



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS -GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

DAYANE SILVA RODRIGUES

**SENTIDOS SOBRE SAÚDE-DOENÇA MENTAL: UMA INTERLOCUÇÃO COM
USUÁRIOS QUE PARTICIPAM DE UM GRUPO TERAPÊUTICO DO CAPS.**

FORTALEZA

2011

DAYANE SILVA RODRIGUES

SENTIDOS SOBRE SAÚDE-DOENÇA MENTAL: UMA INTERLOCUÇÃO COM
USUÁRIOS QUE PARTICIPAM DE UM GRUPO TERAPÊUTICO DO CAPS.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos de Mediação: Trabalho, Atividade e Interação Social.

Orientador: Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis.

Fortaleza-Ce
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

R612s Rodrigues, Dayane Silva.
Sentidos sobre saúde-doença mental : uma interlocução com usuários que participam de um grupo terapêutico do CAPS / Dayane Silva Rodrigues. – 2011.
107 f. : il., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2011.
Área de Concentração: Psicologia social.
Orientação: Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis.

1.Saúde mental – Fortaleza(CE). 2.Doenças mentais – Fortaleza(CE). 3.Sentidos e sensações.
4.Política de saúde mental – Fortaleza(CE). 5.Centros de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD 362.22098131

DAYANE SILVA RODRIGUES

SENTIDOS SOBRE SAÚDE-DOENÇA MENTAL: UMA INTERLOCUÇÃO COM
USUÁRIOS QUE PARTICIPAM DE UM GRUPO TERAPÊUTICO DO CAPS.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal do Ceará como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Ana Ignêz Belém
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profa. Dra. Ana Luisa Teixeira de Menezes
Universidade de Santa Cruz do Sul (RS) – UNISC

AGRADECIMENTOS

Ao estimado Professor Cezar Wagner, pelas orientações e ensinamentos.

Ao professor Odorico Monteiro de Andrade, por sua participação na banca de qualificação do projeto desta pesquisa e às professoras Ana Ignez Belém e Ana Luisa Teixeira de Menezes pelas contribuições teórico-metodológicas oferecidas na banca de defesa.

À CAPES, pelo apoio fundamental à execução desta pesquisa.

Aos amigos João Paulo Barros e Luana Colares, pelas revisões, dicas, ajudas e, principalmente, pelo carinho e pelo estímulo desde o ingresso no mestrado até a defesa.

Aos amigos e colegas da minha turma de mestrado, pela construção conjunta de muitos conhecimentos que foram preciosos a elaboração deste trabalho. Principalmente, às amigas Larissa Feitosa e Cândida Câmara, pelas conversas, pela companhia, pela troca de experiências e pelo incentivo.

Ao CAPS Geral da SER II de Fortaleza por permitir a produção dos dados nesse local, sobretudo, à colega Fabíola Félix, por mediar meu encontro com o grupo de Florescimento Humano e por estar sempre disponível a contribuir com a pesquisa.

Ao grupo de Florescimento Humano pela abertura a minha entrada como pesquisadora e por me ensinarem sobre saúde mental.

Ao Fábio Cardoso, pelo apoio à minha formação acadêmica e incentivo ao meu sucesso profissional.

“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas — mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.
(Grande Sertão: Veredas, Guimarães Rosa)

RESUMO

Esta dissertação objetivou analisar os sentidos construídos sobre saúde-doença mental por participantes de um grupo terapêutico do CAPS e suas implicações ao processo de desinstitucionalização da loucura. Para tanto, esteve referenciada nos aportes da Saúde Coletiva, no tocante a produção social do processo saúde-doença e ainda nas contribuições teóricas do campo da Saúde Mental sobre a proposta de desinstitucionalização da loucura no cotidiano das práticas de cuidado e atenção aos usuários. Além dessas bases, o estudo conta também com o referencial da Teoria Histórico-Cultural da Mente, no que se refere às suas elaborações em torno da temática dos sentidos. Metodologicamente, a pesquisa se configurou como uma investigação de caráter qualitativo. A pesquisa foi realizada no CAPS Geral da SER II de Fortaleza, por meio do contato com um dos grupos terapêuticos dessa instituição, o Grupo de Florescimento Humano. O contato com esse grupo iniciou-se em julho de 2010, primeiramente, por meio da metodologia da Observação Participante, com intuito de conhecer o modo de funcionamento dessa proposta terapêutica. Posteriormente, foi realizada uma Entrevista Individual Semi-Estruturada com uma das participantes. Por fim, foi aplicado um questionário escrito com doze pessoas do grupo, as quais também participaram de um Círculo de Cultura sobre o tema desta pesquisa. O material oriundo desses procedimentos foi registrado com o auxílio de um gravador de voz, em seguida, foi transcrito e analisado com base na metodologia da Análise Temática. Como resultado de tal proposta de análise, foram categorizados três temas que mais se destacaram do discurso dos participantes, quais sejam: a conceituação da loucura e do processo saúde-doença mental; as histórias e “estórias” que explicam as existências-sofrimento e a produção da saúde mental; a construção de sentidos e desinstitucionalização. Os achados desta pesquisa apontam que a loucura e o processo saúde-doença mental encontram-se imersos em um quadro de grande indefinição científica, que gera muitas possibilidades de significações em torno da questão. Os sentidos de saúde e doença mental produzidos com os participantes circularam em torno de adjetivos antagônicos que indicaram a presença marcante de uma noção de saúde mental como algo inalcançável, por significar a ausência de doenças. Já a doença mental foi percebida como desajuste, erro, desequilíbrio e acúmulo de problemas. Por outro lado, os participantes também destacaram a existência de diferentes modos de ser e existir no mundo como marcas de singularidades, que, frequentemente são diagnosticadas como loucura. Eles apontaram para a necessidade de convivência com essas diferenças e com seu processo de sofrimento. Como mais um resultado do estudo, foi discutida a importância da categoria sentido, como ferramenta essencial a ser valorizada e trabalhada na proposta de desinstitucionalização da loucura no cotidiano dos serviços de saúde mental.

Palavras Chave: Saúde Mental; Doença Mental; Desinstitucionalização da Loucura e Sentidos.

ABSTRACT

This paper aimed to analyze the constructed meanings of health-mental illness participating in a therapeutic group of CAPS and its implications to the process of institutionalization of madness. To do so, was referenced in the contributions of Public Health, regarding the social production of health-disease process and also on the theoretical contributions of the field of Mental Health on the proposal of de-institutionalization of madness in the daily practice of care and attention to users. In addition to these bases, the study also has the frame of the Cultural-Historical Theory of Mind, with regard to their elaborations around the theme of the senses. Methodologically, the research was configured as a qualitative research. The study was conducted at the General CAPS II, Fortaleza-Ce, through contact with an institution of the therapy groups, the group of human flourishing. Contact with this group began in July 2010, primarily through the methodology of participant observation, in order to understand the mode of operation of the proposed therapy. Subsequently, we performed an Individual Semi-Structured Interview with one of the participants. Finally, a questionnaire was written in twelve people in the group, which also participated in a Culture Circle on the subject of this research. Material from these methodologies was recorded by audio-recorded, transcribed and analyzed using thematic analysis. As a result of this proposed analysis, three themes were categorized that stood out the speech of the participants, namely: the concept of madness and mental health-disease process, the stories and "stories" that explain the stock-suffering and production mental health, the construction of meanings and deinstitutionalization. The findings of this survey indicate that the madness and the health-mental illness find themselves immersed in a framework of great scientific uncertainty, which generates many possible meanings around the issue. The meanings of health and mental illness produced with participants circulated around opposing adjectives that indicated the presence of a remarkable notion of mental health as something unattainable, because it signifies the absence of disease. Since mental illness was perceived as a misfit, error, imbalance and accumulation of problems. On the other hand, participants also highlighted the existence of different modes of being and existence in the world as marks of singularities, which are often diagnosed as insane. They pointed out the need to trim live with these differences and their grieving process. As a result of the study, it is pointed towards the category as an essential tool to be valued and worked in the proposed institutionalization of madness in everyday mental health services.

Keywords: Mental Health, Mental Illness, Deinstitutionalization of the Madness and Senses.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temas e subtemas.....	28
Quadro 2 – Exemplo do modo de organização do Quadro temático.....	29
Quadro 3 - Respostas escritas pelos participantes sobre doença mental e saúde mental.....	44
Quadro 4 - Sentidos de saúde e doença mental produzidos em grupo.....	49
Quadro 5 - Explicação construída por cada participante sobre as origens de seus processos de sofrimento psíquico.....	53
Quadro 6 - Estratégias de convivência com a loucura.....	84
Quadro 7 – Situação atual de saúde mental.....	84

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
2.1. CARACTERIZAÇÃO PRELIMINAR DO ESTUDO.....	18
2.2. FASE EXPLORATÓRIA: A ESCOLHA E A INSERÇÃO NO ESPAÇO DA PESQUISA.	19
2.3. A PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO E LEVANTAMENTO DOS DADOS.	24
2.4. A ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E CODIFICAÇÃO DO MATERIAL PRODUZIDO.	28
3. “DECIFRA-ME OU DEVORO-TE”: A DIFÍCIL TAREFA DE CONCEITUAR A LOUCURA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL.....	33
3.1. DA IMPRECISÃO SOBRE O ASSUNTO.....	34
3.2. DA DEFINIÇÃO PARTICULAR.	42
4. HISTÓRIAS E “ESTÓRIAS” QUE EXPLICAM AS EXISTÊNCIAS-SOFRIMENTO E A PRODUÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	52
4.1. OS CAUSOS E AS EXPLICAÇÕES SOBRE AS ORIGENS DAS EXISTÊNCIAS-SOFRIMENTO.	53
4.1.1. <i>A origem sobrenatural.....</i>	55
4.1.2. <i>A origem mental.....</i>	58
4.1.3. <i>A origem orgânica.....</i>	61
4.2. O TRATAMENTO DA DOENÇA OU PRODUÇÃO DA SAÚDE: PELO FIM DAS DICOTOMIAS.	62
5. CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	72
5.1. PERCEBENDO A DIVERSIDADE.....	77
5.2. CONVIVENDO COM A LOUCURA.	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	100
ANEXOS	107

1. INTRODUÇÃO

Embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática (MINAYO, 2009, p. 16).

Este estudo tem origem na união de dois interesses principais. O primeiro, pelo tema da desinstitucionalização, como dismantelamento de saberes e práticas que reduzem a loucura ao signo da doença mental e o segundo pelos processos que engendram a construção compartilhada de sentidos. Fundamenta-se, portanto, nas fecundas discussões trazidas pela *Saúde Coletiva* (ALMEIDA-FILHO; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO) acerca da produção social da saúde, nas idéias da *Saúde Mental* (AMARANTE; ROTELLI; DIMENSTEIN) acerca da desconstrução da cultura manicomial e pelo debate da *Psicologia Histórico-Cultural* (VIGOTSKI; LEONTIEV) em torno do sentido.

Vale destacar que a curiosidade investigativa acerca do assunto apresentado e as problematizações trazidas, neste trabalho, também encontram suas raízes ao longo de minha trajetória acadêmico-profissional. Nesta, destaco, especialmente, as participações no Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) e no Laboratório de Estudos sobre a Consciência (LESC), locais privilegiados de fomento às práticas de ensino, pesquisa e extensão na Universidade Federal do Ceará (UFC). A partir da inserção em tais espaços, o interesse pelo tema da saúde mental foi, processualmente, despertado, sendo sedimentado de modo mais contundente em minha experiência, já como Psicóloga, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS Ad) do município de Camocim-Ce.

Nesse lugar, pude me intrigar com algumas indagações trazidas pelos usuários do serviço, as quais diziam respeito à complexa trama de constituição do processo saúde-doença. Comumente, essas pessoas indagavam acerca dos porquês, ou dos modos de produção, de seu adoecimento mental, produzindo discursos diversos sobre o fenômeno, nos quais fatores míticos, religiosos, biológicos, morais e psicológicos misturavam-se curiosamente. Desse modo, tais questionamentos direcionaram minha atenção para a multiplicidade de entendimentos acerca dos modos de produção da saúde mental.

Desta feita, ao recorrer ao discurso acadêmico, verifiquei que a dúvida trazida pelos usuários também pôde ser observada no domínio científico de compreensão dos processos de produção da saúde e da doença mental. Conforme defende Almeida-Filho (2000, p. 06), existe um subdesenvolvimento epistemológico e conceitual em todas as disciplinas que compõe o campo da saúde, impedindo que estas sejam capazes de produzir uma referência teórica eficaz sobre o objeto “saúde”. Tal incapacidade se daria porque o conceito de “saúde” constitui um dos pontos cegos da ciência epidemiológica. Em decorrência disso, argumenta o autor que:

A sociedade literalmente bate à porta das instituições acadêmicas e científicas que supostamente deveriam saber o que é, como se mede e como se promove essa tal de “saúde”. Traduzindo em linguagem apropriada, isso significa uma tremenda demanda epistemológica resultante de uma ampla pressão social, política, institucional e ideológica.

Nesse sentido, é possível, ainda, encontrar distintos paradigmas de análise e explicação sobre o fenômeno da saúde, desde compreensões eminentemente biologicistas até as discussões sobre a complexidade dos elementos constituintes desse processo. Isto se deve ao fato de que os próprios conceitos de saúde e doença vêm passando por profundas reformulações paradigmáticas que lhes conferiram um caráter processual e dialético, impondo-lhes uma articulação indissociável. Assim, a saúde passou a ser considerada sob o prisma de um conceito mais amplo, o processo saúde-doença, que comportou a influência de múltiplos elementos, sejam estes econômicos, culturais, sociais, biológicos, psicológicos ou espirituais.

Paralelamente à evolução do conceito de saúde, a noção de saúde mental também vem passando por reformulações teórico-conceituais basilares desde a década de 60, quando os principais projetos de reforma psiquiátrica questionaram o modo como a loucura era percebida e como os loucos e a eram tratados (AMARANTE, 2008). Assim, a aceção doença-mental recebeu severas críticas por reduzir um fenômeno tão complexo como o da loucura ao status de doença e, com isso, tentar controlá-la e solucioná-la. A saúde mental passou a ser reinventada, então, de acordo com a especificidade de cada caso concreto.

A despeito de todo o desenvolvimento teórico que os conceitos de saúde e doença alcançaram, pode ser verificada também, na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e da assistência em saúde mental, uma gama de reformulações em suas práticas. Dentre estas, vale

destacar o fortalecimento de serviços substitutivos ao modelo manicomial, dos quais confiro especial destaque aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 1054), os CAPS “assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar”. Isto porque o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) preconiza, atualmente, para esse serviço, dois desafios grandiosos e fundamentais. O primeiro deles seria o papel de articular uma rede de cuidados em saúde mental, que trabalhe a saúde de modo integral, com foco em promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Já o segundo desafio, relaciona-se às ideias de uma verdadeira revolução no modo de entender o tratamento e os próprios usuários dessa rede. Esta ousada aspiração está ligada à ampliação da noção de cuidado e do leque de ações nesse sentido, além da desconstrução de toda uma cultura manicomial. Isso quer dizer que não se trata apenas da substituição do lugar de tratamento hospital, para o lugar CAPS, mas do desmonte da estrutura psiquiátrica de controle sob o comportamento desviante e de uma transformação mais ampla no âmbito da sociedade e no modo como esta lida com a loucura.

No que concerne ainda a tarefa de impulsionar mudanças nas formas de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais, preconizada para os CAPSs, vale mencionar que suas bases teórico-ideológicas estão ancoradas no modelo italiano proposto por Basaglia em 1971, na cidade de Trieste. Nesse modelo, busca-se reconstruir a complexidade do objeto loucura, dando ênfase não mais à tentativa de cura, mas ao projeto de invenção da saúde para cada indivíduo. A loucura é desterritorializada do campo da psiquiatria e o termo doença mental é substituído por “existência-sofrimento”. A terapia, portanto, trabalha com a transformação dos modos de sentir e perceber o sofrimento do paciente, possibilitando com que este, ao ressignificar seu sofrimento, passe a conviver melhor com ele. Nesse sentido, defende Rotelli (2001) que o trabalho terapêutico se configure como o trabalho de *desinstitucionalização*:

voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana.

Acerca de tão audaciosa empreitada, recaem os questionamentos deste estudo. Tomarei, primeiramente, a ideia preconizada por Rotelli na citação acima, no que se refere à perspectiva de mudança nos modos de viver e sentir o sofrimento dos pacientes. Se considerarmos que os modos de viver e sentir o sofrimento estão diretamente relacionados com os sentidos construídos acerca desse sofrimento, poderemos, à luz da Psicologia Histórico-Cultural, problematizar quais as implicações da construção de sentidos na proposta da desinstitucionalização. Isso porque, segundo essa teoria, lidar com as mudanças nas formas de compreensão de uma palavra é operar com a dinamicidade dos sentidos, ou seja, com as suas diversas zonas de estabilidade, das quais o significado seria apenas a mais estável e uniforme dessas (VYGOTSKI, 1934/2001).

Assim, ao refletir sobre como as formas de viver e sentir o sofrimento, a saúde e a doença mudam por intermédio da construção compartilhada de sentidos, deparei-me com as seguintes indagações: como os usuários do CAPS entendem o processo saúde-doença mental? Quais os sentidos que esses usuários podem produzir a esse respeito? De que modo esses sentidos são construídos? Quais as implicações que a construção desses sentidos pode trazer ao processo de desinstitucionalização?

Com base nas indagações levantadas, iniciei minha aproximação com o lócus da pesquisa e observei a dinâmica de funcionamento do CAPS da Secretaria Executiva da Regional II (SER II) de Fortaleza¹. Nesse lugar, pude me deparar com diversas atividades terapêuticas oferecidas pelo serviço. Dentre essas, a que mais chamou minha atenção foi um grupo terapêutico, que se reunia no salão paroquial de uma igreja e desenvolvia uma proposta de expressão corporal baseada na experimentação de vivências biocêntricas. O caráter dialógico das sessões e a abertura do grupo para a minha presença como elemento estranho foram preponderantes para que eu percebesse que aquele espaço reunia as condições necessárias à pesquisa acerca da construção de sentidos sobre saúde-doença mental.

Depois do encontro com esse grupo, consegui sintetizar uma questão central que referenciou a curiosidade investigativa deste estudo: *quais as implicações dos sentidos construídos sobre saúde-doença mental por participantes de um grupo terapêutico do CAPS no processo de desinstitucionalização da loucura?*

¹ O município de Fortaleza é subdividido administrativamente em sete Secretarias Executivas Regionais, formadas por um conjunto de bairros circunvizinhos. Os CAPS, portanto, distribuem-se dentre essas sete regionais. Os critérios de escolha do lócus da pesquisa serão explicitados com mais detalhes no capítulo que trata do percurso metodológico.

Para uma melhor compreensão acerca da temática das significações e da construção de sentidos, balizei-me no referencial da Psicologia Histórico-Cultural, no que concerne aos postulados de Vygotski (1931/1995; 1930/1996; 1934/2001) sobre o caráter indissociável entre linguagem e pensamento. Segundo a tese desse autor, o que marcaria a diferença entre o macaco e os outros animais seria a criação e o uso de instrumentos, fenômeno que já denota a existência de uma inteligência rudimentar. Todavia, o que imprimiria o grande salto filogenético entre esse macaco e o homem primitivo seriam o trabalho e o uso de signos psicológicos para controlar a atividade mental e o comportamento. Assim, segundo o autor, o que diferencia, do ponto de vista psicológico, o homem dos animais², “é a *significação*, quer dizer, a criação e o emprego de signos [grifo do autor]” (VYGOTSKI, 1931/1995, p.84)³.

Ainda sobre como se engendram essas significações na linguagem e no pensamento, Vigotski (1934/2001) traz uma contundente análise, ao distinguir dois componentes básicos do significado da palavra: o significado propriamente dito e o sentido. O primeiro refere-se a um núcleo relativamente estável de entendimento da palavra, compartilhado pelas pessoas que a utilizam. Já o sentido representa o significado da palavra para cada indivíduo, é construído com base no contexto de uso da palavra e nas vivências cognoscitivo-afetivas.

Partindo dessa perspectiva, Oliveira (1992, p.81), defende que “o sentido da palavra liga seu significado objetivo ao contexto de uso da língua e aos motivos afetivos e pessoais dos seus usuários. Relaciona-se com o fato de que a experiência individual é sempre mais complexa do que a generalização contida nos signos”. Contudo, é válido alertar que, apesar de considerarmos uma prática particular, a produção de significações não pode ser compreendida como uma atividade meramente cognitiva e tampouco individual. Ela é uma prática social dialógica, que se constrói mediante interações sociais. Portanto, a proposta desta investigação não se resume a um processo de coleta de informações, tendo em vista que preza pela construção compartilhada de conhecimentos e pelo reconhecimento do saber e da experiência singular de cada participante da pesquisa sobre o assunto da saúde e do adoecimento mental, por intermédio das interações dos sujeitos com a pesquisadora.

² Alguns estudos mais recentes tem demonstrado a capacidade de animais em utilizar signos como instrumentos de comunicação (DAMÁSIO, 2000).

³ Tradução minha.

Outrossim, convém esclarecer, ainda, de que interessa à ciência, saber sobre como pensam e sentem os usuários. Portanto, é importante frisar que o interesse em “dar voz” aos usuários do serviço CAPS e fazê-los interlocutores no discurso científico desta investigação é balizado por três ideias principais.

Na primeira delas, recorrerei aos apontamentos de Almeida Filho (2004, p.874), sobre a importância de considerar os sentidos construídos pelos usuários sobre os sintomas e as doenças que lhes afligem. O autor afirma que, na biomedicina moderna, o sentido do sintoma é dado somente pelo processo biofisiológico que lhe é subjacente, dessa maneira, podemos dizer que este se encontra bloqueado ou massificado. “E é justamente essa massificação/universalização do sentido que um enfoque alternativo sobre o complexo saúde/patologia-enfermidade-doença precisa romper”. Portanto, o interesse central da epidemiologia, na atualidade, não poderá se resumir à distribuição das taxas de risco na sociedade, mas sim o de problematizar a incorporação de significado e sentido ao risco, seus fatores e seus efeitos.

A segunda ideia é subsidiada pela premissa de que concretizar a proposta de vigilância da saúde, na esfera da Saúde Mental, implica que os próprios usuários dos serviços “[...] sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções” (CAMPOS, 2003, P.578). Sendo assim, o indivíduo é o objetivo final das práticas de cuidado e atenção, mas deve ser considerado como peça chave no processo permanente de construção do SUS e de sua própria saúde e doença.

Finalmente, valendo-me dos conceitos da Psicologia Comunitária e da proposta de construção da Saúde Comunitária (GÓIS, 2008), ressalto que pensar na articulação entre o usuário e o serviço de saúde implica em considerá-lo como participante do processo social de construção da saúde e do adoecimento. Desse modo, investigar os sentidos produzidos por esse usuário sobre saúde-doença mental significa olhar para a saúde e a doença de um modo não naturalizado e contextualizado com seu lugar de produção e com as pessoas que o constroem.

Diante do panorama exposto, apresento de modo mais sistemático os objetivos geral e específicos que guiaram a realização deste trabalho. Primeiramente, convém explicitar o interesse central desta investigação, qual seja o de *analisar os sentidos construídos sobre*

saúde-doença mental por participantes de um grupo terapêutico do CAPS e suas implicações ao processo de desinstitucionalização da loucura, como objetivo geral.

Finalmente, os três objetivos seguintes como específicos: **1.** *Compreender como os participantes de um grupo terapêutico do CAPS explicam o processo de saúde-doença mental, por intermédio da construção compartilhada de sentidos;* **2.** *Examinar os sentidos construídos pelos participantes do grupo;* **3.** *Discutir a idéia da desinstitucionalização da loucura e suas estratégias de realização a partir dos sentidos.*

A seguir, o leitor encontrará mais quatro capítulos, além deste introdutório. No primeiro, situo o “*Percurso Metodológico*” desta investigação, apontando o caminho que foi percorrido para que eu pudesse satisfazer os objetivos traçados para a pesquisa. Neste capítulo, abordo os fundamentos teórico-metodológicos, os procedimentos empregados, o encontro com o lócus do estudo e os participantes da pesquisa, o processo de construção e análise dos dados, os temas e os subtemas construídos a partir da análise e o processo de codificação e classificação das falas.

Nos capítulos seguintes, opto por aglutinar os elementos teóricos com a própria discussão dos resultados, distribuindo os três temas oriundos da análise em três capítulos subsequentes. Assim, o primeiro tema extraído da análise dos dados é discutido no capítulo 3, o qual se intitula: “*Decifra-me ou devoro-te: a difícil tarefa de conceituar a loucura e o processo saúde-doença mental*”. Neste, discuto a imprecisão conceitual em que a questão da loucura está situada, sob a ótica da ciência e por intermédio dos discursos produzidos com os usuários. Além disso, também apresento os múltiplos sentidos construídos sobre saúde e doença mental, utilizando-me da definição particular de cada participante.

No capítulo de número quatro, trabalho com o tema das diferentes “*Histórias e ‘estórias’ que explicam as existências-sofrimento e a produção da saúde mental*”. Dentro desse assunto, discuto os causos e as explicações sobre as origens das existências-sofrimento, bem como problematizo as relações entre o tratamento da doença e a produção da saúde mental.

Por fim, o último tema desta investigação trata da articulação entre “*Construção de sentidos e desinstitucionalização*”. Para tanto, discuto a vivência do deparar-se com a

diversidade e as estratégias de convivência com a loucura, por intermédio dos sentidos que os participantes desenvolveram a este respeito.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. CARACTERIZAÇÃO PRELIMINAR DO ESTUDO

Em primeiro lugar, pode ser dito que esta pesquisa baliza-se, epistemologicamente, no materialismo histórico-dialético, tendo em vista que tal concepção filosófica se configura como pano de fundo das principais ideias desenvolvidas pela Teoria Histórico-Cultural. Dentre as grandes influências trazidas pelo materialismo, podem ser citadas a articulação dialética entre os aspectos interno e externo, mente e corpo e biológico e cultural e a noção de sujeito histórico, concreto, criador de cultura e possuidor de consciência.

