

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
EDUCA SAÚDE**

CLARISSA MACHADO

**FRONTEIRAS QUE ATRAVESSAM O PROCESSO DE CUIDADO NO CAPS:
NARRATIVAS SOBRE A ALTA E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NO
TERRITÓRIO**

Porto Alegre
2013

CLARISSA MACHADO

**FRONTEIRAS QUE ATRAVESSAM O PROCESSO DE CUIDADO NO CAPS:
NARRATIVAS SOBRE A ALTA E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NO
TERRITÓRIO**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Frichebruder

Porto Alegre
2013

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo descrever, a partir das histórias contadas por pessoas que passaram por um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, como se deu o processo de alta, dando visibilidade às estratégias de cuidado utilizadas por estes sujeitos por meio do contexto do território. Através da narrativa, pretende-se trazer à tona experiências que permitirão evidenciar ações vinculadas ao cuidado, produzidas entre um dispositivo de saúde mental e o social, através da percepção de pessoas que também são corresponsáveis pelo seu processo de cuidado. Nesse sentido, com os resultados deste estudo, algumas alternativas de intervenções serão propostas, no intuito de que o CAPS seja, de fato, um local de passagem, de acordo com os preceitos da reforma psiquiátrica, na perspectiva de atuar em rede nas suas diferentes nuances.

Palavras-chave: Território. Cuidado. Reforma Psiquiátrica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 JUSTIFICATIVA	6
1.2 OBJETIVOS	6
1.2.1 Objetivo geral	6
1.2.2 Objetivos específicos	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 OS CAMINHOS DA LOUCURA	8
2.2 O PROCESSO DE REFORMA	10
3 METODOLOGIA	13
3.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
3.1.1 Tricotando estórias	14
3.1.2 A casa verde	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a reforma psiquiátrica tem avançado no que tange à reformulação da atenção em saúde mental, a partir da desconstrução de conceitos e práticas que tinham, na exclusão social e no isolamento, o modelo de tratamento usual para a loucura (FOUCAULT, 1972). O ponto estratégico para que este exemplo de cuidado em saúde mental sofresse uma mudança importante deu-se através da entrada de serviços substitutivos que mudariam não só a estrutura física do cuidado (que se amplia ao vincular a potência do território na vida do sujeito em sofrimento mental), mas também da lógica para com o usuário. Com a lei 10216/2001 (BRASIL, 2004) esse tipo de assistência em saúde mental foi redirecionado, e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram se desenhando como uma alternativa viável, frente ao modelo manicomial que se configuram como estratégicos, ordenadores e articuladores na rede de saúde. Segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS podem ser definidos como:

[...] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, apoiando suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (p. 17).

Os Centros de Atenção Psicossociais são dispositivos territoriais, sendo que a noção de território é atravessada por diferentes redes, sejam elas sociais, econômicas, afetivas, culturais, entre outras. Assim, retomando a definição utilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), pode-se dizer que o território é constituído por:

Pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (p. 11).

Nesse sentido, é na possibilidade de habitar esse espaço social, comum aos demais, que também se faz o cuidado. Os CAPS deveriam ser, de fato, um

lugar de passagem, no qual o cuidado não fosse uma atribuição exclusiva, como se tivesse que prover tratamento de forma permanente e definitiva, pois, se assim fosse, estaria se reproduzindo uma lógica que vai de encontro à reforma psiquiátrica. Porém, vivenciando diariamente os processos de cuidado que ocorrem dentro de um serviço como este, percebe-se que há dificuldades em se pensar o processo de desligamento dos sujeitos no serviço.

Essa realidade é encontrada também em outros CAPS do município onde se realiza este estudo, a partir das discussões que temos acompanhado nas reuniões de rede. O que, de certo modo, pode evidenciar o entendimento de cuidado pelas equipes de saúde, como se houvesse certa disposição em perceber o sujeito como alguém à espera do saber de outrem, impotente frente às suas questões.

Segundo Dias (2007), a ação de cuidado frente ao portador de transtorno mental pressupõe buscar quem é o sujeito que necessita de atenção, a fim de conhecer sua realidade (condição de moradia, trabalho, cultura, vínculos sociais e afetivos). Esse saber tende a qualificar as ações de cuidado que potencializarão novas construções de possibilidades de vida. A autora pontua que o cuidado não pode estar vinculado apenas ao transtorno mental, mas à necessidade de que as ações em saúde colaborem para a autonomia do indivíduo, no sentido de que este seja cidadão de fato. Isso implica reconhecê-lo como responsável pelo seu processo de cuidado, o qual se dá para além de um serviço especializado, seja ele qual for.

Foucault, em *Hermenêutica do Sujeito* (2006), trata do cuidado de si como sendo também uma ação, um modo de encarar a si próprio, as coisas e ao outro, na tentativa de estar atento ao próprio pensamento que possibilitará práticas para consigo mesmo e que permitirão a modificação e a transformação de si, configurando o cuidado em uma prática social. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é dar visibilidade ao processo de saída/alta do CAPS, dando ênfase às estratégias de cuidado, as quais os sujeitos têm utilizado como recurso de promoção de saúde no seu contexto territorial. Pretende-se, ainda, observar quais fatores contribuíram para que fosse possível acontecer a alta, descrevendo de que maneira o dispositivo substitutivo tem se mobilizado ou não, no sentido de ser um local de passagem aos portadores de sofrimento mental que ali estão.

Assim, busca-se, a partir do relato das experiências de dois sujeitos que passaram por um processo de alta em um CAPS adulto do tipo II, do município de Novo Hamburgo, dar visibilidade a essa questão.

1.1 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo vai ao encontro da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, em que a capacitação, investigação, pesquisa e avaliação continuada dos processos de trabalho da equipe de saúde mental também são uma das diretrizes principais (SES/RS, 2001), uma vez que a educação permanente pode potencializar o repensar da prática cotidiana e das relações estabelecidas na própria equipe, com os/as usuários/as e com os diversos segmentos da sociedade. Ainda, considerando as diretrizes do Guia de Serviços de Saúde Mental do Rio Grande do Sul: Cuidar, sim - Excluir, não: sobre os processos de trabalho, entende-se que a aprendizagem nunca deve terminar, e as ações se qualificam a partir da investigação, da pesquisa, da educação permanente e da troca de informações.

Ademais, o processo que se dá no território é de grande valia para se pensar na qualificação de dispositivos necessários para um de cuidado que seja afinado com a clínica ampliada, em que o trabalhador deve reconhecer os limites do seu conhecimento e das tecnologias utilizadas, ressaltando a relevância da intersetorialidade e da responsabilização ética pelos sujeitos que frequentam um serviço de saúde (BRASIL, 2008).

