubitec, 2004.

MORESCHI, Bruna Maria; BONI, Paulo César. Fotoetnografia: a importância da fotografia para o resgate etnográfico. **Doc. On-line**. n. 03, dez. 2007. Disponível em: <http://www.doc.ubi.pt/03/artigo_paulo_cesar_boni.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MUYLAERT, Camila Junqueira. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infanto-juvenil. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 45-59, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13s1/1981-7746-tes-13-s1-0045.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

NEVES, José Luiz. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. Livro II – 120. A saúde da alma. In: _____. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 1ed., 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de saúde primários agora mais que nunca. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson**. Washington: 1964.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINTO, Antônio Germane Alves. **Produção do cuidado em saúde mental**: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial. 2008. 191f. Dissertação (Mestrado acadêmico cuidados clínicos em saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA. **SMS dispõe de serviço de Residência Terapêutica para pessoas com transtornos mentais**. 1 Fotografia [sem autoria declarada]. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/sms-dispoe-de-servico-de-residencia-terapeutica-para-pessoas-com-transtornos-mentais/>>. Acesso em: 06 out. 2015.

PREFEITURA DE SANTO AMARO – BA. **Reforma na estrutura do CAPS auxilia no atendimento a pacientes. 19 fev. 2014.** 1 Fotografia [sem autoria declarada]. Disponível em: <<https://prefeituradesantoamaro.wordpress.com/2014/02/page/2/>>. Acesso em: 12 out 2015.

RAMMINGER, Tatiana. **Cada Caps é um Caps: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental.** 226f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

ROCHA, Paula Jung; MONTARDO, Sandra Portella. Netnografia: incursões metodológicas na cibercultura. **Ecompos.** Brasília, v. 4, dez. 2005. Disponível em: <<http://compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/viewFile/55/55>>. Acesso em: 15 out. 2014.

ROCHA, Silvio. Residências Terapêuticas oferecem conforto e atenção aos portadores de transtornos psíquicos. **Instituto Marcelo Déda**, 04 maio 2006. 1 Fotografia. Disponível em: <<http://www.institutomarcelodeda.com.br/residencias-terapeuticas-oferecem-conforto-e-atencao-aos-portadores-de-transtornos-psiquicos/>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

ROEHE, Marcelo Viel; DUTRA, Elza. Dasein, o entendimento de Heidegger sobre o modo de ser humano. **Avances em Psicología Latinoamericana.** Bogotá, v. 32, n. 1, p. 105-113, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a08.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: veredas.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos Sávio. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, Marco Aurélio Soares et al. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SEIBT, Cezar Luís. Heidegger: da fenomenologia ‘reflexiva’ à fenomenologia hermenêutica. **Princípios: Revista de filosofia.** Natal, n. 31, v. 19, p. 79-98, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.principios.cchla.ufrn.br/arquivos/31P-79-98.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SÁ, Roberto Novaes de; BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares. A noção de existência e as práticas psicológicas clínicas. **Estudos de Psicologia.** Campinas, n. 28, v. 3. p. 389-394, jul./set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n3/a11v28n3.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

SILVA, Aldo V. Contrato com Teixeira Lima é prorrogado. **Jornal Cruzeiro do Sul,** Sorocaba, 15 maio 2015. 1 Fotografia [Aldo V. Silva/arquivo JCS]. Disponível em:

<<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/609950/contrato-com-teixeira-lima-e-prorrogado>>. Acesso em: 11 jul. 2015.

SILVA, Marcelo A. A ontologia fundamental: a analítica, o Dasein. Um projeto em ser e tempo – Heidegger. In: Seminário de Pesquisa em Ciências Humanas, 4., 2012, Londrina, p. 970-979. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/sepech/arqtxt/PDF/marceloasilva.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SILVA, Silvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, dez. 2010/jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SOUZA, Michele. Do isolamento em alas ao acolhimento em lares. **O Caminho de Casa/UOL**. 6 Fotografias [Michele Souza/ JC imagem]. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

SOUZA, Viviane dos Santos. **Dispositivos existenciais de cuidado em saúde mental: percepção de pessoas em sofrimento psíquico**. 2011. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Jequié, 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da saúde, 2002.

STEIN, Ernildo. **Seis estudos sobre Ser e Tempo**. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1990.

STULTIFERA Navis. Direção: Clodoaldo Lino; Eduardo Madrado; Neli Castro. Produção: Clodoaldo Lino; Eduardo Madrado; Neli Castro. Documentário. 39 min. Rio de Janeiro, 1987.

UNIPÊ. **Atuação da Fisioterapia no Centro de Apoio Psicossocial CAPS**. 21 out. 2010. Fotografia: Sem autoria declarada. Disponível em: <<http://unipe.br/graduacao/fisioterapia/blog/2011/10/21/mente-e-corpo-atuacao-da-fisioterapia-no-centro-de-apoio-psicossocial-caps/>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

VALENTE, Mônica. A luta contra os manicômios e a exclusão social. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 8, n. 2. p. 17-19. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200007>. Acesso em: 30 jul. 2015.