Outro ponto a ser mencionado é a escolha da abordagem qualitativa de investigação. Esta se relaciona com o objetivo deste estudo de compreender, e não quantificar, o fenômeno da produção de sentidos. Isso porque “o universo da produção humana, que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos” (MINAYO, 2009, p.14). Isso implica considerar que o olhar qualitativo sobre o objeto apresentado possibilitará um maior nível de profundidade na análise de elementos tão subjetivos como o tema das significações.

Outra implicação metodológica que essa abordagem impõe é o abandono de quaisquer pretensões de neutralidade científica, visto que, para dar conta da compreensão de fenômenos tão particulares, a interação da pesquisadora com seu campo de estudos, além de ser inevitável, é, acima de tudo, fundamental (FREITAS, 2002). Principalmente, nesta pesquisa, para a qual a interação social é tão cara, tendo em vista seu caráter mediador na produção de signos e sentidos.

Além disso, autores como Bauer e Gaskell (2002, p. 28) defendem que, de todo modo, mesmo no método quantitativo mais embasado no rigor positivista, o ideal científico de retórica puramente embasada na racionalidade argumentativa, isenta da influência cognitivo-afetiva de quem fala, é uma ilusão. Assim,

Toda apresentação de resultados de uma pesquisa é um conjunto dos três elementos básicos da persuasão, na medida que os pesquisadores querem convencer seus pares,

os políticos, as agências de financiamento, ou mesmo seus sujeitos de estudo, da autenticidade e importância de seus achados.

A despeito da característica de implicação subjetiva tão peculiar à abordagem qualitativa, o leitor pode ter a sensação de que o rigor é desprezado e as condutas não seguem nenhuma ordenação e coerência, senão aquela impressa pela própria vontade do pesquisador. Contudo, é importante situar que o trabalho de investigação, nesse caso, também se utiliza de certos critérios e contornos próprios, que têm o intuito de conferir credibilidade aos resultados. Assim, o rigor, particularmente na pesquisa qualitativa, pode ser pensado em termos de dar visibilidade ao percurso teórico-metodológico do pesquisador, por isso, “os métodos e os procedimentos são o meio científico de prestação de contas pública com respeito à evidência” (BAUER; GASKELL, 2002, p.29).

Portanto, além das técnicas, procedimentos e abordagens que foram utilizados, convém, sobretudo, esclarecer, a seguir, as justificativas que direcionaram a investigação a trilhar determinados rumos. Para tanto, primeiramente, apresento-lhes o caminho percorrido até o encontro com os participantes da pesquisa.

2.2. FASE EXPLORATÓRIA: A ESCOLHA E A INSERÇÃO NO ESPAÇO DA PESQUISA.

“Por onde andar
Eu começo por onde a estrada vai...”

(Rodrigo Amarante)

Conforme mencionado na introdução, o interesse pelo problema desta pesquisa surgiu por intermédio de minha atuação em um CAPS Ad do interior do estado do Ceará, ocorrida no ano de 2008. Essa experiência direcionou meu percurso investigativo à realidade dos CAPS, mas agora, na cidade de Fortaleza, em virtude de ser o lugar no qual residia à época, tornando mais fácil o acesso ao campo onde se deu a investigação.

Desta feita, procurei conhecer, primeiramente, um pouco da situação dos CAPS da cidade para entender o contexto local desses serviços. Vale mencionar que, atualmente, o município conta com 14 CAPS no total, sendo 6 CAPS Gerais, tipo II e 6 CAPS Ad,

espalhados pelas 7 Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza. Aliando-se a essa conta, existem mais 2 CAPS Infantis, situados nas SER III e IV. Além dos CAPS, a cidade oferece ainda uma residência terapêutica e uma oca de saúde comunitária, ambas situadas na SER I⁴.

Após descobrir algumas informações básicas desse cenário complexo, decidi visitar o CAPS Geral da SER II, por razão de conveniência, tendo em vista que já conhecia uma das profissionais que compõe o serviço. Nessa visita, tive um primeiro contato com a dinâmica de funcionamento da instituição, seus profissionais e alguns usuários. Percebi que a inserção nesse espaço se deu de modo tranquilo e acolhedor, além disso, a proposta de realização de uma pesquisa no local também foi bem recebida pelos profissionais com os quais pude interagir. Diante da experiência exposta, julguei o serviço apropriado à realização desta investigação e prossegui com a realização da Observação Participante (MONTERO, 2006).

A escolha pela observação-participante, como forma de acesso ao serviço e aos usuários, permitiu uma percepção mais ampla dos processos de interações entre as pessoas na construção dos sentidos em questão. Vale destacar, que o caráter participante conferido a tal observação, implica que a interação dos usuários com a pesquisadora também interfere na construção de sentidos. Nesse sentido, a observação pode ser considerada como

Um encontro de muitas vozes: ao se observar um evento, depara-se com diferentes discursos verbais, gestuais e expressivos. São discursos que refletem e refratam a realidade da qual fazem parte, construindo uma verdadeira tessitura da vida social. O enfoque sócio-histórico é que principalmente ajuda o pesquisador a ter essa dimensão da relação do singular com a totalidade, do individual com o social (FREITAS, 2002, p. 28 e 29).

As visitas possibilitaram uma rica interação com a realidade pesquisada, permitindo que o processo de construção dos dados da investigação pudesse ser planejado de um modo mais conectado com as possibilidades oferecidas pelo lugar. Acerca de tal cenário é válido mencionar que o CAPS Geral da Regional II deve prestar serviço a 21 bairros, onde residem 325.058 moradores. Cerca de 2.000 dessas pessoas são usuárias do serviço, segundo informado pela coordenação da instituição. Estas participam de atividades grupais e individuais, que incluem consultas psiquiátricas, psicoterapia, atividades de expressão

⁴ Fonte: Site da Secretaria de Saúde de Fortaleza:

http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_saudeMental_endCAPSFort.asp

artístico-cultural, trabalhos de expressão corporal, atendimentos familiares, entre outros recursos terapêuticos.

Nesse processo de imersão, tive a oportunidade de interagir com profissionais de psicologia, serviço social, enfermagem, artes e farmácia sobre o trabalho que estes desenvolviam no serviço. Soube, então, um pouco das suas dificuldades, limitações e conquistas. Entrei em contato com o desafio que o serviço enfrenta em oferecer atividades terapêuticas como recursos que vão além do uso de consultas e de medicamentos. Conheci as distintas propostas de cada área do conhecimento e dediquei especial atenção àquelas que eram realizadas em grupo.

A escolha por priorizar minha atenção no trabalho grupal se justifica pela crença na potencialidade do grupo como lugar privilegiado de interações cognitivo-afetivas facilitadoras de processos terapêuticos, justamente por sua capacidade de fomentar ressignificações importantes ao modo como os participantes lidam com seu sofrimento. A inserção dos usuários em atividades coletivas possui também a função de possibilitar as trocas entre os sujeitos com vistas à transposição dessa capacidade para seu meio externo. Deste modo, a habilidade dos participantes em estabelecer relações pode ser trabalhada, permitindo a ampliação de sua “contratualidade social” (SARRACENO, 1996; KINOSHITA, 1996; PEREIRA, 2007).

Assim, diante dessa opção pelos grupos, verifiquei quais daqueles, que funcionavam no CAPS, teriam a possibilidade de me receber, de modo a não comprometer o trabalho dos profissionais e os processos terapêuticos em andamento. Desta feita, elenquei dois tipos atividades terapêuticas grupais para visita, as oficinas de pintura e os grupos de “Florescimento Humano”.

A visita às oficinas de pintura causou encantamento pela criatividade e beleza das produções e também pelo entusiasmo com que os usuários desenvolviam seus trabalhos. Apesar de não haver um momento instituído para diálogo, os participantes interagiam bastante entre si com o intuito de sondar a opinião dos outros sobre suas produções, ou ainda para pedir sugestões acerca de que cor escolher e sobre as técnicas que deveriam ser empregadas para atingir determinado efeito. Outros usuários não perguntavam por opiniões, mas faziam questão de mostrar com orgulho as pinturas que haviam realizado. Considerei esse espaço com uma enorme potencialidade expressiva e terapêutica. Entendi que, no contraste daquelas

cores, as pessoas podiam também perceber suas diferenças e até se admirar com elas. Todavia, tive poucos momentos com esse grupo em virtude de uma pausa ocorrida em suas atividades. O artista que conduzia as oficinas deixou de trabalhar no serviço e, durante o período em que estive lá, não foi substituído.

Desse modo, passei a acompanhar somente os grupos de “Florescimento”. Nas conversas com os profissionais, soube que esses eram os grupos mais constantes em termos de frequência dos participantes e de tempo de existência. Além disso, esses grupos também ofereceram uma boa abertura às minhas visitas, por sua característica de permeabilidade constante à entrada de novos participantes. Eles ocorriam às quartas-feiras, nas dependências do CAPS e nas sextas-feiras, no salão paroquial da igreja São João Batista do Tauape, no bairro São João do Tauape.

Os grupos de Florescimento Humano eram desenvolvidos pela assistente social do CAPS. Apresentavam-se com uma proposta de trabalho de expressão corporal por intermédio de vivências biocêntricas⁵, que tem no princípio biocêntrico sua principal referência. Para tanto, utilizavam a afetividade como dimensão mediadora da transformação e tinham como objetivo a tarefa de resgatar a alegria de viver e facilitar o estabelecimento de novas conexões consigo, com o outro e com o todo. Eles aconteciam com periodicidade semanal, em um intervalo de três horas e com uma media de vinte e cinco usuários com diferentes diagnósticos: transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão, transtornos de personalidade, entre outros. A idade variava de 18 a 70 anos e estavam presentes ambos os sexos. Os usuários eram indicados pelos terapeutas do serviço, geralmente no momento das avaliações psiquiátricas (FELIX e BOMFIM, 2010).

No que concerne ao modo de funcionamento desses grupos, pode ser dito que as sessões eram divididas em dois momentos de expressão, sendo um por meio da fala e outro por meio da música e do movimento. Os usuários sentavam-se no chão, em círculo e, inicialmente, eram colocados os objetivos do encontro. Esse momento também servia para as apresentações de novatos ou visitantes, e ainda, para perceber as demandas do grupo em relação ao tema a ser trabalhado, apesar de haver uma preparação previa da facilitadora. Desta

⁵ A Vivência Biocêntrica parte do conceito de Vivência Ontológica proposta por Merleau-Ponty, no sentido de acreditar em uma proposta de experimentação corporal, pré-reflexiva, sensível, espontânea e imediata, na qual busca-se reencontra uma sensorialidade primitiva de integração ou conexão do indivíduo consigo mesmo através de exercícios. O adjetivo biocêntrico faz referência à centralidade da ligação com a vida e à intensificação da relação corpo-mundo (GOIS, 2002).

feita, a partir de um tema gerador, era iniciado o momento da intimidade verbal, na qual os participantes falavam de seus sentimentos e cotidiano, partilhando com o grupo suas impressões e experiências. Após a intimidade, partia-se para um rápido intervalo e, posteriormente, seguia-se com a parte da música e do movimento, em brincadeiras de roda, danças em duplas, caminhares, olhares, percepção do outro, consciência corporal e relaxamento.

Com relação às peculiaridades dos dois grupos de Florescimento, o da quarta e o da sexta, convém esclarecer que, apesar de apresentarem a mesma proposta de expressão corporal como mobilizadora de processos terapêuticos, tais grupos possuíam contornos próprios, definidos pelas características de seus participantes. Assim, no grupo de quarta, observei a presença de usuários mais comprometidos em termos de sofrimento psíquico, com pouca disponibilidade em expressar-se verbalmente. Os participantes que conseguiam conversar abordavam temas mais relacionados ao quadro sintomático de seu sofrimento e da “doença” pela qual foram diagnosticados. Os momentos de dança eram bem mais valorizados, visto a dificuldade em discutir temas.

Já no grupo de sexta, observei a presença de participantes mais antigos que já haviam passado por inúmeras propostas terapêuticas e, ao mesmo tempo, de usuários recém-chegados ao serviço. Em comum a todos, a capacidade maior de expressão verbal e de discussão de temas de seu cotidiano. Eles também abordavam o assunto sintomatológico, mas incluíam outros pontos à discussão, como suas conquistas, sua história, o modo como haviam se sentido nas sessões anteriores do grupo, seu relacionamento familiar e os acontecimentos marcantes da semana.

Dada a proposta de construção de sentidos acerca do processo de saúde-doença mental, julguei pertinente acompanhar o grupo de sexta, tendo em vista ter observado que eles discutiam elementos de ambas as facetas do meu objeto. Discursos sobre saúde e doença misturavam-se de modo pertinente à problematização que almejávamos empreender.

Assim, passei a acompanhar os encontros desse grupo durante dois meses como pesquisadora e participante. Nesse período, conheci pessoas, ouvi suas histórias, acompanhei discussões, observei usuários novos chegarem, outros mais antigos retornarem e experimentei vivências biocêntricas juntamente com todos os participantes do grupo. Todo esse

entrosamento preliminar foi importante para que eu refletisse no modo como os dados desta pesquisa poderiam ser construídos com aquelas pessoas.

2.3. A PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO E LEVANTAMENTO DOS DADOS.

A partir dessa experiência de contato tão direto com aquelas pessoas, julguei conveniente realizar uma entrevista individual⁶ com o intuito de abordar a questão dos sentidos sobre saúde-doença mental de modo particular. Esse caráter particular a que me refiro não exprime idéia de processo solitário ou produção de sentidos livre da influência de terceiros, tendo em vista que “na entrevista é o sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social” (FREITAS, 2002, P. 29). O particular que me interessou estava mais relacionado a ideia de colocar em destaque o modo como aquele sujeito específico constrói opiniões singulares, com base em suas experiências, valores, conhecimento e sensações, tal como afirmam Bauer e Gaskell (2002, P. 75):

Em uma entrevista de profundidade bem feita, a cosmovisão pessoal do entrevistado é explorada em detalhe. Embora tais pontos de vista pessoais reflitam os resíduos ou memórias de conversações passadas, o entrevistado possui o papel central no palco. É a sua construção pessoal do passado. No decurso de tal entrevista, é fascinante ouvir a narrativa em construção [...] Talvez seja apenas falando que nós podemos saber o que pensamos.

De acordo com esses autores a entrevista individual, ou de profundidade, caracteriza-se por se tratar de uma conversação, na qual o pesquisador, imbuído de um roteiro, ou tópico guia, aborda os temas centrais e problemas da sua pesquisa. Por intermédio desse recurso, tornou-se possível a construção de sentidos em torno do objeto saúde-doença mental. Isso se deve ao fato de que a entrevista não é um processo de mão única, nem pura coleta de informações. Ela aponta muito mais para a ideia de cooperação, negociação e troca de ideias e significados, tal como comenta Freitas (2002). Esse recurso não se reduz

a uma troca de perguntas e respostas previamente preparadas, mas é concebida como um produção de linguagem, portanto, dialógica. Os sentidos são criados na interlocução e dependem da situação experienciada, dos horizontes espaciais

⁶ Segue nos apêndices o roteiro utilizado na entrevista individual.

ocupados pelo pesquisador e pelo entrevistado. As enunciações acontecidas dependem da situação concreta em que se realizam, da relação que se estabelece entre os interlocutores, depende de com quem se fala.

A escolha do participante a ser entrevistado se deu espontaneamente por manifestação de interesse entre os participantes do grupo. Assim, expliquei minha intenção em realizar e registrar, por meio de um gravador de áudio, uma entrevista e indaguei aos participantes que estavam presentes naquele dia, 03 de setembro de 2010, quem teria disponibilidade em conversar sobre o tema da minha pesquisa, durante cerca de 40 minutos. Após algum silêncio uma mulher, a qual eu chamarei de *Maria*, levantou o braço e se dispôs a ser entrevistada. Fomos a uma sala mais reservada, dentro do mesmo salão paroquial, onde acontecia o grupo e iniciamos a conversa.

Maria tem 46 anos, é divorciada, tem dois filhos e está no CAPS desde 2007. Considera que possui uma doença mental. Recebeu diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, inscrito na CID 10⁷ com o código F31. Passou por três tentativas de suicídio. Já foi internada em Hospital Psiquiátrico. Participou de quase todas as atividades terapêuticas oferecidas pelo CAPS, desde que chegou. Atualmente, participa somente do grupo de Florescimento e faz uso de medicação. Cursa Comunicação Social, em uma faculdade particular de Fortaleza.

A conversa com Maria foi orientada por um roteiro de perguntas previamente estabelecido, de acordo a cumprir com os objetivos elencados para esta investigação. Contudo, assumiu direcionamento próprio, à medida que a participante comentava sobre sua história de vida. O discurso de Maria transitou do campo espiritual ao científico, para dar conta de explicar seu processo de saúde-doença. Abordamos acontecimentos marcantes em sua vida, que incluíram a morte de seu pai, a vinda para Fortaleza, o nascimento de seus filhos, a separação do marido, as crises de sofrimento psíquico, a entrada no CAPS, o ingresso no curso superior e sua situação atual. Percebi que o transtorno a qual foi diagnosticada é somente um aspecto da sua vida e que, além disso, existe uma bela história de lutas, fracassos e conquistas, que permanece viva, ainda com vários capítulos por acontecer.

Após essa rica experiência com a história de Maria, interessou-me discutir também em grupo um pouco da noção de saúde-doença mental. Julguei que seria, então, uma

⁷ Classificação Internacional de Doenças e de problemas relacionados à saúde (CID). A décima revisão corresponde à última versão de uma série que teve início em 1893 com o Código de Bertillon, ou Lista Internacional de Causas de Morte (OMS, 2007).

ótima oportunidade de contrapor os distintos modos de compreender o processo. Se com Maria, pude construir sentidos que transitaram por tantos enfoques, pensei que em grupo surgiriam muito mais contrastes e opiniões diversas.

Dado esse interesse, verifiquei com o grupo se haveria a possibilidade de comprometermos cerca de uma hora de seu momento de intimidade verbal, para discutirmos o tema desta pesquisa e se havia problema em registrar por meio de um gravador de voz toda a nossa conversa. A idéia foi aceita de modo tranqüilo e agendamos uma data para o acontecimento, que se deu em 12 de novembro de 2010. Nesse dia, estavam presentes a facilitadora do grupo de Florescimento Humano e 12 participantes, com idade entre 20 a 52 anos, dentre estes, apenas um era novato e comparecia pela primeira vez ao grupo, o restante já havia frequentado outras vezes.

O encontro foi dividido em dois momentos principais: o primeiro, mais individualizado, de resposta escrita a um questionário, que durou cerca de vinte minutos e o segundo, de interação grupal, por intermédio da discussão de temas, que durou aproximadamente uma hora. Inicialmente, pedi aos participantes que respondessem por escrito a um questionário⁸ elaborado por mim, que continha perguntas simples e objetivas a respeito da idade, do tempo de frequência ao CAPS e quais as atividades que participava no serviço. Além disso, havia também outras três questões que exigiam maior esforço reflexivo, por se tratarem de elaborações pessoais a respeito do significado de saúde mental e doença mental e ainda se estes consideravam se possuíam doença mental. Por fim, a última pergunta indagava se eles já teriam conversado sobre o significado dessas palavras antes. Tais questões subjetivas tiveram a finalidade de aquecimento para o momento seguinte, no qual se daria a discussão coletiva e construção de sentidos sobre o mesmo tema.

Para facilitar a expressão dos participantes escolhi a metodologia do Círculo de Cultura (FREIRE, 1983). Esta consiste em um espaço de trabalho, pesquisa, exposição ideias, experimentação de vivências que possibilitam a construção coletiva do conhecimento. É um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo de modo compartilhado. Tal metodologia foi desenvolvida por Paulo Freire (1921-1997) na alfabetização de adultos, com o objetivo de promover o diálogo problematizador sobre os assuntos mais significativos do cotidiano das pessoas. Atualmente, pode ser utilizado como

⁸ Segue nos apêndices, modelo de questionário utilizado.

instrumento de investigação e intervenção, na medida em que sistematiza as representações dos participantes a partir de elementos simbólicos comuns (temas e palavras geradoras), especialmente se pertencentes aos mesmos grupos de referência.

Nesse sentido, a escolha dessa metodologia tem relação com o próprio processo de construção de sentidos, visto que, através do diálogo problematizador, o conhecimento circula entre os participantes, promovendo questionamentos, reflexões e ressignificações sobre a temática abordada. Optei pelo Círculo de Cultura por acreditar que o diálogo propiciado por este instrumental tem a possibilidade de deflagrar processos de significação, ressignificação e complexificação de compreensões historicamente enraizadas, através das trocas simbólicas propiciadas neste espaço.

Para a realização dos círculos de cultura, escolhi as seguintes perguntas geradoras, como pré-texto para a discussão: Saúde Mental, o que é isso? Doença Mental, o que é isso? Saúde Mental: como obter? Doença Mental: de onde vem? Por intermédio dessas perguntas, pude orientar, de certo modo, o rumo do diálogo para o tema que me interessava e, ao mesmo tempo, também permitir a abertura para livre expressão dos participantes. A intenção era suscitar a reflexão e a discussão entre os membros do grupo, de modo que estes produzissem conjuntamente sentidos sobre o assunto saúde-doença mental e não que eles respondessem sistematicamente as perguntas estabelecidas. Assim, tentei assumir uma postura de facilitação da exposição e troca de ideias e de controle do tempo. Minhas intervenções e falas se deram no sentido de tentar trazer o grupo de volta ao tema ou de polemizar assuntos, com a intenção de gerar mais discussão.

Acerca modo como se desenrolou o círculo de cultura, vale mencionar que, dos doze participantes presentes, apenas cinco se expressaram verbalmente, o restante permaneceu calado, mas atento à conversa dos demais. Em um momento, foi pedido pela facilitadora do grupo de Florescimento que estes se manifestassem a respeito dos temas estavam sendo discutidos, contudo, eles não quiseram falar. Avaliei que aquela opção deveria ser respeitada e que a justificativa pelo silêncio de alguns participantes poderia ter inúmeros fatores, como timidez, ausência de interesse pelo tema, pouco entrosamento, dificuldade de expressão verbal, entre outros. Como havia estipulado anteriormente que um dos critérios de escolha dos participantes seria o interesse em contribuir com a pesquisa, não insisti na participação de quem não quis falar. Outrossim, estes já haviam se expressado por meio das respostas ao questionário.

Com relação àqueles cinco que discutiram em grupo, resolvi chamá-los de Maria, Rosa, Silvia, Vera e João. Para uma melhor contextualização do grupo, convém descrevê-los sucintamente, com exceção de Maria, que participou da entrevista e já foi caracterizada anteriormente.

Rosa, 47 anos, frequenta o CAPS há um ano e meio, já passou por consultas psiquiátricas, atendimentos psicológicos individuais e grupo de teatro. Atualmente participa apenas do grupo de Florescimento e faz uso de medicação.

Silvia, 46 anos, frequenta o CAPS há quatro meses, passou apenas por consultas psiquiátricas e pelo grupo de Florescimento. Não faz uso de medicação.

Vera, 49 anos, frequenta o CAPS há cinco anos, já passou por consultas psiquiátricas, atendimentos individuais com assistente social, grupos de mulheres, teatro, pintura e o de Florescimento. Conta que já passou por algumas internações em hospital psiquiátrico. Atualmente participa apenas do grupo de Florescimento e faz uso de medicação.

João, 42 anos, frequenta o CAPS há seis meses, passou apenas pelo atendimento com a assistente social e pelo grupo de Florescimento.

2.4. A ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E CODIFICAÇÃO DO MATERIAL PRODUZIDO.

Posteriormente ao processo de levantamento dos dados, foi empregada uma técnica de tratamento das informações denominada Análise de Conteúdo. Esta busca realizar uma descrição do conteúdo manifesto com base no material coletado pelos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa. Segundo Minayo (2008), tal análise parte de uma leitura de primeiro plano das falas para atingir um nível mais profundo, ultrapassando a esfera dos sentidos manifestos no material, visto que trabalha com a ideia de inferência e interpretação.

No universo da análise de conteúdo, há inúmeras formas realizá-la. Dentre estas, considero que uma das mais utilizadas seja a análise por temas ou análise temática, que foi empregada nesta pesquisa. Segundo Richardson (1999, p.197-198), a análise temática “consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o

problema pesquisado, para permitir sua comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira. Geralmente, elegem-se dois tipos de tema: - principais e secundários”. Neste caso, diante da reflexão acerca dos discurso produzidos com os participantes, escolhi trabalhar com três temas principais, os quais julguei como os assuntos que mais se destacaram.

O primeiro deles trata da tentativa de conceituação da loucura da saúde mental na contemporaneidade. O segundo aborda as diferentes histórias e “estórias” que explicam o surgimento da loucura na vida dos participantes e sinalizam para o modo como a saúde mental pode ser produzida. Por último, o terceiro tema discute o processo de construção de sentidos e sua articulação com a proposta da desinstitucionalização.

Dentro de cada tema elencado para análise, há ainda outros dois subtemas, somando um total de seis subtemas, portanto. Para efeito didático de facilitar a compreensão do leitor acerca da construção dos resultados, segue abaixo o quadro que expressa mais claramente o modo como foram categorizadas as falas:

Quadro 1 – Temas e subtemas.

Temas	Subtemas
1. A conceituação da loucura e do processo saúde-doença mental	<ul style="list-style-type: none"> • Da imprecisão sobre o assunto. • Da definição particular.
2. Histórias e “estórias” que explicam as existências-sofrimento e a produção da saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Os causos e as explicações sobre as origens das existências-sofrimento. • O tratamento da Doença ou produção da saúde mental: pelo fim das dicotomias.
3. Construção de sentidos e desinstitucionalização.	<ul style="list-style-type: none"> • Percebendo a diversidade. • Convivendo com a loucura.

Para que o discurso empreendido com os usuários pudesse ser classificado em temas e subtemas, procedi com gravação, transcrição e leitura exaustiva das conversas realizadas em grupo e na entrevista. Para que a gravação e a participação na pesquisa

acontecesse os participantes necessitaram assinar um termo de consentimento⁹, autorizando que suas falas pudessem ser gravadas, transcritas e analisadas, segundo orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, o qual também avaliou e autorizou a realização desta pesquisa¹⁰.