Assim sendo, é necessário investigar como acontecem os processos de trabalho que atravessam as fronteiras de um dispositivo formal de cuidado, no caso, os CAPS, e que seguem para além deste dispositivo, vai para a rua, para a potência, tanto do sujeito quanto das possibilidades que o território pode oferecer.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Identificar as estratégias de cuidado de usuários em processo de alta no CAPS.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) dar visibilidade aos recursos que os sujeitos têm utilizado como forma de cuidado no território.
- b) que ações os sujeitos entendem que potencializaram seu processo de alta a partir do CAPS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OS CAMINHOS DA LOUCURA

Há de se considerar o quanto a história da loucura e o lugar do louco, em diferentes momentos da história, ainda se fazem presentes no dia a dia. O estigma se dá não só no contexto familiar e social, ele pode acontecer nos próprios serviços de saúde, seja de forma clara ou velada, o que tende a interferir nos processos de cuidado para com os usuários.

É interessante retomar um pouco da história sobre a loucura para entender como o estereótipo do louco foi sendo construído ao longo dos séculos.

Percebe-se que a doença mental é uma construção sócio-histórica. A partir das contribuições de Foucault em *História da Loucura* (1972), é possível traçar o quanto o entendimento sobre este tema foi se modificando ao longo dos séculos. Esse traçado teve início na Grécia antiga, onde o louco tinha o poder da palavra, ou seja, sua voz era uma manifestação dos deuses, o que fazia com que esse sujeito fosse reconhecido socialmente, como pode ser verificado nessa passagem da obra de Foucault, sobre o poder da loucura:

A loucura fascina porque é um saber. É saber, de início, porque todas essas figuras absurdas são, na realidade, elementos de um saber difícil, fechado, esotérico (FOUCAULT, 1972, p. 26).

Da Grécia antiga, parte-se para os séculos XVII e XVIII, na Europa, onde outra concepção de loucura faz com que o poder mágico da palavra do louco perca lugar para aquilo que também é um problema social - a ociosidade. Nesse momento, ela se liga ao conceito de loucura e, diante de um cenário de crise econômica, a internação dos “ociosos,” de certo modo, dá conta daqueles que não se adequavam a uma ordem social vigente, em que o trabalho tem um peso importante. Dessa forma, percebe-se que o contexto sempre interferiu no entendimento de algumas questões, dentre elas, a loucura.

A internação serviu não só para ter mão de obra quando preciso, mas também para ser instrumento de controle quando necessário (FOUCAULT, 1972). Já que além da ociosidade havia um aspecto moral em relação aos loucos, a reclusão era a alternativa usada para dar vazão às pessoas que não

tinham condições de seguir as normas e os interesses da época, mas não interesse de melhora ou recuperação, porque não havia entendimento de adoecimento vinculado à loucura, tanto que a reclusão não era exclusividade só dos loucos, e sim de qualquer um que não servisse ao contexto social da época, como mendigos, criminosos etc., conforme pode ser observado na passagem da obra citada acima (de Foucault), sobre como se estabeleciam as “novas” casas de internamento e quais eram os seus propósitos:

[...] novas casas de internamento são estabelecidas dentro dos próprios muros dos antigos leprosários; herdaram seus bens, seja em decorrência de decisões eclesiásticas, seja por força de decretos reais baixados no fim do século. Mas também são mantidas pelas finanças públicas: doações do Rei, quotas-partes retiradas das multas que o Tesouro recebe. Nessas instituições também se vêm misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir [...] (FOUCAULT, 1972, p. 60).

Nos séculos XVIII e XIX as histórias da loucura e da psiquiatria se misturaram e a loucura passou a ser classificada. Com a industrialização, o pobre começou a ter lugar, na perspectiva de servir como mão de obra. Mas e o louco? Este ficou à mercê do saber médico, detentor da verdade sobre a loucura, que vai utilizando como forma de cura e tratamento diversos recursos, dentre eles: a punição, o isolamento e a disciplina moral (FOUCAULT, 1972).

Essas terapêuticas reforçam um aspecto negativo no qual a loucura recebe o *status* de patologia e incapacidade. O louco agora tem um lugar para sua desrazão e periculosidade: o hospital psiquiátrico, que, enquanto instituição total, aliena por completo o sujeito que ali está, e só com a construção de uma nova ordem no mundo em que se precisou passar por duas grandes guerras, é que se inicia, também, o questionamento do papel da Psiquiatria sobre o contexto da loucura (FOUCAULT, 1972).

É interessante pontuar essa vinculação da loucura a um *status* patológico ao se pensar sobre o sentido do cuidado, pois, tem-se aí, a passagem de um modelo atravessado pela lógica caritativa se voltando para uma dimensão agora científica. Com a reforma psiquiátrica discute-se sobre saúde e loucura numa perspectiva ampliada, ou seja, não só científica, mas intersetorial. Porém, o cuidado, até hoje, é atravessado por todas essas

passagens, assim como o contexto social e político-econômico, e a reforma ainda evidencia o quanto o processo de cuidar e a loucura são influenciados por diferentes fatores (AMARANTE, 1995).

2.2 O PROCESSO DE REFORMA

A reforma psiquiátrica teve seu início na Europa, a partir de críticas ao modelo “asilar”, que cronificava os sujeitos e não recuperava ninguém. Obviamente que, além disso, havia também o interesse em dar conta daqueles que lutaram e foram vítimas das guerras, na tentativa do Estado em se reorganizar (FOUCAULT, 1972). Na década de cinquenta, surgiu na Inglaterra a proposta de comunidades terapêuticas, e, na década seguinte, a psiquiatria comunitária, nos Estados Unidos. No entanto, ambas não criticavam a Psiquiatria, conforme ocorreu ainda na década de sessenta, com Basaglia (na Itália), com a psiquiatria democrática italiana, em que a doença mental era vista como algo complexo e da condição humana. Esse movimento de desinstitucionalização de Basaglia teve influências e contribuições das comunidades terapêuticas (AMARANTE, 1995).

Ainda que com adversidades, Basaglia, com a experiência em Trieste, na década de setenta, impulsionou os preceitos da reforma (inclusive no Brasil, com a reforma sanitária). Contudo, há alguns pontos importantes no processo do entendimento sobre a loucura e a reforma que se fazem necessários no processo de reforma brasileiro. Um deles diz respeito ao papel da medicalização, que é ainda contemporâneo e remonta da década de cinquenta; o outro ponto se refere ao lucro que o cuidado com saúde mental (em convênios com o Estado) representou durante anos no país (AMARANTE, 1995).

Nas últimas décadas, a reforma psiquiátrica tem avançado (após a mudança na forma de atenção em saúde mental). A pretensão é de que com os Centros de Atenção Psicossociais seja possível atuar de forma integral na atenção aos usuários que ali estão; essa é a proposta de um serviço que busca transformar a realidade de cuidado, antes restrita ao espaço hospitalar e centralizada na medicina. Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS,

deve entender o sujeito para além de um diagnóstico nosológico. Este sujeito deve ser, conforme a clínica ampliada, percebido na sua complexidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, entende-se por clínica ampliada:

Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença [...] (BRASIL, 2008, p. 28).