YASUÍ, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 208f. Tese (Doutorado em Ciências na Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A - Linha do tempo: percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira
(AMARANTE, 1995; YASUÍ, 2006; RAMMINGER, 2009; GULJOR, 2013;
SCHECHTMAN e ALVEZ, 2014)

Anos 70 □	
	1972
III Reunião de Ministros da Saúde em Santiago/Chile estabelecido acordo para a execução de um programa de saúde mental no Brasil	
Plano Decenal de Saúde para as Américas	
	1973
	Criado o Manual para Assistência Psiquiátrica – Ministério da Previdência
	1974
Ministério da Saúde - Portaria GM 34/1974, trata da elaboração e execução de programas de saúde mental	
	1975
	I Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Bruxelas (Santiago)
	1976
I Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Paris (França)	
Surgimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Revista Saúde em Debate e do Movimento de Renovação Médica (Remes)	
	1978
	Greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – evento que deu origem ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
	V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Balneário Camboriú – Santa Catarina)
Anos 80 □	
	1981
I Encontro Latino-Americano e VI Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Cuernavaca (México)	

	<p>1982 Eleições governamentais – SUDS</p> <p>Inicia-se o I Curso de Especialização em Psiquiatria Social na Colônia Juliano Moreira (RJ) – OPAS/ENSP</p> <p>1983 II Encontro Latino-Americano e VII Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Belo Horizonte (Brasil)</p> <p>1984 Movimento Diretas Já</p> <p>1985 I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste</p> <p>1986 VIII Conferência Nacional de Saúde quando é aprovado o SUS</p> <p>III Encontro da Rede Latinoamericana - Buenos Aires surge o lema "Por uma sociedade sem manicômios"</p> <p>II Congresso de trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo</p> <p>Fundação da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental</p> <p>1987 Inauguração do 1º Centro de Atenção Psicossocial: CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira /São Paulo</p> <p>I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) – UERJ -Rio de Janeiro</p> <p>II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental – Bauru</p> <p>1988 Promulgação da Constituição Federal - Constituição Cidadã</p>
--	--

<p style="text-align: right;">1989</p> <p>Primeira eleição direta para presidente da república</p> <p>Intervenção da Secretaria Municipal de Saúde à Casa de Saúde Anchieta por violência e maus tratos - SP</p> <p>Programa de Saúde Mental em Santos – SP</p> <p>Aprovação do Projeto de Lei nº 3.657 do deputado Paulo Delgado o qual propunha a extinção de hospitais psiquiátricos e a substituição por uma rede de dispositivos assistenciais voltada para saúde mental.</p> <p>Criação de uma Rede de Saúde Mental Comunitária com 24 horas de funcionamento</p> <p>Surgimento de Associações de Usuários e familiares</p> <p style="text-align: right;">Anos 90 □</p> <p style="text-align: right;">1991</p> <p>Publicação da Portaria nº 189/90 modificou o sistema de remuneração das internações psiquiátricas; buscou contemplar as novas experiências assistenciais no campo da saúde mental</p> <p>I Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos, no estado de São Paulo</p>	<p>Inaugurado o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul/RS – “Nossa Casa”</p> <p>1990</p> <p>Posse do Presidente Fernando Collor</p> <p>Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde – Declaração de Caracas – reforma na atenção à saúde mental nas américas</p> <p>Criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental</p>
---	--

<p>I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial –</p> <p>III Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial –Carta de direitos e deveres dos usuários da luta antimanicomial</p> <p>1997-1999 Momento de latência</p> <p>Anos 2000 □</p> <p>2000</p> <p>Publicação da Portaria nº 106/2000 estabelece a criação dos serviços residenciais terapêuticos</p> <p>Publicação da Portaria nº1.220/2000 regulamenta o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos</p>	<p>1992</p> <p>Publicação da Portaria nº 224/92 estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental</p> <p>Promulgação da Lei Estadual 9.716/1992 no Rio Grande do Sul, refere-se a reforma psiquiátrica no</p> <p>II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)</p> <p>Reativação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental, órgão do Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>1993</p> <p>1994</p> <p>Eleição do Presidente Fernando Henrique Cardoso</p> <p>2001</p> <p>Criação de Serviços Residenciais Terapêuticos para longas internações</p> <p>Promulgação da Lei 10.216 – dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos mental e da substituição do modelo assistencial hospitalocêntrico para uma rede de atenção psicossocial</p> <p>V Encontro Nacional do Movimento da Luta</p> <p>III Conferência Nacional de Saúde Mental – Brasília/DF</p>
--	--

<p style="text-align: right;">2002</p> <p>Publicação da Portaria nº 336/2002 - define o CAPS como principal articulador das ações em saúde mental; financiamento extra-teto</p> <p>Publicada a Portaria 251/2002</p> <p>Eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva</p> <p style="text-align: right;">2004</p> <p>Publicadas as Portarias 52/2004 e 53/2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar – visava a redução progressiva dos leitos</p> <p style="text-align: right;">2007</p> <p>Realização da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Culturais para pessoas em Sofrimento Mental e em situação de Risco Social</p> <p>Criação da ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental</p> <p style="text-align: right;">2012</p> <p>III Congresso Brasileiro de Saúde Mental (UECE) Fortaleza/ CE</p>	<p style="text-align: right;">2003</p> <p>Decreto de Lei 10.708 estabelece o auxílio desinstitucionalização – Programa de Volta pra casa</p> <p style="text-align: right;">2005</p> <p>Publicação do documento - Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas</p> <p style="text-align: right;">2010</p> <p>VII Chamada para Supervisão clínico-institucional – estratégia para desinstitucionalização</p> <p>IV Conferência Nacional de Saúde Mental</p> <p>Eleição da Presidente Dilma Houssef</p>
---	---

<p data-bbox="774 331 833 362">2014</p> <p data-bbox="258 369 798 400">IV congresso Brasileiro de Saúde Mental - Manaus/</p> <p data-bbox="258 439 778 504">Congresso comemorativo dos 35 anos da visita de Franco Basaglia ao Brasil - Minas Gerais</p>	<p data-bbox="833 228 895 259">2013</p> <p data-bbox="833 266 1305 297">I Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental</p>
---	---

Fonte: A autora, 2015.