Desta feita, em virtude da necessidade de identificar as falas de cada participante e ainda de mencionar em qual momento se deu determinada frase, realizei também um processo de codificação. Nesse sentido, as linhas foram enumeradas, as falas mais significativas em cada tema foram organizadas em um quadro temático e codificadas, obedecendo à seguinte regra: Gr. indica que a fala foi produzida em grupo; E. indica que esta se deu na entrevista, sendo assim, uma dessas duas legendas aparecerá logo no início de cada codificação. Em seguida, será identificado qual dos participantes produziu aquela fala, por intermédio das duas primeiras letras de seus nomes, então: Ma. = Maria; Ve. = Vera; Si. = Silvia; Ro = Rosa; Jo. = João. Por último, aparecerá as linhas em que se encontram cada trecho, dentro da transcrição completa das gravações. Vejamos um exemplo: *“Mas antes... é o que é que eu sentia? Ah eu chorava muito, tinha medo de tudo, chorava bastante, bastante mesmo. Eu... pra mim, eu não significava nada”*(E. Ma. L. 8-9). A codificação, nesse trecho, significa que este se deu na entrevista (E), que foi mencionado por Maria (Ma) e que se encontra situado nas linhas 8 e 9 da transcrição (L. 8-9).

Agora que as falas já estão devidamente identificadas, é possível exemplificar também o modo como estas foram classificadas dentro do quadro temático.

Quadro 2 – Exemplo do modo de organização do Quadro Temático.

Tema 1	
A conceituação da loucura e do processo saúde-doença mental	
Subtemas	Unidades de Análise
Da imprecisão sobre o assunto	<p>A psicologia é muito deficitária diante disso. Por quê? Porque eu já vi pessoas consideradas com doença mental que não são. São pessoas que tiveram problemas emocionais no seu... desde os primórdios de sua infância e até hoje elas carregam traumas e dificuldades que eles não conseguiram ver saída, então, se desequilibram e como a saúde mental tem a ver com o equilíbrio do ser, aí o quê que acontece? A pessoa é tida como se tivesse uma doença mental e muitas vezes não é, é só um desequilíbrio emocional diante da dificuldade que ela tenha atravessado (Gr. Ro. L.6-12).</p> <p>Eu não digo eu acho não, eu tenho certeza, que dentro de presídio tem muita gente que no ato de um transtorno, de um desequilíbrio fez alguma coisa e foi jogado lá dentro, porque nem</p>

⁹ Termo de Consentimento segue nos apêndices.

¹⁰ Autorização do Comitê de Ética em Anexo.

	mesmo os médicos, nem mesmo as pessoas que trabalham com transtornos mentais eles sabem distinguir da hora que a pessoa tá numa crise mesmo, que tá no branco mesmo, que tá nela mesmo. E quando eles vão saber assim, às vezes... não é toda vida não, porque eu já tive de passar 3, 4 dias, ia pro CAPS, tomava meu medicamento, vinha pra cá, pintava e bordava e ninguém chegou pra me falar que tava com alguma coisa no meu comportamento e nem me parou (Gr. Ve. L.76-82).
A definição particular	<p>Saúde é poder... é... pra mim a saúde é a alegria, é você compartilhar também até a própria dor. É você... às vezes num gesto, que a pessoa diz assim: “não mais fulano faz diferente”, mas é não entender. A saúde é estar boa e passar o bem pro outro? Conhecimento bom pro outro, tudo de bom. Eu sempre assim, tudo que eu aprendo de bom, pra mim é saudável. E eu passo pro outro, eu não fico pra mim só (Ma. L. 126).</p> <p>Saúde mental é o equilíbrio das emoções sobre as atitudes e principalmente sobre as tendências ruins que a gente tem e acha que não tem, é dominar o anjo e o diabinho que dorme dentro da gente, é saúde mental (Gr.Ro.L.104).</p>

Tema 2	
Histórias e “estórias” que explicam as existências-sofrimento e a produção da saúde mental.	
Os causos e as explicações sobre as origens das existências-sofrimento.	<p>E tu já vinha sentindo isso há muito tempo? É... eu já tinha sentido... é de nascença já (E. Ma. L. 10-11).</p> <p>Não, é porque eu tenho assim uma coisa d’eu me entristecer por conta da maldade que faz com a pessoa e eu me culpar de não saber como desfazer aquilo, daquilo não acontecer (E. Ma. L. 19-21).</p>
O tratamento da Doença ou produção da saúde mental	<p>Que eu acho que a saúde mental depende da gente, do nosso eu. Todo mundo pode ter a saúde mental, depende da nossa determinação, de querer que ela permaneça na nossa vida, né, constantemente, e se trabalhar sempre nisso, né, não assim, com remédio, nem com essas coisas, mas... sim, se precisar do remédio, quando tá num alto grau, você vai precisar, né, porque as nossas emoções não tão mais perdurando. Mas assim, a gente precisa de tá aqui como a gente tá, que a gente vem recarregar as baterias, que a gente vem, isso aqui é bom, isso aqui faz bem pra mim, então eu venho e cada vez que venho aqui eu dou uma melhorada... já to bem, graças a Deus. Faz bem eu ir pra praia? Faz bem. (Gr.Si.L.151-159).</p>

Tema 3	
Construção de sentidos e desinstitucionalização	
Percebendo a diversidade	<p>Não, aí eu... você começa a crescer e você se sente diferente por você sentir dor por tudo que você vê de errado e você não aceitar, aí você vai se recolhendo e você vai se enquadrando só naquele canto e não querendo viver mais (E. Ma. L. 41-43).</p>
Convivendo	<p>Porque eu sei, quando eu vou saindo da realidade, quando eu vou ficando assim, eu sinto, eu sei, eu já sei os sintomas. Quando eu fico agitada demais, quando eu fico muito assim... nervosa, eu procuro me acalmar, eu procuro uma pessoa pra me apegar, eu procuro calmante,</p>

com a loucura	porque eu sei que eu vou entrar em crise [...] Hoje eu tenho uma vida diferente, uma vida mais saudável porque eu conheço o meu corpo, eu conheço uma forma melhor de vida. Isso eu aprendi lá no CAPS e aprendi no hospital também, vendo as pessoas com transtorno piores do que o meu, em estado pior, né? (Gr. Ve. L.37).
----------------------	---

Após o modo de categorização dos dados ter sido apresentado, passemos, então, à análise e discussão dos temas e subtemas, por meio da articulação com o referencial teórico-epistemológico que baliza este estudo. No capítulo seguinte, será discutido o primeiro tema extraído da análise e os respectivos subtemas

3. “DECIFRA-ME OU DEVORO-TE”: A DIFÍCIL TAREFA DE CONCEITUAR A LOUCURA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL.

Saúde é um termo amplamente difundido, utilizado e compreendido pelos mais diferentes tipos de sociedades, culturas e domínios do conhecimento. Entretanto, sua definição não encontra uma voz uníssona, sofrendo radicais transformações, conforme as nuances de cada cultura, sociedade, momento histórico e das variações de entendimento de quem o pronuncia. Atualmente, vivemos um momento de certo consenso científico em torno da tese de que saúde não significa meramente ausência de doenças. Contudo, se já admitimos do que não se trata, o que significa então esse termo?

Almeida-Filho (2000, p. 06) chega a afirmar que existe, em todas as disciplinas que constituem o chamado campo da saúde, “um flagrante desinteresse em construir conceitualmente o objeto Saúde. Em contraste, pode-se facilmente constatar uma razoável concentração de esforços no sentido de produzir modelos biomédicos de patologia [...]”. Não obstante a todo esse quadro de lacuna epistemológica, é possível verificar ainda a decomposição desse objeto em subáreas de especificidade bem delineadas que caminham paralelamente quase sem comunicação, contribuindo para a construção de múltiplas saúdes e infinitos enfoques para o conceito.

No caso mais específico da Saúde Mental, é notório o ranço da dicotomia mente-corpo, a qual foi herdada de modelos de saúde anteriores, que se perpetuam e coexistem com as discussões mais atuais. Essa subárea nasceu e se desenvolve até hoje afastada de todas as outras noções existentes de saúde, tendo em vista que, desde seus primórdios, esteve ligada à ideia de um tratamento com duas opções, o enquadramento dos indivíduos aos padrões vigentes ou segregação total com base na contenção da loucura e manutenção da ordem. Mesmo com o desenvolvimento de suas práticas e discursos, que condenam as opções citadas, a dificuldade de interlocução desse campo com os demais permanece.

Desta feita, vejamos a seguir a discussão do primeiro tema desta investigação, que trata do desafio de conceituar a loucura e a saúde mental. A princípio, abordo a questão da imprecisão sobre o assunto e, em seguida, a definição particular construída pelos participantes da pesquisa.

3.1. DA IMPRECISÃO SOBRE O ASSUNTO

Então, há muito o que se questionar e há muito o que se aprender em se tratando de doença mental (Gr.Ro.L.26).

A loucura nem sempre foi considerada doença, assim como nem sempre foi tomada como um objeto de estudo a ser discutido e transformado. Na obra “História da Loucura na idade Clássica” (FOUCAULT, 2004), é trabalhada a idéia de que três principais marcos históricos imprimiram drásticas reformulações no modo como a loucura foi compreendida.

O primeiro deles ocorreu no final da Idade Média, quando os padrões de moralidade entraram em cena e a loucura passou de algo místico e sobrenatural a um vício a ser combatido. Até aquele momento, a loucura era encarada com uma visão cósmica que lhe conferia um caráter misterioso, tendo em vista que era considerada a manifestação do plano espiritual. O que demarca a transformação na compreensão do termo, é que os loucos passaram a ser vistos como aqueles que viviam uma vida errante, que buscavam algo que desse sentido as suas verdades. Segundo Foucault (2004, p.33), “A loucura torna-se uma das próprias formas da razão. Aquela se integra nesta, constituindo seja uma de suas forças secretas, seja um dos momentos de sua manifestação, seja uma forma paradoxal na qual pode tomar consciência de si mesma [...]”.

Já o segundo marco se deu na Idade Moderna, quando a racionalidade cartesiana do “Penso, logo existo” transformou a loucura em irracionalidade e impossibilitou-a da capacidade de enxergar a verdade. Na mesma época, a necessidade de fortalecimento das cidades e do Estado passou a se configurar como argumento para a que a pobreza e a mendicância passassem a ser combatidas. Reuniram-se, então, as principais condições para o momento histórico denominado por Foucault com “a grande internação”, a qual não se configurou somente como o enclausuramento dos loucos, mas também dos pobres, desempregados e moradores de rua. Por esse motivo, o tratamento dispensado a essas pessoas era o trabalho, com o intuito de combater a ociosidade e torná-las aptas a contribuir com a produção. O lugar que a elas foi destinado foi o Hospital Geral, que nesse momento não tinha qualquer ligação com a saúde ou a Medicina.

O terceiro grande marco dessa história ocorreu no século XVIII, sob a influência da Revolução Francesa e industrial, quando a ciência passou a ter o status de verdade e a tudo que pôde ser cientificamente comprovado foi tomado como certo. A ciência médica tomou para si a responsabilidade pelos hospitais e, por sua vez, a Psiquiatria tomou conta da loucura. O coroamento da tomada da loucura pela ciência se deu quando Philippe Pinel inscreveu a alienação na nosografia médica e reservou um local específico para os alienados. Segundo Amarante (2003), Pinel foi o responsável por definir um estatuto patológico para a loucura e por levantar uma possibilidade de cura para essa, que se daria no tratamento moral de reeducação da mente alienada.

O isolamento passou a se configurar, portanto, como a melhor forma para se observar, descrever, comparar e classificar os tipos de alienações mentais. A loucura é enfim denominada de doença mental e compreendida como um distúrbio das paixões. Segundo Birman (1978), é nesse momento que a loucura torna-se verdade médica e é instaurada a clínica das enfermidades mentais, baseada na medicalização. A “doença” deveria ser conduzida com ordem, autoridade e disciplina para que as funções normais dos indivíduos fossem restabelecidas. Retira-se, então, dos loucos toda a possibilidade de conhecimento sobre si e sobre sua saúde, ao mesmo tempo em que se atribui ao médico a responsabilidade por conhecer, controlar e curar estes indivíduos.

A partir desse breve retrospecto, é possível analisar quantas transformações ocorreram nos modos de explicar e de lidar com a loucura, até que esta fosse considerada, de fato, uma doença mental. Nesse percurso de mudança, observamos o movimento das significações sobre a loucura e percebermos que a forma como a encaramos, atualmente, sofre as influências de todas as conotações citadas, desde a mística e espiritual até a alienada e doente. Todo esse quadro de múltiplos entendimentos acarreta uma confusão de significados e sentidos acerca dessa palavra. Assim, desde a inauguração do termo doença mental, sua conceituação permaneceu imprecisa, polêmica e abrangente. Mesmo com o avanço científico da psiquiatria, não foi possível definir de modo consensual o significado desse termo tão complexo. Diante de tanta indefinição, a tudo que fosse comportamento desviante, estranho, distante de uma lógica racional seria atribuído o estigma da doença mental.

Esse conceito só foi revisto quando os movimentos reformistas da psiquiatria entraram em cena, a partir do período pós-guerra. Dentre as principais reformas ocorridas, aquela que mais questionou a acepção do termo doença mental foi a reforma italiana, que

desconstruiu essa noção e passou falar de existência-sofrimento dos sujeitos. Desde então, profundas mudanças foram processadas no trato com os loucos e com a loucura, refletindo na construção de serviços substitutivos aos hospitais e propostas de tratamento mais conectadas com qualidade de vida possível e específica a cada sujeito.

Contudo, apesar de tanto avanço na conceituação do objeto saúde-doença mental, o que pode ser observado na atualidade não é a superação dos vários modelos de saúde e doença que existiram, mas a coexistência destes num plano ideológico de profundos embates cotidianos entre abordagens e práticas contraditórias. A explicação dos fenômenos no campo da saúde e, mais ainda, a explicação do processo saúde doença mental é construída em um campo de tensões, devido à variedade de teorias existentes e de correntes de pensamento historicamente forjadas.

A publicação do DSM III¹¹, em 1980, substituiu o termo *mental illness* por *mental disorder*, por considerá-la uma nomenclatura mais adequada. Na mesma linha de pensamento, o CID 10 também propôs o termo transtorno em todas as classificações que envolviam as questões de saúde mental. Para o Brasil, isso significou a abolição da expressão doença mental, que passou a ser chamada de transtorno ou distúrbio mental. Sendo assim, substituiu-se o termo, mas não o significado, que continua a classificar os quadros sintomatológicos e rotulá-los sob o signo do transtorno.

Segundo Amarante (2010, P.68): “o termo *mental disorder* nos remete a pensar em não-ordem, quebra da ordem, sem ordem, e aí voltamos ao princípio da questão: qual é a ordem mental? O que é normalidade mental?” Tendo em vista tais questionamentos, convencionou-se, no campo da atenção psicossocial, falar de sujeitos em sofrimento psíquico ou mental, no sentido de que esta expressão evocaria uma condição circunstancial de uma experiência sentida e não um atributo eterno e indistinguível do sujeito.

A imprecisão do conceito de saúde-doença mental e o campo de tensões onde está situado esse problema foi tema recorrente no discurso dos participantes da pesquisa. Estes denunciaram o estado de grande confusão em que se insere a problemática da loucura. Todavia, apesar da falta de consenso sobre o problema, a ciência busca cercar-se de todas as suas teorias para conceituar as síndromes e os transtornos, ao mesmo tempo, encontra grande

¹¹ Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta revisão, publicado em 1994, pela Editora Artes Médicas Sul, é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria.

dificuldade em explicar a loucura. Nesse sentido, as falas dos participantes apontaram para esse quadro complexo de múltiplos pontos de vista e de não entendimento em que a questão está situada.

A primeira afirmação que destaco, portanto, trata do limite tênue que separa e classifica os sujeitos que não se enquadram nos padrões comportamentais aceitos socialmente. Dentre estes, como perturbadores da ordem social, os criminosos e os loucos. Como distingui-los? É o que indaga Vera no seguinte trecho:

Olha uma das coisas que me dá mais pânico, é de eu entrar em crise, matar alguém e quando eu voltar eu não me lembrar mais nada. Assim como eu acordo e tô dentro de um hospital mental, eu tenho medo de acordar um dia e tá num presídio, porque eu tenho... eu não digo eu acho não, eu tenho certeza, que dentro de presídio tem muita gente que no ato de um transtorno, de um desequilíbrio fez alguma coisa e foi jogado lá dentro, porque nem mesmo os médicos, nem mesmo as pessoas que trabalham com transtornos mentais eles sabem distinguir da hora que a pessoa tá numa crise mesmo, que tá no branco mesmo, que tá nela mesmo (Gr.Ve.L.73).

Nesse trecho, Vera aponta para uma questão polêmica, que diz respeito aos limites entre o normal e o patológico, definidos pela sociedade ocidental e a dificuldade em se perceber o momento em a pessoa rompe com essa delimitação. De fato, desde a época da “grande internação”, a figura do louco foi associada a outros tipos “perturbadores” da ordem pública como os moradores de rua, as prostitutas, os bêbados e todos aqueles que infringem as leis e a moral. Desse período até aqui, embora a criação dos hospitais psiquiátricos tenha separado os ditos “doentes mentais” dos demais, há, ainda hoje, uma notável dificuldade em se estabelecer os diagnósticos de sanidade e loucura para as pessoas que transgridem as leis.

Sabe-se que o estatuto jurídico criminal do “doente mental” é definido no Código Penal, a priori¹², como inimputável. Tal inimputabilidade se justifica na tese de que, devido à sua “constituição mental adoecida”, ele não teria condições plenas de entender e responder por seus atos. A polêmica que se coloca nessa situação estaria no fato de que os imputáveis seriam medidos pelos atos cometidos no passado, enquanto os doentes mentais seriam medidos também por aquilo que poderiam no futuro vir a cometer, dado que são, de antemão, considerados perigosos. Portanto, segundo De Tilio (2007, P.203) “ser doente mental pode ser

¹² O sujeito pode ser tornado e considerado, em certas ocasiões, como semi-imputável, caso o psiquiatra-perito entenda que, no momento da ação criminosa, o autor agiu no denominado intervalo lúcido, um momento na própria dinâmica da “alienação” que possibilitaria o entendimento das consequências da ação criminosa. A “doença” não deixaria de existir, mas a pessoa poderia, num momento determinado, ser considerada minimamente capaz de compreender as consequências do ato criminoso, podendo ser presa e penalizada com atenuantes (DE TÍLIO, 2007).

entendido como agravante nas relações criminais” e sentenciar para o indivíduo, ainda nos dias atuais, o isolamento perpétuo em instituição jurídico-hospitalar de tutela, por sua característica contínua e incurável de periculosidade.

Acerca desse caráter permanente que se atribui à doença mental, Rosa também contribui com uma análise interessante ao afirmar: *“O que você tem, ou que você teve? Dois tempinhos do verbo empregado, um no presente e outro no passado. Então, há um profissional responsável por isso e a maioria deles não observam isso”* (Gr.Ro.L.345). Nesse trecho, a participante comenta sobre a tendência dos profissionais em diagnosticar prontamente os quadros sintomáticos dos pacientes que procuram ajuda, cronificando um estado que poderia ser passageiro. Ela aprofunda ainda mais sua reflexão ao comentar:

A psicologia é muito deficitária diante disso. Por quê? Porque eu já vi pessoas consideradas com doença mental que não são. São pessoas que tiveram problemas emocionais no seu... desde os primórdios de sua infância e até hoje elas carregam traumas e dificuldades que eles não conseguiram ver saída, então, se desequilibram e como a saúde mental tem a ver com o equilíbrio do ser, aí o quê que acontece? A pessoa é tida como se tivesse uma doença mental e muitas vezes não é, é só um desequilíbrio emocional diante da dificuldade que ela tenha atravessado (Gr.Ro.L.6).

A psicologia a que Rosa se refere indica não só esse domínio do conhecimento. Ela parece falar, nesse trecho, dos diferentes saberes que atuam no campo da saúde mental, responsáveis pela nomeação e identificação das doenças. Nessa fala, a participante critica a tendência que os profissionais possuem de patologizar qualquer momento de sofrimento e não considerar que tal expressão possa vir a ser apenas um “desequilíbrio” frente a um período de dificuldade. A mesma crítica é feita por Rotelli (2001), ao destacar o momento “quando os sintomas, de expressões de uma dificuldade e de um desequilíbrio nas condições de vida, se tornam simples sinais de uma doença que, ao invés de se inscrever no mundo social, se inscreve no mundo patológico”.

Os apontamentos de Rosa fazem lembrar também de uma citação de Guimarães e Meneghel (2003), na qual é abordado o tema das significações em saúde: “os profissionais de saúde têm o poder de nomear a enfermidade no sujeito, dando sentido subjetivo ao processo do sujeito, significando-o culturalmente”. Os autores chamam atenção para a questão da construção do conhecimento sobre saúde-doença e defendem que, tanto o significado da saúde, quanto o da enfermidade, são moldados pelas trocas subjetivas e necessitam ser confirmados pelo olhar de outra consciência. É o que veremos na fala de Maria: *“É uma coisa tão fria, você parece que ta fora de si. Uma doutora no HGF disse que a pessoa entra em*

transe, num transe que você não é você, aí foi que eu fui entender, aí eu disse: “valha meu Deus do céu, eu já to com medo é de entrar em transe outra vez!” (E. Ma. L.80).

Por intermédio do trecho, percebo que esse caráter de confirmação é ainda mais marcante, quando parte de um profissional de saúde, que supostamente sabe identificar, classificar, diagnosticar e tratar os problemas de comportamento humano. Nesse sentido, vale frisar que a produção de subjetividade em saúde não pode ser confundida com a manipulação da subjetividade. Por isso, os autores criticam a forma com que, muitas vezes, tais profissionais funcionam somente como nomeadores da enfermidade, atribuindo sentidos universais aos processos individuais de outrem.

Onocko Campos e Campos (2006, p.670) defendem que as concepções de saúde devem ser avaliadas continuamente de forma relativa. Assim, “a pergunta ‘como se produz saúde ou o que é produzir saúde’ deverá ser respondida sempre em relação, em comparação a alguma posição anterior do sujeito sob análise, seja ele um indivíduo ou uma coletividade”. Tal como aponta Rosa

Muitas vezes o psiquiatra falha muito nisso aí, porque ele tem a avaliação própria dele e, muitas vezes, ele não ouve o paciente. Porque o paciente que se conhece e que se aceita. [...] Ele tem que conhecer o paciente, pra isso ele tem avaliar, ele tem que conviver com o paciente e com a rotina dele, se não, não dá! (Gr.Ro.L.343-346)

Diante do quadro de imprecisão em que a temática da loucura está situada, vemos na afirmação de Rosa, uma rota possível ao trabalho dos profissionais da saúde. Esta seria a ação de ouvir o usuário e se interessar por suas impressões, sensações e opiniões acerca de sua própria saúde, isto é, construir sentidos com os usuários sobre saúde-doença mental. Isso implica em perceber o sujeito como ator principal, capaz de provocar influências, inclusive na formulação de um conceito científico. Tal como comenta Vygotski (1934/2001, p.466): “Há muito se sabe que as palavras podem mudar de sentido. Há relativamente pouco tempo foi observado que também se deve estudar como os sentidos mudam as palavras, ou melhor, como os conceitos mudam de nome”.

Mas como pensar, então, em sentidos construídos por usuários de serviços saúde mental? Como propor o protagonismo no campo da desrazão e da alienação? Torre e Amarante (2001) propõe uma boa saída quando sugerem que o ato terapêutico deva tomar outros contornos. A cura deve deixar de ser o foco para que novos objetivos entrem em cena,

tais como a produção de autonomia, a desconstrução da relação de tutela e a transformação dos sentidos e conceitos em saúde mental:

É possível perceber como os conceitos formam uma rede: a clínica encerra a atuação sobre a doença, que requer um diagnóstico que a reconheça e possibilite a escolha do tratamento ou ato terapêutico apropriado, que por sua vez objetiva a cura. A desmontagem e desnaturalização dessa rede, bem como a proposição de novos conceitos ou novos sentidos para os mesmos conceitos é o trabalho da desinstitucionalização (TORRE E AMARANTE, 2001, P.82).

Dentro desse debate, acrescenta Rotelli (2001) que seria necessária a desmontagem da cultura e da estrutura psiquiátrica que separou a doença da existência do sujeito, dando maior ênfase ao diagnóstico e ao sintoma, do que ao modo como este sente, significa e lida com sua loucura no cotidiano. O autor acredita ainda que um importante passo para a desconstrução da lógica natural de exclusão do louco é a renúncia à perseguição da cura, de modo que o objeto da atenção do cuidado seja a existência-sofrimento dos sujeitos e suas possibilidades de vivenciar novos papéis sociais, novas oportunidades e possibilidades.

Segundo Rodrigues e Figueiredo (2003, P. 119), essa desmontagem cultural deve ser trabalhada também, desde o momento formação profissional. Os autores discutem que a formação universitária dos profissionais de saúde, independentemente da área, apresentam características semelhantes, tendo em vista que, ao se observarem os tipos de tratamentos propostos, “percebe-se que estes têm como base não o doente, mas a doença, transformando a pessoa do doente em uma questão técnica a ser resolvida”.

Acerca desse momento importante em que a marca da doença é impressa no sujeito, Maria conta:

Pesquisadora: E ele disse que tu tinha o que?

Maria: Ele disse assim: “O nome da doença que você tem é TAB, transtorno emocional bipolar”. Aí tem uma numeração, mas eu não sei, nunca perguntei. Já tem outros colegas meus que sabem.

Pesquisadora: Aí tu perguntou pra ele: “Isso tem cura?” Aí ele disse o que?

Maria: Aí eu disse: “isso tem cura?” Aí ele disse: “não, isso daí você vai só controlar.” (E. Ma. L. 249-254)

Nesse trecho, poder observado o modo como o indivíduo é enquadrado dentro de uma nomenclatura, que lhe é estranha. Tal como denuncia Rotelli (2001, p. 93), ao citar uma das mais emblemáticas afirmações de Galimberti (1984): “O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos”. Nesse

processo classificatório a que o sujeito se submete, os sintomas apresentados não estão relacionados a um determinado ambiente, modo de viver ou aos costumes e hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico, no qual as diferenças individuais que afetam a evolução da doença “desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas”.