Logo, é relevante considerar a complexidade das questões que podem atravessar um processo de adoecimento. Não se pode negar as questões bioquímicas, porém se faz necessário ampliar a potência e a diversidade de recursos que ajudam a qualificar o processo de cuidado e a promoção de saúde que acontece além da medicalização ou da tutela do sujeito. Assim, é necessário considerar que os CAPS, segundo a Portaria 336/2002, devem funcionar segundo a lógica do território que pode potencializar as ações de cuidado, o que vai ao encontro de um dos conceitos mais importantes utilizados na clínica ampliada, que é a rede psicossocial:

Esquemáticamente, todos os sujeitos atuam em três cenários, a família, o trabalho e o consumo, onde se desenrolam as suas histórias com seus elementos, afetos, dinheiro, poderes e símbolos, cada qual com sua força e onde somos mais ou menos hábeis, mais ou menos habilitados, formando uma rede psicossocial. Esta rede é caracterizada pela participação ativa e criativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa dimensão humana de fronteira, aquele que articula a representação subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos em sociedade (BRASIL, 2006, p. 13).

Sendo os CAPS um lugar de passagem e referência, é latente que se planeje o processo de alta do sujeito, na perspectiva de não institucionalizá-lo dentro desse dispositivo de cuidado. Para tanto, eles devem fazer parte do processo de tratamento, o que é considerado essencial no processo de alta, e que também está presente na lógica da clínica ampliada, onde protagonismo é definido como:

A ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde (BRASIL, 2006, p. 47).

3 METODOLOGIA

Este estudo qualitativo foi desenvolvido através do relato de experiência de sujeitos que passaram pelo processo de alta em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da rede pública de saúde do município de Novo Hamburgo nos últimos nove meses.

Mas por que uma narrativa enquanto delineamento de estudo?

Para Benjamin (1994), filósofo do século XX, quando se conta uma narrativa, uma estória, para o autor, de certo modo, isto é:

Uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (p. 205).

A escolha deve-se também a riqueza que a narrativa pode trazer ao estudo. Ao narrar suas vivências, os entrevistados darão visibilidade de como ocorreu o processo de alta em um serviço de saúde, o que contribuiu para este processo, e quais estratégias foram ou têm sido utilizadas para a melhoria de sua qualidade de vida.

As narrativas expressam os sentidos, os significados e as representações de experiências individuais e coletivas, que contribuem para o processo contínuo de produção de identidades posicionadas no interior dos diversos saberes sociais a partir da compreensão que temos delas.

Ainda, seguindo as diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, no que tange à atenção nos serviços de saúde mental, é possível ampliar o conceito de contrato de cuidados para além de um plano terapêutico dentro de um serviço, ou seja, considerar a história de vida, a cultura e a singularidade de cada sujeito, suas inter-relações na sociedade, reconhecendo o saber de cada um sobre suas potencialidades e fragilidades (SES, 2004). Isso pode enriquecer os processos de intervenção de um serviço substitutivo como um CAPS, que deve ter no território parcerias de cuidado e atenção. Para tanto, será utilizada uma entrevista aberta, com dois usuários.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Os sujeitos convidados a participar deste estudo, após seu consentimento, assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido.

3.1.1 Tricotando estórias

Início descrevendo um pouco sobre dona Dina¹, nossa primeira entrevistada. É difícil descrever alguém de maneira que o leitor consiga perceber as sutilezas que, às vezes, escapam ao narrador, e que dizem muito daquele que queremos fazer conhecer através das palavras, já que estas parecem faltar para poder dar vida ao sujeito descrito. Talvez a dificuldade seja da autora, no sentido de não querer perder a riqueza de detalhes que esse encontro com o outro pode provocar em nós. O outro que “desmancha” já na chegada de sua casa, por meio do cuidado para com uma visita de uma pessoa conhecida, toda carga que a loucura produz em nós, principalmente quando se trata da relação com alguém vinculado a um serviço de saúde mental. Como se esse contexto fosse ligado ao viés da incapacidade, o que, em alguns momentos, nos impede de enxergar as potências do sujeito. Dessa forma, há uma tendência em minimizar e identificar este indivíduo como sendo uma pessoa frágil, impotente, ou pior, que conseguiu alguma coisa inédita, inesperada frente às suas fragilidades.

Assim, como responder como nós viemos parar aqui em frente a essa casa de alvenaria azul clarinha, rodeada de flores e homens trabalhando em uma pequena obra para aumentá-la, a fim de entrevistar alguém? E por que Dona Dina, como é conhecida no seu bairro, e não outra pessoa? Talvez a resposta tenha a ver com a maneira que ela se apresentou no serviço, sendo solícita, cuidadosa, *inteira*², dando conta das graças e desgraças do dia a dia por sua conta e risco, provocando uma curiosidade boa, não só em mim, mas na própria equipe, que se lembrou dela para este trabalho e que fez despertar o desejo de entender como foi sua passagem pelo CAPS de Canudos e o seu processo de alta. Talvez um dos poucos que não se deu por questões

¹ Nome fictício.

² Termo geralmente utilizado no serviço de saúde mental para caracterizar os sujeitos que não apresentam prejuízo significativo em função do adoecimento.

burocráticas do serviço, como faltas, abandonos, trocas de equipe ou por razões pessoais dos sujeitos em tratamento que, em dado momento, não viram sentido ou necessidade de ter um cuidado naquele espaço, devido às configurações da vida nas quais o cuidado que precisam se dá através de outros recursos que possuem.

Então essa escolha e o motivo de estarmos nessa manhã de sol em frente à casa de Dina se deram através da escuta da equipe do CAPS que a indica como sendo alguém que “deu certo”, no sentido de conseguir sair, por conta própria, do processo de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial, ou seja, sem imposição ou entendimento daqueles que “detêm” o conhecimento e têm o “poder” de deliberar sobre alguém em tratamento. Falo aqui de processo, porque quando falo de cuidado, do procedimento de alta, tenho interesse em verificar as estratégias que esses sujeitos utilizaram para enfrentar o adoecimento e seguir a vida, o que possibilita analisar, também, o que estamos fazendo enquanto trabalhadores da saúde, no sentido de que isso aconteça, e de que maneira é possível potencializar os recursos que dona Dina, dona Lúcia e tantos outros usaram para dar conta da vida, e de que modo podemos contribuir.

Bom, o fato é que estava um pouco desconcertada ao chegar à casa dessa senhora para entrevistá-la sem ter tido contato com ela no serviço, nada além de um cumprimento cordial escondido em um bom dia ou de me colocar à disposição quando a via dentro do serviço de saúde. Naquele momento, em frente à sua casa, de certo modo, fiquei com medo de não ser entendida ou de não conseguir, a contento, alcançar o objetivo do encontro, como se a estivesse usando para obter uma meta; estava endurecida, querendo dados e informações que dessem conta de como foi sua alta. Aí me deparo com outra linguagem de dona Dina, que nos convida para entrar e tomar um café, enquanto conversava tranquilamente também com Sr. Nelson, motorista que me acompanhava. Os dois numa calma e cordialidade que me causava estranhamento, ao mesmo tempo em que também me angustiava o passar dos minutos. Eu, preocupada com o tempo, e Dona Dina lá, passando café numa conversa tranquila e sem fim, Ali só pensava em como iria dar conta daquele momento, como iria começar a entrevista com a presença de um terceiro. E se ela dissesse algo que ele não pudesse ouvir... A minha preocupação trazia, de

certa forma, subentendida a ideia de incapacidade de aquela mulher dar conta daquele encontro com outro, como se ela não fizesse isso muito bem todos os dias. Sem querer, coloquei-a como incapaz de lidar com aquela situação, o que fez com que eu demorasse a perceber que as respostas nem sempre são dadas como solicitadas, como esperamos ou, até mesmo, devem partir de nós. A dificuldade em lidar com o inesperado era minha. Quando estamos dentro do serviço de saúde parece haver certo conforto ou “poder” frente ao outro, em função de estarmos ocupando o lugar de técnico. Ali somos impelidos a tomar a frente, sendo responsáveis pelas intermediações que se fizerem necessárias, acompanhando os acontecimentos do dia a dia, porém protegidos pela estrutura do equipamento de saúde.

Dentro do CAPS minha relação com Dina era estar disponível, intermediando o que era de minha prática e respondendo o que me era solicitado. No momento em que estou em território “desconhecido” e sou eu que procuro respostas, a relação se inverte: agora é ela quem está protegida pelo seu território, e por mais que haja uma disposição do “técnico” em se desamarrar do lugar de especialista dentro ou fora do serviço, parece que há um movimento contrário, onde a dimensão da formação técnica cria corpo, ainda que de forma inconsciente.

Enfim, após alguns minutos em que deixei as coisas acontecerem a seu tempo pude perceber quem era essa senhorinha de sessenta e dois anos, estatura baixa, pele negra, que se apresentava de um jeito simples e cativante. Extrovertida, que sorrindo recebia a mim e ao Sr. Nelson em sua casa, como se fossemos velhos conhecidos.

Dona Dina, quando começava a falar, virava um mulherão, porque ao contar os fatos importantes de sua vida e como reagiu a eles (desilusões, perdas, ideias de recomeço), ela crescia... É... Ficava grande, até o tom de voz mudava. Começou relatando como foi a infância junto dos oito irmãos e lembrou-se da única irmã, a qual ela cuidou até os nove anos de idade, quando essa faleceu. Ela, como única “moça” entre os irmãos, tinha que realizar as obrigações da casa, ajudando a mãe, que também não sabia bem o que fazer com uma criança que não caminhava, falava e dependia dela e da filha mais velha, principalmente. No meio de tantas dificuldades, recordou-se ainda de

como aprendeu a se virar, lavando pano de prato e pintando-os para vender e ajudar em casa.

Ela não se lamenta no sentido de a vida ter sido ruim, porque esta sempre foi difícil, mas não ruim, e ainda que tivesse obrigações, ela brincava, trabalhava se sentia útil, e gostava disso. Via que as coisas não eram fáceis não só para sua família, não eram fáceis para a maioria daqueles que conhecia, e com eles não era diferente.

Da infância, só lamenta de ter perdido a irmã, isso ela não entendeu. E como a impactou. Ouvia a mãe e o pai dizerem que faltavam recursos. Foi a primeira vez que se lembra de ter adoecido. *Não sei o que aconteceu comigo (sic), não tinha fome, não tinha vontade de nada.* Será que tinha feito algo errado, por isso a irmã faleceu? Sentiu-se culpada... O pai começou usar álcool.

Dona Dina lembra que essa tristeza e a sensação de vazio duraram três anos, até ela conseguir se recuperar. E se recuperou, mas aí aconteceu mais uma perda, dessa vez o pai. Com isso, começou a trabalhar fora pra ajudar a mãe no cuidado com os irmãos menores, lavar roupa, limpar casa, começou a trabalhar em casa de família, fazendo limpezas. Aprendeu a fazer tricô, crochê e a ler, para poder trabalhar ganhando um pouco mais. Gosta de desenhar, pintar e levava jeito, mas era preciso fazer contas para vender melhor...

Percebe-se que Dina, apesar das adversidades, foi inventando maneiras de lidar com a vida, ainda que a lógica contemporânea tente organizar as pessoas no sentido de que elas tenham um “lugar” e uma “função” de estar no mundo, ela veio resistindo, na tentativa de se reapropriar da vida ao reinventar seu dia a dia.

Certeau, em *Invenção do Cotidiano* (1994), traz o conceito de homem ordinário, como aquele que escapa ao conformismo de uma lógica social. E foi através da arte da invenção que Dona Dina começou a fazer artesanato “pra fora”, vendendo para os conhecidos aquilo que produzia no intervalo do trabalho.

A vida foi seguindo, os irmãos cresceram, Dina se casou, teve dois filhos (o mais novo mora com ela e esta fazendo graduação; *o mais velho mora fora do estado, tem um filho, lá está tudo bem... (sic)*). Os dois são motivos de orgulho.

Do assunto dos filhos, passou a recordar de uma de suas crises após a perda da mãe e do pai, atribuída ao adoecimento da mãe, que foi morar com ela, pois necessitava de cuidados. Dina cuidou da mãe por anos, até o seu falecimento. Lembrou-se também de outra crise que teve e precisou de suporte do CAPS. Além da morte da mãe (ocorrida há alguns anos), outro momento difícil foi durante um período do casamento. O marido, falecido há dois anos, deixou a casa e constituiu outra família, após dez anos de casados, deixando o lar quando os filhos ainda eram pequenos. Nesse período passou por grandes dificuldades financeiras e adoeceu. Com o tempo foi se recuperando e o trabalho a ajudou muito a lidar com a situação.

Começou a fazer doces e salgados, e a vendê-los nos bares e mercados do bairro. Fez isso por muitos anos. Trabalhava ainda como costureira e nunca abandonou os bordados e as pinturas; mostra com orgulho vários trabalhos que tem em casa. E não foram só os bordados que resistiram ao tempo: ela resiste com a ajuda deles. A reinvenção do seu espaço “casa” retrata um pouco disso.

A casa de Dona Dina é um capítulo à parte. Cuidadosa, a casa é toda decorada com seus produtos. Logo na entrada da sala, nos deparamos com uma cortina de aproximadamente quatro metros, em fio cru, toda trabalhada com pequenas rosas. No sofá, uma manta do mesmo tom e material. Há tapetes por toda a residência. Dona Dina me convidou para conhecer os demais cômodos: o banheiro é todo enfeitado com peças em crochê; no quarto, todas as cortinas são tecidas em renda e combinam com os móveis. Ela apresenta, ainda, as produções nas quais está envolvida no momento; exhibe diversos panos de prato, guardanapos, vidros pintados, todos com uma delicadeza nos traços e de uma qualidade excepcional.