Coelho e Almeida Filho (2002, P.318), ao comentarem sobre a teoria do rótulo¹³, explicam que o psiquiatra é visto como o principal rotulador legitimado socialmente, embora outros profissionais possam também confirmar o rótulo imposto. Assim,

O diagnóstico psiquiátrico implicaria uma poderosa operação de rotulação capaz de produzir um tipo especial de desvio secundário: a doença mental. [...] O resultado desse processo de legitimação foi denominado por Goffman (1961) de carreira do doente mental, correspondendo a um complexo processo microssocial de reconhecimento, rotulação, estigmatização e institucionalização de sujeitos.

Diante de tanto estranhamento aos termos e nomenclaturas que lhe denominam, resta ainda ao sujeito a busca por maiores informações:

Pesquisadora: Tu acha que desde esse dia que tu entrou no CAPS a primeira vez, que ele te falou: “Maria, seu problema é esse.” Até hoje, tu descobriu coisas sobre isso que tu tem? Tu aprendeu coisas sobre isso que tu tem ou o que tu sabia antes é o mesmo que tu sabe agora?

Maria: Não, eu fui atrás na internet, eu fiquei tão curiosa. Aí eles dão sempre o mesmo conceito sobre o que é

Pesquisadora: E o que é?

Maria: Que a pessoa... é um transtorno que a pessoa começa a chorar, tem insônia, ela não quer comer, ela fica querendo ficar desligada. Uma depressão mais por conta da emoção (E. Ma. L.257-264).

Como vimos, Foucault (2004) apontou que a consciência da loucura, nunca foi um consenso, ela surge em vários momentos históricos com as mais diferentes enunciações. No entanto, paradoxalmente, embora a definição da loucura esbarre constantemente em imprecisões conceituais, o louco é facilmente reconhecido e rapidamente aconselhado a se tratar. Ao buscar entender o que se passa consigo, recebe um estranho e indecifrável diagnóstico, que lhe é outorgado por um terceiro e que, a partir daquele momento, será sua principal característica como pessoa.

¹³ A teoria do rótulo foi sistematizada nos Estados Unidos na década de 1960 e teve como um de seus principais expoentes o autor Goffman (1963). Este acreditava que a sociedade estabeleceria os meios de classificar as pessoas em categorias, de acordo com os seus atributos. Os sujeitos que apresentassem atributos socialmente desejados seriam categorizados como normais, enquanto aqueles que possuem um ou mais atributos indesejáveis seriam os desviantes.

Compete a esse mesmo sujeito, que se encontra classificado e enquadrado, a busca por maiores informações, entendimentos e significações, tal como fez Maria. Nessa procura, ele encontra um panorama de imprecisão e indefinição e uma lista enorme de patologias nas quais poderá se enquadrar. Cada uma com descrições abrangentes e variadas de sintomas que podem ou não estar manifestos. Cabe-lhe, por fim, a possibilidade de construir seus próprios entendimentos sobre o que vivencia na pele, tendo como base as distintas teorias científicas existentes, as explicações dos profissionais que lhe assistiram, o senso comum e suas próprias experiências e sensações. É o que chamamos, nesta pesquisa, de sentidos.

Vejamos, portanto, um pouco dessas impressões particulares que emergiram e se desenvolveram nas discussões com os participantes da pesquisa.

3.2. DA DEFINIÇÃO PARTICULAR.

Segundo Amarante (2010, P.66), um dos passos mais importantes para a implementação da reforma psiquiátrica no cotidiano dos serviços é a valorização do saber e do sentir dos usuários. Para o autor, os tratados de psiquiatria se ocuparam apenas das doenças e se esqueceram dos sujeitos. Assim, analisam seus tipos, suas semelhanças e distinções, mas não enxergam, nem escutam o que os usuários tem a dizer sobre o que se passa com eles.

Sobre a importância do protagonismo dos usuários na saúde, Góis (2008) acrescenta que há muito ainda por fazermos. O autor entende que é necessário a desmontagem do paradigma tradicional da saúde, dos enfoques biomédico e psicológico. Para tanto, devemos tomar o caminho de uma nova prática, a partir do enfoque sócio-psicológico da saúde e das estratégias em rede. “Um fazer com o outro em seu lugar de moradia e não para o outro, nem apenas dentro de um posto de saúde”. Dentro dessa perspectiva, não é possível fazer saúde para o outro, tratar, curar o outro, mudar seus hábitos, integrá-lo. Saúde seria, então, uma co-produção aprendida e realizada coletivamente.

Ainda acerca da discussão sobre o papel dos usuários na produção da saúde mental, Ayres (2008) acrescenta a importância da existência de um “encontro cuidador”. Com esse termo o autor salienta a necessidade de que o cuidado se dê por intermédio de uma fusão de horizontes entre profissionais e usuários, para que o trabalho ocorra pautado numa

construção compartilhada de saber sobre o que se passa com aquele sujeito. Desta feita, não basta, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que o profissional de saúde acha que é relevante saber. “É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados” (P.58).

Por esse motivo, Torre e Amarante (2001, P.84) defendem a transformação do lugar social do louco, “do sujeito alienado, incapaz, irracional, a um protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade”. É o que tem sido chamado por muitos teóricos de produção de subjetividade na saúde. Acerca dessa produção, a categoria sentido, trabalhada pela Psicologia Histórico-Cultural, tem muito a contribuir, tendo em vista que pode se configurar como uma importante ferramenta para a busca do protagonismo do louco na invenção de sua saúde.

Sob a ótica dessa abordagem, os processos de significação são compreendidos como instrumentos de mediação da relação dos sujeitos com o mundo. De acordo com Silvestri e Blanck (1993):

A realidade da consciência é a realidade do signo. E o signo é social. A linguagem não surge na história da humanidade, nem é adquirida pela criança, nem se desenrola fora da sociedade humana. A linguagem é um produto da atividade humana e é uma prática social. (p.32).

A partir desse trecho, percebemos que, para tal psicologia, a atividade humana e a interação social são os requisitos básicos para o desenvolvimento da linguagem e da consciência. Nesse sentido, o indivíduo é encarado como um ser que constrói sua existência, a partir da ação sobre a realidade, com o objetivo de satisfazer suas necessidades. A consciência se originaria e se transformaria, portanto, de acordo com o próprio processo de mudança da atividade prática e da interação do sujeito com o mundo. A dinâmica de constituição do psiquismo partiria do inter para o intrapsíquico. A base deste processo seria a reconstrução interna das atividades socialmente enraizadas e historicamente construídas, mediante as operações com signos, chegando a ponto de o indivíduo ser capaz de identificar as propriedades objetivas da realidade e a si mesmo, esboçando impressões subjetivas do mundo.

Um postulado central para o entendimento dos processos de significação, encontra-se no capítulo intitulado “Pensamento e palavra” (Vygotski, 1934/2001), no qual o

autor articula sua tese de que os significados das palavras não são estanques, eles se desenvolvem, conforme vemos no trecho a seguir:

A descoberta da mudança dos significados das palavras e do seu desenvolvimento é a nossa descoberta principal, que permite, pela primeira vez, superar definitivamente o postulado da constância e imutabilidade do significado, que servira de base a todas as teorias anteriores do pensamento e da linguagem (p. 399).

Essa descoberta possibilitou um entendimento extremamente diferenciado das teorias que circulavam naquele período, tendo em vista que trabalhavam com a ideia de uma ligação puramente associativa entre significado e palavra. Esse caráter de vínculo por associação entre forma sonora da palavra e seu conteúdo concreto impossibilita que pensemos a singularidade do que representa cada palavra na consciência, pois, para o teórico, é impossível admitirmos uma associação direta entre uma palavra e um único conteúdo universal. Este defendia, portanto, a existência de dois planos na linguagem, um semântico, em seu interior e outro físico e sonoro, próprio de seu exterior.

Assim, por intermédio dessa crítica, Vygotski chama atenção para a análise do sentido e significado, sendo o primeiro próprio de uma consciência pessoal e o segundo de uma consciência coletiva. O significado, diria respeito à gênese do processo de constituição das palavras, de forma que todas as pessoas teriam acesso a estas, já dentro do sentido, estaria compreendida uma vasta gama de conteúdos, tanto cognitivos, quanto afetivos e vivenciais.

Vygotski (1934/2001) salienta que toda palavra é carregada de vivências afetivas, significadas de maneira singular em cada indivíduo e impregnada pelo contexto da língua. Desta forma, a consciência deve ser compreendida não como um sistema puramente intelectual, mas como tendo uma base cognitivo-afetiva que organiza, direciona e regula o comportamento. Neste sentido, seria necessário captar o subtexto, ou seja, o motivo para o qual a atividade semiótica se orienta e, ainda, a linguagem da emoção, durante o processo interativo. Essa reflexão sustenta o desenvolvimento da tese de que o sentido da palavra muda com o motivo, levando-o a afirmar que a verdadeira compreensão do sentido da palavra e do pensamento consiste em penetrar nos motivos do interlocutor. Este motivo constitui a base afetivo-volitiva da palavra e do pensamento.

Leontiev (1978) aprofunda este debate, acrescentando que “o sentido pessoal traduz precisamente a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados” (p.98). Para o autor, a questão dos sentidos e significados é um dos principais componentes da

consciência, porém não são os únicos, tendo em vista que o conteúdo sensível¹⁴ é que cria a sua base e suas condições. Portanto, comungando com as concepções de Vygotski, enfatiza o autor que “para encontrar o sentido pessoal devemos descobrir o motivo que lhe corresponde” (P.97).

Dessa forma, é possível referir, que o modo como um usuário do CAPS compreende o significado de doença mental, por exemplo, é atravessado tanto por suas percepções, vivências, experiências e sensações particulares, como pelo que foi convencionado a ser evocado pelo termo. Nessa convenção, encontram-se emaranhados discursos científicos e, ao mesmo tempo, senso comum.

Tais categorias são importantes na formulação deste trabalho, pois trazem subsídios para refletirmos sobre o modo como são construídas as significações acerca do objeto saúde e doença mental. Assim, ao indagarmos aos participantes dessa pesquisa o que é saúde mental ou o que significa doença mental, produzimos alguns sentidos interessantes que nos falam de sensações, interpretações, teorias e singularidades. Vejamos alguns destes, que foram enfocados por intermédio do questionário, respondido por escrito, individualmente:

Quadro 3: Respostas escritas pelos participantes sobre doença mental e saúde mental.

Participante	O que é Doença Mental?	O que é Saúde Mental?
Monique, 35 anos, 1 mês no CAPS.	<i>“Aquilo que mexe com a cabeça interior do ser humano”.</i>	<i>“Estar bem totalmente de saúde, isso lhe trás paz total”.</i>
Maíra, 20 anos, 2 meses no CAPS.	<i>“Quando a pessoa não está bem consigo mesma”.</i>	
Franzé, 52 anos, 7 meses no CAPS.	<i>“Transtorno”.</i>	
Araci, 42 anos, 9 meses no CAPS.	<i>“Uma doença delicada”.</i>	<i>“Uma doença que me incomoda”.</i>

¹⁴ Expressão cunhada por Leontiev (1978, p.98), que diz respeito às sensações, imagens de percepção e representações.

Juliano, 27 anos, 1 dia no CAPS.	<i>“É tudo aquilo que leva você à tristeza, angústia, depressão”.</i>	<i>“É aquilo que nos leva à alegria, a uma vida plena e satisfatória”.</i>
Cláudio, 28 anos, 2 anos no CAPS.	<i>“É um desequilíbrio neuroquímico, que ocorre no cérebro. A etiologia de uma doença mental pode estar relacionada a fatores genéticos, sociais e psicológicos”.</i>	<i>“É um equilíbrio generalizado na saúde psíquica, orgânica, social, familiar, profissional, etc”.</i>
Lúcio, 48 anos, 5 semanas no CAPS.	<i>“Tecnicamente não sei explicar”.</i>	
João, 42 anos, 6 meses no CAPS.	<i>“Depressão”.</i>	<i>“Ficar bom”.</i>
Maria, 42 anos, 4 anos no CAPS.	<i>“É quando algo está errado, com alteração ou falta de algum componente ou peça do cérebro, que quebra (desequilíbrio)”.</i>	<i>“Acho que a peça que está quebrada foi consertada e voltou a ser estável (funcionar) (com equilíbrio)”.</i>
Vera, 49 anos, 5 anos no CAPS.	<i>“É o bicho mais feio que já vi”.</i>	<i>“Ter controle das suas emoções”.</i>
Sílvia, 46 anos, 4 meses no CAPS.	<i>“É quando não conseguimos nos adaptar com o cotidiano do dia a dia e não controlamos nossas emoções”.</i>	<i>“É quando conseguimos nos controlar diante das emoções, sem permitir que nos deixem seqüelas, é não permitirmos que elas entrem em nossa mente e não se apodere de nossa vida”.</i>
Rosa, 47 anos, 1 ano e meio no CAPS.	<i>“Doença Mental é tudo o que tira do indivíduo o seu controle e equilíbrio, ao ponto dele não ser responsável por si mesmo”.</i>	<i>“Saúde mental é o estado psicológico do indivíduo e que norteia a sua vida em sociedade, de forma equilibrada”.</i>

Primeiramente, tomemos para análise o fato de quase todos os participantes terem respondido a pergunta sobre doença mental, com exceção de Lúcio, que afirmou não saber explicar. Já sobre a saúde, três pessoas deixaram de responder e uma entendeu que saúde

mental é uma doença que lhe incomoda. Tal constatação nos leva a indagar: será que é mais fácil falar da doença do que da saúde?

Chammé (2002) traz uma importante contribuição ao nosso questionamento, quando argumenta que, no caso da doença, é possível percebê-la através de sintomas e sinais que se agrupam em conjuntos e caracterizam as síndromes, ou seja: “a doença é passível de ser detectada, pois é uma expressão concreta do corpo, enquanto, por outro lado, saúde é tida como uma expressão abstrata e ausente, como se fosse algo que estivesse sempre por vir” (P.05 e 06). A saúde, nesse sentido, é assintomática, enquanto muitas doenças apresentam multiplicidade sintomatológica tão abrangente, que quase nada escapa ao rótulo de patologia.

De acordo com Coelho e Almeida Filho (2002, P.316) a dificuldade de conceituar epistemologicamente a saúde é reconhecida desde a Grécia antiga. “A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente”. Por outro lado, os autores argumentam que tal dificuldade conceitual pode ser resultado também da influência da indústria farmacêutica e da “cultura da doença”, que tem restringido o interesse e os investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença.

Quanto a essa dificuldade em conceituar a saúde positivamente, é válido destacar nas respostas dos participantes a presença marcante de um caráter opositivo entre os dois termos discutidos, que parece traduzir um sentido de contradição, no qual a saúde é tida como o extremo oposto de doença. Assim, é possível verificar as seguintes antíteses nas respostas ao questionário: tristeza e alegria; desequilíbrio e equilíbrio; peça quebrada e peça consertada; controle e falta de controle das emoções; angústia e depressão e vida plena e satisfatória.

Tal ambigüidade remete-me à ideia de que os sentidos de saúde, produzidos pelos usuários, de modo geral, também foram atravessados por essa noção amplamente arraigada de saúde como ausência de doenças. Em duas das respostas sobre o significado de saúde, é possível observarmos tal concepção polarizada de saúde e doença. A primeira pode ser identificada nas palavras de João, que compreende doença mental como “*depressão*”, enquanto a saúde é vista como “*ficar bom*”. Já a segunda foi percebida na resposta de Maria, no trecho em que esta afirma que saúde é quando “*a peça que está quebrada foi consertada e voltou a ser estável (funcionar) (com equilíbrio)*”.

Diante da marcante presença desse ideário dualista de conceber saúde e doença, vale mencionar de onde surgem essas idéias e justificar que até algum tempo atrás, essa concepção era dominante na ciência. Ela nasceu de um modo de entender a saúde que foi instaurado pelo Relatório Flexener¹⁵, documento, que data de 1910 e instituiu uma compreensão hegemônica de saúde, que simplificou a acepção do termo e passou a tratá-lo como sinônimo de ausência de doenças. Grosso modo, sem a pretensão de dar conta de todo o desenvolvimento histórico que se sucedeu desde então, é possível resumir que, sob a influência desse relatório, foi instaurada a soberania do paradigma flexeneriano nas ciências da saúde. Este ensejou uma prática sanitária centrada na doença, essencialmente voltada para a busca da cura, enaltecendo-se a importância do laço indissolúvel entre “diagnóstico-prescrição”.

Tal modo de entender e proceder, no campo da saúde, reinou soberano até bem pouco tempo atrás, porém, entrou em crise quando as doenças degenerativas passaram a ganhar maior visibilidade e denunciaram a falência das explicações causalistas e biologicistas. Isso ocorreu, dentre outros fatores, em virtude do amadurecimento do campo teórico-metodológico da Epidemiologia, que incorporou mais ingredientes ao entendimento acerca da origem das doenças. Essa ciência trouxe a tona uma ampliação da noção de risco e o seguinte questionamento acerca de uma maior ou menor suscetibilidade dos indivíduos a determinados agravos: por que uma causa atuando sobre um corpo nem sempre tem o efeito esperado?

O tensionamento entre as novas abordagens da Epidemiologia e o paradigma flexeneriano foi tão marcante na história da Saúde Pública, que imprimiu significativo impacto no conceito de saúde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) defendeu, em 1948, data de sua criação. Nessa ocasião, a instituição define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, frisando com veemência não apenas se tratar da ausência de doenças.

¹⁵ “Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*¹, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Nesse documento, defende-se que a prática clínica do curso de medicina deva ocorrer no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças. O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual, sendo essa considerada um processo natural, biológico. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX.

Contudo, o abalo sofrido pelo paradigma flexeneriano e o avanço de um pensamento social em saúde, não significou a abolição de suas idéias. O que se sucedeu foi a coexistência das múltiplas abordagens e epistemologias em saúde, mesmo defendendo posições contraditórias. É por esse motivo que podemos encontrar ainda, nas falas dos participantes, tanto definições de saúde como o contrário de doença, herdada do paradigma flexeneriano, tal como vimos nas respostas de Maria e João, como a ideia de que saúde: “é um equilíbrio generalizado na saúde psíquica, orgânica, social, familiar, profissional, etc”, presente no discurso de Cláudio. Nesse trecho, destacamos a interessante relação que o conteúdo da frase parece manter com o conceito de saúde citado acima, instituído pela OMS em 1948.

As discussões mais atuais acerca do conceito de saúde defendem que “a Saúde não é um análogo inverso da doença. Se, para cada doença, observa-se um modo prototípico de adoecer (cujo reconhecimento implica uma semiologia clínica), há infinitos modos de vida com saúde, tantos quantos seres sadios” (ALMEIDA FILHO, 2002, P.09). Nesse sentido, vemos que a própria noção de saúde se amplia para que possa contemplar também aspectos da subjetividade e da individualidade, sem se tornar individualizante.

É nessa trama complexa entre individual e coletivo, que Ayres (2007) se arrisca a definir saúde como: “a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade” (p.60). Sob essa ótica tão subjetiva, referenciada nos projetos individuais de felicidade, é possível verificar na resposta dada por Juliano, um sentido interessante, quando este afirma que saúde mental “É aquilo que nos leva à alegria, a uma vida plena e satisfatória”. Já a doença, por sua vez, seria “tudo aquilo que leva você à tristeza, angústia, depressão”.

Ainda no que se refere aos projetos de felicidade, citados por Ayres, vale mencionar que estes servem como a referência para a construção das ações de saúde e para a avaliação do sucesso prático destas. Configuram-se, portanto, como “aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto” (p.57) e traduzem a dialética individual-coletivo, social-pessoal, público-privado, visto que são construídos nas interações cotidianas dos indivíduos, tendo como pano de fundo os desejos, as limitações, os obstáculos, os valores, as crenças e o modo como é entendida essa felicidade.

Com base nesse movimento dialético entre individualidade e coletividade, vejamos, no quadro abaixo, quão diferentes podem ser os sentidos de saúde e doença mental construídos em grupo pelos participantes:

Quadro 4: Sentidos de saúde e doença mental produzidos em grupo.

Maria	Rosa	Silvia
<p><i>Saúde é poder... é... pra mim a saúde é a alegria, é você compartilhar também até a própria dor. É você... às vezes num gesto, que a pessoa diz assim: “não mais fulano faz diferente”, mas é não entender. A saúde é estar boa e passar o bem pro outro, conhecimento bom pro outro, tudo de bom. Eu sempre assim, tudo que eu aprendo de bom, pra mim é saudável. E eu passo pro outro, eu não fico pra mim só (E. Ma. L.126).</i></p>	<p><i>Saúde mental é o equilíbrio das emoções sobre as atitudes e principalmente sobre as tendências ruins que a gente tem e acha que não tem, é dominar o anjo e o diabinho que dorme dentro da gente, é saúde mental (Gr.Ro.L.104).</i></p>	<p><i>É o seguinte, a doença mental, eu acho que é assim. São quando nós passamos pelas dificuldades, pelos nossos problemas e nós deixamos eles acumular sem resolver, sem tentar resolver, ou tentar achar que a gente pode resolver. Às vezes a gente se diminui que não pode passar por eles de uma maneira, aí a gente vai acumulando aquelas coisas, vai deixando e vai acumulando. E saúde mental é quando você tenta viver todas essas coisas que vem. Isso aqui veio? Veio, mas eu vou tentar resolver dessa maneira. E assim você vai tentando passar as coisas sem você deixar acumular na sua mente e sem você deixar eles deixar seqüela (Gr.Si.L.127).</i></p>

No discurso de Maria, percebo como algo fortemente evidenciado seu desejo de ajudar as pessoas, assim, tendo em vista tal característica, saúde para ela é estar bem para contribuir com o próximo. Já para Rosa, o que lhe traz saúde é conseguir equilibrar seus pensamentos e desejos, de modo a poder tomar atitudes sensatas, com base no que é bom e ruim para sua vida. Por último, a fala de Silvia, que trata de sua busca por vivenciar o que a vida lhe apresenta, sem fugir das dificuldades que poderão aparecer no caminho.

Apesar de profundamente distintas, é possível verificar nas falas das participantes que todas parecem estar baseadas em suas experiências individuais, seus interesses e valores particulares. Por outro lado, é possível também perceber que os sentidos que são produzidos nessas falas são oriundos de um processo de construção de conhecimento que foi forjado por intermédio de muitas trocas simbólicas, nas quais teorias científicas e sabedoria popular foram imbricadas. Dito isto, aproveito, então, para trazer ao centro desta discussão uma importante idéia de Rotelli (2001), na qual o autor defende que não há ponto de vista universalístico em saúde mental e que tal caráter universal só pode ser pensado com base na singularidade dos indivíduos. Desse modo, tratar seria “apenas mover-se cotidianamente com o usuário ao longo

de um percurso que não vise um valor, mas que reconstitua ou crie a complexidade e lhe restitua um seu sentido” (p.86).

Por isso, torna-se tão relevante, neste estudo, problematizar os diferentes sentidos de saúde-doença mental. Trata-se de uma exigência epistemológica, encontrar, na compreensão de um conceito de saúde, que se proponha a ser ampliado e integral, o equilíbrio entre estrutura e ator, entre autonomia e dependência e entre determinismo social e protagonismo do sujeito. Ciente de tal importância, passemos, então, à discussão do segundo tema desta pesquisa, o qual trata do modo como os participantes explicam os processos de surgimento da doença mental e de produção da saúde mental.

4. HISTÓRIAS E “ESTÓRIAS” QUE EXPLICAM AS EXISTÊNCIAS-SOFRIMENTO E A PRODUÇÃO DA SAÚDE MENTAL.

De onde veio a doença e como a saúde pode ser alcançada? É a indagação que orienta o segundo tema desta pesquisa. Como vimos no capítulo anterior, a transformação da loucura em doença mental ocorreu quando a ciência médica tomou para si a responsabilidade sob essa fenômeno. Desde então, algumas explicações teórico-conceituais tem sido adotadas com o intuito de esclarecer o modo como essa tal “doença” é originada.

Paralelamente ao esforço científico de compreensão acerca do surgimento dos transtornos mentais, outros domínios do conhecimento também produzem suas explicações, tais como o conhecimento religioso, ou espiritual; o senso comum e filosofia. Nesse sentido, vemos que uma infinidade de teorias, saberes e correntes de pensamento apresentam elaborações que contam a história de como a loucura, a doença ou a existência-sofrimento pode surgir no ser humano.

Em meio a toda essa diversidade de compreensões, cada um de nós também elabora uma teoria particular que justifica como ocorre esse processo de ruptura com a racionalidade com a qual fomos ensinados a chamar de “normal”. Para dar conta da elaboração dessas explicações, adotamos também muito do que foi produzido pelos domínios de conhecimento acima citados, mas construímos uma mistura muito particular, que tem relação com o que nossa experiência pessoal, nossas crenças e valores nos impõem a acreditar. É o que, neste capítulo, chamo de “estórias¹⁶”, as quais estão diretamente relacionadas à produção de sentidos que tanto discutimos no capítulo anterior.

Por fim, o segundo tema desta investigação, trata também da reflexão de como a saúde pode ser alcançada. Isso porque, tal como foi visto, com o advento do paradigma flexeneriano nas ciências da saúde, incorpora-se a noção de que a cura só poderá ser obtida se

¹⁶ **Estória** “é um neologismo proposto por João Ribeiro (membro da Academia Brasileira de Letras) em 1919, para designar, no campo do folclore, a narrativa popular, o conto tradicional. Alguns consideram o termo arcaico, por ter sido encontrado também em textos antigos, quando a grafia história ainda não havia sido consolidada na língua portuguesa. O termo acabou por não ter uma aceitação generalizada, não figurando nos dicionários portugueses e apenas em alguns brasileiros”. Apesar de ser bastante usado na linguagem coloquial, o termo nunca foi oficialmente aceito pela norma culta. Fonte: Wikipédia (diponível em: <http://pt.wikipedia.org>).

atuarmos nas origens do agravo. Assim, as propostas de tratamento, ou de produção da saúde mental estão intimamente ligadas às elaborações sobre as origens dos processos de sofrimento. Desta feita, abordo neste capítulo, a interseção entre esses dois subtemas, que apareceram com frequência na fala dos participantes.