Fico surpresa com a sua criatividade ao mostrar pequenas utilidades domésticas criadas a partir de materiais que usualmente descartamos. Ao mesmo tempo, ela abre um sorriso ao perceber meu encantamento com tudo aquilo, com o poder de invenção que consegue mostrar a partir daqueles objetos. Certeau (2000), ao refletir sobre o espaço privado, principalmente ao ambiente doméstico, traz a casa do sujeito como o lugar onde se dá “a arte do fazer”, onde é revelado muito daquele que ali habita. Para este autor, ao perceber este ambiente, a disposição das coisas, ainda que o dono da casa

não pronuncie uma palavra, tudo que ali está já compõe um “relato de vida”. Essa foi a minha sensação enquanto Dona Dina mostrava sua arte e contava como se manteve financeiramente com o seu trabalho, pois se ela não dissesse nada sobre o seu fazer, ao entrar naquela casa eu já conheceria um pouco das preferências daquela senhora.

Ainda mostrando-me suas coisas, Dina fala de suas aquisições: a casa que fez com seu trabalho de anos a fio, literalmente, principalmente com o dinheiro que ganhou através do crochê, tricô e costuras. Atualmente, tem perspectivas, projetos para a reforma da casa, que vai ser ampliada após entregar as encomendas que tem. Fala sem parar, mas nem é necessário, pois a maneira como apresenta cada peça, um cuidado, um capricho, tratando cada pedacinho daquele crochê, daquela pintura como única; e, realmente, são únicas. Não há moldes, há inspiração para imaginar e criar seus desenhos, seus bordados. Há um desejo de fazer bem feito, de ser reconhecida pela sua arte, pela sua força de vontade.

De repente lembra-se dos irmãos, os quais não tem muito contato: *cada um foi fazer sua vida, sabe como é... (sic)*. Com exceção do mais novo, emociona-se ao falar dele, que está preso há alguns anos. Fala do quanto isso impactou na saúde da mãe e dela própria. Conta com pesar e mágoa sobre o episódio em que ajudou esse irmão quando ele lhe pediu para acolhê-lo, após sair a primeira vez do presídio, e da decepção por ele ter-lhe roubado e agredido dentro de sua casa. *Ele é como uma linha fina do crochê: tem que ter calma para lidar. Faz comparações quanto à realidade dela e dos demais irmãos que, mesmo com dificuldades, não se envolveram em situações como a dele. Sente-se envergonhada por ele: teve mais oportunidades, não deu valor. Não fecho minha porta pra ele, mas não deixo que me pise (sic)*.

Pergunto do filho, acho que na tentativa de desviar o assunto como se essas lembranças tristes não pudessem vir à tona naquele momento. Logo, a mãe orgulhosa aparece e conta as novidades da vida do caçula, que está fazendo graduação e trabalhando em um cartório “famoso”.

Dona Dina é bastante atuante no bairro onde mora. Frequenta a igreja, visita pessoas que estão hospitalizadas e entende que isso contribui muito para a sua saúde. Pergunto como está: responde-me que está bem, que o trabalho,

o envolvimento na igreja, com o filho, assim como o artesanato têm sido seu remédio.

Pergunto sobre a alta do CAPS e ela responde que não teve alta, que se mantém como “paciente” do serviço, pois quando precisa procura a Paula, sua referência na Unidade, ou uma das gurias só para dar notícias. *Sabe, nem que seja por telefone, dar uma ligadinha de vez em quando (sic)*. Fala da higienizadora que já foi na sua casa, do motorista que nos acompanhava no início desse encontro (e que nos deixou no meio da conversa em função de ter que ir a outros lugares), de que já trouxe outras colegas à sua casa em outros momentos. Aproveita e se arrisca a dar vários palpites em relação ao serviço.

Há um vínculo importante com algumas pessoas da equipe de saúde. Esse vínculo “fala” de afetos que se produziram durante sua passagem pelo Caps. Revisitando as páginas da Cartilha do Ministério da Saúde sobre Clínica Ampliada, encontro uma passagem do texto que trata sobre a relação entre equipe e usuários de saúde, e o quanto se transferem afetos nessa dinâmica relacional, seja de forma coletiva ou individual, e que isso tanto pode atrapalhar quanto favorecer o cuidado. Talvez os palpites de Dona Dina demonstrem também uma forma de cuidado para aqueles que ali estão. Haja vista que tanto profissionais quanto usuários podem associar um profissional a um parente e vice-versa (BRASIL, 2004).

Entendo que aqui se abre uma questão que é de suma importância para os serviços de saúde mental do tipo CAPS, que se refere diretamente ao processo de alta que ocorre nesses locais, pois este trabalho tem como foco pensar nas estratégias de alta, porém estamos falando de um dispositivo de cuidado que precisa ter uma acessibilidade diferenciada. Por que isso? Ora, se estamos falando de vínculos e afetos, estamos falando da necessidade de olhar para o sujeito que ali está para além de um diagnóstico, de forma realmente integral.

Mas o que isso tem haver com a alta?

A alta é necessária principalmente pela necessidade de outros investimentos que potencializam esse sujeito e que não serão produzidos somente dentro do dispositivo formal de cuidado. Por isso a importância de conhecer o contexto territorial e tentar parcerias nas redes formais ou não de cuidado. Mas por que há então uma dificuldade em “se ter alta”? Há vários

determinantes que atravessam esse questionamento. Vou me atrever a priorizar alguns deles: o primeiro fator está ligado ao vínculo e afeto produzidos; em um segundo momento entendo como relevante a dificuldade de utilizarmos os recursos existentes no contexto social. Ainda que o processo de alta possa ocorrer independente do entendimento da equipe, esta, por sua vez, precisa criar mecanismos de atenção que privilegiem a manutenção do vínculo com os casos como de Dona Dina, assim como investir em ações que não burocratizem o serviço ou priorizem somente as ações realizadas dentro do CAPS, no sentido de limitar a potência de um cuidado mais ampliado.

Outra passagem importante da entrevista se dá quando ouço Dona Dina, afastada do cotidiano do CAPS, falar da necessidade de ter espaços para chorar, se referindo ao grupo que foi extinto e que participou em dado momento. Convido-a para ir ao serviço de saúde falar sobre o que tem feito para se manter bem. Falo sobre algumas oficinas que acontecem no local, como se precisasse responder alguma coisa a ela. Ela traz como relevante as suas idas a igreja e como a fé tem lhe ajudado no dia a dia. Essa questão é pertinente, já que há uma tendência a menosprezar qualquer recurso de cuidado que não seja proveniente do especialismo. Segundo Nunes (2009), é muito comum que sejam depreciados os aspectos da prática religiosa dos usuários que competem com os enfoques da conduta terapêutica presente nos serviços.

Nesse momento, nossa entrevista vai chegando ao fim. Despeço-me, agradeço, ela me faz novo convite para ir à sua casa. Na saída, me mostra os filhotes da Tininha, a cadelinha de estimação. Agora sou eu que, mais à vontade, arrisco a dar palpites sobre os filhotes, sobre como se pode tentar doá-los. Ela, como sempre, já pensou em um jeito de dar conta disso. Fala que todos já estão encaminhados. Lembra que ali no bairro não é difícil encontrar uma pessoa a quem pode confiar o destino dos filhos da Tininha, *pois tem muita gente boa na sua vizinhança (sic)*.

Falando em vizinhança, vamos conhecer outra personagem da nossa experiência, a qual, assim como Dona Dina, tive o privilégio de acompanhar.

3.1.2 A casa verde

Dona Lúcia³, como é conhecida no seu bairro e também no CAPS, esta há dois anos neste serviço de saúde. Ela chega até nós após ser atendida na atenção básica do município. Foi encaminhada pelo clínico geral que, durante a consulta, preferiu não renovar sua receita de *benzodiazepínico*, o qual ela faz uso há quase duas décadas, além de identificá-la como paciente da saúde mental pela sua história de vida, a qual ela conta de uma maneira até tranquila, frente às situações bastante conflituosas e violentas pelas quais já passou.

É interessante destacar que os encaminhamentos do profissional da atenção primária vêm por escrito, e parece haver uma preocupação do clínico, no sentido do uso contínuo de uma medicação utilizada como ferramenta de tratamento de forma indiscriminada e que ele cessa um ciclo, ao direcionar a um serviço especializado.

No entanto, ainda que atuando na estratégia de saúde da família e podendo empregar ferramentas voltadas para a educação permanente em saúde, como o matriciamento entre as equipes, direciona o caso sem se implicar de forma efetiva. Considerando que não há um sintoma clínico que justifique a sua atuação frente às queixas e explicações que o sujeito tem para o seu mal estar, e diante do fato do uso real de uma medicação, se produz no cotidiano da saúde local a categoria “saúde mental-psiquiatria”, o que parece estar identificado como uma categoria à parte de saúde, que não diz respeito àquele dispositivo de cuidado. Talvez uma concepção cartesiana de saúde, onde o corpo e a mente são coisas distintas, o que, de certo modo, não é privilégio da atenção primária, haja vista que esta concepção de saúde é encontrada também na atenção especializada.

Mas por que achamos pertinente falar sobre o encaminhamento? Porque ele retrata um pouco sobre como a saúde mental está ligada a concepções de loucura ainda usuais, em que o sujeito é alguém desprovido de razão, de desejo, alguém que pode ficar à mercê de outro que “sabe” o que é melhor para ele, concepção concretizada ao se renovar medicações durante anos sem ouvir o que a pessoa tem a dizer. Quais populações são percebidas ou

³ Nome fictício.

despercebidas desse modo... O que pode ter contribuído para que ela chegasse até o CAPS?

Dona Lúcia é uma senhora de pele clara, cabelos escuros, sempre com vestimentas bem coloridas. É bastante extrovertida, tem cerca de setenta anos e um diagnóstico de esquizofrenia que a acompanha há décadas. Carrega consigo um papel já desgastado pelo tempo, com a identificação de um profissional que a descreve como doente mental. Ela diz carregar o documento como forma de “proteção” caso queiram fazer uma “judiaria” (*sic*). Lúcia conta que o adoecimento iniciou quando era pequena. *Meu sofrimento começou cedo (sic)*. Não conheceu os pais, sendo criada por uma família que “deu serviço” para ela. Trabalhou muitos anos para eles, que a ajudaram a se tratar. O vínculo se perdeu quando ela teve um relacionamento amoroso e engravidou. O rapaz foi embora e a família pediu que ela se afastasse. Na época, teve a ajuda das irmãs de criação, as quais tem contato até hoje. Fala pouco do filho, o descreve como alguém que é violento, que a agredia e que não tem contato com ele há muito tempo.

Está casada há cerca de vinte anos e, apesar desse tempo, a relação é bastante conflituosa. *O casamento foi arranjado, sabe... Meus vizinhos e... os vizinhos dele acharam que a gente podia um cuidar do outro e nos juntaram... Achei tão bonito eles se preocuparem com a gente, mas se fosse hoje não casava não... (sic)*. Relata o quanto tem sido difícil manter a relação. Durante a entrevista, ela chama o companheiro para conversar conosco. Ele retruca Dona Lúcia, mas acaba vindo até nós.

Ela conta que eles brigam, principalmente, por causa da alimentação dele, que deve ser controlada, e ele não aceita seu cuidado. Logo, se inicia uma discussão sobre um feijão que o esposo comeu no dia anterior e que tinha, dentre outras especiarias, carne de porco e muita gordura. O marido fala do prazer em comer e que não vai deixar de fazer uma das poucas coisas que lhe dá prazer. Dona Lúcia pede que eu intervenha, falando pra ele dos malefícios dessa alimentação para seu quadro de diabetes. Fico sem ação frente àquela discussão que começa do nada e termina da mesma forma, com o marido chamando-a de louca, se ela pensa que ele vai comer comida verde.

As brigas também ocorrem em função dos gastos da casa. Os dois são aposentados, mas eles não se acertam nessa questão. *Ele esconde tudo,*

menina, e ai como é que fica? É remédio, é comidinha especial, frutinha, eu sozinha não posso, tomara ter pras minhas cosas (sic). Outro motivo das brigas do casal diz respeito aos vultos que Dona Lúcia enxerga e que ele, como não os vê, não percebe sentido nas percepções que sua mulher lhe conta, quando muito angustiada. Ela diz ter se acostumado. Quando isso a importuna vai à igreja com mais frequência do que o usual e reza para que as aparições cessem. *Eu faço uma noveninha, sabe, e, em seguidinha, eles se vão... (sic).* Ainda que tenha discussões sobre como cada um se cuida ou não, percebo a preocupação que um tem para com o outro.

Retornando à maneira como Lúcia tem dado conta do sofrimento frente aos vultos, chama a atenção o papel da religiosidade na sua vida. Por muito tempo a religiosidade teve uma conotação negativa, principalmente no que tange à saúde mental. Segundo Salgado e Freire (2008):

[...] a influência da religião e religiosidade principalmente sobre a saúde mental, é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (p. 07).

O autor aponta que os maiores níveis de envolvimento religioso estão associados, positivamente, à indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevada, melhor saúde física e mental.

Ainda que a fé representada por diferentes configurações de crenças e religiões tenha contribuído para a melhora na qualidade de vida das pessoas, e isto se evidencia nos dois casos em que acompanhamos, há certo descrédito frente a essa influência no tratamento dentro do dispositivo de saúde.