Primeiramente, vejamos a discussão em torno dos *causos e as explicações sobre as origens das existências sofrimento*, dentro deste subtema, há quatro tópicos, que foram divididos didaticamente com a finalidade de proporcionar uma melhor compreensão sobre o problema, quais sejam a saber: *a origem sobrenatural, a origem mental, a origem orgânica e finalmente, pelo fim das dicotomias*. Posteriormente, é abordado o segundo subtema, que trata *do tratamento ou da produção da saúde mental*.

4.1. OS “CAUSOS” E AS EXPLICAÇÕES SOBRE AS ORIGENS DAS EXISTÊNCIAS-SOFRIMENTO.

Se para cada pessoa existe um modo de ser saudável e um sentido de saúde e doença mental, também verifiquei em seus discursos que cada um atribui uma explicação específica ao surgimento de seu processo de sofrimento psíquico. Tais explicações misturam elementos místicos, científicos, religiosos e experienciais, assim como crenças, valores e senso comum. Nesta categoria, portanto, apresento outro ponto bastante focado pelos participantes, que trata de suas concepções acerca de como surge esse fenômeno chamado de doença mental.

Com base em minha experiência profissional e nas discussões empreendidas com os participantes dessa pesquisa, verifiquei que os usuários comumente constroem ao longo de sua trajetória de vida algumas hipóteses acerca das origens de seu sofrimento, embora poucas vezes sejam indagados a esse respeito por parte dos profissionais que o assistem. É curioso observar o modo como eles, na maioria das vezes, justificam de maneira causal e linear seu processo de “adoecimento”. Assim, atribuem a um único elemento o papel de desencadear o quadro de sintomas que lhes afligem. Vejamos, no quadro abaixo, a forma com que cada participante explica:

Quadro 5: explicação construída por cada participante sobre as origens de seus processos de sofrimento psíquico.

Respondente	Explicação
Maria	<i>“Não, é porque eu tenho assim uma coisa d’eu me entristecer por conta da maldade que faz com a pessoa e eu me culpar de não saber como desfazer aquilo, daquilo não acontecer” (E.Ma.L.19).</i>
Rosa	<i>“Quem tem pais que tem problemas psíquicos e cria crianças de forma que maltrata, que não compreende, essa criança vai reagir a esse problema, isso não quer dizer que ela tem um problema mental, ela tem um problema psicológico, que ela adquiriu pela convivência que ela teve, então há uma confusão muito grande quanto a isso pra mim” (Gr.Ro.L.13).</i>
Vera	<i>“Eu acredito que eu tenho um transtorno mental e também creio que seja hereditário e que dê desde a gestação, e se agravou por causa de problemas que veio acontecendo e porque eu não tive uma direção correta de tratamento” (Gr.Ve.L.33).</i>
Silvia	<i>“E eu vim aqui eu resgatei a minha auto-estima, que, na realidade, era a minha auto-estima que estava lá em baixo, por quê? Porque eu estava dando, assim, tava me deixando por último, todo mundo era primeiro, era filho, era namorado, era não sei o que. Por que eu vivia, eu dava tudo o melhor do mundo e, as vezes, eu queria alguma coisa, mas eu não sabia pedir” (Gr.Si.L.143).</i>
João	<i>“Sim, e uma vez eu andei, dizem... eu não me lembro. Deu aquele branco, tipo desconecta a realidade da gente, né, o normal, um surtozinho, sabe? Eu acho que a pessoa que é mental, ele é frequentemente daquele jeito, né? Sem o espírito no corpo, eu acho que sai” (Gr.Jo.L.66).</i>

Nos trechos destacados, é possível identificar a presença marcante do paradigma flexeneriano, na forma de compreender a origem dos diversos sofrimentos. Como vimos, tal corrente de pensamento trabalhava com a idéia de que, para cada doença, haveria uma causa específica, a qual, sendo descoberta e resolvida, poderia restabelecer a saúde do indivíduo. Nesse sentido, em cada participante, vemos a tentativa de encontrar uma causa ou algum elemento desencadeador do transtorno.

4.1.1. A ORIGEM SOBRENATURAL.

Na explicação de Maria, portanto, a participante atribui a sua característica de se sensibilizar excessivamente com a maldade alheia, como elemento central para o desenvolvimento de seu processo de adoecimento. Ela relata vários episódios que corroboram com sua explicação, conta sobre situações em que presenciou pessoas agindo com crueldade e considera que cada uma de suas crises tem ligações com esses eventos, como na seguinte passagem:

Não, aí eu estudei, eu fazia, eu trabalhava com atletismo, tive filhos, casei, passei dez anos casada... Nesse percurso, eu tive que cuidar da minha sogra. Aí ela começou, por causa da doença, ela começou a agredir meus filhos com palavras e aquilo me tomou de novo. [...] Mas eu sentia aquela maldade que vinha de dentro dela e eu não queria que ela ficasse comigo de jeito nenhum. Aí eu fui ficando doente, doente, aí ela faleceu e eu tomei a culpa dela ter morrido, eu ter sido a culpada, aí eu adoeci (E. Ma.L.86).

A participante explica ainda, que tem algo a contribuir com a humanidade e acha que o fato de se sensibilizar com a maldade tem a ver com isso.

Maria: [...] acho que tem alguma coisa a mais em mim que possa ser colaborado em função a humanidade, eu não sei ainda.

Pesquisadora: Tu acha que tu tem coisa pra colaborar com a humanidade?

Maria: Sim, mas não sei o que é.

Pesquisadora: Tu descobriu isso como?

Maria: Não, me vem a cabeça (Ma.L.222-228).

No discurso de Maria, os motivos que a participante identifica como desencadeadores do seu quadro de sofrimento psíquico estão marcadamente influenciados por compreensões místicas e espirituais. A usuária compreende que tenha vindo ao mundo com uma missão a cumprir e que as sensações que experimenta, quando alguém é maltratado, são oriundas de um desconforto perante a percepção de ela poderia fazer algo para transformar essa situação de sofrimento. Ela se considera culpada por não conseguir ajudar e, diante de tamanha impotência e inconformismo, sente-se excessivamente angustiada e passa a vivenciar um quadro de sofrimento profundo, chegando ao ponto de já ter atentado contra a sua vida algumas vezes.

Outra compreensão predominantemente marcada pelo misticismo pode ser verificada também no trecho em que João justifica a doença mental como ausência de espírito no corpo, conforme vemos no quadro 3. Ele acredita que o surto psicótico ocorra por uma

momentânea falta de conexão com a realidade e que tal conexão se dê em função da própria ligação do espírito com o corpo. Sendo assim, ao perder-se do espírito, o corpo do sujeito ficaria “desligado”, fora da realidade, chegando ao ponto de não ter mais noção do que se passa ao seu redor.

As compreensões de Maria e João, guardadas as devidas especificidades, apresentam um aspecto comum. São formas de explicar a loucura, que acreditam na interferência central de forças sobrenaturais superiores à vontade humana, como justificativa para os estados alterados do pensamento e do comportamento. Esse tipo de explicação tem enorme semelhança com a concepção mítico-teológica que foi preponderante na Antigüidade Grega e que, no período entre a instauração do Catolicismo (cerca de V d. C.) e o final da Idade Média, voltou à cena como “compreensão demonológica da loucura” (PESSOTI, 1994). Nessa concepção, os aspectos biológicos, psicológicos ou culturais não são ainda considerados e a atuação das forças místicas, incompreensíveis e alheias ao desejo dos indivíduos predomina, de modo que a loucura é vista como um forte conflito entre a razão humana e a razão divina.

Tal pensamento predominou na Antigüidade Clássica, vindo a ser desconstruído somente quando a ciência tomou para si a explicação da loucura, por intermédio da abordagem organicista de Hipócrates. Este inaugura o pensamento médico, ao associar a loucura a um tipo de doença orgânica e a um estado de funcionamento anormal do cérebro. A racionalidade hipocrática foi tão determinante, que passou a influenciar, durante muitos séculos o tratamento da loucura. Ela sofreu apenas uma ruptura momentânea, durante o domínio da doutrina católica no século V d.C. até a Renascença, ocasião em que a autoridade eclesiástica subjugou o poder da medicina e da ciência, em favor do avanço da Teologia católica, como instrumento de dominação.

Contudo, com o impulso que a ciência tomou nos séculos XVIII e XIX, o organicismo hipocrático reviveu com toda força dentro da epistemologia médica deixando suas marcas até os dias atuais. Assim, autores como Diamantino (2010) trabalham com a tese de que, embora, atualmente, não se empregue a doutrina dos humores¹⁷ de Hipócrates,

¹⁷ A doutrina dos humores, estabelecida por Hipócrates, centrava-se na existência de uma interação entre os quatro humores corporais – sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma. Estes resultariam da combinação de quatro qualidades básicas da natureza: calor, frio, umidade e aridez. De acordo com a doutrina hipocrática, as pessoas poderiam ser classificadas de acordo com os quatro temperamentos correspondentes: sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático. Tais temperamentos indicariam a orientação emocional predominante do

ênfatiza-se uma de suas concepções fundamentais, que trata “da materialidade orgânica como arena etiológica da loucura, em detrimento de causas psicogênicas”.

Desse modo, segundo Pessoti, (1994, p. 133) “o século XVII medicaliza e naturaliza a loucura ao mesmo tempo em que a institui como processo mental, como patologia de funções nervosas superiores.” Por esse motivo, a explicação sobrenatural que os dois usuários utilizam para justificar o que se passa com eles, costumeiramente, é tratada como mais um sintoma do transtorno, já que, não encontrando substrato no campo científico e sim no espiritual, não tem respaldo conceitual para muitos profissionais.

É o que Amarante (2007, p.68) nomeia como “transformação da subjetividade do usuário em objetividade sintomática”. O autor percebe que, quando a marca da doença mental é impressa no usuário, “nada mais é do sujeito: tudo se refere à doença!”. Nesse sentido, pensar em estratégias de reabilitação e cuidado em saúde mental exige que os serviços e os profissionais passem a lidar com as pessoas e não com as doenças, a fim de que os espaços se tornem lugares de sociabilidade e as relações possam favorecer a produção de subjetividades.

Para Góis (2008), ao longo da história, existiram vários modos de se conceber a saúde mental e a enfermidade. O autor distribui esses modos numa seqüência que vai do enfoque demonológico ou sobrenatural, passando pelo biomédico, depois pelo psicológico para, atualmente, chegar ao psicossocial. Contudo, apesar do caráter histórico, o que pode ser observado é que o enfoque sobrenatural ou demonológico convive com os enfoques biomédico, psicológico e psicossocial. Góis acredita ainda que o primeiro continua presente na sociedade, principalmente na população pobre, através das práticas de determinados grupos religiosos e do imaginário popular; o segundo e o terceiro são predominantes nos meios profissionais de saúde. Já o quarto seria pouco difundido, tendo surgido na década de 70 por influência de Fannon, Basaglia e Szasz. Sob essa perspectiva, a população pobre, em geral, adotaria, portanto, o enfoque sobrenatural/demonológico misturado com o biomédico; utilizando pouco o enfoque psicológico por ser menos conhecido por ela, apesar de ser ele bastante considerado nas classes alta e média. Para essas pessoas, assim como para Maria e João haveria uma interessante combinação entre o remédio, a fé e o sobrenatural.

indivíduo. Nessa teoria, o bom funcionamento da personalidade dependia da interação perfeita das forças internas e externas, enquanto o mau funcionamento da personalidade ocorreria, caso essas forças entrassem em conflito, levando à persistência de humores corporais excessivos (FOULCAULT, 2004).

4.1.2. A ORIGEM MENTAL.

No caso dos respondentes, Rosa e Silvia, é possível verificar que suas compreensões apresentam uma maior ligação com os modos contemporâneos de significar a loucura, no sentido de que incluíram a influência de um conjunto de elementos mais atuais, que só foram incorporados, recentemente, ao discurso sobre a loucura. Assim, na fala dos três, acrescenta-se a presença das questões de ordens psicológicas, psicanalíticas e sociais no leque de fatores que constroem os quadros de sofrimento.

Em Rosa, temos a seguinte afirmação:

Quem tem pais que tem problemas psíquicos e cria crianças de forma que maltrata, que não compreende, essa criança vai reagir a esse problema, isso não quer dizer que ela tem um problema mental, ela tem um problema psicológico, que ela adquiriu pela convivência que ela teve, então há uma confusão muito grande quanto a isso pra mim (Gr.Ro.L.13).

Nesse trecho, identifico dois pontos principais a serem comentados. O primeiro diz respeito à notória distinção que a usuária faz em problemas de ordem psicológica e mental, como se o mental estivesse atrelado às questões orgânicas, enquanto o psicológico mais relacionado ao emocional. Já o segundo tem relação com a ideia que a usuária defende sobre os impactos da criação familiar nas dificuldades psicológicas experienciadas pelos indivíduos.

Tomemos, primeiramente, o modo de compreender a interferência da família e da criação como desencadeadora de dificuldades psicológicas. Este encontra fundamento em muitas teorias psicopatológicas e psicanalíticas, que se desenvolveram, sobretudo, a partir da década de 30. Nessa época, o foco de atenção ao sofrimento humano, sua enfermidade e sintomas foi ampliado, saindo do indivíduo e do intrapsíquico, para perceber também o seu contexto e suas relações. Segundo Zuma (1997, p.01), o deslocamento da atenção do intrapsíquico para o relacional no campo das práticas terapêuticas pode ser observado no surgimento de conceitos como o de “papel social” e nas práticas como terapia de grupo e psicodrama, que se esboçam a partir de tal ampliação. De acordo com o autor:

Em 1937, o psicanalista Nathan Ackerman publica o artigo *A família como unidade social e afetiva*, em que ressalta a importância dos papéis desempenhados na família e como estes perturbam as interações de seus membros. Em 1948, Frieda Fromm-Riechmann elabora o conceito de mãe esquizofrenogênica, descrevendo, sob um

enfoque causal-linear, a relação entre os pacientes esquizofrênicos, considerados como vítimas, e suas mães, descritas como agressivas e distantes.

Nesse sentido, o autor traça um breve histórico de como a influência da família é incorporada no estudo do desenvolvimento psíquico humano e como ela vai aos poucos, sendo excessivamente culpabilizada pela origem das psicopatologias. Principalmente, quando a partir da metade da década de 50, vários estudos tiveram início nos EUA, motivados pelo fenômeno da esquizofrenia. “O mais conhecido desses estudos, sem dúvida, foi o liderado pelo antropólogo Gregory Bateson, que culminou na teoria do duplo-vínculo, que descrevia sequências de comunicações paradoxais presentes nas famílias com membros esquizofrênicos” (p.02). Nesse período, as práticas terapêuticas empregadas no trato com a loucura eram basicamente individuais. Predominava, portanto, a ideia de que o indivíduo que apresentasse sintomas de distúrbios deveria ser retirado do seu meio, afastado da influência da família e tratado individualmente em um hospital ou consultório.

Apenas na década de 70, com a influência da Teoria dos Sistemas, é que esse modelo de pensamento causal e culpabilizante acerca da influência da família é repensado. Contudo, como vimos na fala de Rosa, essas idéias não são totalmente esquecidas, elas se misturam com outras muitas teorias nas falas dos participantes, de modo a constituírem o discurso circulante acerca das origens das “doenças mentais”.

Trigo (2000) refere também que, nesse mesmo período, aceita-se que a perturbação mental constitua-se como uma patologia, mas não apenas da dinâmica orgânica e sim de uma vivência interna do tipo psicológico. Nesse contexto, é possível, então destacarmos o segundo ponto importante na fala de Rosa, no qual a participante utiliza um entendimento muito semelhante ao revelado por Trigo, para diferenciar problemas de ordem psicológica e doença mental. O autor trabalha com a idéia de que, no período citado, ao serem introduzidos os conceitos de doença e perturbação mental, ocorre uma distinção clara entre “disfunções de teor essencialmente médico, com boa resposta à farmacoterapia e etiologia fundamentalmente biológica (doença mental) e disfunções psicológicas, ou psicossociais, com resposta à psicoterapia e desencadeadas por situações vivenciais (perturbação mental)” (p.18). Rosa coaduna, ainda mais claramente, com o autor na seguinte passagem:

Rosa: O problema é que se confundem saúde mental com...

João: Com a depressão, né?

Rosa,: Não. Com outros tipos de comportamento que envolve o emocional, que envolve o psíquico e fazem uma salada de fruta e não sabem distinguir.

[...]

Pesquisadora: Então tu acha que existe uma pessoa que passa por certos problemas emocionais, mas que ela não tem um transtorno mental?

Rosa: Não tem. Ela tem um transtorno afetivo, emocional. Mental não! (Gr. Ro. L.01-19).

Nessa mesma linha de raciocínio, a participante Silvia utiliza argumentos do campo psicológico e vivencial para subsidiar a formulação de sua história e diferenciar sua situação de dificuldade psicológica com a de doença mental, vejamos:

“E eu vim aqui eu resgatei a minha auto-estima, que, na realidade, era a minha auto-estima que estava lá em baixo, por quê? Porque eu estava dando, assim, tava me deixando por último, todo mundo era primeiro, era filho, era namorado, era não sei o que. Por que eu vivia, eu dava tudo o melhor do mundo e, as vezes, eu queria alguma coisa, mas eu não sabia pedir” (Gr.Si.L.143).

A usuária acredita que o fato de ter se colocado em último lugar e não ter priorizado suas vontades fez com que seu sofrimento ocorresse. A auto-estima enfraquecida, portanto, é o motivo que a levou a buscar ajuda, pois, em sua opinião, ela dava mais importância ao que outras pessoas poderiam pensar do que ao que realmente gostaria de fazer: *“Que às vezes a gente dá muito valor ao que o fulano vai pensar então essas coisas todas vai carregando a mente da gente”* (Gr.Si.L.160). Além disso, Silvia considera também que o acúmulo de problemas e de questões mal resolvidas prejudicava sua vida, mas isso não significa que possua um “distúrbio mental”, como observamos na seguinte passagem:

A gente tem começar a trabalhar a mente da gente que as coisas ou é ou não é, que não pode deixar meio termo, porque eu acho que muitas vezes a gente deixa mal resolvido na cabeça da gente na vida da gente, a gente vai deixando as coisas ficarem sempre pendentes. Eu acho que são o excesso delas, que, no meu caso, assim, concluindo isso, que eu não tenho distúrbio mental, eu sei que eu não tenho, graças a Deus [...] Aquilo que eu posso resolver, eu resolvo, aquilo que eu não posso resolver, também eu não resolvo, eu não vou sofrer por uma coisa que ainda vai acontecer, que antigamente eu fazia essas coisas, ah, mas isso aqui? O negócio já passou e eu ficava martelando e tá entendendo? (Gr.Si.L.135).

Nesse sentido, a usuária acredita que não possui um “distúrbio mental”, pois percebe que as sensações que lhe afligiam e lhe fizeram procurar o CAPS ocorreram em função de um período difícil de sua vida, em que o acúmulo de preocupações e a baixa auto-estima atuaram como deflagradores de uma crise.

4.1.3. A ORIGEM ORGÂNICA.

Na contramão desse discurso, temos ainda fala de Vera, na qual a participante afirma com veemência que possui um transtorno mental: *“Eu acredito que eu tenho um transtorno mental e também creio que seja hereditário e que se dê desde a gestação [...]”* (Gr.Ve.L.33). Ela chega, em outros momentos da discussão em grupo, a repetir sua afirmação e discordar da opinião de Silvia: *“Eu tenho... eu me agüento porque tenho transtorno mental, eu não tenho nada disso [referindo-se a preocupação com o que os outros poderão falar], eu sou uma pessoa que quando eu quero as coisas, eu vou lá e batalho...”* (Gr.Ve.L.162).

Nesse trecho, Vera traz ao centro da discussão mais um elemento para refletirmos sobre os processos que engendram o surgimento da loucura, a questão da hereditariedade. A usuária não se aprofunda, aqui, no tema e, portanto, não explica porque considera que seu transtorno seja hereditário. Contudo, em outros momentos que participei do grupo, pude presenciar seus depoimentos e, acerca dessa opinião específica, posso inferir que Vera acredite na hereditariedade, baseada na informação de que ela possui uma irmã e a mãe com diagnósticos semelhantes ao seu.

Ao contrário de Silvia e Rosa, a usuária se utiliza de compreensões mais pertencentes ao terreno biomédico, do que ao psicossocial, ou sobrenatural. Ela considera que possua um transtorno, pois mesmo com o uso das medicações e com a manutenção de um tratamento sistemático, chega a ter crises e perder o controle de si, como vemos no trecho a seguir:

Deixa eu falar um negócio aqui. Eu já fui colocada em um hospital mental por um período de mais de um ano. Eu não passava mais de três dias em casa e voltava pro hospital. Era assim, eu ficava muito agitada e nesse momento de agitação eu dismemoriava, então, quando eu ia voltar a minha memória, assim, às vezes eu tava lá dentro no meio das pessoas e eu não sabia pronunciar as palavras, não sabia distinguir o que eu tava vendo, era uma coisa muito ruim, então, eu acredito que eu tenho um transtorno mental e também creio que seja hereditário e que se dê desde a gestação, e se agravou por causa de problemas que veio acontecendo e porque eu não tive uma direção correta de tratamento, porque hoje eu me sinto bem acolhida, hoje eu me sinto em tratamento. Então, mesmo diante das medicações, eu chego a me descontrolar, eu chego a ter crises, mesmo medicada, e na época que eu não tava como é que era? (Gr.Ve.L.28).

Portanto, Vera nos traz um importante contraponto ao revelar que, mesmo diante das medicações e de todos os tratamentos que já enfrentou, permanece com um quadro de

“transtorno”, apesar de passar por períodos de melhora. A usuária polemiza a questão da perda do autocontrole e como isso interfere em sua vida. A etiologia de seu sofrimento só encontra fundamento se enquadrada como doença, já que independe de sua vontade e de elementos subjetivos como o acúmulo de problemas, a preocupação excessiva com a opinião da sociedade, ou a baixa auto-estima.

Dalgalarrondo (2008, p.31) afirma que, embora o conceito de normalidade em Psicopatologia seja controverso, “quando se trata de casos extremos, cujas alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e de longa duração, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático”. Sendo assim, no caso de Vera, poderíamos, então, pensar que os comprometimentos mais severos apresentados pela usuária justificam a compreensão de que esta possua uma doença mental. Esse tipo de ponto de vista, segundo Diamantino (2010) coloca a Psiquiatria clássica no foco das críticas como agente opressor, ao designar facilmente a condição de doente mental para aqueles indivíduos que não se ajustam às normas sociais, causando perturbações excessivas aos demais ou a si.

Segundo Silva (2007, p. 41) “somente quando os sintomas interferem na ordem social de forma relevante, o sujeito será inscrito no quadro do desvio psiquiátrico, sobretudo quando afetadas as suas qualidades de autoregulação, autonomia pessoal e/ou econômica ou de perturbação da ordem”. Predomina, portanto, a ideologia da normalidade e da estabilização psíquica e comportamental. Desse modo, aquilo que foge aos padrões de bem-estar determinados pela ciência e pela sociedade deve ser aniquilado, é a guerra contra a tristeza, a angústia, a ansiedade, o delírio, as alterações de pensamento e de humor, a hiperatividade infantil, entre outros obstáculos da normalidade.

4.2. O TRATAMENTO DA DOENÇA OU PRODUÇÃO DA SAÚDE: PELO FIM DAS DICOTOMIAS.

Por intermédio da discussão das opiniões de Maria, João, Rosa, Vera e Silvia, é possível perceber que a busca teórico-epistemológica pelas causas, ou pelas origens das “doenças mentais” configura-se ainda como um grande desafio para a ciência. A produção de sentidos, que empreendi junto com os usuários, sobre o tema, revela os resíduos e os

atravessamentos de muitas correntes de pensamento que se misturam às elaborações particulares dos participantes. Sobretudo, o debate acima exposto retrata como as diferentes disciplinas que compõe o campo da saúde mental possuem um caráter polarizado e mantiveram pouco diálogo entre si durante um longo período de tempo.

De um lado, situa-se o modelo biomédico de compreensão, com suas explicações neurológicas, bioquímicas e fisiológicas. No outro extremo, as teorias psicossociais, que, de modo geral, desenvolveram suas compreensões sobre a loucura de um modo apartado dos fatores orgânicos, desconsiderando a interferência destes na saúde mental dos indivíduos. A polaridade mente-corpo foi tão marcante nesse campo, que imprimiu repercussões também no isolamento da saúde mental dentro do conjunto de subdivisões que compõe o campo mais abrangente da saúde como um todo. Por esse motivo, autores como Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 1054), reconhecem que a interface entre saúde coletiva e saúde mental “permanece ainda um território quase inexplorado, potencialmente uma área emergente de máxima relevância social” e que o estabelecimento de articulação entre esses dois campos poderia contribuir para o desenvolvimento de ambos.

Nesse sentido, pelo fim da dicotomia mente-corpo, é válido ressaltar os avanços que o setor saúde já alcançou e os desafios que se impõe ainda para a construção de um modelo de saúde mental que se proponha ter um olhar integral sobre os indivíduos.

Como ponto de partida sobre os avanços a serem comentados, ressalto a grande reviravolta conceitual nos modelos explicativos sobre as origens do adoecimento que ocorreu, a partir da década de setenta, com o tema da determinação social da saúde. Este trouxe questionamentos fundamentais acerca do papel exclusivo da medicina nas questões de saúde e, conseqüente mente da psiquiatria na saúde mental. Tornou-se importante, pois incluiu no debate sobre a saúde, outros elementos relevantes à sua produção, como a necessidade de se considerar os efeitos das desigualdades sociais. Isso ocorreu mediante a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe Lalonde (1974), o qual empreendeu uma ruptura oficial na exclusividade da abordagem médica para as doenças crônicas, tendo em vista os resultados pouco significativos que esta apresentava.