Dona Lúcia mora há trinta anos no mesmo local, uma vila bastante conhecida em função da violência. Essa fama tem atrapalhado a vida daqueles que ali residem, pois há menos linhas de transporte público e os próprios dispositivos de saúde utilizam esse discurso para não dar conta do território no que tange à promoção de eventos voltados a essa questão. Nesse contexto, a casa da nossa entrevistada fica quase no meio da vila. O pátio tem visão para diversas entradas/saídas do bairro. É passagem para a escola, o posto, a

parada de ônibus, a igreja; é passagem da maioria dos moradores, o que permite ter uma amplitude do que acontece no lugar. A casinha verde é rodeada por um jardim florido com muitas rosas, violetas e alamandas, que no contraste de suas cores dão vida à pequena casa de madeira. O pequeno terreno triangular conta ainda com duas hortas: uma de chás, onde encontramos sálvia, erva cidreira, poejo, e da hortinha de hortaliças, como couve, cenoura, tempero verde e tantas outras que, misturadas, dão o colorido que encanta quem passa, além de falar um pouco também da dona da casa, que usa as ervas como recurso de saúde para si, o marido e aqueles que precisam.

O lugar destoa um pouco das pequenas casinhas que vemos ao redor. Na porta, uma guirlanda feita com pequenas flores de fuxico de tecido. Ainda que não tão habilidosa no artesanato quanto a nossa outra entrevistada, dona Lúcia tem habilidade com as palavras. Ao chegar à sua casa, em uma das oportunidades em que essa entrevista foi realizada, era difícil interromper o fluxo dentro e fora do pátio de vizinhos e conhecidos, perguntando como estavam, se tinham o chá para uma coisa ou outra, se tinha visto a fulana etc.

Apesar do aspecto árido da vila, com construções inacabadas e condições mínimas de habitação, ruas de chão batido, esgoto e iluminação precários, há um contraste entre as condições de moradia frágeis e a fortaleza de amizades de décadas. O vínculo entre os moradores diferem o que encontramos na maioria dos lugares na atualidade. Ali, expostos a violência, à sujeira, à pobreza e também a uma convivência diferente, uma aproximação entre casas que se dá não em função de escolhas, mas do que é possível. Todos se conhecem, há uma sensibilidade frente à necessidade do outro, o que não se vê no cotidiano das grandes cidades e que potencializa uma forma de cuidado interessante.

O relato de Lúcia sobre a vila onde mora evidencia características que Baumam (2003) revela ao refletir sobre os aspectos da vida em comunidade, como pode ser observado na citação abaixo:

A comunidade possibilita a experimentação de prazeres que não se encontram mais acessíveis. Todos estão seguros e têm a certeza de que estão livres de perigos ocultos. Todos se entendem bem, não há a preocupação decorrente da falta de confiança ou da surpresa. Na comunidade pode-se contar com a ajuda alheia sempre que for

necessário. A única obrigação na vida comunitária é ajudar uns aos outros (BAUMAN, 2003, p. 09).

O bairro é um espaço fundamental tanto para Lúcia quanto para Dona Dina.

Segundo Certeau (2000), o bairro constitui um espaço urbano, é quase, por definição, um domínio do ambiente social, pois ele constitui para o usuário uma parcela conhecida do espaço urbano no qual, positiva ou negativamente, ele se sente reconhecido.

Lá, Dona Lúcia conhece e é conhecida por todos. Conhece as gerações que ali nasceram e morreram. É uma contadora de histórias, sabe como começou a vila, um pouco da vida de cada um que faz parte daquele espaço; ali ela não precisa do papel timbrado com um diagnóstico para lhe proteger; ali ela é apenas Lucia, a senhorinha que cumprimenta todo mundo, que ajuda e pede ajuda quando precisa, que faz chá, dá flores, visita os amigos e resolve os problemas banais do dia a dia como todo mundo.

Até os problemas do dia a dia, como a doença do marido, acabam se tornando potentes para que as relações com a vizinhança se intensifiquem. Efetivamente, Lúcia conta com a ajuda de muitos vizinhos, e isso parece acontecer de forma tranquila, talvez pela sua disponibilidade para com o outro; está sempre disposta, ainda que fisicamente sinta o peso da idade e da dificuldade em fazer coisas que antes eram mais fáceis de serem realizadas. Preserva e valoriza muito as amizades, fala das irmãs com um carinho no olhar após explicar que, apesar de não serem de sangue, são de coração.

O processo de alta de Lúcia foi planejado após alguns meses em que foi acompanhada por um grupo terapêutico semanal que ocorria dentro do serviço. Este grupo tinha também como objetivo iniciar com os sujeitos que ali estavam o processo de fortalecimento de vínculos que possuíam no território, e que pudessemos trabalhar de forma mais conjunta com a atenção primária. Lúcia já tinha uma rede constituída, a qual não conhecíamos ou ao menos não considerávamos como uma rede de cuidado. Nunes (2009) traz o silenciamento da cultura como forma de preservar as relações de poder dominantes, conforme podemos observar no excerto abaixo:

No campo da saúde mental, o silêncio da cultura pode significar, portanto, o silenciamento de vozes que se manifestam através de linguagens próprias e que encontram, em certas formas de idioma, uma viabilidade expressiva mais eloqüente, ou, em certas situações, a única maneira de evocação de situações por vezes indizíveis ou incomensuráveis. Compreender o lugar fundante da cultura em relação às experiências existenciais de qualquer ordem é ponto de partida para compreender o seu potencial transformador ou articulador dos fenômenos sociais veiculados pelo campo da experiência (NUNES, 2009, p. 05).

Essa rede se apresentou no momento em que iniciamos acompanhamento terapêutico com a Lúcia. Esse movimento foi relevante para que o processo de alta fosse construído a partir do que era potente para ela e não para a equipe, que tende a focar a alta a meros encaminhamentos ao serviço social ou à atenção básica.

A igreja a qual frequenta tem um papel relevante para ela. Sente-se útil, protegida junto a essa comunidade. Os laços de amizade e de conhecidos no local onde mora, e em função da violência presente não só na sua vila, mas em qualquer lugar nesse momento, fizeram com que fossem criados códigos de cuidado e conduta onde limites e convenções são estabelecidos de forma a se manter uma convivência. O que se evidencia no final do nosso encontro, quando ela me leva até a parada e aguarda comigo a vinda do ônibus.

Com a demora do ônibus e diante da angústia dela em me acompanhar até o embarque, ao mesmo tempo em que precisa fazer almoço para o marido em tempo hábil, me despeço e digo que pode ir sem preocupação. Ela convoca então dois adolescentes que estão na parada a me acompanharem até a chegada do transporte, me apresentando como alguém que lhe é cara e que é necessária a presença deles ali comigo. Interessante que aquele momento era o fechamento de um dos nossos encontros, e o cuidado que pretendia me é devolvido frente a um perigo possível em uma desconhecida na vila. Na hora, senti-me como uma criança, envergonhada frente aos adolescentes e à solicitação de cuidado por parte dela, mas depois percebi a sua delicadeza para comigo.