Tal documento decompunha o campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência a saúde, dentro dos

quais se distribuíam inúmeros fatores que influenciam a saúde. Comprovava, ainda, que os esforços da sociedade canadense, naquela época, bem como os gastos diretos, concentravam-se na organização da assistência médica, contudo, as causas das mortes e enfermidades tinham suas origens nos três primeiros componentes.

O conteúdo do documento reverberou amplamente no campo da Saúde Pública, de modo que, em 1978, a Organização Mundial de Saúde convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. O evento traz um novo enfoque para a saúde, estabelecendo a meta de “saúde para todos no ano 2000” e a proposta de atenção primária em saúde. As conclusões e recomendações de Alma-Ata tiveram grande valor e trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia de “promoção da saúde”¹⁸, fato que culmina na realização da I Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa, no Canadá, em 1986. Esta teve como principal produto a elaboração de uma carta, que se tornou uma referencia para as idéias acerca da promoção de saúde no mundo, sendo conhecida como Carta de Otawa (WHO, 1986). O documento enfoca, mais uma vez, a questão dos determinantes múltiplos da saúde ao afirmar que: “as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (WHO, 1986).

A partir desse retrospecto, vimos que desde Lalonde (1996), da Conferência de Otawa (1986) e de todos os outros eventos que se sucederam organizados pela Organização Mundial de Saúde, estão claros um conjunto de pressupostos para o setor saúde. Segundo tais pressupostos, os estilos de vida, o ambiente, o desgaste do “capital social”, os aspectos sócio-psicológicos da pobreza, as novas descobertas da biologia, entre outros elementos, tem muito mais influência sobre a saúde que o sistema médico. Contudo, apesar de aceita a proposição teórica, “a produção e a prática da saúde coletiva continuam a se pautar nos marcos da atuação médica, fundada na doença e na evitação da doença e não na idéia de promoção que privilegia o conceito positivo de saúde” (MINAYO, 2001, p. 18).

Mais especificamente no campo da saúde mental, a proposta italiana de desinstitucionalização, introduziu importantes conquistas no trato com a loucura. Assim,

¹⁸ Promoção de Saúde foi definida como “[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (WHO, 1986).

sugeriu a inversão das preocupações do setor da busca incansável pelo tratamento das doenças para a possibilidade de construção de uma saúde mental inventada, produzida com base nas necessidades e possibilidades de cada usuário. Pospôs também que essa produção acontecesse no cotidiano, nos próprios locais de convivência dos sujeitos e não em um ambiente asséptico, apartado da família e da sociedade.

Por esse motivo, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002) insistiu na ideia de que, para fortalecer a desinstitucionalização seria necessário que a rede de serviços de saúde mental tivesse modalidades diversificadas de atenção, integradas à rede básica territorializada, contemplando ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação. “O serviços devem ser estruturados de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com a necessidade dos usuários, visando garantir o acesso universal, humanizado e de qualidade” (p.38). A conferência também apontou como necessidade a reorganização da rede de atenção integral à saúde mental, a partir da ênfase na atenção básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade.

Contudo, se para a saúde, em seu sentido mais amplo, a promoção e a prevenção representam uma das tarefas mais difíceis de realizar, em saúde mental essas práticas são um horizonte ainda mais distante de se visualizar. Esses dois termos representaram durante muito tempo para o setor, a idéia de normatização dos modos de vida e cerceamento das expressões da diversidade. Lancetti (1989) afirma que a prevenção como prática foi importada dos Estados Unidos e outros países pela OMS e repassada com ares de modernidade e avanço com relação ao modelo da psicologia e psiquiatria individual e clínica. Assim, a prevenção acabou por se constituir não como uma prática única, mas sob vários modos, como medicina social, psiquiatria moral e psiquiatria preventiva. Além disso, as composições históricas no Brasil mostram não uma cronologia sucessiva que compoñha nossa saúde mental, mas uma mistura de modelos. Contudo, indaga o autor a respeito de como se daria e a que consistiria o progresso das ideias preventivistas, se “quando entendemos a saúde como emancipação do usuário e do trabalhador não tem mais sentido discriminar cura de prevenção, não tem mais sentido o vetor progresso, porque a manicomialização das instituições não é mais superável nem melhorável” (LANCETTI, 1989, p. 88).

Sob esse prisma, assistimos, atualmente, à dificuldade angustiante de se pensar o atendimento dos transtornos mentais no nível primário de atenção e mais ainda, de se

fomentar práticas de promoção em saúde mental, que não fortaleçam a lógica manicomial de rejeição às diferenças e perseguição de um ideário higienista de uma saúde inalcançável. Acerca do mesmo assunto, Sucupira (2003) ressalta que, com toda essa dificuldade da atenção básica em lidar com o sofrimento de um modo não medicalizante, reforça-se uma imagem de ineficiência desse nível de atenção, como se a parte que lhe cabe do cuidado se encerrasse com a prescrição de medicamentos e o encaminhamento para serviços especializados. Nesse sentido, vemos comprometida a garantia de acesso a todos os níveis de atenção do sistema, tendo em vista que as práticas em saúde mental acabam concentrando-se nos níveis em que existe uma especialização do cuidado, que se dá no nível secundário ou no nível terciário.

Apesar da reforma psiquiátrica brasileira ter alcançado importantes ganhos na criação de um modelo de atenção de base psicossocial comunitária, é notório o descompasso entre o que se defende em tese e a prática cotidiana dos serviços, tal como pode ser verificado em diversos estudos que discutem os modos de atuação e a efetividade dos CAPS (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006; PAIVA, 2003; AMARANTE, 2003). As dificuldades de implementação da proposta de desinstitucionalização na realidade dos CAPS e dos demais serviços vão desde a forma com que o financiamento é concedido, que se orienta por uma lógica de mercado e oferece o recurso conforme o número de atendimentos ambulatoriais, até a questão da tradicional formação curativista dos profissionais.

Portanto, dentre os principais desafios que se impõe, atualmente, para a saúde mental no país, destaco dois deles em especial, o primeiro seria o oferecimento de uma rede integrada de cuidados que ajude o usuário a viver na comunidade e ter acesso a todos os níveis de atenção do SUS, já o segundo e mais ambicioso seria a construção de uma nova atitude de toda a sociedade em relação à saúde-doença mental no sentido de conviver com a diversidade sem patologizá-la. Para tanto, faz-se pertinente dedicar mais esforços na direção do confronto com nossos próprios discursos e atitudes, como possibilidade de desconstrução da cultura manicomial, tal qual propõem Torre e Amarante (2001):

O trabalho de desconstrução do manicômio necessariamente extravasa o contexto institucional específico. A desinstitucionalização atinge então seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas: é a desconstrução como transformação cultural (p.83).

Assim, é possível constatar que uma das principais preocupações que se fazem presentes no campo da saúde mental é pensar sobre como produzir essa saúde que se propõe a

ser integral, já que, conforme vimos, o campo da saúde vem passando por um processo amplo e conflituoso de reconfiguração em seus entendimentos e em suas práticas.

Para dar conta da complexidade crescente dessas transformações, sistemas sanitários têm sido construídos ou reformados no mundo inteiro. No Brasil, a criação do SUS surgiu dentro de um movimento maior que foi o processo de redemocratização do país. Assim, seu surgimento e implementação só se tornou exequível em virtude da criação gradativa de um ambiente democrático favorável à instauração de um projeto político-ideológico de saúde como um direito indiscriminado de todos os cidadãos. Nesse sentido, o SUS é considerado ainda “um processo social em construção” (MENDES, 1996), fruto de uma reforma social bem mais ampla que se constitui de forma, lenta, progressiva e sem um momento definido para seu término.

Paralelamente a esse processo de reforma e sob as influências da mesma redemocratização, surgia também o movimento de reforma psiquiátrica no país, “fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas [...]” (TENÓRIO, 2002, p. 02). O movimento de reforma psiquiátrica levantou importantes bandeiras para o desenvolvimento de uma saúde mental desospitalizada e acima de tudo, desinstitucionalizada. Para tanto, lançou mão da ideia de que nenhum sistema sanitário será eficiente, enquanto não atentar para as necessidades de Saúde Mental de sua população.

Inicialmente, apostou-se na ideia de que a criação de um novo sistema, o aprimoramento técnico, a utilização correta dos recursos da ciência e uma eficiente gestão pública resolveriam os problemas da assistência em saúde, inclusive no setor psiquiátrico. Contudo, algum tempo depois, a proposta ampliou-se, alertando que somente o aprimoramento dos serviços não garantia uma transformação mais profunda de caráter político-ideológico. Por esse motivo, o movimento de reforma psiquiátrica reivindicou, além de uma reforma no sistema de saúde, a desconstrução cotidiana do que foi denominado por Rotelli (2001) como “cultura manicomial”.

Nesse sentido, o movimento chamou a atenção para princípios como a integralidade do cuidado e a universalidade do acesso, que doutrinam o sistema de saúde do país, para que refletíssemos acerca da forma com a qual os serviços que compõe esse sistema lidavam com as pessoas com transtorno mental naquele momento. Ao adotar tais princípios, o

SUS assumiu o compromisso de garantir que os indivíduos sejam tratados como possuidores de múltiplas dimensões, sejam essas biológicas, psicológicas, espirituais ou culturais e que sejam considerados na inteireza de suas possibilidades e não apenas pelo que apresentam de agravos. Além disso, também ficou garantido o atendimento universal a qualquer situação de saúde ou de doença, sem segregar ou excluir o usuário pelo quadro clínico que esse apresente.

Como tentativa de reversão da segregação histórica a que foram submetidos os usuários da saúde mental, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes se configuram, atualmente, como principal mecanismo de substituição ao modelo manicomial de tratamento dos pacientes com transtornos mentais. São serviços que se orientam por uma lógica de desospitalização e fortalecimento da cidadania de seus usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), um CAPS:

[...] é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e trabalhando com a sociabilidade dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Acerca dessa diferenciação entre a lógica de funcionamento dos CAPS e dos Hospitais Psiquiátricos, os usuários são os mais apropriados a nos esclarecerem, vejamos como Maria percebe:

Pesquisadora: E o CAPS na tua vida? Como é que entrou?

Maria: O CAPS quando eu comecei a fazer, eu às vezes achava que... É bem diferente, é uma casa que acolhe, não é como um hospital mental. O hospital mental é...

Pesquisadora: Tu já ficou internada em um hospital mental?

Maria: Já, muito horrível, Ave Maria!

Pesquisadora: Só uma vez?

Maria: Só, e eu sempre digo, uma vez pra nunca mais!

Pesquisadora: Qual foi a diferença que tu sentiu do CAPS pro hospital?

Maria: O hospital mental é uma diversidade de pessoas, tudo misturado. Então tem pessoas mesmo que tem uma profundidade de loucura, que ela não tem uma transgressão pra voltar, eu acho. E a pessoa no CAPS não. Eles tentam ver se aquela pessoa possa conviver com a sociedade (Gr.L.141-152).

Nesse trecho, Maria ressalta o caráter de socialização encontrado no serviço. Em sua percepção, há pessoas que possuem um grau de comprometimento tão profundo que não conseguem mais conviver socialmente, entretanto, mesmo com tamanho agravo, o diferencial do CAPS seria insistir na convivência destas pessoas com a sociedade.

Para Alves (2001, p.170), o que determina um olhar integral é a “negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico”. Ao refletir sobre a fala de Maria, percebo que esse caráter de integralidade, citado pelo autor, tem relação com a sensação de acolhimento referida pela participante. Acredito que sua percepção de ser acolhida diz muito de uma aceitação incondicional que o serviço tenta oferecer, quando agrega um conjunto de pessoas com os mais variados sintomas e proporciona espaços de ricas interações sociais entre estas.

Na fala de Silvia, vemos o quanto essa prática empreendida pelo CAPS, a primeira vista, foi impactante, justamente pela característica de ruptura com o que historicamente foi desenvolvido, como tratamento da loucura, a segregação, a contenção e a desconsideração da figura do louco.

E quando eu fui com o meu filho, meu filho me levou, meu filho de 22 anos, só pra você ter uma ideia de como era coisa[...]. Quando eu cheguei lá, aí ele começou a ver aquelas pessoas, assim, aí, mãe, o que a senhora ta fazendo aqui? Aqui não é lugar pra senhora não! A senhora vai ficar aí? Vou. Pois então a senhora quando terminar me ligue, pronto. Aí eu pensei: meu Deus do céu! Esperei a hora da consulta, né, que a primeira consulta é em grupo, né, com a facilitadora e o médico. Quando eu cheguei lá, cada pessoa é uma caso, aí você conta sua história, você acaba se envolvendo e tudo, né, chora, né, e eu que sou muito emotiva e tudo, de nascença já, então, eu me vi, teve uma hora que eu tive vontade de sair correndo daquela sala, o que eu to fazendo aqui? Aí eu, calma, Silvia, ninguém ta dizendo isso nem aquilo [...] (Gr. Si. L 227-237).

Nesse trecho, a usuária conta sobre o dia que chegou ao CAPS. Em seu relato, identifico sensações de estranhamento e medo diante da proposta de interagir e se misturar com aquelas pessoas e mais ainda de ser confundida com uma delas. Além dessas impressões, a descoberta das histórias individuais e as comparações dos exemplos observados no serviço com sua história:

Aí eu olhei assim, Silvia, tu ta bem, tu ta vendo todo mundo acompanhado e tu tá só, já é um sinal de que tu tá numa evolução bem diferente dessas pessoas. Ou tu quer, daqui tu quer partir pra melhorar e ficar emocionalmente boa ou tu quer partir pra ser uma pessoa dependente, pra ter alguém andar contigo, como tem várias pessoas aqui, que a mãe anda com a filha? Tinha uma moça bem novinha nesse dia. Então cabe a gente não deixar, é como a Vera, que é um exemplo de vida, que ela disse, que ela buscou, que hoje ela é, porque ela buscou. Então naquele momento tava no

início de eu, ou ir pra um estágio ruim, ou eu iria trabalhar a mente e ter a minha saúde mental, e foi o que eu busquei [...] (Gr. Si. L. 240-248)

O fato de Silvia conhecer outras histórias além da sua possibilitou que ela encarasse o seu sofrimento de um modo novo. Depara-se com a diversidade, portanto, provocou na participante, inicialmente, grande choque, talvez por termos desenvolvido tantas noções de periculosidade atreladas aos loucos, ou ainda, por termos desconsiderado por muito tempo sua capacidade de interação. O fato é que, posteriormente a sensação de estranhamento, Silvia pôde, por intermédio da interação com aquelas pessoas e suas histórias e modificar seus sentidos acerca do processo de sofrimento que vinha experienciando. Assim, no decorrer de seu discurso, vemos o modo como ela, processualmente, vai construindo sua opinião acerca de como obter saúde mental:

Que eu acho que a saúde mental depende da gente, do nosso eu. Todo mundo pode ter a saúde mental, depende da nossa determinação, de querer que ela permaneça na nossa vida, né, constantemente, e se trabalhar sempre nisso, né, não assim, com remédio, nem com essas coisas, mas... sim, se precisar do remédio, quando tá num alto grau, você vai precisar, né, porque as nossas emoções não tão mais perdurando. Mas assim, a gente precisa de tá aqui como a gente tá, que a gente vem recarregar as baterias, que a gente vem, isso aqui é bom, isso aqui faz bem pra mim, então eu venho e cada vez que venho aqui eu dou uma melhorada... já to bem, graças a Deus. Faz bem eu ir pra praia? Faz bem. (Gr.Si.L.151-159).

Para a participante, a saúde depende do próprio indivíduo, de sua força de vontade em querer se curar. Para tanto, esse indivíduo deve procurar entrar em contato com algo que lhe faça bem. Portanto, sob a ótica de Silvia, cada pessoa deve descobrir onde e como buscar sua saúde, de acordo com suas preferências pessoais e sua história.

Ao defender que a saúde dependa do indivíduo, de certo modo, Silvia parece demonstrar uma posição por demais individualizante, tendo em vista que atribui uma responsabilidade excessiva ao sujeito, como possuidor de uma capacidade intrínseca de se auto curar, por sua vontade e determinação pessoal. Sabe-se que o indivíduo possui, realmente, uma parcela de responsabilidade importante sob sua saúde, todavia, observo nos debates atuais (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007; ALMEIDA-FILHO, 2004) uma argumentação em favor da existência de uma trama complexa, relacionada com uma multiplicidade de fatores, que operam de distintas formas nas condições materiais e subjetivas dos sujeitos, produzindo a sua saúde. Acredito que o objeto em questão – a saúde – constitua-se na zona de confluência de um campo de discussão transdisciplinar, por isso, a busca teórico-epistemológica pelas causas das enfermidades e pelas condições de produção e manutenção da saúde do ser humano se configura ainda como um grande desafio.

Entretanto, apesar de já termos alcançado grandes conquistas, resta superar o interesse, unicamente, por agentes específicos “causadores” das doenças, ou potencializadores da saúde. Impõe-se à pesquisa acerca dos modos de produção da saúde estudar a integração dessa malha de fatores objetivos e subjetivos, que atuam no processo de construção da saúde/doença.

Nessa direção, Minayo (2001, p.14) recorre a Morin (1994) para comentar a importância da articulação entre as idéias de estrutura e sujeito e de determinismo e protagonismo no campo da saúde: “quanto mais autônomos, mais dependentes somos de um conjunto de condições necessárias à emergência da nossa autonomia”. Por tal capacidade de transcendência às condições de determinação, vale resgatar nesse trabalho a problemática da construção de sentidos tão bem desenvolvida por Vygotski. Vejamos, portanto, a seguir, o modo como essa categoria pode auxiliar a discussão sobre desinstitucionalização.

5. CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

“E se eu for
O primeiro a prever
E poder desistir
Do que for dar errado?

Ora, se não sou eu
Quem mais vai decidir
O que é bom pra mim?
Dispensar a previsão!

Ah, se o que eu sou
É também o que eu escolhi ser
Aceito a condição”.

(Rodrigo Amarante)

Segundo Amarante (2008, p. 16), o termo desinstitucionalização surgiu nos EUA, como fruto do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy. Nesse período, o objetivo central do projeto de reforma era diminuir o grande número de pacientes do hospital psiquiátricos. De acordo com o autor, embora esse projeto estivesse calcado em uma crítica conceitual ao modelo da organização psiquiátrica, “a desinstitucionalização nessa tradição está voltada, sobretudo, para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência”.

Tal formulação nasceu junto com os projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, que apostaram na idéia de que a causa da ineficiência do sistema psiquiátrico seria a incorreta condução administrativa deste. Nesse sentido, o movimento não se deteve no questionamento de como a psiquiatria da época lidava com a loucura, nem no arcabouço teórico conceitual utilizado por esse campo, mas na adoção de medidas saneadoras e racionalizadoras. Dentre estas, a prevenção e promoção da saúde como formas de evitar o surgimento e desenvolvimento das doenças, a fim de garantir que um número menor de pessoas necessitassem de tratamento.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) nomearam essas experiências de “psiquiatria reformada”. Eles analisaram os efeitos práticos que esse modelo imprimiu nos EUA e na Europa e verificaram que, a desospitalização garantiu que menos pessoas fossem internadas em hospitais psiquiátricos e que se encurtasse o período de tempo que elas passariam nesse lugar. Todavia, as internações psiquiátricas não deixaram de existir, o que se observou foi o

aumento no número de altas e recidivas, as quais estavam muito mais relacionadas a um modelo de desinstitucionalização pautado na “desassistência” (AMARANTE, 2008) do que a uma real desmontagem do sistema. Outrossim, os autores também discutem que teria havido uma “transinstitucionalização”, com a substituição dos hospitais por albergues, casas de repouso, entre outras instituições.

Como contraponto a essas experiências, origina-se, na década de setenta, a reforma psiquiátrica italiana. Esta extrapolou a noção de desospitalização e questionou as bases da estrutura manicomial e psiquiátrica. Nesse modelo de desinstitucionalização, o termo incorporou novos significados, passando a se configurar como desconstrução de saberes e práticas que reduzem a loucura ao signo da doença mental. Por tal caráter de desconstrução, a desinstitucionalização pretendida levantou importantes indagações sobre a forma que nossa sociedade lida com a loucura e, a partir dessa reflexão, desterritorializou-a do campo exclusivo da psiquiatria, agregando outros saberes e ciências ao estudo do fenômeno. Além disso, colocou a doença entre parênteses e passou a olhar mais para os sujeitos.

Para Amarante (2008, p. 80), colocar a doença entre parênteses não significa desconsiderá-la ou desassisti-la, diz respeito a negação da “aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência sofrimento”. Assim, com base em tal pressuposto, Basaglia inaugura a ideia de que a loucura não é um princípio em si, mas uma elaboração construída a partir dos olhos de quem a observa. Essa é a principal ruptura estabelecida pelo movimento italiano.

Acerca dessa crítica, Rotelli (2001) argumenta que a psiquiatria, historicamente, concentrou suas práticas na criação de instituições que balizassem a separação entre um objeto fictício, que é a doença, a existência concreta dos pacientes e o corpo social. Para tanto, foram construídos aparatos científicos, jurídicos, administrativos referidos à doença, com o intuito de justificá-la. O manicômio seria, assim, apenas mais um desses. Segundo essa perspectiva, seria necessário desmontar, então, todo o conjunto de instituições que foram constituídas e não somente o manicômio.

A desinstitucionalização pretendida pelos autores italianos fundamenta-se em dois conceitos principais, institucionalização e poder institucionalizante. O primeiro termo é definido por Basaglia (1985), como o conjunto de danos produzidos por um processo longo e coercitivo de internação em hospital psiquiátrico. Como resultado de tanto autoritarismo, o indivíduo seria destituído de suas vontades, opiniões e gostos, deixando de ser tratado como pessoa para ser encarado apenas como doente mental. Já o poder institucionalizante, por sua

vez, seria o conjunto de aparatos, mecanismos e forças que obrigam o doente a objetivar-se nas regras impostas (AMARANTE, 2008).

Esses foram os conceitos principais utilizados no projeto de desmontagem do manicômio de Gorizia¹⁹, na Itália, que se pautou em dois aspectos fundamentais: a transformação no âmbito da sociedade, pela mudança na forma como esta lida com a loucura e a luta contra o “mandato social da psiquiatria” (AMARANTE, 2008). Portanto, a desinstitucionalização deveria ocorrer em dois níveis simultâneos, um teórico-prático e outro político-ideológico.

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), o primeiro passo para esse processo de desmonte seria a renúncia à perseguição da cura e à lógica problema-solução, abdicando de tratamentos que buscassem a normalidade. Para os autores, a psiquiatria construiu o conceito de doença para que a internação pudesse ser embasada e aceita cientificamente como única possibilidade de tratamento e cura. Contudo, não desprezam a existência de tratamentos, apenas complexificam a compreensão da forma como tais tratamentos podem ser oferecidos. A terapia perde seu caráter de solução, para assumir a função de estratégia de reflexão conjunta sobre o enfrentamento da questão ou da convivência com o problema, é a proposta que vemos explicitada na citação de Rotelli (2001, p. 86):

Curar? Talvez apenas reconstituir a identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder de sujeito social; também e sobretudo como impossível de se controlar; ampliar aquele resíduo irreduzível e ameaçador para o sistema; manter em aberto o suspeito; evitar que o estado agudo se pacifique em cronicidade.

Desta feita, vale ressaltar que a desinstitucionalização aqui defendida não visa a desassistência, nem a criação de uma sociedade sem normas ou sem instituições, como a própria acepção do termo poderia indicar. Amarante (2008, p. 94) explica que a proposta em questão seria a de “buscar formas de tratamento que não devam, necessariamente, institucionalizar-se em regras e ordens codificadas”. Assim, trabalha-se com idéia do estabelecimento de relações contratuais entre profissionais e usuários, nas quais se fortaleça a capacidade mútua de efetuar trocas. Isso implica um olhar sobre os usuários como seres desejantes, capazes de participar da construção de seus projetos terapêuticos, ou de conviver com sua loucura sob novas formas.

Para Dimenstein (2006, p. 78), o mais importante nesse novo modelo de cuidado, é a produção de “um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão”. Para tanto, faz-se urgente “abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão e considerar outras rotas

¹⁹ Cidade onde se iniciou o projeto de reforma psiquiátrica italiana, conduzida por Franco Basaglia.

possíveis”, que não apenas lutem contra essa falsa sociabilidade do louco, mas também instigue “a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação”.

Por isso, a necessidade de produzirmos “instituições inventadas” (ROTELLI, 2001). Trata-se de uma exigência que se impõe às práticas em saúde mental pensar cotidianamente o serviço e a proposta de reabilitação que é oferecida, para que passem a se configurar como “motores de sociabilidade” e “produtores de sentido” (AMARANTE, 2008), nisso residiria sua terapêutica, tal como verificamos no trecho seguinte:

Então terapêutica é a intencionalidade dos serviços, que são intermediários materiais, capazes de colocar em movimento trocas sociais bloqueadas, de recolher e valorizar deslocando-os, desinstitucionalizando-os por paradoxo, os sintomas, os símbolos, os sentidos plurais do paciente (ROTELLI, 2001, p. 98).

Com base nessa perspectiva, é possível referir que a desconstrução mencionada pelos autores visa a produção compartilhada de sentidos, com a finalidade de superação dos paradigmas clássicos, que reproduzem concepções naturalizadas de saúde, doença, cura e normalidade. Desta feita, se o objetivo da proposta de desinstitucionalização é produzir novos sentidos e complexificar as compreensões historicamente arraigadas, operando uma “desconstrução como transformação cultural” (TORRE E AMARANTE, 2001), a Psicologia Histórico-Cultural tem muito a contribuir. Adotar tal referencial epistemológico neste trabalho, agrega importes pressupostos ao processo de construção compartilhada de conhecimento, que se discute nas propostas de desinstitucionalização.

O primeiro deles se encontra na idéia de que todo conhecimento só pode ser produzido pela interação, sendo assim uma prática fundamentalmente social, mediada pelo outro e pela palavra (SMOLKA, 1993). Para a desinstitucionalização em saúde mental, isso implica que o conhecimento da loucura emerge das mais variadas interações sociais, as quais propiciam as trocas de significados estabilizados e sentidos em transformação, ambos produzidos culturalmente. Assim, a desmontagem da cultura manicomial impõe, necessariamente, o fomento de trocas simbólicas entre os diversos atores, sejam essas pela via do diálogo, ou mesmo pela simples abertura para ser afetado pelo diferente, sem desqualificá-lo.