Nesse processo de sentir-se útil, ela vem nos auxiliando no acompanhamento de um adulto jovem, o qual, apesar de anos inserido no serviço, não conseguíamos acessar a ele e à família, pois pouco trazia de sua história, e lidávamos só com aquilo que era visível e latente. Dávamos cartão

de passagem para ele entrar no serviço há meses, sem imaginar que ele sequer sabia a linha que deveria embarcar. Foi também através de Dona Lúcia que conseguimos nos apropriar do caso, pela implicação dela em nos ajudar através dos recursos que possuía frente ao seu território.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CAPS de Canudos fica numa casa que nem de longe lembra um serviço de saúde, e é nesse "serviço-casa" que ficamos num embate entre tentar "atender" de forma solitária a todas as situações que chegam à nossa porta, e a necessidade de ampliar nossas ações para além do CAPS.

Esse dilema não é de todo ruim, uma vez que há uma preocupação em não enquadrar as pessoas a uma lógica reducionista de tutela e impotência. Então "sair da casa" foi necessário para que eu pudesse perceber que produção de saúde acontece onde se menos espera, e foi isso que encontrei ao vislumbrar a potência que tem o contexto social tanto para o trabalhador quanto para o sujeito que frequenta o serviço de saúde. Este, no contexto do território, assume outra identidade, em que suas limitações, sejam da ordem que forem não o representam na sua totalidade.

Dona Dina é um exemplo. Não saberia descrevê-la de uma forma que fosse possível dizer quem ela realmente é: talvez uma artista. A sua história de vida, sofrida, bonita, daria uma novela, ou melhor, um romance recheado de ações e emoções. Tem habilidades e competências que a ajudaram muito durante a vida; habilidades que escapam a uma lógica de que um processo de formação daria conta. Como pode contar os pontos do crochê quando ainda sequer conhecia os números, misturar as cores numa sintonia perfeita sem ter noção (e será que não tem?) de um efeito de sombra, de luz. Dona Dina fez arte, fez misturas para poder viver. Construiu sua casa, criou os filhos e não deixou que o adoecimento tomasse conta da sua vida. Deixou que o desejo de criar, de produzir, de trabalhar fosse o motor para seguir o baile, como ela mesma diz. Teve situações que a adoeceram, mas tiveram outras que a motivaram a melhorar e, dentre suas estratégias de cuidar de si, destaco a fé, o valor do trabalho e as relações com as pessoas à sua volta.

Lúcia, da mesma maneira. A fé, o cuidado com o outro, com a casa e suas plantas, as relações de amizade, tudo isso transcende a doença que a acompanha durante décadas. No meu entendimento, o papel timbrado de um serviço de saúde que um dia foi entregue a ela como se fosse uma carteira de identidade diz muito mais de quem produziu esse documento do que da própria Lúcia, já que ela é muito mais que isso: é a dona do jardim dos chás, é a Sra.

que dá informações, que mora na vila, que paga as contas, que vai ao mercado; Dina ora é costureira, ora doceira, enfim, também muitas identidades.

Pensando sobre o processo de desenvolvimento deste trabalho, percebo que encontrei duas mulheres que são realmente protagonistas de suas histórias, que foram agenciando suas vidas conforme fosse possível. E o que elas têm em comum, além de "serem de CAPS", como usualmente ouvimos no dia a dia? Ao meu ver, fica claro que é justamente não ser de CAPS, é ser do mundo como todo mundo. As suas estratégias de alta, ainda que não se percebam assim, é desejar alguma coisa, é movimento; é legal também ser reconhecida pelas semelhanças, pela "normalidade"; mais legal ainda é tu ir para a rua e ver que um dos principais desafios enquanto trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial é deixar de ser Centro para ser Rede. Rede de conversas, de contatos, de lugares, enfim, tudo aquilo que for potente para a clínica do sujeito e para alívio do trabalhador, que pode e deve contar com outros agentes no processo de cuidado.

Ser reconhecido pelas suas habilidades, nas artes, no trabalho, no que for, é desejo de todos, portadores ou não de adoecimento. Colocar-se no lugar do outro, entender que há diferentes e diversos intercessores entre o processo de cuidado em saúde mental que transcende o poder que o social delega ao conhecimento e ao especialismo é que permitirá fazer com que o profissional se qualifique e conheça a pessoa de quem cuida. É necessário, também, conhecer outras possibilidades existentes no bairro, na cidade, que não sejam minimizados a coadjuvantes no processo de promoção de saúde, pois, seja pelo viés da fé, do trabalho, do lazer, do esporte, todos eles podem ser, em determinado momento, espaços ricos para o fortalecimento de laços e de valorização do sujeito, percebendo, os significados e os significantes, que as crenças, o conhecimento popular e o conhecimento do sujeito podem contribuir na promoção de saúde.

Assim, finalizando este processo de especialização em educação e saúde mental coletiva, o que fica de herança neste momento é fazer com que o especialista ceda espaço para o coletivo, ou seja, estar mais atento às coisas que nos escapam no processo de trabalho no dia a dia, é pensar coletivamente as estratégias de cuidado possíveis.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BENJAMIN, W. **O narrador**: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Obras Escolhidas, v.1, 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada**. Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 3. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: Artes de Fazer. Petrópolis: Vozes, 2004.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: Morar, cozinhar. Petrópolis: Vozes, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Nunes, M. O. **O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, vol.1, n. 2, out/dez de 2009. ISSN 1984-2147

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Guia de Serviços de Saúde Mental Rio Grande do Sul: cuidar, sim - excluir, não.** Rio Grande do Sul: Secretaria Estadual de Saúde, 2001.

STROPPIA A; MOREIRA-ALMEIDA A. **Religiosidade e Saúde.** In: SALGADO M.I., FREIRE G. Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
EDUCA SAÚDE**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Clarissa Machado, sou aluna do curso de Pós-Graduação em Saúde e Educação em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Educa Saúde UFRGS, e venho através deste termo pedir a sua colaboração para a realização de um estudo que dará origem ao meu trabalho de conclusão de curso. O objetivo deste é estudar como se deu o processo de alta no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (Canudos), identificando que estratégias de cuidado os sujeitos utilizaram no seu dia a dia, assim como que ações entendem que, de certo modo, facilitaram seu processo de alta. Para isto, será utilizada uma entrevista individual elaborada especificamente para este estudo.

Declaro _____ (nome do participante) ter recebido uma explicação clara e completa sobre o estudo, tendo sido informado de que os dados serão coletados através da realização de entrevista, e que minha contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem prejuízo algum.

Fui informado, ainda, que todos os cuidados serão tomados para garantir a confidencialidade das informações obtidas, e que meus dados pessoais não serão informados ao Centro de Atenção Psicossocial.

Declaro ainda ter conhecimento de que todos os dados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, sendo preservada minha identidade. A minha assinatura neste documento que me foi apresentado em duas vias, sendo uma delas entregue a mim, autoriza a utilização das informações obtidas somente para os objetivos do estudo. Além disso, a qualquer momento poderei solicitar informações através do e-mail: clarissapsi@gmail.com ou pelo fone: 34730974.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

Clarissa Machado
Psicóloga

Dr^a. Simone Frichembruder
Prof.^a. Orientadora

Assinatura do entrevistado