O segundo pressuposto que a Teoria Histórico-Cultural nos convida a adotar é de que os processos de construção compartilhada de conhecimento estão situados sócio historicamente. Esse postulado nos ajuda a perceber que, em cada momento histórico, as muitas sociedades produziram diferentes maneiras de compreender, explicar e lidar com a

loucura. Isso quer dizer, que a influência da evolução histórica desse conceito deve ser considerada para que possamos compreender o modo como essas significações e o conhecimento sobre esse assunto são produzidos atualmente.

O terceiro ponto que a teoria nos traz é a idéia de que a consciência humana possui uma base afetivo-volitiva (VIGOTSKI, 1934/2001), sendo assim não constituída somente por elementos da racionalidade, mas também por uma faceta de irracionalidade que lhe é essencial, a qual inclui inclinações, necessidades, impulsos, afetos e emoção. A cisão entre esses aspectos cognitivos e afetivos de nossa consciência teria se constituído como um dos defeitos mais graves, tanto para o saber psicológico, quanto para a ciência de um modo geral, traduzindo-se em um confronto em que a razão tomou o lugar de conhecimento verdadeiro que luta contra o vilão enganador que é a emoção (SAWAIA, 2000). A irracionalidade virou sinônimo de erro a ser combatido e tratado. Nesse sentido, o que a Teoria Histórico-Cultural nos proporciona é a idéia de que a consciência não é puramente racional e, portanto, a produção de novos saberes só se faz possível, por meio de uma inter-relação dinâmica entre intelecto e afeto; razão e emoção; racionalidade e irracionalidade; instrumento e comunicação; subjetividade e interação social. Pra a saúde mental, adotar tais idéias acarreta “abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo” (TORRE e AMARANTE, 2001, p. 80).

Portanto, assumimos, até aqui, a ideia de que as significações sobre a loucura são produzidas na dinâmica das interrelações verbais, afetivas, corporais e cognitivas e optamos por privilegiar, no nosso estudo, o movimento dos sentidos como objeto teórico-metodológico, por percebê-lo como um dos processos humanos que traduzem mais perfeitamente essa simbiose entre elementos racionais e irracionais; cognitivos e afetivos; mentais e corporais. Destacamos, deste modo, o movimento desses sentidos como motor principal do projeto de desmonte da estrutura que legitima a doença mental. Desta feita, com o intuito de *discutir a idéia da desinstitucionalização da loucura e suas estratégias de realização a partir dos sentidos*, como terceiro objetivo específico deste estudo, vejamos o que os tópicos seguintes tem a mencionar sobre a temática do encontro com a diversidade e a convivência com a loucura.

5.1. PERCEBENDO A DIVERSIDADE

Segundo Dimenstein (2006, p. 77), nossa cultura se desenvolveu sob a égide da normatização e do aniquilamento das diferenças. Por esse motivo, estamos constantemente à procura das zonas de equilíbrio e da estabilidade das emoções e sentimentos. Assim, para a autora em questão, empreendemos, a todo o momento, processos de “institucionalização da vida”, contribuindo com a manutenção dos sistemas de saberes-poderes que nos atravessam. Estes sabotam invisivelmente “as forças vivas da vida, a potência do novo, do desconhecido, do inusitado, da diferença”.

Acerca do mesmo tema, Machado e Lavrador (2001, p. 46), alertam também que seria possível percebermos em nosso cotidiano os “desejos de manicômio”, que são caracterizados como “aqueles desejos de dominar, classificar, patologizar e controlar”. Esses manicômios se fazem presentes não só nos serviços de saúde mental, mas “em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica”.

Desse modo, operamos uma captura das forças de invenção e uma correção de tudo o que escape à normalidade. É o que Dimenstein (2006, p. 77) denomina de: “vigilância ininterrupta para não sairmos da ordem”. Esta se realiza pela disciplinarização que está presente em nossas vidas, sem que tomemos consciência, portanto, não é algo produzido somente no contexto da saúde mental. “São movimentos que atravessam o socius, o tornar-se humano contemporâneo. Isso quer dizer que eles envolvem todos nós; estão dentro e fora dos muros dos hospitais”. Por esse motivo, as novas propostas terapêuticas, como os CAPS, não garantem, por si só, a superação desse modo de vida normatizador.

A desinstitucionalização da loucura, nesse sentido, diz respeito à luta contra toda essa ideologia de exclusão e separação que reina dentro e fora dos muros manicomial. O debate da questão nos permite problematizar a necessidade que construímos de subjugar e adequar o diferente. Em virtude dessas práticas de ajustamento operadas socialmente, a cultura manicomial se sustenta nos espaços de saúde e também longe deles.

Portanto, neste subtema, abordo justamente a atitude de deparar-se com a diversidade. No discurso produzido com os participantes desta pesquisa, muitos foram os momentos em que o assunto dos inúmeros encontros com as diferenças foi abordado. Tais

encontros dizem respeito, tanto à percepção das próprias diferenças frente aos demais, quanto às reações dos outros frente às diferenças dos participantes, segundo suas visões.

Para dar início à discussão, escolhi a seguinte passagem, na qual Maria aborda o modo como a percepção de suas diferenças foi vivenciada: *“você começa a crescer e você se sente diferente, por você sentir dor por tudo que você vê de errado e você não aceitar, aí você vai se recolhendo e você vai se enquadrando só naquele canto e não querendo viver mais”* (E. Ma. L. 41-43). Nesse trecho, Maria exemplifica, de maneira bastante simples, o modo como percebeu e lidou com sua diferença. No caso acima descrito, a participante achava que o fato de ser excessivamente sensível à dor alheia e inconformada com as situações de sofrimento e injustiça que assistia, atribuía-lhe tal característica de diferenciação dos demais, a qual acabou obrigando-a a recolher-se e enquadrar-se. Tamanho era a angústia experienciada, que até a vontade de viver foi esvaída.

Desta feita, percebo que as forças disciplinadoras operam silenciosamente, sem que nos demos conta da violência empreendida por estas. Sobre esse assunto, Rolnick (1989) traz uma constatação interessante ao afirmar que o desafio que se impõe às práticas de reinserção das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais é que os modos de disciplinarização, apesar de estarem presentes no cotidiano, são pouco palpáveis, porque realizam movimentos invisíveis não de sujeitos ou de pessoas, mas de “operações estratégicas do desejo”.

De acordo com a experiência revelada no trecho acima, a diferença de Maria era inconformar-se com a maldade e as injustiças e sensibilizar-se com o sofrimento gerado por estas. Ser “normal” seria então banalizá-las, como temos praticado tão bem em nossa cultura?

Maria também nos conta sobre outro encontro com suas diferenças, agora sob a percepção do ex-marido:

Maria: Mas aí quando eu vim pra cá, o meu marido pegou e disse que não dava mais pra gente não. Ele não suportava, chegou no limite dele.

Pesquisadora: Por conta da doença?

Maria: Por conta do que me passava, né. É tanto que ele dizia: “É a sua própria família mentiu pra mim, você era doente e eu não sabia!”. Aí eu disse assim: “Como? Você me conheceu doente! Eu tenho crises. Agora você não suporta ficar com uma pessoa que tem problemas. Não seja por isso, você tá livre!”

Pesquisadora: E me diz uma coisa, tu acha que é uma pessoa doente?

Maria: Não. Eu sou um pouco diferente, por conta de sentir umas coisas que outros não sentem. Não, não sou doente não! (E. Ma. L. 111-121)

O trecho em que Maria conta sobre a atitude de seu ex-marido frente à percepção de suas diferenças retrata, de certo modo, a intolerância com a qual o tal “doente mental” é tratado. Amarante (2008, p. 114) traduz muito bem essas situações de escárnio e segregação que são vivenciadas pelas pessoas que possuem o rótulo dos transtornos mentais. Ele afirma que o louco não é uma pessoa apenas, mas uma “classe de gente”, que é submetida a um processo de invalidação social, assim, “internado ou não em um manicômio, o louco é despossuído de seus direitos, não apenas sociais, civis e políticos, mas de ser uma pessoa, de ter seus desejos e projetos”.

Interessante refletir também acerca da resposta de Maria, quando pergunto se ela se considera uma pessoa doente. A participante, sabiamente, explica que o fato de ter sensações diferentes da maioria não significa uma doença. Essa é a idéia principal que o trabalho da desinstitucionalização da loucura tenta fortalecer, “no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade” (AMARANTE, 2008, p. 114). A esse respeito, Maria tem muito a nos ensinar:

Pesquisadora: E aqui no grupo, vocês já conversaram sobre essa história de ser saudável e ser doente? Vocês sempre conversam sobre isso? Já ouviu algum momento que vocês falaram?

Maria: Não, a gente fala mais dos problemas que acontecem. Da semana... Ser saudável, a gente fala assim, ninguém é perfeito por completo e ninguém quer ser normal. E, realmente, todos nós, pelo que eu vejo, no meu entender, todos nós temos variadas maneiras, decisões, conhecimentos, pensamentos, né? (E. Ma. L. 237-243).

A participante ressalta a existência da diversidade e compreende que existem variados modos de ser e estar no mundo. Ela comenta ainda que não há perfeição, no sentido de que não há normalidade, existem infinitas formas diferentes de viver. Amarante (2008) nos oferece uma preciosa reflexão, que pode se encaixar perfeitamente nesse debate em torno da proposta de convivência com a diversidade. O autor esclarecer que não se trata de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação. Trata-se da opção de não utilizar o conceito de loucura como sinônimo de erro na relação com os sujeitos.

Além disso, é uma questão de ir contra a racionalidade médica que afirma que a loucura nada mais é que uma doença ou uma deficiência. Assim, “como doença mental, como verdade médica, o lidar social será marcado pelo saber psiquiátrico, que determinará o que fazer, como, quando e onde com a pessoa do louco” (AMARANTE, 2008, p. 112). É tipo de idéia que pode ser observado no próximo trecho a ser comentado, no qual Vera retruca com

Rosa sobre as diferenças entre as várias formas de expressão dos transtornos mentais e ainda os diferentes modos como cada um vai lidar com estes:

Vera: Rosa, porque eu confundo, porque eu tenho transtorno mental, a minha irmã também tem transtorno mental, só que eu... o que eu aprendi... até... eu me alfabetizei, né. E daí praí eu não consigo fazer mais nada. Às vezes eu não consigo nem ligar e desligar a televisão. O meu som é quebrado, porque às vezes eu ligo e não consigo desligar e tacho o murro nem que custe... e eu tenho uma irmã que se formou-se em administração de empresas e trabalhou muito tempo.

Rosa: Ela aprendeu a controlar e você não.

Vera: Eu acho que foi o seguinte, ela teve um acompanhamento, ela teve... porque eu, minha mãe e meu pai levava pra macumba, pro espiritismo, né, e já a minha irmã, ela foi levada o quê? Pra medicina. E foi tomar a medicação certa. Teve o procedimento, um agir diferente dos meus pais comigo e diferente com a minha irmã.

Pesquisadora: Tu acha que isso fez ela ficar melhor?

Vera: Fez. Isso fez a diferença. A maneira que a minha mãe conduziu a mim, meus pais conduziram a mim e forma que eles conduziram a Sarah, que foi a última, foi essa forma que eles agiram com ela que fez a diferença. Porque, enquanto eu era surra de vara verde, ela foi levada pra psiquiatra, pra psicólogo, foi comprada a medicaçãozinha dela. (Gr. Ve. L.107-122)

É possível observar no discurso de Vera a desvalorização de quaisquer saberes sobre a loucura que não venham da ciência. Tal modo de pensar está ligado ao apoderamento que a psiquiatria empreendeu para com o objeto loucura, munida da justificativa da neutralidade e do distanciamento, dois grandes mitos que conferiram enorme credibilidade a essa ciência em detrimento dos modos de conhecer não-científicos. Estes tiveram seus constructos atrelados a idéia de saberes inverídicos, irracionais e não confiáveis. Por isso, Vera considera que não tenha recebido o “correto” tratamento, já que, conforme seu relato, ela foi levada “*para a macumba, pro espiritismo*”, enquanto a irmã foi levada para a medicina.

Obviamente, quando a participante conta que levou “*surra de vara verde*” e que a irmã recebeu um tratamento médico, considero que houve um proceder totalmente diferenciado, do caso, pela família. Porém, percebo que Vera atribui totalmente à ciência a responsabilidade pelo modo de vida “estabilizado” que sua irmã adquiriu. Vale lembrar que essa mesma ciência, já adotou métodos de tratamento tão violentos quanto às surras de vara verde que ela levou, quando isolou, aprisionou, conteve, medicalizou, lobotomizou e desqualificou os loucos.

Essa tendência a considerar somente a psiquiatria como única conhecedora e responsável pela loucura cai por terra quando se discute a mudança do objeto a ser trabalhado. De acordo com Rotelli (2001, p. 91) “não se pode fazer muito com a ‘doença’, como queria o

‘modelo clínico’, com o sintoma ou com o conflito como queria o ‘modelo psicológico’, porque mudaram o objeto, o paradigma e com ele os sensatos programas”. Para o autor, as instituições que se destinavam ao tratamento da “doença” e ao cuidado de suas congêneres, tais como a terapia, o diagnóstico, a prescrição, entre outras eram totalmente coerentes a esse tipo de modo de encarar a loucura. No entanto, “quando se quebrou o brinquedo, desmistificado o objeto, descoberta a miséria, a desinstitucionalização, aquela verdadeira, invadiu e desordenou o campo”. O problema passou a não se concentrar mais na cura, mas na emancipação. Ao invés da contenção, o estímulo a expressão das singularidades e, sobretudo, a invenção de possibilidades de existência das diferentes formas de ser.

No trecho seguinte, é discutida, então a percepção dos usuários acerca dessa diversidade de formas de estar no mundo e de maneiras de lidar com a loucura. Como cada pessoa vai encontrando suas terapêuticas:

Rosa: Há a pessoa que tem um surto por causa de um acúmulo de problemas, que nem ela [Silvia] disse, por um problema afetivo, em ela momentaneamente está mentalmente doente e que, de primeiro, ela pode até precisar de uma medicação pra tomar conta de si mesma e acordar, entendeu? E há aquela pessoa que tem transtorno, que ela acostomou a alimentar esses transtornos durante toda uma vida, que ela não confia que pode resolver por si mesma os problemas e acha que necessita da medicação.

Vera: Eu resolvo os meus problemas, o que eu não consigo é...

Rosa: Ficar sem a medicação.

Vera: É ficar sem a medicação, por que os problemas quando vem pra mim eu resolvo.

Rosa: Então você tem a saúde, mas sem a medicação você não tem! Já no caso dela [Silvia], ela encontrou meios terapêuticos em que ela não precisa da medicação, a Biodança, ela se encontrou na Biodança...

Pesquisadora: Então cada um vai encontrando?

Rosa: Cada pessoa vai encontrando.

Vera: Cada caso é uma caso e cada transtorno tem a sua história.

Rosa: Cada pessoa vai se identificar coma sua bengala. Quem aqui não usa bengala? Todos nós usamos.

Maria: Cada um sabe de si.

Rosa: É, cada um procura a bengala que serve. A da Vera é um remédio. A dela já é o grupo de apoio, é as amizades.

Vera: Não, rosa, não é uma questão de querer, porque se eu quisesse eu não tomava a medicação, só que eu...

Rosa: Eu sei, você precisa, você sabe que precisa e toma.

Vera: Preciso, preciso

Rosa: É isso que eu to dizendo, você é consciente de que precisa.

Vera: Eu sou consciente de que preciso. (Gr. L. 316-342)

Primeiramente, Rosa aborda a questão das diferenças entre as pessoas que passam por uma doença mental momentânea e aquelas que alimentam seus transtornos por toda a vida. As primeiras, em decorrência do acúmulo de problemas, podem até necessitar de remédios, mas tão logo elas consigam resolvê-los, iram restabelecer sua saúde. Já as

segundas, considerariam que sem os remédios, não poderiam sobreviver. Acerca de tal comentário, Vera discorda, pois avalia que, mesmo resolvendo seus problemas, ainda necessita de medicação. Rosa chega, então, à constatação de que cada pessoa vai encontrando meios terapêuticos para os seus casos e que o remédio é mais um desses. Ao final, todos parecem concordar com essa idéia.

No caso acima, vemos que as diversas opiniões sobre a “doença mental” são contrapostas em um processo de diálogo, que potencializa a emergência de múltiplos sentidos. As diferentes compreensões se misturam, sem se diluírem. Ao final, nenhuma compreensão é mais a mesma, no entanto, nenhuma é igual à outra, mesmo que haja concordância de opiniões, cada participante elabora, à sua maneira, o sentido. Percebemos, portanto, com esse trecho, que as interações são deflagradoras do processo de movimentação dos sentidos e que estes se configuram como um conceito chave para pensarmos no projeto de desconstrução da cultura manicomial. Neste trabalho, defendo que o sentido é uma categoria central no debate sobre a produção de conhecimento sobre a loucura, pois diz respeito à atitude do indivíduo para com o mundo externo e para consigo, configurando-se na forma com a qual o homem assimila a experiência humana generalizada e refletida (VIGOTSKI, 1934/2001).

Acerca da discussão em torno da dialogicidade e da produção de sentidos, outro teórico que pode auxiliar é Freire (2000), para o autor, o sentido também ocupa posição de destaque, representando a atitude para ler e pronunciar o mundo. Este é construído pela contradição entre os significados apreendidos, os motivos e a vivência da realidade cotidiana das pessoas. O autor acredita que, para conhecermos o mundo e a nós mesmos, necessitamos estabelecer uma atitude cognoscitivo-afetiva perante os objetos que desejamos conhecer. Logo, em suas idéias, percebe-se que “a afetividade não se acha excluída da cognoscibilidade” (FREIRE, 2000, p.160). Ao afirmar que os seres humanos são criaturas eminentemente relacionais e não seres apenas de contatos, Freire também chama atenção para a linguagem e construção de sentidos, na forma do diálogo. O educador apostava na teoria de que, ao dizer suas palavras e pronunciar o mundo, as pessoas já realizariam um ato de transformação de si e do mundo, por isso esta seria uma ação revolucionária, “um caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens”. (FREIRE, 2006, p.96).

Nesta busca por significado, o diálogo vai mais longe que puramente um intercâmbio verbal. Configura-se como um processo de interiorização da realidade, em sua permanente metamorfose, ao mesmo tempo em que proporciona a expressão dos indivíduos

no mundo. Por isso, no diálogo, a problematização da realidade é uma tarefa que se impõe como exigência para a construção de um conhecimento coletivo, visto que, através dela, o mundo se apresenta como um desafio a ser superado e não como um dado estático.

Para Montero (2006, p. 231) “problematizar é gerar situações nas quais as pessoas se vêem forçadas a revisar suas ações ou opiniões acerca dos fatos de sua vida diária vistos como normais, convertidos, por tal razão, como habituais, ou percebidos como inevitáveis ao considerá-los naturais”. Por intermédio do conceito de problematização, teríamos mais uma ferramenta para a implementação da desinstitucionalização no cotidiano dos serviços e das comunidades. Dessa maneira, podemos afirmar que a problematização se oferece como instrumento de desnaturalização, que nos permite um modo de confronto com nossos próprios discursos e atitudes.

Desta forma, tanto Freire, quanto Vygotski, permitem-nos afirmar que a transformação cultura manicomial, no rumo da libertação, ultrapassa a esfera pessoa-objeto, deixando de ser um ato solitário para existir necessariamente como ação solidária e comunicativa na ordem pessoa-pessoa-mundo. A solidariedade não é o único sentimento apontado por Freire, para, verdadeiramente, realizarmos comunicação, e não simplesmente imposição de idéias. É necessário, antes de tudo, amor a todas as formas de expressão da vida, esperança para com a mudança, confiança na capacidade criadora e de superação dos indivíduos e compromisso com a libertação. Para o autor, os sentimentos potencializariam o aprofundamento dos nossos esquemas de compreensão, pois facilitariam a vinculação e a comunicação entre as pessoas, fazendo emergir as trocas subjetivas. Sem o respeito à expressão dos indivíduos, como ouvi-los ou senti-los? E, ainda, como dialogar?

Nessa direção, Touraine (2002, p. 239) oferece uma boa contribuição quando afirma: “É somente quando o indivíduo sai de si mesmo e fala ao outro, não nos seus papéis, nas suas posições sociais, mas como sujeito, que ele é projetado fora do seu próprio si-mesmo, de suas determinações sociais, e se torna liberdade”. Desse modo, pode ser dito que somente na relação amorosa, o indivíduo deseja ser ator, superando a posição de conformidade e acomodação, deixando de ser, para Touraine (2002, p. 240), “um elemento de funcionamento do sistema social e se torna criador de si mesmo e produtor da sociedade”.

No tópico seguinte, será discutido o último subtema desta pesquisa, que trata dos modos construídos pelos participantes para conviver com a loucura, tanto a deles como aquela que está presente em todos nós.

5.2. CONVIVENDO COM A LOUCURA.

Novas tecnologias científicas, que se destinem à cura da doença mental, continuam apenas apresentando um problema que não pode ser resolvido. Não há modernização que resolva a questão sempre nebulosa da cura em psiquiatria. A cura se torna a ação de produzir subjetividade, sociabilidade – mudar a história dos sujeitos que passa a mudar a história da própria doença (TORRE e AMARANTE, 2001, p. 80).

Para iniciar a discussão do último subtema deste trabalho, recorro a citação acima por entender que, diante de tantas transformações a que nos referimos até aqui, faz-se necessário refletir sobre novos conceitos e teorias que dêem conta de trabalhar com o fenômeno da loucura, sem perder de vista sua complexidade. No lugar da doença mental, um novo objeto deve ser pensado, para que se construam opções de “tratamento”, que não sejam mais morais ou medicalizantes. O próprio termo “tratamento” deve ser problematizado, visto que a atuação não se centra mais na lógica da perseguição da cura, nem tampouco no restabelecimento da estabilidade. Para Rotelli (2001, p.29), a terapia passa a ser entendida, então, como um conjunto complexo e cotidiano de “estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão”, por intermédio de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

O trabalho de desinstitucionalização leva, então, “à produção de um novo tipo de subjetividade, que permita a manifestação do devir-louco sem interditar sua expressão, sem regulá-lo no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo” (TORRE e AMARANTE, 2001, P. 82), fazendo com que deixe de ser um sujeito. É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca, o estabelecimento de uma nova relação com ela. Para isso, faz-se necessária o estímulo à produção das singularidades, de novas subjetividades e novos lugares para os sujeitos loucos que extravasem o contexto institucional.

No discurso dos participantes da pesquisa, verifiquei que eles encontram estratégias muito particulares de convivência com a loucura. Interessante notar como a renúncia às relações de tutela, controle e silenciamento, faz emergirem possibilidades criativas e específicas de lidar com a complexidade do fenômeno. Nesse sentido, a possibilidade da contratualidade parece ser mais coerente com uma proposta de reabilitação mais flexível e mais atenta às questões subjetivas dos usuários dos serviços de assistência em saúde mental, tendo em vista que nos permite valorizar mais as conquistas cotidianas dos usuários, tornando a reabilitação um processo mais atingível. Vejamos, a seguir as estratégias adotadas pelos participantes:

Quadro 6 - Estratégias de convivência com a loucura:

Vera	Maria	Silvia
Porque eu sei, quando eu vou saindo da realidade, quando eu vou ficando assim, eu sinto, eu sei, eu já sei os sintomas. Quando eu fico agitada demais, quando eu fico muito assim... nervosa, eu procuro me acalmar, eu procuro uma pessoa pra me apegar, eu procuro calmante, porque eu sei que eu vou entrar em crise [...] Hoje eu tenho uma vida diferente, uma vida mais saudável porque eu conheço o meu corpo, eu conheço uma forma melhor de vida. Isso eu aprendi lá no CAPS e aprendi no hospital também, vendo as pessoas com transtorno piores do que o meu, em estado pior, né? (Gr. Ve. L.37).	Maria: É, cura tem, eu sei que tem, é você dar tempo realmente ao que você tem e aceitar e essa é a cura. Pesquisadora: Tua acha que a cura é aceitar o teu problema? Maria: É, e ficar estável, porque toda vez que você sente que ela vai querer piorar você sabe recorrer e não vai fazer reboição na sua vida cotidiana (E. Ma. L. 271-275).	Mas assim, a gente precisa de tá aqui como a gente tá, que a gente vem recarregar as baterias, que a gente vem, isso aqui é bom, isso aqui faz bem pra mim, então eu venho e cada vez que venho aqui eu dou uma melhorada... já to bem, graças a Deus. Faz bem eu ir pra praia? Faz bem (Gr. Si. L. 156-159).

No quadro acima, é possível observar uma ideia marcante nas respostas das participantes, a qual está relacionada à noção do auto-conhecimento e auto-regulação. Vera afirma que consegue identificar quando está “*saindo da realidade*”, por isso, ao perceber o fenômeno, procura a ajuda de pessoas ou de calmantes. Maria, por sua vez, afirma que a “cura” é aceitar que o problema existe e não deixar que ele cause tantos impactos na sua vida. Por fim, o relato de Silvia, no qual a participante exprime ideia de que cada pessoa deve encontrar aquilo que lhe faça bem, no seu caso, ela encontrou o grupo e se sente melhor com ele. Em comum as três, percebo essa característica de adotar estratégias de obtenção de uma qualidade de vida possível, de acordo com o quadro de saúde peculiar que é vivenciado por cada uma.

Silvia parece ter encontrado no grupo de Florescimento um caminho bem apropriado, a usuária coaduna também com o que Maria mencionou sobre aceitar que o problema existe, como no seguinte relato:

Assim, quando eu cheguei aqui, a facilitadora tinha falado, ai, se vocês não quiserem dizer que tão no CAPS, ou que vocês tiver num lugar e não quiser falar... eu acho que é assim, você não acreditar no que você tá fazendo, você não assumir. Cada um leva do seu jeito, né, mas o meu é assim, por exemplo, eu não tenho preconceito de dizer pra ninguém que tô no CAPS, que vou pra reunião da minha terapia toda sexta-feira e resolvi dizer que não vou trabalhar sexta-feira, porque toda semana eu quero tá aqui, porque me faz bem tá aqui, então, é você assumir [...] (Gr. Si. L.217-223).

Maria comenta também sobre a importância do uso da medicação no controle de sua ansiedade e das crises que vivenciou, mas admite que esse recurso não é suficiente, pois algumas situações que vivencia continuam a afetar-lhe:

E eu, eu só tenho que dar graças a Deus, porque, apesar de eu saber que vou tomar um remédio pra sempre, é como se uma doença que muita gente que... que diz que não tem transtorno mentais, mas que pra mim vai controlar aquela minha ansiedade pra eu não ter aquelas crises. E apesar de que certas coisas que eu vejo também me afeta, porque eu acho que me afeta muito sentimento. Eu sou muito de sentir, às vezes certas coisas eu vejo tanto ao fundo que eu choro, tanto por alegria, quanto por tristeza. E tem coisas que eu acho assim, uma coisa misticismo, pura magia, de onde eu não sei de onde é que vem e eu também não quero procurar saber, quero deixar como ta (E. Ma. L. 151-157).

Torre e Amarante (2001) e Vasconcelos (2003, 2007 e 2009), destacam que a desconstrução da cultura manicomial atinge seu sentido mais abrangente quando ocorre um processo mais amplo e complexo de participação popular. Nesse caso, a participação se configura como um espaço de construção coletiva do protagonismo que requer a saída do assujeitamento, de uma relação de dominação e tutela, para a constituição de um sujeito que debate o tratamento e sua instituição. No entanto, como já foi discutido, vimos que a cultura manicomial se consolidou sob a égide da racionalidade e da normatização; assim, como tomar esse tipo de participação, racional, consciente e autônoma como premissa basilar para a desinstitucionalização? Pensar no louco como sujeito crítico e conhecedor dos seus direitos não seria tentar ajustá-lo ao paradigma da racionalidade? Como potencializar a autonomia dos usuários em um mundo que só pode ser vivido sob a ótica da racionalidade?

Pereira (2007) pode auxiliar-nos no debate de tais indagações, quando sugere que a questão da autonomia estaria mais relacionada com a capacidade da pessoa gerar normas para sua própria vida, a partir das situações vividas. Ela critica a idéia de independência, pois

acredita que todos nós temos dependências, contudo, a pessoa com transtorno mental pode depender exageradamente de poucas coisas, gerando uma situação limitada para sua vida. Pereira defende também que as relações de troca constituem-se como demarcadores da reabilitação, gerando níveis de contratualidade a medida em que a pessoa aumenta ou diminui seu poder de efetuar trocas. Sendo assim, a autonomia é entendida pela autora como “condição adquirida pelo paciente através de sua participação no próprio processo reabilitador” (P. 03).

Finalmente, a autora aponta alguns caminhos possíveis para refletirmos acerca da questão da reabilitação psicossocial como a valorização das potencialidades dos usuários, ao invés do costumeiro olhar focado somente na doença. Outro desafio sugerido foi a tentativa de encontrar processos de reabilitação singulares a cada indivíduo, reconhecendo sua subjetividade e capacidade de apontar e construir seu próprio processo reabilitador.

Quando indagados sobre sua situação atual de saúde, as participantes construíram as seguintes afirmações:

Quadro 7 – Situação atual de saúde mental:

Vera	Maria	Silvia
Entre aspas, eu tenho saúde mental, eu não tô fazendo o tratamento? Eu não tô tomando a medicação? Eu não tô cumprindo aquelas regras tudim direitinho? Agora, no exato momento que eu tirar o Lítium, olhe, minha filha, você não imagina como que é a Vera fica! (Gr. Ve. L. 286-289)	Pesquisadora: E a tua saúde mental como é que é? Maria: Ta desenvolvida, não ta mais presa. Porque toda vez que eu achar que to sentindo alguma coisa que eu não puder resolver, eu sei a quem eu me recorrer. Pesquisadora: Quem? Maria: A um especialista, a uma pessoa que me entenda (E. Ma. L. 136-140).	Hoje em dia eu tô aqui e já me sinto bem emotivamente em todos os sentidos, mas eu sinto necessidade ainda de vira pra cá, de estar aqui, porque aqui cada um tem um pouquinho que cola no outro e que aviva, que dá... o que eu tenho de novo eu busquei aqui, alguém chegou aqui e me deu, foi um olhar... ta entendendo? E tenho pena daquelas pessoas que chegam aqui e que não querem se curar (Gr. Si. L. 250-255).

Como pode ser observado no quadro acima, nenhuma das participantes afirmou que está “curada”. Vera admite que possui saúde mental, mas necessita tomar a sua dose diária de medicação, caso isso não aconteça, volta a passar por crises. Maria acha que sua saúde está desenvolvida, pois descobriu a quem recorrer quando passar por situações que não pode resolver sozinha. Silvia se sente bem, mas necessita participar do grupo como uma forma de conseguir energias com os outros participantes.

Para a desmontagem da lógica manicomial, Rotelli (2001) apresenta a necessidade de criação de laboratórios e não de ambulatorios, definindo como laboratório um lugar de produção de cultura, de trabalho, de intercâmbio e de relações entre artistas, artesãos, pessoas doentes ou não. Ele entende que a Saúde mental passa a ser compreendida não mais a partir de parâmetros de bem estar, definidos desde princípios biomédicos e regulados pelo Estado, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam.

Por isso, Pereira (2007) defende que o trabalho dos profissionais da saúde mental deva ser o de “[...] ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida perdeu a capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos para a produção de novos sentidos”. (P. 02) Sob o viés da Teoria Histórico-Cultural da Mente, é possível afirmar que nos processos de significar o mundo e a si, homens e mulheres transformam a realidade objetiva, construindo a história e, construindo-se nesta, criam cultura, forjam suas consciências no mundo, apropriam-se da realidade na medida em que se afirmam como seres, ao mesmo tempo, sociais e singulares. É a capacidade que todos nós, loucos ou não, possuímos de transformação da realidade.

Finalmente, concluo este subtema com a fala de Maria, na qual a usuária afirma que nem tudo deve ser tão bem compreendido assim. Dar conta de explicar todos os fenômenos é uma tendência herdada do paradigma racionalista, que considera que todos os processos humanos podem ser explicados.

D.L.276. Tu acha que tu lida melhor com a loucura hoje em dia? Não com a tua, mas a loucura de um modo geral.

Ma.L.278. Não é lidar, é entender [...]. E às vezes tem coisas em mim, que eu acho mítico não entender [...]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Sempre a meta de uma seta no alvo,
Mas o alvo na certa não te espera”.

(Paulinho Moska)

Iniciei esta pesquisa na tentativa de apontar possibilidades de compreensão acerca da seguinte indagação: *quais as implicações dos sentidos construídos sobre saúde-doença mental por participantes de um grupo terapêutico do CAPS no processo de desinstitucionalização da loucura?* Neste momento final, avalio que o encontro com os participantes da pesquisa possibilitou uma rica reflexão sobre essa questão, mas que de modo algum, há como construir uma resposta única e pragmática que dê conta desse problema. Desse modo, ciente de que este estudo não esgotará todas inúmeras possibilidades de apontamentos sobre o problema, considero que os objetivos elencados foram satisfatoriamente atingidos.

O interesse maior que moveu este trabalho foi o de: analisar os sentidos construídos sobre saúde-doença mental por participantes de um grupo terapêutico do CAPS e suas implicações ao processo de desinstitucionalização da loucura. Com intuito de esclarecer como esse objetivo foi desenvolvido e os desdobramentos oriundos desse interesse, inicio um breve resgate, que aponta alguns achados deste estudo. Para tanto, tomo como referência os objetivos específicos, por considerá-los passos para atingir esse objetivo maior.

Desse modo, na tentativa de *compreender como os participantes de um grupo terapêutico do CAPS explicam o processo de saúde-doença mental, por intermédio da construção compartilhada de sentidos*, passei a acompanhar as atividades do grupo de Florescimento Humano do CAPS da SER II. Neste grupo, verifiquei uma pluralidade de discursos e compreensões acerca do processo saúde-doença mental. Percebi que as interações entre os participantes possibilitam uma rica troca de experiências, que potencializa a emergência de sentidos. Na construção desses sentidos, concepções científicas misturam-se ao senso comum, às crenças espirituais e religiosas, á vivência pessoal do processo saúde-doença, entre outros saberes, resultando em um conhecimento que é, ao mesmo tempo, coletivo e individual.

Outro achado importante a esse respeito, é que a idéia de saúde como ausência de doenças ainda exerce alguma influência nos sentidos produzidos pelo grupo. Isso pode ser percebido na facilidade que os participantes demonstraram em falar do assunto doença mental, em contraste com a que apresentaram no tocante à saúde mental. Esta ainda se configura como uma incógnita, um ideal do qual muito se fala, mas pouco se sabe, ao passo que a doença é rapidamente identificada, por estar manifesta corporal ou mentalmente. Contudo, paradoxalmente, muitos participantes questionaram a aceção doença mental, afirmando-se contrários a idéia de serem denominados doentes mentais, mesmo admitindo experienciar um quadro de sofrimento psíquico. Isso porque, já apresentam em seus discursos a moderna noção, oriunda dos projetos de reforma psiquiátrica que iniciaram na década de sessenta, de que ser diferente não implica em ser doente mental. Além disso, apesar da dificuldade em conceituar a saúde mental, muitos afirmaram possuí-la.

Desta feita, mais uma consideração que pode ser feita nesta pesquisa é que, por intermédio da construção compartilhada de sentidos, o modo como os participantes explicam o processo saúde-doença mental segue não necessariamente uma lógica linear e coerente, mas uma constante negociação de compreensões contraditórias, que não visa um consenso entre as partes. Assim, os sentidos podem transitar e se modificarem, sem se tornarem iguais.

Por acreditar na potencialidade dessa diversidade, objetivei também para este estudo *examinar os sentidos construídos pelos participantes do grupo*. Assim, deparei-me com a produção conjunta de compreensões importantes, as quais diziam respeito à conceituação, às origens e aos modos de obtenção da saúde e da doença mental. Em primeiro lugar, acerca da conceituação, os sentidos produzidos revelaram um quadro de grande indefinição, no qual o problema está situado. Os participantes comentaram sobre a incapacidade científica e social de definir precisamente o que é e quando ocorre a doença mental, apesar de rapidamente ser diagnosticado o transtorno. Eles mencionaram também sua dificuldade em lidar com essa lista enorme de classificações em são enquadrados, sem mesmo saber a que se referem aqueles nomes.

Apesar do panorama de acentuada indefinição que foi constatado, eles puderam definir saúde e doença mental ao seu modo e produziram sentidos que circularam em torno das seguintes idéias. Saúde mental como equilíbrio das sensações e emoções; alegria; capacidade de estar bem para fazer o bem aos outros; capacidade de resolver problemas sem acumulá-los; ficar bom; poder circular na sociedade. Doença mental como desequilíbrio;

acúmulo de problemas; preocupar-se demais com a opinião de terceiros; desadaptação; descontrole; depressão; algo errado; alteração; peça quebrada no organismo.

Por fim, na tentativa de *discutir a idéia da desinstitucionalização da loucura e suas estratégias de realização a partir dos sentidos*, trabalhei o conceito de desinstitucionalização como desmontagem da cultura manicomial em um sentido mais amplo que simplesmente a noção de desospitalização. Vimos, portanto, que essa requer, necessariamente, o fomento de trocas simbólicas entre os diversos atores, sejam essas pela via do diálogo, ou mesmo pela simples abertura para ser afetado pelo diferente, sem desqualificá-lo. Acerca de tal afetação os participantes também comentaram e discutiram como as diferenças podem trazer incômodos para a sociedade como um todo e que essas diferenças estão presentes em todos, independentemente do diagnóstico de louco ou são. Portanto, já que invariavelmente, as diferenças aparecerão, os participantes destacaram algumas estratégias que tem utilizado para a convivência com estas, que vão desde o auto-cuidado e auto-regulação em perceber e procurar ajuda quando necessário, até procurar atividades que lhes tragam prazer.

Por intermédio da construção desses sentidos, o desmantelamento da lógica manicomial de exclusão e patologização do diferente foi discutido com os participantes desta pesquisa e com os leitores deste texto. Desse modo, percebo que a categoria sentido, tão bem trabalhada pela Teoria Histórico-Cultural, fornece aportes essenciais para o fomento de práticas de problematização de concepções clássicas sobre saúde e doença. Por meio do estudo do movimento desses sentidos, vimos que desconstruções são processadas e uma nova lógica de cuidado a atenção em saúde mental pode ser despertada. Por este motivo, acredito que a pesquisa em questão traz como desdobramentos um valiosa contribuição para os serviços de saúde mental, por indicar a importância de se ouvir o usuário, como sujeito capaz de interferir na construção de seu projeto terapêutico e por apostar na valorização da construção conjunta de sentidos sobre o processo de sofrimento e de saúde.

Para a Psicologia, esta pesquisa oferece ainda contribuições significativas para refletirmos sobre a superação das clássicas dicotomias que permeiam esse campo desde seu surgimento. Acredito que as conclusões acerca da relação entre o processo de construção conjunta de sentidos e o projeto de desinstitucionalização da loucura representam um passo importante para o entendimento do ser humano integral e não dividido em mente e corpo, razão e sentimento, individual e coletivo.

Por fim, certa de que esta investigação não contempla toda a infinidade de temas a serem trabalhados acerca do objeto estudado, aponto possíveis questões a serem posteriormente investigadas como desdobramento desta pesquisa. Quais as implicações das atividades terapêuticas do CAPS na produção de sentidos sobre saúde-doença mental por seus participantes? Como a desinstitucionalização da loucura pode ser trabalhada com os usuários? Qual a participação dos usuários na construção de seus projetos terapêuticos? Que sentidos podem ser construídos com os usuários sobre o tratamento em saúde mental? De que modo esses sentidos interferem na produção da saúde?

Essas indagações são essenciais, pois nos lembram de que o desafio e a beleza de se pesquisar a categoria sentidos reside justamente em sua volatilidade. Na medida em que escrevo sobre o tema, ele modifica sua forma. Esse caráter de transitoriedade é, ao mesmo tempo, complicado e instigante, pois não nos permite uma apreensão acabada, deixando a sensação de que os sentidos são sempre circunstanciais, específicos e sujeitos a novas formulações. Desse modo, finalizo esta dissertação com a expectativa de tal categoria seja considerada como elemento chave para que pensemos nas transformações que almejamos empreender na cultura manicomial.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.

_____. (Org.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: R. Pinheiro; R. Mattos (orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

ALMEIDA-FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol. 3, Nº 1-3, 2000.

_____. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 9, Nº 4, 2004.

_____. COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde** . Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, Nº 2, pag. 315-333, maio a agosto, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 17, Nº 1, Pag. 43-62, 2007.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde, Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2004.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, 2002.

BUSS, P. M. e PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 17, Nº 1, Pag. 77-93, 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 8, Nº 2, Pag. 569-584; 2003.

CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, Vol. 11, Nº 02, 2002.

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. de: Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, Rio de Janeiro, Vol. 9, Nº 2, 2002.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

DAMÁSIO, Antonio. **O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DE TÍLIO, R. A querela dos direitos: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, Vol. 17, Nº 37, 2007.

DIAMANTINO, R. M. **“Internar ou cuidar”**: investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador. Dissertação de mestrado – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. - Salvador, 2010

DIMENTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, ano IV, nº 06, Barbacena, 2006.

DIMENSTEIN, M. e AMORIM, A. K. M. A. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009.

FOUCAULT, M. **A história da loucura** - na idade clássica. 7ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 2006.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, julho de 2002 .

_____. **Vygotsky e Bakhtin- Psicologia e educação: um intertexto**. S. Paulo/Juiz de Fora: Ática/EDUFJF,1994.

GÓIS, C.W.L. **Psicologia Comunitária** – Atividade e Consciência. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

_____. **Saúde Comunitária** - Pensar e Fazer. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

GUIMARÃES, C. F; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, vol. III, Nº02, p.353-351, 2003.

KINOSHITA, Roberto Tykanori (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. **Saúde loucura 1**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte Universitário, 1978.

_____. Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: VIGOTSKI, L. S., LURIA, A. R., LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, p. 59-83 (1934/1992).

MACHADO, L. D. e LAVRADOR, M. C. C. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, L. D. e LAVRADOR, M. C. C. e outros (org.). **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARQUES, L.P. OLIVEIRA, S.P.P. Paulo freire e Vygotski: reflexões sobre a educação. In: **V Colóquio Internacional Paulo Freire** – Recife, 19 a 22-setembro 2005.

MENDES, E. V. M. **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro; 1996.

MINAYO, MCS (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2009.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

_____. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 6, Nº 1, Pag. 7-19, 2001.

MONTERO, M. **Hacer para Transformar: El Método en la Psicología Comunitaria**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: a história de uma ideia e de um conceito. **Revista Saúde e Sociedade**. Vol. 3, Nº 2, Pag. 5-21, 1994.

_____. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Agosto de 1998.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 23, Nº 10, Pag. 2375-2384, out/2007.

OLIVEIRA, M. K. de. Vygotsky e o processo de formação de conceitos. In: YVES de La Taille et al. **Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo, SP: Summus, 1992.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. e FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Revista. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 22, Nº 5, Pag. 1053-1062, mai/2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G. W. S. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.

PAGLIOSA, F. L. e DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol. 32, Nº 4, Pag. 492-499, 2008.

PAIM, J. S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, Vol. 32, Nº 4, 1998.

PAIVA, I. **Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

PEREIRA, M. A. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2007.

PESSOTI, I. **A Loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

RODRIGUES, C. R; FIGUEIREDO, M. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**. Natal, Vol. 8, Nº. 1, 2003.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**. Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Orgs). **Desinstitucionalização, uma outra via**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001, p. 17- 59.

ROTELLI, F; LEONARDIS e MAURI. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Orgs). **Desinstitucionalização, uma outra via**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001, p. 17- 59.

SANTOS; WESTPHAL, J. L. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Rev. Estudos Avançados**, Vol. 13, Nº 35, 1999.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, pag. 13-8. Coleção Saúde Loucura, Nº 10, 1996.

SAWAYA, Bader. **A emoção como locus de produção do conhecimento**: uma reflexão inspirada em Vygotsky e no seu diálogo com Espinosa. In: III Conferência de Pesquisa Sócio-cultural. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

SILVA, M. V. de O. A clínica integral: o paradigma “psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. **In-tensa. Ex-tensa**, Vol. 1, Nº 1, Pag. 40-41, 2007.

SILVESTRI, A. e BLANCK, G. **Bajtín y Vigotski**: La organización semiótica de La conciencia. Barcelona: Anthropos, 1993.

SMOLKA, A. L. B. Construção de conhecimento e produção de sentido: Significação e processos dialógicos. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, 1993.

SUCUPIRA, A.C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE**, - **Revista de Políticas Públicas**. v.4, n.1, p.7-10, jan/fev/mar, 2003.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.9, Nº 1, 2002.

TRIGO, M. Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 18, nº 02, 2000.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, 2001.

TOURAINÉ, A. **Um novo paradigma**: para compreender o mundo de hoje. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

_____. **Crítica da modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Editora Paulus, 2003.

_____. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Vivência**, Natal, vol. 32, pag. 173-206, 2007.

_____. **Abordagens Psicossociais** Vol. I - História, teoria e Trabalho no Campo. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2009

VAN DER VEER, R & VALSINER, J. **Vygotsky: uma síntese**. São Paulo: Loyola; 2001.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do Pensamento e da Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes. (1934/2001)

_____. **Teoria e Método em Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes. (1927/2004)

_____. La historia del desarrollo de las funciones psicologicas superiores. In: **Obras escogidas**: problemas del desarrollo de la psique. Tomo III. Madrid: Visor. (1931/1995)

VYGOTSKY, L. S. & Luria, A. **Estudos sobre a história do comportamento: primata, homem primitivo e criança**. Porto Alegre: Artes Médicas. (1930/1996).

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saude e Sociedade**. São Paulo, vol. 16, n. 3, dezembro de 2007.

ZUMA, C. E. **Terapia de família sistêmico-constructivista**. Trabalho apresentado no seminário *Psicologia: crise de paradigma ou crise social*, promovido pelo CRP-05, UERJ, 1997.

APÊNDICES

Apendice 1 - Roteiro de entrevista individual semi-estruturada

Há quanto tempo frequenta o CAPS?

Qual o motivo que a levou a procurar o serviço?

Você se considera doente mental?

O que é saúde mental para você?

Como a saúde mental poderia ser obtida na sua opinião?

E a doença mental, de onde vem?

Apêndice 2 - Perguntas geradoras utilizadas no círculo de cultura

Saúde Mental: o que é isso?

Doença Mental: o que é isso?

Saúde Mental: como obter?

Doença Mental: de onde vem?

Apêndice 3 - Questionário de resposta individual**PESQUISA****Nome:** _____ **Idade:** _____**Há quanto tempo frequenta o CAPS?** _____**Quais as atividades que você já participou no CAPS?** **Grupos; Quais?** _____ **Consultas com Psiquiatra** **Atendimento individual com Psicólogos** **Atendimento individual com Assistente Social** **Atividades artísticas** **Outras; Quais?** _____**Você possui, ou já possuiu alguma doença mental? Qual?**

Na sua opinião, o que é doença mental?

E a saúde mental o que significa pra você?

Você já havia conversado sobre o significado dessas palavras antes? Onde?

Apêndice 4 - Quadro de respostas ao questionário:

Participante	Possui ou já possuiu doença mental?	O que é Doença Mental?	O que é Saúde Mental?	Já havia conversado sobre isso antes?
Monique , 35 anos, 1 mês no CAPS.	Sim, ansiedade.	Aquilo que mexe com a cabeça interior do ser humano	Estar bem totalmente de saúde, isso lhe trás paz total.	Não
Maíra , 20 anos, 2 meses no CAPS.	Não.	Quando a pessoa não está bem consigo mesma.		Não
Franzé , 52 anos, 7 meses no CAPS.	Sim	Transtorno.		
Araci , 42 anos, 9 meses no CAPS.	Sim, esquizofrenia.	Uma doença delicada	Uma doença que me incomoda.	Sim. Com minha família em casa.
Juliano , 27 anos, 1 dia no CAPS.	Não.	É tudo aquilo que leva você à tristeza, angústia, depressão.	É aquilo que nos leva à alegria, a uma vida plena e satisfatória.	Não
Cláudio , 28 anos, 2 anos no CAPS.	Não.	É um desequilíbrio neuroquímico, que ocorre no cérebro. A etiologia de uma doença mental pode estar relacionada a fatores genéticos, sociais e psicológicos.	É um equilíbrio generalizado na saúde psíquica, orgânica, social, familiar, profissional, etc.	De forma específica não, mas de maneira geral sim. Graduação em Psicologia.
Lúcio , 48 anos, 5 semanas no CAPS.	Não.	Tecnicamente não sei explicar.		Sim. Com amigos, mas apenas de uma forma cômica.
João , 42 anos, 6 meses no CAPS.		Depressão	Ficar bom.	Não
Maria , 42 anos, 4 anos no CAPS.	Sim, possuo TAB.	É quando algo está errado, com alteração ou falta de algum componente ou peça do cérebro, que quebra (desequilíbrio).	Acho que a peça que está quebrada foi consertada e voltou a ser estável (funcionar) (com equilíbrio).	
Vera , 49 anos, 5	Sim, transtorno	É o bicho mais feio que	Ter controle das	Já, no CAPS.

anos no CAPS.	bipolar.	já vi.	suas emoções.	
Sílvia , 46 anos, 4 meses no CAPS.	Não	É quando não conseguimos nos adaptar com o cotidiano do dia a dia e não controlamos nossas emoções.	É quando conseguimos nos controlar diante das emoções, sem permitir que nos deixem seqüelas, é não permitirmos que elas entrem em nossa mente e não se apodere de nossa vida.	Não.
Rosa , 47 anos, 1 ano e meio no CAPS.	Não.	Doença Mental é tudo o que tira do indivíduo o seu controle e equilíbrio, ao ponto dele não ser responsável por si mesmo.	Saúde mental é o estado psicológico do indivíduo e que norteia a sua vida em sociedade, de forma equilibrada.	Não

Apêndice 5**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Estou realizando uma pesquisa com o Título “**Sentidos sobre Saúde-Doença Mental: uma interlocução com usuários que participam de atividades terapêuticas do CAPS**” junto á usuários de atividades terapêuticas do CAPS da SER II que aceitem participar do estudo. Observarei algumas atividades das quais você participa e registrarei nossa entrevista, com o auxílio de um gravador de voz, caso seja consentido. A entrevista será realizada no CAPS e terá a duração aproximada de 30 minutos. Serão abordadas questões como: tempo de participação no CAPS, atividades oferecidas pelo serviço, contribuição dessas atividades para sua vida e o modo como você entende sua saúde mental. Essa pesquisa trará muitos benefícios para a construção do conhecimento da ciência sobre o tema da saúde mental, desse modo você estará contribuindo para que a voz dos usuários do serviço CAPS seja levada em consideração no tratamento de saúde.

Garanto que as informações aqui obtidas serão usadas apenas para realização desta investigação, e que você terá acesso ás informações pesquisadas, sendo assegurada a privacidade dos dados envolvidos na pesquisa e da sua identificação. Você tem a liberdade de se recusar a fazer parte da pesquisa ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo. Após a leitura das informações citadas, sua assinatura neste documento, significa a aceitação em participar desta investigação. Você não receberá qualquer tipo de pagamento ou lucro financeiro pela participação.

Em caso de dúvida se comunicar com a pesquisadora, Dayane Silva Rodrigues, no telefone (085) 9926.77.88 ou pelo e-mail- dayanesr@yahoo.com.br. Outras informações podem ser obtidas junto ao Comitê de Ética da UFC pelo telefone (085) 3366.83.38.

Fortaleza _____, de _____ de 2010

Assinatura do informante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS