

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**VIVÊNCIAS DE CUIDADO À FAMÍLIA E INTERSUBJETIVIDADE:
PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS II**

PATRÍCIA ANJOS LIMA DE CARVALHO

JEQUIÉ/BA
2010

PATRÍCIA ANJOS LIMA DE CARVALHO

**VIVÊNCIAS DE CUIDADO À FAMÍLIA E INTERSUBJETIVIDADE:
PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS II**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem – área de concentração em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Edite Lago da Silva Sena.

**JEQUIÉ
2010**

C372 Carvalho, Patrícia Anjos Lima de.
Vivências de cuidado à família e intersubjetividade:
percepção de familiares de usuários do CAPS II/Patrícia
Anjos Lima de Carvalho.- Jequié, UESB, 2010.
168 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia, 2010. Orientadora Prof^a. Edite Lago da
Silva Sena.

1. Saúde mental – Cuidado familiar 2. Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS) – Cuidado à família de pessoas com
sofrimento mental 3. Familiares de pessoas com
sofrimento mental – Processo de cuidar 4. Sofrimento
mental – Filosofia em enfermagem I. Universidade
Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.89

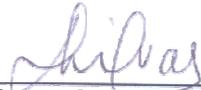
PATRÍCIA ANJOS LIMA DE CARVALHO

**VIVÊNCIAS DE CUIDADO À FAMÍLIA E INTERSUBJETIVIDADE:
PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS II.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem – área de concentração em Saúde Pública.

Aprovada pela banca examinadora em 07 de dezembro de 2010

BANCA EXAMINADORA:



Edite Lago da Silva Sena – Orientadora e Presidente da Banca
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina
Universidade Estadual do Sudoeste Baiano



Evanguelia Kotziás Atherino dos Santos
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina
Universidade Federal de Santa Catarina



Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo
Universidade Federal de Santa Catarina

À Santíssima Trindade, por ter me ensinado na caminhada que “qualquer homem, mesmo perfeito entre os homens, não será nada, se lhe faltar a sabedoria que vem de vós” (Sab 9,6).
A vós, minha eterna *GRATIDÃO*.

A meus pais, Aurindo de Souza Lima e Maria Nilza Anjos Lima: com vocês experimentei que: “**o que quer que eu pense ou decida, será sempre sobre o fundo daquilo que anteriormente acreditei ou fiz**” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 529).
Obrigada pelos ensinamentos, *sem vocês seria impossível chegar aqui.*

A meu esposo, Edvand e a nossa pequena Sara Maria: com vocês compreendi o que significa dizer “tudo o que cala fala mais alto ao coração”. Obrigada pela paciência e espera.
Eu amo vocês!

Aos familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial II: obrigada por nos permitir captar as palavras secretas que o ser murmura, [...] até finalmente secretar uma significação nova (MERLEAU-PONTY, 2002).

AGRADECIMENTOS

A todos que participaram dessa emocionante caminhada:

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a **Edite Lago da Silva Sena**, pela orientação e apoio e, principalmente, porque “de tudo que eu trazia ela serviu-se para atrair-me para mais além” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 33). Pela competência e zelo com que faz fenomenologia, sobretudo, por ter aberto possibilidades de diálogo com a linguagem merleau-pontyana, que mais do que uma matriz teórica, tornou-se uma filosofia de vida, muito obrigada;

À minha querida amiga e irmã, **Flávia Pedro dos Anjos Santos**, pela companhia em mais essa caminhada, pelo empenho para que eu participasse do processo seletivo do mestrado, por todo cuidado mobilizado em nossa relação, no curso e fora dos muros da Uesb. Obrigada.

À minha querida amiga e irmã, **Gilmara Araújo Chaves**, pela sua **PRESENÇA** em todos os momentos. Essa dissertação também é sua, estamos entrelaçadas nesse trabalho. Valeu, meu anjo.

À Prof.^a **Vanda Palmarella Rodrigues**, muito obrigada por sua participação na construção deste trabalho, principalmente pelas lições de humildade, pelas dicas e pelos socorros emergenciais.

À Prof.^a Dr.^a **Rita Narriman Silva de Oliveira Boery**, pela sua colaboração, como docente no Curso de Mestrado e coordenadora do Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Ppges-Uesb), pela sabedoria e tranquilidade com que cuida de tudo.

Aos professores do Curso de Mestrado do Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Ppges-Uesb), em especial a Dr.^a **Zenilda Nogueira Sales**, pela compreensão e confiança. Você me transmite paz, mesmo frente às intempéries. Obrigada, querida.

Ao professor Dr. **Marcos Henrique Fernandes** e à professora **Maristela Santos Nascimento**, diretores do Departamento de Saúde da Uesb no momento em que ingressamos no curso, obrigada pelo empenho dispensado fazendo os encaminhamentos necessários.

À professora **Isleide Santana Cardoso dos Santos**, atual coordenadora da área de Assistência do Departamento de Saúde da Uesb, obrigada pelo empenho dispensado para encaminhar minhas solicitações, pela força e pela tranquilidade compartilhada.

Aos colegas do Departamento de Saúde da Uesb, em especial às professoras **Rosália Teixeira, Zulmerinda Meira, Vilara Gondim e Jussara Camilo**: até ausentes, vocês são **PRESENTES**, obrigada pelo incentivo.

À **Priccila Braga Fernandes**, ex-aluna e ex-monitora da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, obrigada por sua amizade e por ter me inspirado a buscar o mestrado como uma forma de aprimorar a prática docente, no sentido de ensinar-aprendendo e aprender-ensinando.

Às amadas colegas e amigas, **Eliane Linhares e Roseli Cardoso**, obrigada pela maneira sábia e especial com que compartilharam suas vivências e enriqueceram meu mundo da vida com valores como solidariedade, amor e confiança.

À querida amiga caçula, **Viviane dos Santos Souza**, pelo incentivo e diálogo na fase final da construção da dissertação, por ter sustentado meus braços em momentos difíceis, pela tranquilidade e seriedade com que enfrenta seus obstáculos. Obrigada pelo apoio.

À **Helca Franciulli Teixeira Reis**, pelo compartilhar dos primeiros passos rumo às possibilidades que nos foram abertas ao ingressar nos estudos da filosofia da experiência, como diria Merleau-Ponty (2002, p.35), “tudo isso começou pela cumplicidade da fala e seu eco”. Obrigada pelos ensinamentos.

Aos professores Dr. **Eduardo Nagib Boery** e Dr. **Luciano Chaves** e às professoras Dr.^a **Mônica de Oliveira Nunes** e Dr.^a **Rozimere Cardoso de Souza**, obrigada pelas contribuições que me proporcionaram durante a banca de qualificação do projeto de dissertação.

Às professoras Dr.^a **Lucia Hisako Takase Conçalves** e Dr.^a **Evanguelia Kotzias A. dos Santos**, por terem aceitado o convite para compor essa banca de apresentação de dissertação, muito obrigada.

Às professoras **Edméia Campos Meira** e Dr.^a **Alba Benemérita Alves Vilela**, pelo empenho e incentivo, empréstimo de materiais e diálogos, que tanto contribuíram para a construção do estudo, obrigada.

À professora **Vera Lúcia Nascimento Britto**, obrigada pela paciência, ensinamentos, e, principalmente, pela sua companhia agradável nos momentos finais. Você é uma benção.

Aos irmãos e irmãs do **Grupo de Oração Água Viva – RCC** por compartilharem seus momentos de encontro com Deus, conversando com Ele sobre minhas necessidades e intercedendo para que a Sua Graça e Sua Bênção fossem continuamente derramadas sobre mim.

Às amigas **Edna Hilda Ramos, Laura Machado, Jamires Nascimento e Rita Valasque** pela força e coragem, por suas amizades.

Às minhas irmãs, **Poliana e Ana Lúcia**, a meu afilhado, **Paulo Rafael**, e às amigas, **Edna Hilda, Laura Machado, Jamires Nascimento Rita Valasque, Carla e Carine**, que cuidaram de alegrar minha amada **Sara Maria**, durante as minhas ausências, obrigada por tudo.

Às estudantes do curso de graduação em Enfermagem **Gerzi Barreto e Mitze Araújo**, obrigada pela prontidão em me socorrer sempre que preciso.

À todos os **colegas da primeira turma do curso de Mestrado do Ppges/Uesb, turma 2009-I e 2010-II**, por compartilhar comigo mais essa vitória. Muito obrigada especialmente a: Adriana Barbosa, Aline Simões, Daniela Sampaio, Eliane Linhares, Emanuelle Nunes, Fabrício Santos, Flávia Santos, Helca Reis, Isaiane Bittencourt, Lícia Vidal, Luciano Nery, Mara Santos, Rosana Delmiro e Washington Santos.

Aos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial tipo II, bem como a cada **USUÁRIO** do serviço, cujas histórias de vida estão entrelaçadas na minha de tal maneira, que no momento senti o desejo de dedicar-lhes essa canção:

Eu só peço a Deus
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário sem ter feito o que eu queria

Eu só peço a Deus
Que a injustiça não me seja indiferente
Pois não posso dar a outra face
Se já fui machucado brutalmente

Eu só peço a Deus
Que a guerra não me seja indiferente
É um monstro grande e pisa forte
Toda a pobre inocência dessa gente

Eu só peço a Deus
Que a mentira não me seja indiferente
Se um só traidor tem mais poder que um povo
Que este povo não o esqueça facilmente

Eu só peço a Deus
Que o futuro não me seja indiferente
Infelizes são os que têm que partir
Pra viver numa cultura diferente

(Leon Gieco)

Não existiria som
Se não houvesse o silêncio
Não haveria luz
Se não fosse a escuridão
A vida é mesmo assim,
Dia e noite, não e sim...
Cada voz que canta o amor não diz
Tudo o que quer dizer,
Tudo o que cala fala
Mais alto ao coração.
Silenciosamente eu te falo com paixão...
Eu te amo calado,
Como quem ouve uma sinfonia
De silêncios e de luz.
Nós somos medo e desejo,
Somos feitos de silêncio e som,
Tem certas coisas que eu não sei dizer...
A vida é mesmo assim,
Dia e noite, não e sim...
(Lulu Santos)

RESUMO

Centros de Atenção Psicossocial (Caps) constituem-se instâncias estratégicas de inclusão, articulação e legitimação de práticas de cuidado à família de pessoas com sofrimento mental no contexto da saúde mental. Este estudo teve como objetivo principal descrever vivências de cuidado à família de usuários do Caps II que possibilitem o reconhecimento da intersubjetividade no processo de cuidar, na percepção de familiares. Trata-se de estudo fenomenológico, à luz do pensamento de Merleau-Ponty, realizado entre os meses de março a outubro de 2010, com dez familiares de usuários do Caps II de Jequié-BA. As descrições vivenciais foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro com questões elaboradas com a participação de cinco familiares do estudo. Em todas as etapas, os princípios éticos da resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde foram rigorosamente respeitados. As descrições vivenciais foram submetidas à análise da ambigüidade e desvelaram as seguintes categorias: o entrelaçamento de vivências familiares, a intersubjetividade do diálogo e suas capacidades, o divino e do humano no cuidado, a passagem da cidadania invisível ao *empowerment* possível e a percepção do Caps como campo fenomenal. O cuidado à família apareceu como uma vivência ambígua, que ocorre como experiência perceptiva, pautado em relações dialógicas, na construção de intersubjetividades e na promoção do *empowerment*.

Palavras-chave: Cuidado. Família. Saúde mental. Relações interpessoais. Filosofia em Enfermagem.

ABSTRACT

Psychosocial Attention Centers (Caps) constitute strategic instances for inclusion, articulation and legitimation of care practices to the family of people with mental distress in the context of mental health. This study had as main objective to describe care experiences to the family of Caps II users that enable the recognition of intersubjectivity in the care process, in the perception of family members. This is a phenomenological study, in light of Merleau-Ponty thought, held between the months of March and October in 2010, with ten relatives of Caps II users from Jequié-BA. The experience data was collected through semi-structured interview, from a script with questions prepared with the participation of five relatives of the study. At all stages, the ethical principles of the Resolution No. 196 of the National Health Council were strictly adhered to. Experiential descriptions were submitted to the ambiguity analytics and unveiled the following categories: the intertwining of family experiences, the intersubjectivity of dialogue and its capacities, the divine and the human in the care, the passage from the invisible citizenship to the possible empowerment and the perception of Caps as a phenomenal field. The care to the family emerged as an ambiguous experience, which occurs as a perceptive experience, based on dialogical relations, in the building of intersubjectivities and in the promotion of empowerment.

Keywords: Care. Family. Mental health. Interpersonal relationships. Nursing philosophy.

SUMÁRIO

1	ILUMINAR VIVÊNCIAS DE CUIDADO, TRANSCENDER A SAÚDE MENTAL	12
2	(DES)VELAR SENTIDOS ADORMECIDOS NAS PALAVRAS	18
2.1	AS MOVIMENTAÇÕES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA	18
2.2	O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO	30
2.3	CUIDAR NA PERSPECTIVA DO <i>EMPOWERMENT</i>	34
3	HORIZONTES ATUALIZADOS POR FAMILIARES NA EXPERIÊNCIA DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA MERLEAU-PONTYANA	41
3.1	FENOMENOLOGIA: DA FILOSOFIA AO MÉTODO CIENTÍFICO	41
3.2	FILOSOFIA DA EXPERIÊNCIA E A INTERSUBJETIVIDADE DO CUIDAR	45
4	MUNDO SENSÍVEL E MUNDO CULTURAL: O ENTRELAÇAR FENOMENOLÓGICO COMO MÉTODO DE PESQUISA	53
4.1	CAMPO DO ESTUDO	54
4.2	COLABORADORES VIVENCIAIS	56
4.3	PROCEDIMENTOS PARA A OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	59
4.3.1	Constituição do grupo de colaboradores vivenciais	59
4.3.1.1	<i>Subgrupo de colaboradores reflexivos</i>	59
4.3.2	Entrevistas individuais para identificação das categorias temáticas	62
4.4	ANÁLISE DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	64
4.5	DIMENSÕES ÉTICAS	66
5	VIVÊNCIAS DE CUIDADO À FAMÍLIA E INTERSUBJETIVIDADE: PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS II	67
5.1	CATEGORIA 1: O ENTRELAÇAMENTO DE VIVÊNCIAS FAMILIARES	69
5.2	CATEGORIA 2: A INTERSUBJETIVIDADE DO DIÁLOGO E SUAS CAPACIDADES	85
5.3	CATEGORIA 3: O DIVINO E O HUMANO NO CUIDADO	96
5.4	CATEGORIA 4: A PASSAGEM DA CIDADANIA INVISÍVEL AO <i>EMPOWERMENT</i> POSSÍVEL	109
5.5	CATEGORIA 5: O CAPS II COMO CAMPO FENOMENAL	124
6	SE FOSSE POSSÍVEL CONCLUIR...	144
	REFERÊNCIAS	149
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	161

ANEXO A – CÓPIA DA LEI 12.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001	164
ANEXO B – CÓPIA DO PARECER CONSUBSTANCIADO CEP Nº 159/2009	167
ANEXO B – CÓPIA DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ARTIGO	168

1 ILUMINAR VIVÊNCIAS DE CUIDADO, TRANSCENDER A SAÚDE MENTAL

A construção é um gesto, o que significa dizer que o traçado efetivo exprime, no exterior, uma intenção (MERLEAU-PONTY, 2006, 516).

As concepções de cuidado presentes no discurso da *Reforma Psiquiátrica*, que se consolidou como marco fundamental da *Política de Atenção à Saúde Mental* oficial, a partir das propostas de desinstitucionalização e das mudanças paradigmáticas em torno do cuidado à pessoa em sofrimento mental, implicam na criação de modelos assistenciais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, incluindo as famílias e as comunidades na assistência a essas pessoas, preservando-lhes os vínculos sociais e os direitos de cidadania.

A mudança paradigmática tem evitado uma das piores marcas da institucionalização, aquela que faz com que o destino social do interno seja o estigma da periculosidade ou o da incapacidade, sobretudo com relação ao trabalho e ao convívio social. A vivência do internamento, considerada como um dos maiores estigmas ou rótulos produzidos pela institucionalização, confere à pessoa um atestado de um ser à parte e diferente, que deve ser excluído da sociedade (GOFFMAN, 1992).

No entanto, a institucionalização em si não foi a única promotora do processo de exclusão: foi todo o aparato que ela representa, sobretudo as relações de poder que foram estabelecidas pela sociedade burguesa, que não aceitou a convivência com o inativo e 'diferente', afastando-o repetidas vezes do seu meio, até promoverem a segregação definitiva destes nos manicômios (D'INCAO, 1992; GOFFMAN, 1992).

Assim, o "cuidado" às pessoas em sofrimento mental, resultante do paradigma da desrazão e da alienação, que respaldava a institucionalização como forma de tratamento, era percebido de maneira ambígua e chegava a alcançar conotações de descuido. Essa percepção de que as práticas de exclusão e isolamento caracterizam-se como descuido foi constatada a partir da necessidade de transição do modelo psiquiátrico ao modelo da saúde mental, que implica no desenvolvimento de práticas voltadas para o acolhimento, o reconhecimento da

existência do sofrimento, da necessidade de convivência com a diferença e continuidade da pessoa em seu meio sociofamiliar.

Assim, ao mesmo tempo em que o cuidado na perspectiva do modelo psiquiátrico foi ressignificado como descuido pelo modelo da saúde mental, ocorreu um movimento de transformação, de inquietação, de desinstalação dos profissionais de saúde, de familiares, de toda a sociedade, no sentido de produzir novas formas de cuidado. Tais formas de cuidado deverão ser capazes de mobilizar recursos políticos, técnicos, científicos, financeiros e éticos, dentre outros, de modo a garantir o reconhecimento de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos, de novas formas de subjetivação para aqueles objetivados/coisificados pelos saberes e práticas científicas (AMARANTE, 1994).

Nesse contexto, consideramos necessário compreender que a percepção acerca do cuidado é ambígua, por se tratar de uma experiência intercorporal que possibilita o surgimento de diferentes perfis, como resultado de um diálogo constante entre o mundo da vida (sentimentos) e o mundo da cultura (linguagem), os quais constituem polos da natureza humana (MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006). Neste sentido, a “ambiguidade abre possibilidade à ressignificação da personalidade do cuidador e da pessoa cuidada, a reconstrução de seus projetos de vida e a criação de novas estratégias de cuidado para ambos” (SENA; GONÇALVES, 2010, p. 196).

Desse modo, as mudanças desencadeadas a partir da *Reforma psiquiátrica*, sugerem uma ressignificação do cuidado à pessoa em sofrimento mental, de maneira que não tenha mais como base a repressão, a disciplina e a exclusão, mas que contribua para a independência, o resgate da cidadania e a inclusão social da pessoa cuidada e de sua família, em consonância com o processo histórico de construção de uma nova cultura da saúde mental.

Apesar das mudanças nos campos teórico e legal, observamos no cotidiano do cuidar a permanência do modelo hospitalocêntrico, tanto em alguns processos formativos quanto na atuação de profissionais de serviços de saúde mental, inclusive de enfermeiros, que instituem a disciplina e o isolamento como forma de tratamento, o que acarreta atrasos, impede o surgimento de inovações no campo da saúde mental e impossibilita a inclusão de novas estratégias de cuidado voltadas para o estabelecimento da integralidade da assistência à pessoa em sofrimento mental, bem como para a construção de espaços mais acolhedores e

abertos, resgatando a dignidade e a cidadania, excluídas no tratamento psiquiátrico tradicional.

Nesse contexto, a loucura, que chegou a ser definida como transtorno ou desordem, no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, passa a ganhar conotações de sofrimento, trazendo à reflexão a noção de sujeito que sofre, sua história de vida e existência-sofrimento (MACEDO; JORGE, 2000; BRÊDA et al., 2005; AMARANTE, 2007).

Essa mudança conceptual, incluindo a noção de sofrimento, transcende a idéia de individuação do adoecer. Ela conduz à percepção de que o sofrimento alcança o campo familiar e, em diversas oportunidades, torna imperativa a necessidade de fortalecer os laços afetivos fragilizados e comprometidos pelo impacto do convívio com questões oriundas das cargas impostas pelo processo de viver. Tais questões, relacionadas a conflitos e dificuldades cotidianas muitas vezes anteriores ao surgimento do transtorno mental, poderão constituir-se em uma sobrecarga para a família e fazer com que esta também necessite de cuidado das equipes de saúde.

Além disso, observamos a existência de famílias sem recursos de apoio para o enfrentamento de problemas que vão além de alterações biológicas ou psicológicas e que envolvem diversos fatores relacionados ao processo saúde-doença, dentre eles a desvinculação social e a negação de direitos. Portanto, consideramos importante que as práticas de cuidado à família tenham como principal meta o despertar das pessoas em sofrimento mental e de seus familiares para a necessidade de ressignificar a convivência com uma situação difícil.

Essa perspectiva surgiu na década de 1980, nos contextos de língua inglesa, na qual essa modalidade de prática é designada pela palavra *empowerment*. Trata-se de um conceito complexo e sua designação ainda não tem correspondente direto na língua portuguesa. Por isso, optamos por utilizar o termo original, acompanhando uma posição de Vasconcelos (2003), que entende que traduzi-lo como “*empoderamento* não seria solução satisfatória”. Outros termos, utilizados em português (como *fortalecimento* ou *aumento da autonomia*) são vistos, por este mesmo autor, como limitantes de sua riqueza. Por isso, ele propõe a utilização do termo *empowerment*, “exatamente para manter a complexidade e o caráter multifacetário do conceito”. (VASCONCELOS, 2003, p. 20).

É ainda este autor que propõe a utilização de uma definição provisória para *empowerment* como “aumento de poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”, com o propósito de gerar mudança social, desencadeada pela conscientização coletiva, para a conquista de liberdade e de autonomia (VASCONCELOS, 2003, p.55).

Neste sentido, o *empowerment* constitui uma estratégia de mobilização de indivíduos ou grupos, principalmente aqueles submetidos a situações como as descritas acima, com o propósito de conscientizá-los coletivamente da força que possuem para promover a conquista de sua liberdade e sua autonomia. Desse modo, a pessoa, grupo ou instituição motivada pelo *empowerment* é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (FREIRE, 1992; VASCONCELOS, 2003).

Dessa maneira, o cuidado em saúde mental deve incluir a promoção do *empowerment*, essencial para o processo de ressignificação e mudança no percurso da história, o que ajuda a pessoa a encontrar um novo sentido para os acontecimentos, a olhar a crise como possibilidade. Mais especificamente, a pessoa em sofrimento mental e seus familiares, quando se sentem fortalecidos, conseguem perceber a experiência de ser usuário de um serviço de saúde mental como possibilidade de encontro, de construção de identidades, vínculos, suporte social e cidadania (VASCONCELOS, 2003).

Durante nossa atuação no Programa de Saúde Mental de Jequié – projeto vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), em parceria com o Hospital Geral Prado Valadares (HGPDV) –, a experiência de um ano (1999-2000), no campo da saúde mental, fez - nos ver que as ações direcionadas para as pessoas em sofrimento mental e para seus familiares eram desenvolvidas mais com o propósito de cuidar da doença, do controle dos sintomas e da manutenção do tratamento, do que o de promover a reinserção social. Ao mesmo tempo, fomos conduzidas à reflexão de que tais práticas não foram capazes de inserir usuários e familiares na luta pela conquista da cidadania, por mudanças no modelo de atenção, nem de seu *empowerment* e, conseqüentemente, não lograram estimular sua participação na definição da *Política de saúde mental*.

Posteriormente, no ano de 2001, com nosso ingresso na Uesb, na condição de docente da disciplina *Enfermagem em Atenção à Saúde Mental* do Curso de

Graduação em Enfermagem, mais especificamente em contato com profissionais da área durante práticas de campo, o tema voltou a inquietar-nos, levando-nos a perceber que, em vários momentos, as famílias são criticadas por tais profissionais. Eles as responsabilizam pela produção de relações conflitantes e doentias, pela não-adesão ao tratamento ou pela negligência do cuidado à pessoa em sofrimento mental.

Além disso, a vivência como enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), no ano 2008, foi imprescindível para a identificação de uma postura profissional da qual não me sentia parte e pude observar que as assembleias de familiares eram planejadas mais com o propósito de fornecer informações sobre as rotinas do serviço e cobrar da família o cumprimento das prescrições dos profissionais do que para ouvi-las, para compreender suas experiências, suas vivências, e para mobilizá-las em prol da luta pela conquista da cidadania dos seus membros.

Tais vivências contribuíram para o entendimento de que a inserção de familiares de usuários do Caps no planejamento e na implementação de atividades, sobretudo as grupais, favorece o aprendizado de novas formas de organização sociofamiliar e o desenvolvimento de habilidades que podem contribuir para a reestruturação de práticas de cuidado, pautadas em relações dialógicas, capazes de construir contextos de intersubjetividade e promover seu *empowerment*.

Essas reflexões conduziram-nos aos seguintes questionamentos: os familiares de pessoas com sofrimento mental percebem o cuidado como algo que é oferecido (dado) pelos trabalhadores de saúde que atuam no Caps II ou como algo que acontece e do qual eles também fazem parte? Como os familiares de pessoas com sofrimento mental percebem as estratégias de cuidado à família desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde que atuam no Caps II? Como as estratégias de cuidado utilizadas pelos trabalhadores de saúde que atuam no Caps II podem contribuir para ressignificar o processo de viver e o *empowerment* de familiares e usuários do serviço? Tais interrogações levaram-nos à **questão norteadora** deste estudo: **na percepção de familiares de usuários do Caps II, quais as vivências de cuidado à família que possibilitam o reconhecimento da intersubjetividade no processo de cuidar?**

Com o propósito de responder à pergunta, estabelecemos como objetivo geral deste estudo **descrever vivências de cuidado à família de usuários do**

Caps II que possibilitem o reconhecimento da intersubjetividade no processo de cuidar, na percepção de familiares. E, como objetivos específicos:

- a) **desvelar o significado do cuidado para familiares de usuários do Caps II;**
- b) **identificar percepções de cuidado que contribuem para o *empowerment* de familiares de usuários do Caps II.**

Considerando tratar-se de um tema vivencial ocorreu-nos a opção de desenvolver um estudo fenomenológico, que permitiu fazer ver à consciência os fenômenos relacionados ao modo como o cuidado em saúde mental se mostra para os familiares de usuários do Caps II. Entre os clássicos da fenomenologia, escolhemos, para dar sustentação ao estudo, o filósofo Merleau-Ponty, com sua ontologia da experiência que se caracteriza, fundamentalmente, pela compreensão de que a percepção humana ocorre em um campo fenomenal, isto é, não obstante se mostre sempre como uma figura, carrega consigo um fundo do qual poderão emergir outras figuras (MERLEAU-PONTY, 2006).

2 (DES)VELAR SENTIDOS ADORMECIDOS NAS PALAVRAS

Para que haja verdade, é preciso e é suficiente que a reestruturação que oferece o sentido novo retome realmente a estrutura inicial, em que pese suas lacunas ou suas opacidades. (MERLEAU-PONTY, 2002, p.160)

A experiência de efetuar uma revisão de literatura sempre implica encontrar nela um impensado, uma lacuna em que o leitor se poderá inserir, criando algo novo (SENA, 2006). No presente estudo, desenvolvemos uma revisão que nos possibilitou perceber uma lacuna no conhecimento deixado pelo “silêncio adormecido nas palavras” de diversos autores que já discorreram sobre o tema (MEARLEU-PONTY, 2006; SENA, 2006, p.26).

Nessa perspectiva, realizamos uma revisão sistematizada em livros de autores clássicos, consagrados no campo da saúde mental e da saúde coletiva, bem como de artigos selecionados a partir dos seguintes critérios:

- a) abordar o tema do estudo, ou seja, vivências de cuidado à família de pessoas em sofrimento mental;
- b) ter como descritor um dos termos: *cuidado, família, saúde mental, relações interpessoais, intuição* (separadamente ou conjugados pelo AND);
- c) ter sido publicado entre os anos 2001 e 2010;
- d) constar nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Scientific Eletronic Library Online (SciELO); banco de teses da Capes.

Essa revisão literária permitiu-nos situar o “estado da arte”, a partir da retomada e da articulação do conhecimento construído com a aprovação da lei nº 10216, em 6 de abril de 2001 (ANEXO A), até os estudos mais atuais que versam sobre o cuidado à família de pessoas em sofrimento mental no contexto da *Reforma Psiquiátrica*.

2.1 AS MOVIMENTAÇÕES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A existência do fenômeno da loucura na sociedade reflete a história da humanidade. Sua explicação sempre esteve relacionada ao tipo de conhecimento

predominante na época e buscava atender interesses políticos, econômicos, sociais, religiosos, filosóficos, antropológicos e morais, dentre outros. No final da Idade Média, a loucura, que antes era vivenciada em estado livre, considerada uma forma de erro ou de ilusão, passou a ser reclusa em um barco, que ficou conhecido como “a Nau dos Loucos”, que os levava sem destino pelos rios europeus (FOUCAULT, 1972, p. 13).

Nos séculos XVI e XVII, a partir das transformações que o modo de produção mercantilista impôs, surge uma ameaça a todos que apresentem qualquer barreira à produção, comercialização e consumo de bens, resultando na exclusão daqueles considerados improdutivos, como indigentes, prostitutas, alcoolistas, deficientes físicos, leprosos, dentre outros. Nesse período, várias casas de internamento foram criadas e o poder absoluto passou a fazer uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias, mais como uma maneira de organizar administrativamente a cidade do que como forma de tratamento, tornando-as uma espécie de depósito humano, onde os encarcerados eram obrigados a trabalhos forçados, que serviam como punição à ociosidade, considerada o maior dos males da sociedade mercantilista (FOUCAULT, 1972; GOFFMAN, 1992).

Desde o século XVIII, a loucura esteve ligada a uma terra de internamentos e ao gesto que a designava como seu local natural. O hospital geral, jurisdição sem apelação, passou a constituir-se como a terceira ordem da repressão, tamanho foi o poder delegado aos seus diretores pelo rei, que o colocou apenas entre a polícia e a justiça (FOUCAULT, 1972). Para este autor, entre os muros do internamento, o médico Philippe Pinel e a psiquiatria encontraram os loucos e lá os deixaram, não sem antes se vangloriarem por terem-nos libertado.

Pinel defendia que a loucura, na condição de doença, precisava de tratamento, e só o isolamento do mundo exterior poderia afastar o enfermo das pessoas que o prejudicavam, ajudando-o a recuperar a razão perdida. Ele organizou o espaço asilar, transformando-o em instituição médica, apropriou-se da loucura através de discursos e práticas, criando o paradigma psiquiátrico que considera o transtorno mental apenas como um fenômeno patológico em si (ROTELLI, 1990; RESENDE, 1992; AMARANTE, 2007; BEZERRA JUNIOR, 2007).

O espaço asilar passou a ser denominado *hospitalar* e, por constituir-se como um lugar onde um grupo de pessoas é condicionado por outras, sem possibilidade de escolher seu modo de viver, foi incluído entre as instituições totais,

em que os internos ficam à mercê do controle e julgamento de outros (GOFFMAN, 1992). Este autor considera que a barreira colocada entre o interno e o mundo, a proibição de visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento constituíam-se na primeira mutilação do eu, concretizada através de outras ordens e tarefas que obrigavam a pessoa a adotar posturas de inferioridade e anulação de formas de subjetividade.

Goffman (1992) registra ainda que a perturbação da autonomia é uma constante nas instituições totais: a renúncia a toda e qualquer vontade por parte do interno acaba revelando a violência que a institucionalização provoca e legitima. Neste sentido, toda instituição que tolhe o direito à liberdade e à expressão da pessoa com sofrimento psíquico, pode ser considerada total sempre que promover a exclusão e mortificação do sujeito cidadão.

Neste contexto, nenhuma instituição social poderia ficar de fora, já que, em todos os espaços onde há divisão de tarefas, em que um dá as ordens para que outros cumpram, fica clara a divisão entre os que têm o poder e os que não o têm, bem como, entre o excluído e aquele que exclui. A relação de poder quase sempre traduz-se em relação de violência ou exclusão, em que os que têm menos poder acabam sendo subjugados, humilhados e silenciados (FOUCAULT, 1979; BASAGLIA, 1985; GOFFMAN, 1992). Qualquer instituição, desde a família e a escola até a carcerária e a manicomial, pode assumir um caráter ambíguo frente a sua função social, exercendo tanto as ações educativas e terapêuticas quanto as punitivas, violentas e excludentes (BASAGLIA, 1985).

Nesse sentido, a relação médico-paciente é quase sempre uma relação de autoridade, uma relação que encobre e mascara, às vezes, falhas gravíssimas, desde a pura e simples ignorância científica até abusos, em que forçam os pacientes a submeterem-se diariamente. Qualquer profissional de saúde, não apenas a classe médica, que não favoreça a transformação social do papel/função da pessoa em sofrimento mental e de sua família, promoverá mais alienação, contribuindo para a institucionalização da idéia de dependência e de miséria, seguindo a orientação do paradigma da psiquiatria clássica (BASAGLIA, 1985).

Para o autor, a noção de tutela, segregação, institucionalização caracteriza-se como antiterapêutica e destrutível. À medida que se volta para a eficiência do sistema, passa a ver o doente como objeto, quando este deveria ser sua única razão de ser. Do mesmo modo, o espaço que deveria ser utilizado com

finalidades terapêuticas, passou a constituir-se como um local para o completo aniquilamento de sua individualidade, palco de sua total objetivação.

A luta contra esse modelo, ou sua negação, iniciou-se no campo da psiquiatria, evidenciando as ambiguidades do processo, na medida em que os próprios psiquiatras (prepostos da violência) começaram a refletir a respeito do que havia de terapêutico no ato de impedir que o interno tomasse consciência de seu ser excluído, bem como no ato de serem coniventes com a situação de violência, ao aceitarem o mandato social de controlar tecnicamente as reações do excluído contra o excludente. Surgiram então, dentro das instituições hospitalares, as primeiras tentativas de conscientizar os excluídos desse processo (BASAGLIA, 1985). No entanto, o autor enfatiza que essas iniciativas não conseguiram tirá-los da objetificação e da passividade de sua condição, corroborando o pensamento de Demo (2002), de que a 'inclusão' pela via da assistência pode implicar em forte vínculo de dependência.

Logo, a saúde mental passou a ser vista na perspectiva de fenômeno, em termos de complexidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, pluralidade e reinserção social (ROTELLI, 1990; AMARANTE, 2007; BEZERRA JUNIOR, 2007; BARROS, JORGE; PINTO, 2010; DELGADO, 2010; MACHADO; DOMINGUES, 2010; VASCONCELOS, 2010). Assim sendo, as ações de cuidado devem incluir diversas estratégias voltadas para a promoção da saúde mental, não de maneira individualizada, mas numa perspectiva coletiva e familiar, pautadas na intersubjetividade, de modo a contribuir para a desconstrução de discursos e práticas da psiquiatria clássica e do seu paradigma (FOUCAULT, 1975; BARROS, JORGE; PINTO, 2010; NUNES et al., 2010).

Nesse cenário, os profissionais de saúde, antes protagonistas do sistema, passaram a envolver-se nas denúncias e críticas à violência manicomial, à prática da segregação e ao controle exercido sobre as pessoas, nas discussões da *Reforma psiquiátrica* e nas propostas de desinstitucionalização. Esse movimento representa um processo permanente de construção de reflexões e transformações em diversos campos técnicos, visando a transformar as relações que a sociedade construiu com a loucura, com o louco e com a doença mental, e superar o descuido, o estigma, a segregação ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de solidariedade, de positividade, de *empowerment* e de cuidados (AMARANTE, 1995; VASCONCELOS, 2003).

No século XX, vários movimentos surgiram tentando reformar a instituição hospitalar, de modo a curv-la às necessidades dos pacientes. O movimento de *Reforma psiquiátrica* foi ganhando força em diversos países tais como França, Inglaterra e Estados Unidos, os quais, embora possuíssem distinções muito evidentes com relação ao contexto histórico, concepções e objetivos, inclusive do ponto de vista sociopolítico, tinham como ponto em comum, a denúncia da situação manicomial e os esforços empreendidos para a sua superação (NUNES et al., 2008). Em meados da década de 1960, iniciou-se na Itália um movimento denominado *Psiquiatria Democrática*, idealizado por Franco Basaglia, que propôs a substituição definitiva do modelo institucional por um tratamento que permitisse a continuidade da permanência do indivíduo em seu meio social e familiar, a sua inserção, não a sua exclusão (ROTELLI, 1990).

No final da década de 1970, o movimento italiano parece ter conseguido avançar na construção de um modelo mais amplo, ao propor uma ação política de negação dos manicômios e de desconstrução dos paradigmas que buscavam justificá-los: a lei italiana n 180 de 1978 condenava e extinguiu os manicômios, indicando a construção de um circuito de atenção com variados dispositivos como mecanismos para a retirada da pessoa em sofrimento mental do lugar de excluído a partir da reinserção social (AMARANTE, 1995; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; BUTTI, 2008; NUNES et al., 2008; ROTELLI, 2008). Nesse sentido, a característica mais peculiar do movimento italiano foi o primado da prática, não como mero fazer, mas como produtora de outra realidade e outra cultura (BASAGLIA, 2008).

No Brasil, no mesmo período, surgiram espaços para a articulação de diversos movimentos sociais, entre eles, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que apontou as iatrogenias do paradigma psiquiátrico e questionou a política psiquiátrica exercitada no país, marcada pela violência institucional, pela desassistência, pela marginalização, enfim, pelo descuido, promovido pelas instituições psiquiátricas, única alternativa de tratamento; assumiu a luta por uma sociedade sem manicômios, desencadeando, em vários estados do país, as discussões em torno das propostas de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995; GONÇALVES; SENA, 2001).

A década de 1980 foi um período de intensas mobilizações sociais em torno da democratização da saúde no país, ficando marcada pela ocorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que se constituiu um divisor de águas

para o setor, por estabelecer os princípios preconizados pelo Movimento de Reforma Sanitária, entre estes, a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social no processo de formulação das políticas públicas de saúde e do controle de sua execução. Além disso, os militantes da Reforma Psiquiátrica evidenciaram a necessidade de melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento mental, propondo discussões e debates sobre questões relacionadas, dentre outras, à conquista e exercício de cidadania (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; NUNES et al., 2008; HIRDES, 2009a; VASCONCELOS, 2010).

Parte do relatório final da VIII Conferência foi transformada em lei com a proclamação da Constituição, em 1988, que, em suas disposições sobre a saúde cria o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através das leis 8080/90 e 8142/90, estabelecendo as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental (NUNES et al., 2008; HIRDES, 2009a; VASCONCELOS, 2010). Estes autores destacam que as reivindicações do movimento de Reforma Psiquiátrica foram ratificadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, tendo acontecido a primeira em 1987, a segunda em 1992 e a terceira no ano 2001, constituindo momentos significativos para as discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

Dessa maneira, a atual Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem como pilares os princípios do SUS e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, além das recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde, contidas na Declaração de Caracas, que incentivou a criação de serviços de atenção comunitária, pública e de base territorial, ao mesmo tempo em que definiu critérios mínimos para a adequação e a humanização do parque hospitalar especializado, bem como o redirecionamento paulatino dos recursos da assistência psiquiátrica para o modelo substitutivo em saúde mental (OMS/OPAS, 2001; NUNES et al., 2008; HIRDES, 2009a).

A instituição dessa política se deu através da promulgação da lei nº 10.216 em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, através da ampliação da rede de atenção em saúde mental e da criação de equipamentos intermediários entre o tratamento territorial e a internação hospitalar, dando ênfase às ações de reabilitação e (re)inserção psicossocial das pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2004a; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A proposta de construção de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, composta prioritariamente por serviços extra-hospitalares, conquistou legitimidade na referida lei, que enfatiza que o modelo assistencial em saúde mental demanda investimentos políticos, técnicos, científicos, financeiros e éticos, assim como a articulação com outros setores como educação, trabalho, cultura, habitação, dentre outros, a fim de garantir a cidadania e a emancipação da pessoa em sofrimento mental (OMS/OPAS, 2001; BRASIL, 2002; LEÃO, 2006; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; NUNES et al., 2008; VASCONCELOS, 2010), o que se constitui em um grande desafio para os que se dizem reabilitadores, já que a construção de redes de suporte em relação ao trabalho e a inserção relacional são extremamente necessárias para a integração, a filiação e a inserção social dessas pessoas (HIRDES, 2001, 2009b; SARACENO, 2010; PITTA, 2010; GOLDBERG, 2010; KNOSHITA, 2010).

Nesse contexto, os serviços devem ser implantados em locais de fácil acesso, de modo a compartilhar aspectos cotidianos que favorecem o reconhecimento das necessidades das pessoas e a construção de um projeto terapêutico efetivo para a promoção de sua reabilitação psicossocial. Entre estes serviços, o Caps II deve acolher as pessoas em sofrimento mental, estimular sua integração sociofamiliar, além de apoiá-las em suas iniciativas de busca de autonomia e emancipação, que ocorrerá por meio da conquista da cidadania, importante estratégia para a organização da rede comunitária de cuidados aos usuários e seus familiares (BRASIL, 2004b).

Deste modo, a intersectorialidade constitui importante estratégia para a garantia de ações de reabilitação psicossocial nos serviços substitutivos, em função da complexidade e da multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para atingir a integralidade do cuidado, que requer a articulação de investimentos e ações interdisciplinares e multiprofissionais concretas de várias linhas de política social, mediante o desenvolvimento de um trabalho conjunto envolvendo Justiça, Previdência Social, Ação Social, Educação e instituições profissionalizantes (ROTELLI, 1990; AMARANTE, 2007; BEZERRA JUNIOR, 2007; BARROS; JORGE; PINTO, 2010; DELGADO; 2010; MACHADO; DOMINGUES, 2010; VASCONCELOS, 2010). Essa articulação setorial constituiu-se uma marca histórica diferenciada para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) – Intersectorial, realizada neste

ano de 2010, e reafirmou o forte significado e a importância política de tal aspecto (VASCONCELOS, 2010).

A evolução conjuntural que vem propiciando mudanças no cenário sociopolítico constituiu a base temática de discussões para a IV CNSM que representa o conjunto de iniciativas necessárias para a efetivação da desinstitucionalização, entendida como crítica, recusa, negação e substituição do paradigma psiquiátrico pelo paradigma da saúde mental, que prevê a reabilitação psicossocial como uma possibilidade de a pessoa em sofrimento mental assumir um novo papel social (ROTELLI, 1990; AMARANTE 1996; SARACENO, 2010).

Nesse contexto, somente iniciativas de desconstrução do aparato manicomial e reinserção social são insuficientes para que a Reforma Psiquiátrica aconteça de fato, sendo necessário garantir a convivência sem preconceito, a desvinculação de cidadania à razão e, conseqüentemente, vinculação à liberdade, à solidariedade e aos valores éticos (VASCONCELOS, 2003; LEÃO, 2006; HIRDES, 2009b). Para tanto, os autores apontam que a desmistificação da loucura precisa ser pensada não somente em termos macro-, mas no plano micro-, no movimento de vaivém entre trabalhadores dos serviços, famílias e comunidade, garantindo a efetivação de mudanças significativas para as pessoas em sofrimento mental, evidenciadas através do *empowerment*, de transformações qualitativas na concretude da vida, que sugerem reabilitação psicossocial.

A Reabilitação Psicossocial, como um processo articulado de conhecimentos e práticas, atitudes estratégicas e vontade política, requer a produção de cuidados que facilitem a vida de pessoas socialmente vulneráveis, que deverão tornar-se aptas para gerenciar suas vidas com maior *empowerment* e capacidade de escolha, possibilitando o processo de trocas sociais, a restituição plena dos direitos, inclusive o de ter acesso a todas as possibilidades de tratamento disponíveis, de modo a diminuir suas desvantagens, para que possam vir a ter maior poder contratual e abertura para lidar com as mais diversas situações que surgem no cotidiano (HIRDES, 2001; SARACENO, 2010; PITTA, 2010; GOLDBERG, 2010; KNOSHITA, 2010).

A análise etimológica do termo Reabilitação Psicossocial pode ser feita a partir da soma do prefixo *re-* com a palavra *habilitação*, que formam a palavra *reabilitação* que expressa a noção de 'recobrança de crédito, estima ou bom conceito, perante a sociedade'. A palavra, ao se justapor à expressão *psicossocial*

reveste o termo de “uma dimensão ainda mais vasta e ambígua e muitos são os usos e estímulos que ela suscita” (PITTA, 2010, p. 23).

Tais estímulos devem ser capazes de promover a autonomia, de forma a não ser vista como autossuficiência ou independência, já que todas as pessoas são dependentes, diferenciando-se apenas na quantidade e no tipo de dependência, de modo que os usuários dos serviços de saúde mental tendem a depender excessivamente de um número “restrito/restritivo” de relações interpessoais e coisas materiais (MERHY, 2007a; KINOSHITA, 2010, p. 57). Segundo os autores, as ações de cuidado, vista por alguns como “tutela outorgada”, por requerer uma responsabilização e um compromisso do trabalhador de saúde com os interesses dos usuários, podem significar ganhos de autonomia destes frente a seu modo de andar na vida, que será mais autônomo à medida que se tornar mais dependente e vinculado a inúmeras possibilidades de estabelecer contratos sociais.

Nessa perspectiva, trabalhadores de saúde têm desenvolvido experiências de reabilitação psicossocial em que utilizam “como *setting* a rua, a cidade, o habitar do usuário. Isto vem corroborar que esta é uma prática de articulação, de preservação ou resgate da história das pessoas” (HIRDES, 2001, p. 72). Para a autora, “enquanto muitos profissionais, ‘esperam’ eternamente as condições ideais que às vezes não chegam nunca, outros, mais criativos e envolvidos, fazem de cada lugar e cada momento uma oportunidade para pôr em prática a reabilitação”.

Tal perfil profissional sugere um rompimento com a clínica tradicional, que opera predominantemente no *setting* individual e no encontro singular, contrapondo as ações propostas pelo campo da saúde coletiva, cujo caráter de coletividade acabou velando a importância da clínica, que saiu do foco de muitos sanitaristas (ONOCKO-CAMPOS, 2001). Nesse contexto, passaram a conviver simultaneamente numerosas clínicas, que podem ser desveladas no cotidiano dos serviços de saúde sob três principais semblantes: “uma clínica oficial (a Clínica Clínica), uma clínica degradada e uma outra Ampliada (clínica do Sujeito)” (CAMPOS, 2007, p. 59).

Para o autor, a *clínica degradada*, considerada assim em relação à clínica da clínica, que não avalia riscos e não trata a doença, mas os sintomas, baseia-se na queixa-conduta, na quantidade de procedimentos e não na sua qualidade. Com relação à *clínica clínica*, o autor comenta que a doença é tratada como ontologia, a partir do que há de comum nos casos, ao que devem buscar curar, nunca prevenir

ou reabilitar: o sujeito é reduzido a uma doença ou a um órgão doente, cujo atendimento ocorre de forma padronizada, independentemente da gravidade e das necessidades de seus pacientes. Reconhecida como a clínica dos especialistas, estritamente protegidos nos seus *corpora* profissionais, fica fortemente amarrada a prescrições técnicas e a procedimentos, além de apresentar grande capacidade de influenciar o imaginário social (CAMPOS, 2007).

O autor apresenta ainda a *clínica do sujeito*, cujo objeto de trabalho inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Ao criticar a fragmentação e a especialização das práticas, busca sistematizar os conceitos de campo e de núcleo de saberes/responsabilidade e articular as noções de *equipe de referência* com a de *apoio especializado matricial*, o que sugere a construção de um processo de trabalho em que se combinem especialização e interdisciplinaridade, e se concretize uma relação de parceria dos especialistas com os clínicos de referência para a construção de *projetos terapêuticos* amplos, com objetivos e técnicas de ação profissional e participação ativa dos usuários dos serviços bem definidos (CAMPOS, 2007). Na concepção do autor, superar a fragmentação entre a biologia, a subjetividade e a sociabilidade seria o começo de um processo que se propõe a desconstruir, reconstruindo alternativas, saberes e práticas para uma clínica ampliada.

Assim, a concepção de clínica ampliada que vem sendo construída no espaço dos serviços públicos de saúde, em que a saúde está relacionada com sua produção social e histórica, começa a ser percebida também nos serviços de saúde mental, nos quais encontraremos uma situação semelhante, ainda que neles possam ser reconhecidas outras influências, diretamente vinculadas a sua especificidade e à crítica do sistema manicomial que marcou fortemente essa área (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Na inspiração basagliana, colocar a doença entre parênteses é trazer para o centro do projeto terapêutico o usuário do serviço que, muitas vezes, encontra-se desorganizado. E esta desorganização pode ter sido produzida no próprio serviço, por atitudes pautadas em fragmentações e especificidades, demonstradas em condutas do tipo: “remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 103).

Essa fala levou a autora a refletir que o momento do surto constitui-se, para usuários e trabalhadores, um momento de fundamental importância, e tem provocado discussões em torno da necessidade de repensar a clínica nos serviços substitutivos de saúde mental e as possibilidades que as equipes que atuam nesses serviços têm para acompanhar a crise (ONOCKO-CAMPOS, 2001). No entanto, a autora argumenta que esta questão exigirá da equipe a possibilidade de sustentar sua própria crise, enquanto transforma o surto em passagem, em algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado por grande quantidade de remédios. Deste modo, a autora reconhece a necessidade de os trabalhadores serem capazes de preservar o vínculo com os usuários dos serviços em diversos momentos, e durante as diversas fases em que se apresenta seu sofrimento.

A efetividade da rede de saúde mental para atender o paciente em crise tem sido criticada por vários autores, ao comentarem que os trabalhadores dos serviços substitutivos delegam essa tarefa aos serviços de urgência, de modo a privilegiar o hospital psiquiátrico como órgão de maior complexidade, fortalecer o fluxo de internamentos e colocar em cheque os preceitos da Reforma Psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS, 2001; JARDIM; DIMENSTEIN, 2009). Assim, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, no sentido de redefinir práticas e expandir a rede de cuidados por meio de inserção de mais ações na atenção básica e ampliação do número de Caps, bem como a qualificação dos trabalhadores que atuam nos serviços existentes têm sido vistos como possibilidade de superação dessa situação (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010).

Nesse contexto, os leitos de atenção integral em saúde mental em hospital geral (HG) devem ser utilizados como recurso conforme o projeto terapêutico individualizado dos usuários da rede de saúde mental e, ao considerarem a possibilidade de utilização do Caps III como alternativa para hospitalidade noturna, afirmam que os leitos em HG proporcionam mais vantagens, visto apresentarem a possibilidade de investigação de quadros clínicos, dada a composição das equipes hospitalares, que contam com outras especialidades médicas (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010).

À idéia de que a implantação de leitos de atenção integral em saúde mental em HG poderia solucionar a questão da crise, contrapõe-se o pensamento de que este tipo de cuidado exige necessariamente a provisão de tais leitos nos Caps tipo III, que possuem disponibilidade de assistência intensiva e contínua por

funcionarem 24 horas por dia e durante o fim de semana, além de ser um serviço de base territorial, o que favorece a articulação com a rede de atenção diária de serviços de saúde mental e a atenção básica (VASCONCELOS, 2010).

Portanto, tais estratégias fazem ver que precisamos assumir declaradamente a necessidade de ampliação da clínica nos serviços públicos de saúde, sobretudo nos serviços substitutivos de saúde mental. Se não o fizermos, ainda que involuntariamente ou por omissão, continuaremos trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degradação da clínica, o consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes e, às vezes, até iatrogênicas (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Contudo, a excessiva institucionalização e burocratização de alguns serviços substitutivos, a precariedade dos vínculos de trabalho e a entrada maciça de uma nova geração de gestores e trabalhadores, muitos dos quais sem contato com a história e a experiência política e profissional que marcou o período de experimentação e mobilização a história recente, têm emperrado os avanços do movimento de Reforma Psiquiátrica (VASCONCELOS, 2010). Entretanto, a reflexão acerca das possibilidades de tais situações tornarem-se estímulos para a renovação e o aprofundamento do movimento de reforma torna-se essencial para a construção de novas formas de caminhar e de tornar capaz a aproximação com o sujeito, em suas dimensões clínica e cidadã (VASCONCELOS, 2010; JORGE; PINTO, 2010).

Nesse contexto, a família deve ser considerada como parte fundamental do tratamento e, como tal, também necessita de cuidados da equipe de saúde mental, que deve estar atenta e comprometida com este problema: a dificuldade/complexidade do cuidado à família do usuário, buscando construir dispositivos de apoio e mecanismos que facilitem a participação e a integração da família nas ações de cuidado à pessoa em sofrimento mental (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; MELMAN, 2006; ROSA, 2008, 2009; BIELEMANN et al., 2009; JORGE; PINTO, 2010; VASCONCELOS, 2010).

No sentido de compreender melhor os desafios que se apresentam e, ao mesmo tempo, buscar criar possibilidades de inclusão de familiares nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores que atuam na rede de atenção em saúde mental, elegemos o Caps como um serviço capaz de articular essa inclusão, além de legitimar a importância de tais atores sociais para a continuidade da movimentação

necessária ao processo que se faz/fazendo e constrói/construindo como é o caso da Reforma Psiquiátrica.

2.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO

A Reforma Psiquiátrica será consolidada a partir da efetivação de uma política de saúde mental que oriente a implantação de serviços capazes de substituir o modelo manicomial e articular-se em rede de atenção, a qual deve envolver tanto as unidades básicas de saúde quanto os serviços especializados: ambulatórios de saúde mental, Caps, hospital-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, leito ou unidade em hospital geral e serviços residenciais terapêuticos (BRASIL, 2004a; HIRDES, 2009b; MIELKE et al., 2009).

A lei nº 10216/01 (ANEXO A), redefiniu parâmetros para a organização e condução dos serviços substitutivos de atenção diária e a portaria do Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde (GM/MS) nº 336/02, estabeleceu o Caps como instância estratégica de articulação da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2004a). A avaliação dos mais de dez anos de experiências desses serviços tem sido decisiva para um substancial desenvolvimento dos Caps no Brasil, que se configura como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Os Caps são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, caracterizados como Caps I (população entre 20 a 70 mil habitantes), Caps II (de 70 a 200 mil habitantes) e Caps III (acima de 200 mil habitantes), Caps i - infância e adolescência (acima de 200 mil habitantes) e Caps ad - álcool e outras drogas (acima de 100 mil habitantes), nas modalidades semi-intensiva, intensiva e não-intensiva (BRASIL, 2004a, 2004b). Os usuários são as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e seus trabalhadores de saúde mental deverão ter a responsabilidade de atuar sob a lógica da territorialidade, o que possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas com sofrimento mental, impulsionando a construção de estratégias mais adequadas de cuidado nos âmbitos familiar, social e cultural (BRASIL, 2004b; MILKE et al., 2009).

Por ser considerada a principal estratégia do Ministério da Saúde para reverter o modelo de atenção manicomial e excludente, o governo federal tem

priorizado a expansão dos Caps, de maneira que conseguiu triplicar o número de unidades em cinco anos, passando dos 209 que existiam no ano 2000 para 689 serviços em 2005, distribuídos em todo o território nacional (BRASIL, 2005). Em março de 2010, foi anunciada a implantação de mais 35 unidades, distribuídas em 15 estados, o que representa um avanço na consolidação da rede substitutiva em saúde mental, que conta atualmente com 1541 unidades, sendo 406 Caps do tipo II funcionando em todo nacional (BRASIL, 2010; IBGE, 2010).

De acordo com a portaria GM/MS nº 336/02, o Caps II é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atender aos usuários durante cinco dias na semana, com o funcionamento em dois turnos, das 8 h às 18 h, podendo comportar um terceiro turno com funcionamento até as 21 h, de modo a desenvolver atendimento individual e grupal, atividades de suporte social, de grupo de familiares, de oficinas culturais, de visitas domiciliares, atividades comunitárias e refeições para os usuários assistidos no serviço, entre outras ações (BRASIL, 2004a).

Essa portaria também estabelece que a equipe técnica mínima para atuar no Caps II seja composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico-administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL 2004a).

As atividades do Caps II devem ser bastante diversificadas e incluir oficinas terapêuticas, arteterapia, atividades físicas e lúdicas, além da medicação, que durante muito tempo constituiu-se principal forma de tratamento à pessoa em sofrimento mental (COSTA-ROSA, 2000; ONOCKO-CAMPOS, 2006; HIRDES, 2009a; MIELKE et al., 2009; VASCONCELOS, 2010). No entanto, os autores argumentam que o Caps constitui-se como lugar de passagem e alertam quanto à possibilidade de ocorrer uma tendência contraditória com relação ao propósito para o qual esse lugar foi criado, ou seja, levando à institucionalização ou à *manicomialização* do Caps. Sugerem que, para que isso não ocorra, seria primordial capacitar os trabalhadores de saúde mental, sensibilizar os gestores de saúde quanto à importância da intersectorialidade e integralidade das práticas, que devem envolver a todos, desde os usuários e familiares até os demais atores sociais.

O desenvolvimento de ações intersetoriais é extremamente importante para que o Caps II possa alcançar bons resultados, mediante o caráter aberto e complexo assumido pelo serviço, que deve estar em permanente intercâmbio com o contexto territorial onde se insere, sob a forma de teias criadas no espaço extramuros, ao mesmo tempo em que constroem suas ações na interação intensa entre os atores sociais que os atravessam, cujas tessituras relacionais desenvolvem-se intramuros (NUNES et al., 2010).

Dessa maneira, tanto os serviços de saúde mental quanto os de atenção primária devem compor, juntamente com outros dispositivos terapêuticos, a rede de suporte e apoio social às pessoas em sofrimento mental e a seus familiares, promovendo a emancipação de sujeitos que precisam tornar-se independentes para o autocuidado (OMS/OPAS, 2001; LEÃO, 2006). Entre esses serviços, o Caps destaca-se pela sua condição de aliar ações de cuidados clínicos a programas de reabilitação psicossocial, estratégia imprescindível para a organização da rede comunitária de cuidados aos usuários e seus familiares (BRASIL, 2004a; LEÃO, 2006; MIELKE, et al. 2009).

O alcance dessa estratégia no campo micro depende da atuação de uma equipe interdisciplinar capacitada e pode depender da incorporação de novos trabalhadores de saúde, tais como artistas plásticos, professores de educação física, músicos que, compartilhando as suas práticas com as da enfermagem e com os demais profissionais da equipe mínima, favorecerão a descoberta de novas formas de reabilitação e reinserção social, baseadas, sobretudo, na escuta e valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A ampliação da projeção dos Caps, frente às políticas sociais de uma forma mais ampla, poderá ser feita por meio da articulação e integração com Equipes de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de construir cotidianamente novos espaços e aproximação das vivências, e fazer com que a terapia deixe de ser apenas, ou preponderantemente, medicamentosa, destaca a importância do sujeito no tratamento, sendo a família e, eventualmente, outros atores sociais incluídos como agentes fundamentais do cuidado (NUNES et al., 2007; JORGE et al., 2008; JORGE; PINTO, 2010). Isto pode ocorrer porque usuário, família, equipe e território são espaços de vida, de sentimentos, que nos abrem caminhos possíveis para a implementação da parceria no cuidado em saúde mental (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

No contexto de busca por novas possibilidades clínicas e terapêuticas na atenção à pessoa em sofrimento mental, alguns autores propõem intervenções que priorizam o encontro com o outro que sofre através do acolhimento e da comunicação. É o que faz Lancetti (2008), que propõe a *clínica peripatética*, como uma estratégia destinada às pessoas que não se adaptam a protocolos clínicos tradicionais. A proposta do autor visa à realização de experiências clínicas desenvolvidas ao caminhar pelo território, a partir da inserção na comunidade e valorização das vivências das pessoas, além de possibilitar o reconhecimento da *clínica do sujeito*, por meio do acompanhamento e da articulação de diversas modalidades terapêuticas de base territorial/comunitária que possibilitam o exercício da cidadania e a coparticipação na produção de cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, os trabalhadores de saúde mental devem incorporar em suas práticas a noção de território existencial, entendido como uma forma de a pessoa ser e existir em determinado espaço e tempo, a partir da circulação de afetos e relações que atravessam o território geográfico rumo ao existencial, no qual os profissionais de saúde são obrigados a inventar dispositivos clínicos que atendam às demandas de cuidado das pessoas com transtorno mental e promovam, de fato, reabilitação psicossocial (MELMAN, 2006; LANCETTI, 2008; GOMES et al., 2010).

Além disso, a inclusão dos familiares no processo de reabilitação psicossocial, não como objetos de pressão social e política, mas como coadjuvantes no tratamento, torna evidente a necessidade de os profissionais do Caps auxiliarem as famílias na busca de soluções adequadas, de modo a incrementar a qualidade de vida tanto dos usuários quanto do seu grupo familiar (MELLO, 2005; HIRDES; KANTORSKI, 2005; MELMAN, 2006; ROSA, 2008, 2009; JORGE; PINTO, 2010).

Na perspectiva de melhorar a qualidade de vida do grupo familiar, os profissionais deverão desenvolver a capacidade de oferecer suporte real para o cuidado direto, dando aos familiares a oportunidade de participar da organização dos serviços e da elaboração dos projetos terapêuticos, gerando relações de aliança e responsabilização (VASCONCELOS, 2003, 2010).

A responsabilização, como direcionamento da atenção em saúde mental, traduz-se em termos de escuta, de acolhimento, de ética, de autonomia, de resgate da cidadania, da subjetivação, do respeito, da liberdade e da inclusão social, entre outros, fortalecendo vínculos entre o sujeito que busca atendimento, o serviço e o território (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007; BARROS; JORGE; PINTO, 2010).

Para estes autores, ao redor deste ideário e de acordos comuns, os trabalhadores com diferentes formações devem valorizar falas e experiências de usuários e familiares, a fim de estimular o desempenho ativo de suas funções e a adoção de posturas mais ativas em seus contatos interpessoais, de modo a transcenderem da postura de paciente à de protagonista de sua própria vida.

As possibilidades de cuidado que se abrem no Caps II, com a incorporação da proposta da clínica ampliada, tornam o serviço um cenário fecundo para a construção de autonomia, de responsabilização e protagonismo dos usuários, propiciando a reflexão de que ainda persiste velada a noção solipsista de sujeito individual, como se este fosse separado de sua família, uma vez que esta sempre aparece como coadjuvante no processo de tratamento.

Deste modo, é fundamental a ampliação do foco perceptivo em relação à família como usuária do Caps II, que deve ser visualizada no entrelaçamento com o ser em sofrimento mental e este com ela, como contextos de intersubjetividades, ora como provedora de cuidados, ora como receptora de cuidados e, portanto, também usuária das ações do serviço, as quais deverão promover empowerment de usuários e familiares.

2.3 CUIDAR NA PERSPECTIVA DO *EMPOWERMENT*

As mudanças ocorridas no campo da saúde mental, a partir da efetivação da Reforma Psiquiátrica, impõem aos profissionais de saúde a criação de estratégias de cuidado em rede, na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, incluindo a subjetividade, as necessidades coletivas e a família das pessoas em sofrimento psíquico (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007; HONORATO; PINHEIRO, 2007; NARDI; RAMMINGER, 2007). Os autores destacam que o cuidado à família deve ser reestruturado de modo a incluir práticas que visem ao *empowerment* dos sujeitos, que precisam adquirir ou readquirir a habilidade para efetuar escolhas, resgatar a dignidade, a cidadania, a autonomia e a reabilitação psicossocial.

Nesse contexto, a concepção de satisfação de necessidades, na perspectiva de produção de vida, para aumentar sua participação na escolha de modos de andar a vida, orienta a necessidade de escutar a voz do outro que tem o que dizer de si (AYRES, 2009). Esta escuta se constrói na relação com o outro e com o mundo, no viver cotidiano, em que são revelados os sentimentos, as

percepções, as possibilidades e vulnerabilidades do ser-no-mundo, estruturando-se uma rede de significados e compreensão de si e do outro (SENA, 2006; AYRES, 2009).

Assim, trabalhadores de saúde que se envolvem com o cuidar de pessoas em sofrimento devem ter como objetivo principal ajudar a família a manifestar sentimentos de afeto, amor, carinho, compreensão, compartilhar dúvidas e conhecimentos, transmitir crenças e valores, de modo a contribuir com a promoção da saúde de seus membros (ELSEN, 2002). Esse tipo de apoio é fundamental para que a família se adapte ao processo de viver sob a constante tensão imposta à pessoa em sofrimento mental pela convivência e pelas determinações sociais, econômicas, políticas, culturais, religiosas, entre outras, que influenciam o processo saúde-doença mental (GONÇALVES; SENA, 2001; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003; WERNET; ÂNGELO, 2003).

Neste sentido, tornou-se necessário mudar enfoque do tratamento, mudando-o do isolamento para o acolhimento das dificuldades, dos temores e das expectativas da família. Para tanto, os profissionais atuantes nos serviços de saúde mental devem garantir o espaço para escuta, acolhimento, interações, diálogo, construção de saberes e troca de experiências, visando à abertura conjunta de possibilidades de ajustamento, de ressignificação do processo de viver, de *empowerment* (WERNET; ÂNGELO, 2003; VASCONCELOS, 2003; MELMAN, 2006; ROSA, 2008; SOUZA; SCATENA, 2005).

A necessidade de inserir ações de cuidado ao grupo familiar tem sido abordada por diversas áreas profissionais, principalmente em virtude do papel fundamental que desempenha no desenvolvimento e na manutenção da saúde e do equilíbrio emocional de seus membros (ELSEN, 2002; BIELEMANN, 2003). Assim, a família, vista como sistema de saúde para seus membros, deve estar inserida num contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e comunitário de cuidados, com os quais troca experiências, influenciando-os e sendo influenciado por eles, construindo formas que fogem totalmente do modelo tradicional centrado na cura da doença (ELSEN, 2002; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Na área da saúde mental, estudiosos têm reforçado os questionamentos quanto à importância de preparar a família para que a devolução da pessoa em sofrimento psíquico, da instituição à família, não produza desassistência, já que, além da problemática da vida cotidiana, ela precisa administrar outras dificuldades

geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado do membro que sofre (GONÇALVES; SENA, 2001; ROSA, 2008, 2009).

Além disso, alguns autores apontam que a convivência com o transtorno mental, no decorrer do tempo, parece ser responsável por danos inerentes aos aspectos sociais, psicológicos, emocionais, econômicos, afetando o processo de viver da família (PEREIRA; PEREIRA-JUNIOR, 2003; PEREIRA; BELLIZZOTI, 2004; SOUZA; SCATENA, 2005), podendo significar a adoção de um papel de vítima ou vilã (ROSA, 2008; COLVERO et al., 2004). Contudo, encontramos estudos que demonstram que a flexibilidade e a abertura da família frente à necessidade de adaptação favorecem o crescimento e o enfrentamento da situação de maneira positiva, principalmente quando as estratégias de cuidado contribuem para a promoção da resiliência e para a conquista da cidadania e da liberdade pelos sujeitos (ELSEN, 2002; HIRDES; KANTORSLI, 2005; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; WAIDMAN et al., 2009).

O cuidado constitui a base da existência humana e excede a concepção de um momento de atenção, zelo ou desvelo. Envolve conhecimento, valores, habilidades, atitudes e respeito que se efetivam na relação intersujeitos que se propõem a correr riscos, a potencializar encontros e construir projetos de vida mais autônomos (HEIDEGGER, 1993; BOFF, 1999; WALDOW, 2006; SILVA et al., 2005; AYRES, 2009). A literatura a respeito deste aspecto, produzida no Brasil, apresenta algumas possibilidades para reverter a situação de silêncio, negligência e indiferença legitimada pelo cuidar psiquiátrico. Entre elas, encontra-se o *empowerment* dos sujeitos, no sentido de promoção de seu valor social e de inserção na vida laboral, como possibilidade de potencializar desejos e romper com a passividade a que estão submetidos (HONORATO; PINHEIRO, 2007).

Deste modo, as estratégias de cuidado à família deverão ocorrer por meio da intersubjetividade, o que remete a um posicionamento comprometido e engajado em relação ao outro e à abertura às estratégias de intervenção voltadas para a construção de projetos de vida mais autônomos, tanto para quem é cuidado como para quem cuida (WERNET; ÂNGELO, 2003; AYRES, 2009).

Assim, a proposta de *empowerment* de familiares de usuários de serviços de saúde mental encontra total aceitação entre as novas concepções de cuidado, que passou a ser visto como um elemento transformador de modos de viver e sentir o sofrimento, a partir da corresponsabilização pela saúde da coletividade; e este

cuidado é construído na relação, a partir da intersubjetividade (AYRES, 2009; VASCONCELOS, 2003; MELLO, 2005; HIRDES; KANTORSKI, 2005; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Diante do exposto, consideramos oportuno fazer um breve histórico de como vem ocorrendo o processo de inserção da família nas ações de cuidado, propostas pelo campo da saúde mental, retomando aspectos relativos ao que percebemos tanto como cuidado quanto como descuido, mas que foram imprescindíveis a nossa caminhada até aqui. Para tanto, utilizamos os estudos de Melman (2006) e Rosa (2008, 2009) que explicitam, de forma didática e compreensiva, esse contexto histórico de cuidado às pessoas em sofrimento mental e seus familiares.

Os autores enfatizam a influência de valores e representações da loucura em cada momento histórico sob a forma de olhar para aquilo que foge aos padrões sociais, como comportamentos e condutas que sugerem controle, integração e segregação, dados os contextos culturais, religiosos, ideológicos, econômicos, entre outros (MELMAN, 2006; ROSA, 2008).

O movimento responsável pela inteligibilidade das repercussões da apropriação da loucura pela medicina, que a tornou administrável, medicou-a e lhe deu *status* de doença, de modo que ao louco restava apenas ser excluído do seio sociofamiliar, já que o isolamento terapêutico foi justificado duplamente, ainda que de forma ambígua, visto que, ao mesmo tempo em que afirmavam defender a família da alienação, consideravam-na como responsável pelo adoecimento (ROSA, 2008). A autora comenta ainda que, nesse momento, houve uma ruptura da relação do 'louco' com sua família, e que a esta foi delegado o papel de identificar e encaminhar o membro doente para receber cuidados médicos, além de visitá-lo e fornecer informações relativas a seu histórico, enquanto o cuidado era delegado aos trabalhadores da saúde mental e aos serviços assistenciais.

Com o surgimento da terapia familiar após a Segunda Guerra Mundial, por volta da década de 1950 e, no Brasil, a partir de 1970, algumas famílias passaram a contar com essa terapêutica para o enfrentamento de seus problemas, apesar dos altos custos terem limitado o acesso das famílias de baixa renda (ROSA, 2008). A autora destaca que a terapia familiar, somada às contribuições do movimento feminista e de outros movimentos inspirados na doutrina marxista, constituiu um marco na construção de uma nova leitura sobre a família. Nesse

contexto, começaram a surgir estudos com ênfase na análise de aspectos emocionais e socioeconômicos que influenciam a organização interna do grupo familiar, passando a incluí-lo no circuito terapêutico, mesmo sob uma visão negativa, já que a família continuava sendo responsabilizada e culpabilizada pelo surgimento do transtorno mental (ROSA, 2008).

Em decorrência das muitas transformações e necessidades sentidas pelas famílias, vários atores sociais tentaram ajudá-las: desde padres, médicos higienistas, psiquiatras, pedagogos, psicanalistas até, mais recentemente, os terapeutas de família, todos buscaram construir alianças e bons encontros com esse grupo (MELMAN, 2006). Neste campo, destaca-se o papel da enfermeira(o) na terapia familiar que exige cada vez mais preparo para atuar nesse campo, dada a importância da escuta e da relação com a família para conhecer as necessidades e a dinâmica familiar, bem como para ajudar a família a perceber seus limites e potencialidades frente a uma determinada situação (TAYLOR, 1992).

Na década de 1970 a 1980, os processos macrosociais, fortemente influenciados pelo capitalismo, provocaram mudanças na relação do Estado com a sociedade. Essas mudanças acarretaram a redução da implementação de medidas do Estado voltadas para o bem-estar social, o que exigiu maior coesão do grupo familiar sem recursos, para enfrentar as várias demandas, principalmente aquelas relativas à saúde. Esta últimas são ainda mais graves para aquele grupo familiar que convive com um membro em sofrimento mental e compartilha com ele os impactos objetivos e subjetivos causado por ele, o que aumentou a tensão no seio familiar e a demanda de cuidado dessa parcela da população que, a partir da criação de algumas associações, começa a lutar pelo direito à assistência à saúde por parte do Estado (ROSA, 2008).

Nesse contexto, surgiram as primeiras reflexões sobre o impacto do transtorno mental sobre o grupo familiar, e a família passou a ser percebida de diferentes maneiras: ora como um grupo com necessidade de cuidados, ora como um lugar igual a outro qualquer, mas não o único, ora como a provedora de cuidados, ora como a avaliadora de serviços e até como sujeito político (ROSA, 2009). Além disso, a autora apresenta a noção de família como “um grupo histórico, que é determinado por instâncias macroeconômicas, mas que também cria novas determinações que remetem à sociedade”, sendo, ao mesmo tempo, assujeitada e sujeito do processo (ROSA, 2009, p. 167).

Essa compreensão requer ações de cuidado em saúde mental que estejam voltadas para o reconhecimento e a valorização das demandas de familiares que exigem investimento em metodologias e abordagens adequadas ao cuidado à família, por meio de iniciativas como educação popular, defesa de direitos, suporte e inclusão digital de associações e de seus projetos, e apoio ao *empowerment* (VASCONCELOS, 2010). Segundo o autor, as abordagens sobre *empowerment* foram sistematizadas, originalmente, nos países anglo-saxões, chegando ao Brasil a partir do final da década de 1990, com formulações direcionadas não só ao campo da saúde mental, mas também, ao serviço social, e forte influência do modelo de educação popular proposta por Paulo Freire (VASCONCELOS, 2003; 2009).

Essa proposta vê o cuidado como *empowerment*, como oportunidade de crescimento dos sujeitos que sofrem ou lidam com o sofrimento mental, de construir cidadania e autonomia, a partir da ruptura com as práticas verticalizadas, excludentes e mistificadoras que produziam alienação e acomodação, e sua substituição por práticas e modelos mais horizontalizados, em que o cuidado se volte para sujeitos, pessoas com direitos e deveres (VASCONCELOS, 2003).

Nesse sentido, o cuidado pode desvelar-se como recuperação, cuidado de si, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa de direitos, transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e com o louco, por meio de iniciativas individuais e coletivas, participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla e como narrativas pessoais de vida com o transtorno mental (VASCONCELOS, 2003).

Para o autor, o cuidado, na perspectiva do *empowerment*, ajuda a pessoa a enfrentar os desafios impostos pelo sofrimento mental, em âmbito pessoal, familiar e coletivo e, neste sentido, deve ser praticado em trabalhos grupais que tem objetivos antiopressivos e de *empowerment*, tais como: grupos terapêuticos, de ajuda mútua, de suporte mútuo, de conscientização, de defesa de direitos e militância política, (VASCONCELOS, 2009).

As estratégias para o cuidado à família no Caps II são várias e incluem desde atividades desenvolvidas dentro do próprio serviço como assembleias, festas, reuniões, oficinas, atendimento individual e em grupos, até atividades externas como atendimento domiciliar, ações no campo psicossocial e jurídico-político, voltadas para a construção da cidadania, bem como, no campo sociocultural, envolvendo

manifestações artísticas, culturais, esportivas, terapia comunitária, associações, dentre outras (DUARTE et al., 2007; SCHRANK; OLLSCHOWSKY, 2008; LAVOR, 2008; MORENO, 2009; BIELEMAN et al., 2009; JORGE, PINTO, 2010).

Embora os autores consultados evidenciem sua concordância quanto à necessidade de desenvolver ações de cuidado à família no Caps II, não encontramos discussões e trabalhos que sistematizem um conhecimento contextualizado a respeito do modo como a intersubjetividade favorece o *empowerment* de familiares de usuários desse serviço.

A retomada do conhecimento sobre o cuidado à família de pessoas em sofrimento mental permitiu perceber a importância de as práticas do cuidado serem desenvolvidas considerando o potencial intersubjetivo da relação cuidador-pessoa cuidada e vice-versa, a realizar-se por meio do diálogo, da escuta, do acolhimento, do respeito, da responsabilização, entre outros aspectos que contribuem para a abertura às inúmeras possibilidades de interação. A ambiguidade humana retrata desejos, necessidades, crenças, valores e outras características importantes para a construção do cuidado como *empowerment* e como fenômeno que se mostra sempre em perfil.

3 HORIZONTES ATUALIZADOS POR FAMILIARES NA EXPERIÊNCIA DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA MERLEAU-PONTYANA

A verdadeira filosofia é reaprender a ver o mundo, e nesse sentido uma história narrada pode significar o mundo com tanta “profundidade” quanto um tratado de filosofia (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 19).

3.1 FENOMENOLOGIA: DA FILOSOFIA AO MÉTODO CIENTÍFICO

A fenomenologia foi formulada no final do século XIX e início do século XX por Edmund Husserl, um matemático que, ao refletir sobre as formas geométricas, mais especificamente acerca do modo como são construídas e para quê, começou a questionar-se sobre o distanciamento que a ciência havia tomado com relação ao ideal clássico pretendido pelos gregos, que era compreender a unidade dos fenômenos (MÜLLER-GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006; GOMES et al., 2008). Ou seja, o mundo não aparece caoticamente: é como se cada ocorrência perceptiva anunciasse uma unidade a que ela pertenceria.

Com a emergência das especializações, no final do século XIX, esse ideal de ciência encontrava-se em crise, pois a busca do conhecimento das partes sobrepunha à noção de todo, o que, segundo Husserl, representava uma traição à perspectiva da ciência de captar a unidade (MÜLLER-GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006).

Desse modo, a fenomenologia nasceu com duas perspectivas fundamentais: resgatar o ideal clássico de ciência que se havia perdido, isto é, a unidade daquilo que se dá a conhecer como fenômeno, que são os entes; restabelecer a Filosofia como modelo de ciência rigorosa, a partir da investigação da consciência como núcleo da unidade do discurso científico e da unidade da existência (SENA, 2006). Até o final do século XVI, conservava-se a tradição grega, segundo a qual conhecer tinha a ver com uma comunhão entre o corpo e o mundo, o que só seria possível por meio dos sentidos (MÜLLER-GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006). Segundo estes autores, a partir do século XVII, com o desenvolvimento da Física e da Matemática, surgiram vários instrumentos de observação, e o que antes era conhecido através dos sentidos passou a ser feito por

intermédio de instrumentos de geometria analítica.

Neste contexto, emergiram duas concepções sobre a produção do saber:

- a) a objetivista, construída a partir de Galileu, para quem conhecer significava representar a natureza, ou seja, ele acreditava que existia um real e que este poderia ser apreendido por meio dos instrumentos matemáticos;
- b) a subjetivista, que surgiu com René Descartes, que questionava o processo de conhecimento e argumentava que, se conhecer é representar o real, pressupunha que havia um real fora da representação, e que este precisava ser investigado (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003; SENA, 2006).

Tais concepções resultaram na crença de que o conhecimento limita-se em um lócus: ou está nos objetos da natureza (objetivismo) ou no sujeito cognoscente (subjetivismo) (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2004).

A fenomenologia surgiu como uma possibilidade de ruptura com as duas concepções citadas e introduziu uma nova perspectiva sobre a construção do conhecimento: a noção de que este acontece na relação intersujeitos, no compartilhar de suas vivências, constituindo uma unidade que não é exclusivamente de uma pessoa, mas da coletividade e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006). Na perspectiva merleau-pontyana,

Não podemos permanecer nesta alternativa entre não compreender nada do sujeito ou não compreender nada do objeto. É preciso que reencontremos a origem do objeto no próprio coração de nossa experiência, que descrevamos a aparição do *ser* e compreendamos, como paradoxalmente há, *para nós, o em si* (MERLEAU-PONTY, 2006, p.110).

Desse modo, a aproximação a um novo saber implica em retomar o mundo vivido, o mundo da experiência, anterior ao mundo objetivo: é preciso restituir à coisa sua aparência concreta, reencontrar os fenômenos por meio do qual o outro e as coisas nos são dados (MERLEAU-PONTY, 2006). Para o autor, os fenômenos constituem o mundo como o experimentamos, ao contrário do mundo que existe independentemente de nós, como acreditavam os objetivistas, e só podem ser descritos a partir da experiência perceptiva, que sempre acontece sob o ponto de vista de quem a vive.

Neste sentido, a fenomenologia possibilita caminhar por duas vias: a primeira busca a vivência do ser humano, que vai além de comportamentos exteriores, que costumam revelar aspectos da experiência, de forma indireta e incompleta, podendo levar o cientista a sérios enganos; a segunda promove a transformação do objeto em sujeito que passa a denominar-se mais propriamente como participante (MOREIRA, 2002).

A própria descrição etimológica da palavra fenomenologia corrobora a noção de que seu sentido ultrapassa a tese naturalista de que o mundo e as coisas são em si mesmas, já que não consiste em estudar fenômenos como objetos definidos, mas aquilo que “se mostra em si mesmo a partir de si mesmo” (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003, p.1). Enfim, a fenomenologia apresenta a maneira como acontece o conhecimento e, no sentido husserliano, ela se ocupa com a questão metodológica da produção do conhecimento, partindo do questionamento acerca de como os vividos se mostram, e não do que são os vividos (SENA, 2006).

O projeto fenomenológico de Husserl pautou-se inicialmente nos estudos do filósofo Francisco Brentano que, mesmo acreditando na distinção entre objetos físicos e objetos psíquicos, não duvida da relação existente entre o objeto e o psiquismo, de modo que recorreu a Tomás de Aquino, pensador da alta escolástica, para descrever em que sentido os fenômenos psíquicos constituem totalidades sem a intervenção anterior de atos (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003; SENA, 2006). Conforme os autores, a partir das afirmações de Aquino, de que a intencionalidade se refere à capacidade humana de organizar espontaneamente as partes imanentes aos atos como um todo imagético, Brentano construiu a teoria da intencionalidade para investigar a constituição dos objetos, que nada mais são do que atos, modos psíquicos de intervenção junto aos fenômenos.

Brentano retomou a concepção kantiana de fenômeno – segundo a qual fenômeno é aquilo que aparece na experiência corpórea a partir da sensibilidade – e percebeu que há dois tipos de fenômenos: fenômeno físico, que necessita de um ato para se tornar um todo, e fenômeno psíquico, que aparece espontaneamente como um todo, independentemente de um ato anterior, como, por exemplo, os sentimentos (MÜLLER-GRANZOTTO, 2001; MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006).

Nesse sentido, entender a noção de intencionalidade de Brentano é essencial para a compreensão da noção de consciência em Husserl. Este filósofo acrescentou uma nova característica à teoria da intencionalidade: o reconhecimento de uma unidade nos atos intuitivos e categoriais, que são essências ou objetos intencionais propriamente ditos, possibilita o desenvolvimento de habilidades para reconhecer, naquilo que produzimos, algo que nos seja próprio. A partir dessa habilidade, passamos a identificar o que tem ou não a ver com as nossas vivências intencionais (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003; SENA, 2006).

A teoria da intencionalidade brentaniana apresenta duas características fundamentais: primeira, a intencionalidade como fenômeno psíquico, sentimento, cuja deliberação independe de funções corticais superiores (ativação de áreas de linguagem); segunda, o fenômeno psíquico orienta os atos superiores (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006). Os autores comentam ainda que, com esse pensamento, Brentano introduziu, pela primeira vez na história da filosofia, a ideia de que os atos superiores são controlados por atos inferiores, causando, assim, grande impacto no ambiente científico da época, especialmente entre os psicologistas.

A ideia husserliana de intencionalidade é uma maneira de lidar com o problema imanente-transcendente, como o que ocorre na intersubjetividade: vivências imanentes são atualizadas e retomadas como imposições à própria vontade, o que se encontrava no âmbito do sensível transcende e aparece como a expressão de um todo (SENA, 2006).

Em suma, o próprio Brentano buscava esclarecer a natureza do conhecimento, mais especificamente, do conhecimento perceptivo, o qual definia como sendo o resultado do processo intencional (SENA, 2006). Conforme a autora, Brentano acreditava que esse processo era imanente ao ego psicofísico, ou seja, ocorria no interior do corpo como subjetividade anatomofisiológica e, mesmo não sendo um solipsista, porque ele cria na existência das coisas, conservava uma posição naturalista na medida em que acreditava que o conhecimento era propriedade de um ego psicofísico.

Husserl já havia percebido que Brentano, apesar de esclarecer a natureza dos objetos matemáticos, não explicou em que sentido eles podem ser universais,

sobretudo, porque considerava os objetos imanentes¹ aos sujeitos psicofísicos e, nesse caso, inviabilizava a possibilidade de uma ciência matemática, visto que cada pessoa teria sua própria matemática, sendo uma diferente da outra, e a ciência trata daquilo que é universal (SENA, 2006). A autora comenta ainda que, apesar desse impasse, Husserl assumiu na íntegra as duas características da teoria da intencionalidade brentaniana: a primeira, a ideia de que o conhecimento parte de um ato intuitivo primário, que se exprime como um todo espontâneo, o qual passou a denominar de intuição fenomênica; a segunda, a crença de que essa intuição preenche um ato indicativo e passa a constituir-se em uma essência ou intuição categorial que se exprime nos objetos transcendententes (SENA, 2006).

Diante do exposto, a fenomenologia emprega uma forma de reflexão que deve incluir a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam, descreve o fenômeno sem explicá-lo, não se preocupa em buscar relações causais, ou seja, a fenomenologia está voltada para fazer ver, para descrever o vivido intencional, de forma rigorosa, pois só assim pode-se chegar à essência do fenômeno (CAPALBO, 2004).

3.2 FILOSOFIA DA EXPERIÊNCIA E A INTERSUBJETIVIDADE DO CUIDAR

Merleau-Ponty é considerado um leitor fiel da fenomenologia husserliana, que afirma que todo conhecimento é intencional e, portanto, intercorporal, consistindo de duas vivências que se completam: uma vivência impessoal, sensível, também designada como *consciência irrefletida* ou *intuição fenomênica*, e uma vivência pessoal, cultural, pensamento ou *consciência reflexiva*, também chamada *intuição categorial* (SENA, 2006). Para a autora, tais vivências se espelhariam em um objeto transcendente (pensamentos, reflexões) que agrega os vividos imanentes que o motivaram.

Assim, surgiu a noção de que a percepção do objeto transcendente implica em fazer a redução eidética e a transcendental. A redução eidética ou essencial representa o abandono da ideia de que o mundo natural é constituído de um aglomerado de coisas exteriores e reais, assim como a de que já nascemos

¹ Segundo o *Dicionário de filosofia Abbagnano* (1998, p. 382), *imanência* significa “presença da finalidade da ação na ação ou do resultado de uma operação qualquer na operação”. Na fenomenologia husserliana o termo imanência significa aquilo que não está claro, ou seja, refere-se às intuições fenomênicas que consistem em vivências de uma totalidade que é anterior às partes, mas que ainda é ambígua, indeterminada.

corpos individuais (MERLEAU-PONTY, 2006). A redução transcendental envolve a discussão das vivências essenciais que emergem da intersubjetividade, da relação eu-outro-mundo, permitindo descrever a unidade de sentidos, vista por diferentes indivíduos nos mesmos atos ou pelo mesmo indivíduo em diferentes atos, ou seja, as ambiguidades (MOREIRA, 2002; MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006).

As obras de Merleau-Ponty, em sua maioria, são baseadas na filosofia husserliana, que se ocupa de vivências essenciais, as quais se atualizam como objetividades, caracterizadas como sínteses intelectuais. Nesse sentido, o autor avançou em relação ao pensamento de Husserl, já que, para ele, não é possível chegar à essência da consciência, vez que, em virtude da ambiguidade, mostra-se inapreensível; portanto, nos seus últimos escritos já não faz mais fenomenologia no sentido husserliano (MERLEAU-PONTY, 2000; SENA, 2006).

A ambiguidade característica da vivência essencial constitui-se de dois polos: o sensível ou pré-reflexivo e o reflexivo. Portanto, as objetivações, como operações expressivas, consistem em uma transmutação do polo pré-reflexivo ao reflexivo, processo realizado pela linguagem, por meio de palavras, formas, síntese e um gênero literário, aos quais se juntam o estilo próprio do escritor e os sentimentos que o habitam (MERLEAU-PONTY, 2002, 2006).

Assim, a fenomenologia merleau-pontyana, baseia-se no pressuposto husserliano, de que a produção do conhecimento implica na suspensão de teses naturalistas que caracterizam as concepções objetivista e subjetivista, as quais envolvem crenças de que as coisas já são em si mesmas, independentemente da atividade intencional, e de que existe a possibilidade de mensurar, discernir e tornar sem ambiguidades todos os fatores sociais (TERRA et al., 2006; GOMES et al., 2008; LACCHINI et al., 2009; SENA; GONÇALVES, 2010).

Na perspectiva fenomenológica, a produção do conhecimento ocorre na relação dialógica intersujeitos, a partir da descrição de vivências essenciais, e por isso a fenomenologia caracteriza-se como “uma filosofia que repõe as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua facticidade” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.1).

O filósofo parte da noção de que nenhum discurso clássico consegue expressar de forma inequívoca o que é a percepção – ou seja, a percepção deve ser entendida do ponto de vista de quem a vive efetivamente (SENA, 2006), reconhece a percepção inserida no mundo, como constituição da subjetividade e

expressividade da fala. Construída a partir da existência e não de conceitos, traz consigo a intencionalidade e o sentido age em direção ao mundo (TERRA et al., 2009; LACCHINI et al., 2009).

Merleau-Ponty escolheu olhar o mundo sem engajamento e entendeu que este se apresenta sempre em perfil, como em uma relação figura-fundo, em que o desvelar da figura vela o fundo e o desvelar do fundo pode revelar inúmeras figuras, ou seja, o sentir e o refletir não são vistos simultaneamente, mas compõem uma unidade, que faz ver a ambiguidade das coisas e confirma a noção de que “[...] toda afirmação, todo engajamento e mesmo toda negação, toda dúvida tem lugar em um campo previamente aberto, atesta um si que se toca antes dos atos particulares” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 479). Nessa perspectiva,

[...] a cada momento, enquanto nosso olhar viaja através do espetáculo, somos submetidos a um certo ponto de vista, e esses instantâneos sucessivos não são passíveis de sobreposição para uma determinada parte da paisagem (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 14).

Para o autor, as condutas humanas arrastam consigo um fundo de existência, que estão sempre em movimento e resultam da relação que estabelecem com os outros e com as coisas, amáveis e detestáveis, mas revestidas de humanidade (docilidade, hostilidade, resistência, solicitude entre outras coisas); não há separação entre o objeto e o sujeito, o homem e as coisas se misturam, um está imbricado no outro (MERLEAU-PONTY, 2004). Para o filósofo,

As coisas não são, portanto, simples objetos neutros que contemplamos diante de nós; cada uma delas simboliza e evoca para nós uma certa conduta, provoca de nossa parte reações favoráveis ou desfavoráveis, e é por isso que os gostos de um homem, seu caráter, a atitude que assumiu em relação ao mundo e ao ser exterior são lidos nos objetos que ele escolheu para ter à sua volta, nas cores que prefere, nos lugares onde aprecia passear (MERLEAU-PONTY, 2004, p.23).

Nesse sentido, a percepção mostra-se como ambiguidade, pois tem a ver com o paradoxo entre o mundo que se revela para mim – o *em si* – e minha tendência em direção ao mundo – o *para si* –, nesse espaço: há uma correlação entre as experiências que eu vivo em meu próprio corpo (em si) e aquelas que eu vivo diante do mundo cultural (para - si) (MERLEAU-PONTY, 2006). Assim, a vivência ocorre como uma experiência intersubjetiva e intercorporal, que é própria da

relação sujeito-sujeito, em que ambos vivem, ao mesmo tempo, uma natureza pré-pessoal ou pré-reflexiva, que se refere ao mundo sensível, e outra pessoal ou reflexiva, que se relaciona ao mundo cultural (SENA, 2006).

Dessa maneira, surge a noção de corpo próprio como existência humana, “ele é sempre outra coisa que aquilo que ele é [...] ao mesmo tempo que liberdade, enraizado na natureza no próprio momento em que se transforma pela cultura, nunca fechado em si mesmo e nunca ultrapassado” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 269). Esse pensamento do autor contradiz a tradição cartesiana que faz uma separação entre alma e corpo, ao considerar este uma soma de órgãos sem interior e a alma, uma subjetividade dada e constante, que dá qualidade de indivíduo ao homem. Essa tradição sugere que existem coisas e objetos separados da consciência.

Portanto, ao discorrer sobre a experiência do corpo próprio, o autor faz menção à percepção, ao comentar que perceber o corpo é reconhecer a realidade dinâmica e flexível, reafirma a noção de corpo como algo que se mostra sempre como um esboço do que será (MERLEAU-PONTY, 2006). Em sua obra *Fenomenologia da percepção* (de 1945), o autor apresenta o tema do corpo próprio em várias dimensões: corpo habitual, corpo perceptivo, corpo sexuado, corpo falante e, ainda, o corpo do outro. Contudo, para melhor compreender a noção de “outro”, o estudo destas dimensões pode ser realizada como uma trajetória evolutiva do pensamento do autor (SENA, 2006).

A autora concebe a noção de corpo habitual em Merleau-Ponty a partir da argumentação que ele faz com relação à percepção de algo que se apresenta na atualidade, mas traz consigo o anúncio de uma coisa que é muito mais do que aquilo que se apresenta e que não depende da síntese de alguém. A percepção nos ocorre sempre de um ponto de vista que não aparece sozinho, mas carrega consigo um fundo, um horizonte, um hábito, que se organiza espontaneamente como uma história que, independentemente da função corporal que exercemos, configura-se como um exercício instaurado no mundo da vida e constitui uma forma paradoxal de o corpo ser, que é semelhante ao paradoxo do mundo.

Neste sentido, o hábito não é apenas uma experiência de nosso corpo, mas uma experiência de nosso corpo no mundo. Além disso, exprime o poder que temos de dilatar nosso ser no mundo ou de mudar nossa existência, anexando a nós novos instrumentos, o que tem a ver com algo que não está em lugar algum, não

reside no pensamento nem no corpo objetivo, mas no corpo como mediador de um mundo (SENA, 2006).

Com relação ao corpo perceptivo, Sena (2006) relata que, para Merleau-Ponty o corpo se movimenta na atualidade à procura de um passado anônimo, de um não-saber de si. Ao mesmo tempo em que desconhece o que procura, o corpo transcende em direção ao futuro, “como um lançar-se para além de si, rumo às possibilidades” (SENA, 2006, p. 69), e assim, continua a autora, o corpo perceptivo está sempre aberto à aquilo que não é, para a alteridade e as coisas, para tudo que está disposto em nossa vida como um vir a ser.

Ao comentar a natureza do corpo falante, a autora traz a noção merleau-pontyana de que o sentido das coisas ocorre como uma experiência perceptiva, em que os pensamentos articulam-se plenamente no exterior e fazem com que, a partir da fala, cuja significação existencial habita a significação conceitual, “[...] retom(a)[e]mos os pensamentos de outros, [de maneira que] suas reflexões enriquecem as nossas. Deste modo, nós nos comunicamos assumindo as palavras do outro, fazendo-as em nosso corpo” (SENA, 2006, p. 75).

Essa experiência ocorre como intercorporeidade e reforça a noção de *corpo sexuado* em Merleau-Ponty, descrito por Sena (2006) como uma experiência vivenciada pelo próprio corpo, quando ocorre um arrebatamento pelo olhar do outro, que envolve a percepção tanto da sua história impessoal, quanto da sua história pessoal, de modo que a identificação com semelhanças e diferenças contribui para a construção da personalidade. Assim, a sexualidade, como abertura ao outro, favorece a retomada da dimensão de coexistência impessoal e faz o corpo perceptivo se voltar à procura de um horizonte pessoal, que caracteriza a humanidade.

Para discorrer sobre a perspectiva merleau-pontyana de corpo próprio ou experiência do outro eu mesmo, faz-se necessário retomar a discussão sobre o corpo falante como expressividade para a descrição e a compreensão do corpo do outro, pois, “[...] se estamos condenados ao poder da fala, ‘gesto ambíguo que produz o universal com o singular, e o sentido com nossa vida’, ela extrai de nós, queiramos ou não, significações” (SENA, 2006, p. 79). A autora comenta ainda que, não obstante o corpo falante ser essencial para a compreensão da experiência do outro, nesta discussão estão copresentes as demais dimensões do corpo habitual, perceptivo e sexuado, o que confirma a indivisibilidade do corpo próprio.

A experiência de campo, ao possibilitar a identificação e a generalização do corpo, faz surgir o outro, percepção que ocorre por meio da universalidade do sentir, propriedade mais fundamental que caracteriza o ambiente ambíguo e anônimo no qual se veicula a impessoalidade (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2002a, 2006). Assim, a intercorporeidade ocorre como coexistência, impacto do mundo sobre nós e efeito de nossos gestos sobre o mundo, significação transferível que “torna possível uma ‘situação comum’ e, finalmente, a percepção de um outro” (MERLEAU-PONTY, 2002, p.3). Para o autor, a coexistência se mostra por meio do diálogo, quando a fala do outro nos descentra e nossa fala, através de respostas e questionamentos, toca em suas significações, ou seja, ocorre uma invasão de um ao outro, já que a percepção irrefletida se move à vontade, impossível de constituir, sempre constituinte.

Portanto, em termos merleau-pontyanos, a experiência de tornar-se outro ocorre por meio da intersubjetividade, que se constitui da seguinte maneira:

Quando escuto, cabe dizer não que tenho a percepção dos sons auditivos articulados, mas que o discurso se fala dentro de mim; ele me interpela e eu ressoo, ele me envolve e me habita a tal ponto que não sei mais o que é meu, o que é dele. Em ambos os casos, projeto-me no outro, introduzo-o em mim, nossa conversação assemelha-se à luta de dois atletas nas duas pontas da única corda. [...] ‘Há na linguagem, uma ação dupla, a que nós mesmos fazemos e a que fazemos o socius fazer, representando-o dentro de nós mesmos’ (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 41).

Com relação à noção de intercorporeidade, em que a utilização do corpo para explorar o mundo sinaliza um tipo de generalização entre eu e o mundo em que se instala uma distância insignificante, ou seja, nesta relação, “[...] eu e outro somos como dois círculos quase concêntricos e que se distinguem apenas por uma leve e misteriosa diferença” (MERLEAU-PONTY, 2002, p.168). Essa generalidade do corpo se estabelece por meio da universalidade do sentir, que é bem descrita na seguinte reflexão merleau-pontyana:

Olho o homem imóvel no sono e que de repente desperta. Ele abre os olhos, faz um gesto em direção a seu chapéu caído ao lado dele e o pega para proteger-se do sol. O que finalmente me convence que meu sol é também dele, que ele o vê e o sente como eu, e que enfim somos dois a perceber o mundo [...]. No momento em que o homem desperta ao sol e estende a mão em direção a seu chapéu, entre esse sol que me queima e faz piscar meus olhos e o gesto que lá de longe traz um alívio à minha fadiga, entre essa fronte abatida ali e o gesto de proteção que parece me

pedir, um vínculo se estabelece sem que eu tenha de decidir nada (MERLEAU-PONTY, 2002, p.170-71).

Assim, o mundo existe para tudo que se movimenta nele e para ele: trata-se de um campo fenomenal onde tudo é visto em perfil. Um campo não exclui outro campo como a consciência o faz, ao contrário, tende a ampliar-se, pois estabelece a abertura pela qual somos expostos ao mundo de coexistências, ou seja, constitui uma possibilidade de nos tornarmos um outro eu mesmo (MERLEAU-PONTY, 2002, 2006; SENA, 2006). Nesta perspectiva, o campo fenomenal revela o fenômeno sempre em perfil e compõe o espaço para a experiência de campo transcendental que possibilita o que era imanente e irrefletido vir à luz, tornar-se reflexão, “[...] operação criadora que participa ela mesma da facticidade do irrefletido” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 95).

As contribuições da fenomenologia para a ciência são inúmeras e, no caso da enfermagem tem despertado o interesse de vários autores, dado o enfoque humanista e existencialista dessa forma de produzir conhecimento, o qual tem sido construído a partir do mundo vivido e das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver humano, até então inexploradas (LOPES et al., 2001; TERRA et al., 2006; RIBAS; BORENSTEIN; PADILHA, 2007; TERRA et al., 2009; GRAÇAS, SANTOS, 2009; LACCHINI et al., 2009; SENA; GONÇALVES, 2010). Esse interesse reflete o desejo dessa categoria profissional de

Compreender o ser humano em sua totalidade, deixando de lado aquele ser fragmentado que, muitas vezes, revela-se apenas como depositário do seu saber. Um fazer que respalda no conhecimento objetivo, técnico-científico, numa relação expressiva. Ações estas que estão distantes de se configurarem a arte de ajudar cuidar, em seu amplo sentido da ética existencial e da estética (GRAÇAS; SANTOS, 2009, p. 202)

O cuidado de enfermagem, numa visão fenomenológica, mais especificamente, baseada na filosofia merleau-pontyana, retoma a percepção do homem como um *eu posso*, como um horizonte de possibilidades, e constitui-se como um novo olhar sobre as pessoas, os contextos e o vivido pela enfermagem (LOPES et al., 2001; SENA, 2006; TERRA et al., 2006; LACCHINI et al., 2009; SENA; GONÇALVES, 2010). A partir do reconhecimento dessa capacidade criadora, esclarece os significados que emergem das falas e compartilha com ele sentimentos

e pensamentos, que ampliam as perspectivas de mais qualidade de vida e saúde (RIBAS; BORENSTEIN; PADILHA, 2007).

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem deve contribuir para a construção de contextos de intersubjetividades e potencializar a capacidade dos sujeitos envolvidos no processo, de modo que o cuidador e o ser cuidado se beneficiem da interação, e da ambiguidade inerente à vida humana, que abre sempre possibilidades para tornar-se um outro eu mesmo (SENA, 2006; SENA; GONÇALVES, 2010), sempre quando “se envolvem em uma relação de aproximação e afastamento, nos momentos de fala e de silêncio, de presença e ausência” (LACCHINI et al. , 2009, p. 472).

Logo, o outro eu mesmo pode surpreender, desconcertar, envergonhar, fazer crescer, amadurecer, superar, dentre outras coisas, já que, como fenômeno, revela sempre uma ambiguidade e esta caracteriza a natureza das vivências humanas, das coisas e do mundo. Essa percepção permite a compreensão do outro e a aproximação não apenas com o semelhante, mas também com o diferente, pois, na alteridade e na abertura ao *eu posso*, pode-se descobrir *um outro eu mesmo*, isso o que supõe uma transformação em *nós* e favorece uma maior aceitação *entre eu, o mundo e as coisas*.

4 MUNDO SENSÍVEL E MUNDO CULTURAL: O ENTRELAÇAR FENOMENOLÓGICO COMO MÉTODO DE PESQUISA

Por se tratar de um estudo que partiu de uma experiência vivencial, a abordagem qualitativa constituiu o tipo apropriado para a exploração e descrição de relações, crenças e percepções, “produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010, p.57). Salientamos que a nossa escolha pela pesquisa qualitativa justificou-se pelo entendimento de que essa abordagem seria a mais adequada para a compreensão das descrições vivenciais que ocorreram por meio da intersubjetividade, as quais constituíram experiências perceptivas que apareceram em um campo fenomenal.

A escolha do método fenomenológico como matriz teórica permitiu-nos retornar ao mundo vivido, às coisas mesmas que foram desveladas a partir de indagações e tentativas de tornar claro o que se revelava por meio da linguagem que, como uma paisagem, sempre trazia ocultos, em seu horizonte, sentimentos, significados e desejos, entre outros aspectos, que se mostram como ambiguidades próprias do fenômeno cuidado. Em função do campo perceptivo, o cuidado apareceu sempre como perspectiva ou perfil de algo que significava muito mais do que conseguíamos perceber, vista a ambiguidade presente em nosso próprio mundo, no outro e nas coisas com as quais interagimos.

A participação no contexto vivencial favoreceu, ainda, a descrição de algumas ambiguidades como objetivações que apareceram à consciência como fenômenos, a partir da suspensão de teses, pressupostos e preconceitos que teriam impedido a percepção de mostrar-se a si mesma desde si mesma, como nos propusemos ao escolher a fenomenologia como matriz teórica. Investidas dessas noções, percebemos essências, ambiguidades, perspectivas de um fenômeno que se mostra sempre em perfil e arrasta consigo outros perfis.

Entre as abordagens fenomenológicas, optamos pela filosofia da experiência merleau-pontyana apoiadas, principalmente, na noção do autor de que a percepção só pode ser descrita do ponto de vista de quem a vive, já que “o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.6). Nesse sentido, sempre que uma vivência de cuidado aparecia na fala dos familiares, sujeitos do estudo, outra se ocultava e, nessa relação, os questionamentos

ajudavam a fazer ver o sentido a partir da intencionalidade que ocorreu como transcendência do *em si* na existência.

Assim, esse referencial também foi fundamental para que o conhecimento fosse construído a partir da relação entre eu-outro-mundo, na intersubjetividade, a qual revela o “sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de uma nas outras” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 18).

4.1 CAMPO DO ESTUDO

O campo de estudo constituiu o recorte espacial correspondente à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico relativo ao tema da investigação, ao local onde as pesquisadoras puderam encontrar os atores sociais mais adequados para o alcance dos objetivos. Assim, o cenário de investigação possibilita uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar e com a construção de conhecimento a partir da realidade presente no campo (MINAYO, 2010).

O campo do estudo foi Jequié, município do interior do estado da Bahia, que está a 365 km da capital, no sudoeste da Bahia, às margens da BR 116, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. Conhecido por ter um dos climas mais inóspitos do interior da Bahia. Cercado de montanhas, com um clima semiárido, seus munícipes sentem intenso calor durante quase todo o ano. Em dias de verão, a temperatura pode chegar a 45°C. Com uma área de 3.035,42 km², população de 150.593 habitantes, é um dos municípios mais populosos da Bahia, segundo dados do último censo demográfico (IBGE, 2010).

Na área da saúde, o município conta com uma rede de serviços públicos de saúde composta por um hospital regional, referência para aproximadamente 30 municípios e 48 unidades básicas de saúde, além de sediar a 13^a Diretoria Regional de Saúde, composta por 25 municípios da microrregião de Jequié. No contexto da saúde mental, o município conta com duas unidades estaduais, sendo elas o ambulatório e a unidade de internamento em um Anexo Psiquiátrico ao Hospital Geral, mais três serviços municipais, sendo estes o Programa de Saúde Mental em uma Unidade Básica de Saúde, um Caps II e um Caps ad.

O estudo foi realizado no Caps II, cenário escolhido por ser o único serviço de saúde mental no município que inclui, em sua programação de atividades, a realização de um encontro/reunião mensal com as famílias. Além disso, o desenvolvimento de atividades docentes nesta unidade favorece a criação de contextos de intersubjetividade e a construção do vínculo de confiança com trabalhadores, usuários e familiares. Desse modo, consideramos este cenário o mais apropriado para a construção e a confirmação de vivências em que foi possível pesquisadores e familiares reconhecerem-se como generalidade intercorporal, conforme propõem os estudos fenomenológicos.

O Caps II foi o primeiro serviço substitutivo implantado no município, por constituir a modalidade de Caps que é adequado para municípios com populações entre 70 e 200 mil habitantes, conforme o estabelecido pela portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2004a). Esta portaria dispõe que o Caps II deverá ocupar uma posição estratégica no contexto da Reforma Psiquiátrica, fazendo a articulação entre os serviços de saúde mental e as unidades de atenção básica em uma Rede de Atenção em Saúde Mental.

Embora o Ministério da Saúde preconize a capacidade máxima de 220 usuários para o Caps tipo II (BRASIL, 2004b), aquele que fez parte de nosso estudo, desde a inauguração, no ano 2003, já cadastrou 670 usuários e, destes, 427 frequentam assiduamente o serviço, o que consideramos um número exorbitante, principalmente porque não conta com a assistência de uma equipe completa e de infraestrutura adequada.

A equipe do Caps II, atualmente, é composta por:

- a) dois técnicos de nível superior: uma enfermeira/coordenadora e uma assistente social;
- b) quatro técnicos de nível médio: uma auxiliar e duas técnicas de enfermagem e um artesão;
- c) três funcionários de apoio: duas fazem serviços gerais e um fica encarregado da portaria da unidade.

Tal situação, conforme aparece na fala dos familiares, tem constituído um dos maiores entraves ao desenvolvimento das atividades propostas pela referida portaria e tem atingido diretamente os familiares, vez que a equipe não tem conseguido promover a reabilitação psicossocial dos usuários e, menos ainda, propiciar a inclusão das famílias nas ações desenvolvidas pela equipe.

4.2 COLABORADORES VIVENCIAIS

Os informantes foram dez familiares de usuários do Caps II que demonstraram interesse em participar do estudo, após a apresentação da proposta, durante a assembleia de familiares realizada no dia 16 de março de 2010, coordenada pela equipe do serviço, deixando o endereço e/ou telefone para contato e agendamento das entrevistas, após a construção dos temas com o grupo reflexivo.

Os participantes do estudo foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

- a) ser familiar de usuário (s), cadastrado (s) há, no mínimo, seis meses;
- b) ser influente do ponto de vista da inserção social da pessoa em sofrimento mental;
- c) ser envolvido com a dinâmica das assembleias;
- d) ter perfil para assumir alguma função de liderança no grupo;
- e) manifestar interesse voluntário de participação.

Esses critérios foram estabelecidos ao intuirmos que, a partir do estudo, pudéssemos formar uma associação de usuários e familiares, já que esta é uma demanda de alguns usuários do serviço.

Com vistas a garantir o anonimato dos familiares, pedimos que cada um escolhesse o nome de um pássaro para sua identificação, em consideração ao pensamento de um dos familiares do estudo que denominou o grupo de participantes como *Grupo Águia*. Assim, escolheram os seguintes codinomes: *Canário Belga, Guriatã, Pássaro Preto, Pomba, Colibri, Periquita, Papagaio, Canário da Terra, Sabiá e Beija-Flor*.

Considerando a interrelação dos pássaros e a natureza, resolvemos usar nomes de árvores e frutas para identificar usuários e trabalhadores de saúde, respectivamente: *Alecrim, Acácia, Angico, Buriti, Cedro, Figueira, Imbuia, Jasmim, Macadâmia, Oliveira, Sapucaia, Seringueira, Pitangueira* (usuários); *Graviola, Seriguela, Cajá, Jenipapo, Ingá, Cacau, Umbu, Cupuaçu, Caju, Pitanga, Manga* (trabalhadores de saúde). Assim, foi possível também garantirmos o anonimato de outros atores sociais que apareceram nas descrições vivenciais dos informantes.

A seguir apresentamos a descrição de alguns predicados socioantropológicos relativos aos informantes, caso o leitor tenha a curiosidade de saber um pouco sobre eles.

Beija-flor – 38 anos de idade – tem três filhos, é casada reside com o esposo e os três filhos; religião cristã. O único espaço social que frequenta é a igreja e às vezes o clube do Serviço Social do Comércio, quando convidada por uma amiga que trabalha no local. Possui o nível de escolaridade fundamental incompleto (4ª série). Sua ocupação é cuidar do lar e tem renda mensal de seiscentos reais em média.

Pássaro Preto – 80 anos de idade – tem dois filhos adotivos, é viúva, reside apenas com os filhos; religião cristã. Além da igreja, os únicos espaços sociais que frequenta são as casas de alguns amigos e familiares. Nunca estudou, pois precisou trabalhar muito cedo; após o casamento, decidiu que iria iniciar os estudos, mas o marido não permitiu por causa de ciúmes. Sua ocupação na época em que foi realizado este estudo era do lar; tem como renda apenas uma pensão deixada pelo marido. Expressa em sua fala a necessidade tanto de ser cuidada quanto de cuidar dos filhos, pois uma filha apresenta transtorno mental e o outro é deficiente visual.

Guriatã – 64 anos de idade –; tem cinco filhos, é solteiro, reside apenas com um dos filhos; religião cristã. Frequenta igrejas e outros espaços sociais, já que se denomina um líder comunitário, está constantemente em contato com as pessoas da comunidade em que mora. Estudou até a 8ª série e trabalhou como vendedor e representante. Atualmente não tem trabalho fixo e depende da boa vontade das pessoas para conseguir terminar de criar o filho, que é estudante e não trabalha. Cuida, há mais de 7 anos aproximadamente, do irmão Caju, que ainda não recebe benefícios sociais e é usuário do Caps.

Canário Belga – 25 anos de idade – é solteiro, estudante, (curso superior incompleto); não cristão, não frequenta igreja; reside com dois amigos. O espaço social que mais frequenta é a Uesb, seguida dos lugares para onde viaja com a banda musical da qual é produtor. Tem uma renda mensal que varia de R\$ 300,00 a 400,00. Cuida da mãe desde os 16 anos de idade.

Canário da Terra – 52 anos de idade – é casado, tem três filhos e reside com dois deles, a esposa e uma irmã (a qual tem esquizofrenia), de quem cuida há 30 anos; religião cristã. Refere não frequentar nenhum espaço social. Em relação ao nível de escolaridade, tem o curso médio. É vendedor autônomo e possui uma renda mensal de R\$ 1.000,00.

Periquita – 38 anos de idade – é casada, reside com o marido e os quatro filhos; religião cristã. Em relação aos espaços sociais, refere frequentar apenas a igreja. Possui nível de escolaridade fundamental incompleto (4ª série), tem como ocupação o cuidado com o lar, uma renda mensal de R\$ 140,00 do programa *Bolsa Família*, mais R\$ 30,00 por semana, quando vai à feira e consegue vender as vassouras que fabrica. Cuida do marido há mais de 12 anos.

Sabiá – 75 anos de idade – é viúva, tem onze filhos e reside com dois deles, que são usuários do Caps II; religião cristã. Além das boas relações sociais que mantém no meio religioso, diz que sua participação na comunidade e nos grupos de igreja proporciona o seu acesso a vários espaços sociais, através de viagens, encontros e reuniões comemorativas. Voltou a estudar em 2002, pois cursava a segunda série do ensino fundamental no período em que o estudo foi desenvolvido. É aposentada, possui uma renda mensal de R\$ 515,00.

Pomba – 62 anos de idade – é casada, tem dois filhos e quatro netos; religião cristã; reside com o esposo, com o irmão que é usuário do Caps II e uma irmã adotiva – os irmãos passaram a morar com ela após o falecimento de sua mãe –, uma sobrinha que tem como filha, pois criou depois que o pai – irmão dela – morreu e a filha desta sobrinha, a qual cria desde que nasceu. A igreja apresenta-se como único espaço social que frequenta no cotidiano, mas que proporciona sua participação em outros espaços através de viagens, encontros e confraternizações. Relata ainda que, sem a religião, sua vida seria mais difícil. Estudou apenas até a 1ª série do ensino fundamental, ocupa-se apenas com as atividades de administração do lar. A renda mensal da família é de um salário mínimo, advindo da aposentadoria do marido. Cuida do irmão há três anos, desde que a mãe faleceu.

Colibri – 64 anos de idade – é casada, tem três filhos e dois netos, reside com o esposo e dois filhos; religião cristã. Refere que o principal espaço social que frequenta é o local de trabalho. É professora universitária, com renda mensal maior que R\$ 3.000,00. Sente necessidade de cuidados na sua vida pessoal e social.

Papagaio – 58 anos de idade – tem cinco filhos, é viúva, reside com três filhos e dois netos; religião cristã. Não frequenta espaços sociais, apenas a casa dos vizinhos quando precisa. Nunca estudou, apenas aprendeu a assinar o próprio nome; a renda mensal familiar é de R\$ 1.020,00, proveniente da pensão do marido e um salário do filho.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA A OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIASIS

A estratégia utilizada como procedimento para obtenção das descrições vivenciais foi compatível com a ontologia da experiência de Merleau-Ponty, que possibilitou criar um modo de execução da pesquisa empírica e de perceber o vivenciado na perspectiva fenomenológica (SENA, 2006).

Tal estratégia contribuiu para a ressignificação de experiências, por meio da relação dialógica, que permitiu a identificação de expressões ambíguas e a evidência de uma generalidade intercorporal característica da intersubjetividade. Consistiu em três etapas: composição do grupo de colaboradores vivenciais (GCV); identificação de temas para as entrevistas pelo subgrupo de colaboradores reflexivos (GCR) e entrevistas individuais com o GCV para identificação das categorias temáticas.

4.3.1 Constituição do grupo de colaboradores vivenciais

O grupo de colaboradores vivenciais (GCV), foi assim denominado por constituir-se um grupo de 10 familiares de usuários do Caps que colaboraram com o estudo por meio do compartilhamento de suas vivências de cuidado, no GCR e nas entrevistas individuais. Ao final da assembleia de familiares, citada anteriormente, fizemos uma breve reunião com esse grupo e eles escolheram cinco familiares que deveriam compor o GCR, denominado desta maneira pela participação que tiveram na formulação dos temas norteadores para as entrevistas individuais.

4.3.1.1 Subgrupo de colaboradores reflexivos

No primeiro momento em que nos encontramos com este subgrupo, no dia 30 de março de 2010, utilizamos a oficina de origami (atividade com dobraduras em papel), como dinâmica vivencial para facilitar a fluência do processo perceptivo, vez que, enquanto os familiares construía as peças, dialogavam sobre suas vivências.

Nesse encontro, retomamos os objetivos da pesquisa, pedimos e obtivemos a autorização para gravarmos as falas suscitadas durante os encontros.

Então, apresentamos as estratégias que foram utilizadas para a coleta de dados e, mais detalhadamente, explicamos a importância do grupo reflexivo para a construção dos temas norteadores das entrevistas. Já que optamos por desenvolver um estudo fenomenológico, concordamos que se trata de compreender a percepção como um processo intencional e, portanto, de intersubjetividade, e por isso consideramos mais adequado construir as questões norteadoras por meio do diálogo.

Assim, iniciamos o diálogo com os familiares a partir da indagação sobre o que eles sentiam ao ouvir a palavra *cuidado*. Pedimos também que falassem sobre o que consideravam importante discutir nas entrevistas individuais com respeito às vivências de cuidado experimentadas na relação eu-outro-Caps II, bem como a respeito dos limites e possibilidades para a ocorrência do cuidado à família nesse serviço.

No final do encontro, agendamos a próxima reunião do GCR para apresentarmos os temas que emergiram desse primeiro encontro, de maneira que eles pudessem validar e/ou acrescentar novos temas, a partir da retomada de outras vivências durante o intervalo entre uma reunião e outra. Afinal, conforme a filosofia merleau-pontyana, “a grande prosa é a arte de captar um sentido jamais objetivado até então e torná-lo acessível a todos os que falam a mesma língua” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 9).

No dia 15 de abril de 2010, realizamos o segundo encontro com o GCR. Apresentamos a síntese dos temas percebidos na transcrição das falas referentes ao primeiro encontro; tivemos a oportunidade de estreitar o vínculo de confiança com os familiares que compareceram, além de aprofundarmos as discussões em torno de outras vivências que foram sendo retomadas no momento. Finalmente, relacionamos os seguintes aspectos do tema:

- a) **relação dialógica familiares – trabalhadores e a transformação da realidade:** o GCR expressou sentimento de frustração com relação a outros momentos em que participou de atividades grupais sem “efeitos” e demonstrou cautela com relação às expectativas quanto à possível transformação da realidade; ao mesmo tempo, porém, reconheceu que, à medida que o diálogo flui, as pessoas se envolvem, idéias surgem e ações que podem levar à mudança são planejadas;

- b) **percepção da existência do cuidado à família no Caps e necessidade de mudança imediata:** o GCR revelou a percepção de que a família é bem recebida no Caps, quando procura o serviço, e expressou o desejo de uma mudança imediata, no sentido de maior inserção das famílias nas atividades, o que implica em aumento da equipe, a qual depende dos gestores;
- c) **o Caps cuida, mas poderia cuidar melhor:** o GCR relatou que há uma relação entre o número insuficiente de trabalhadores e as deficiências no atendimento do Caps, ao mesmo tempo em que desvelou que se sente cuidado pelos trabalhadores;
- d) **cuidado exige continuidade e persistência:** para o GCR, o cuidar exige continuidade, persistência e colaboração de todos, não de forma rotineira, mas inovadora, voltada para o crescimento, para a aprendizagem de novas estratégias, até mesmo a distância;
- e) **o cuidado do outro implica sempre em um cuidado de si mesmo:** o GCR percebeu que as vivências compartilhadas abriram possibilidade à transcendência de sentimentos de valoração, bondade, satisfação e bem-estar, refletidos em ações, gestos e atitudes que demonstraram cuidado;
- f) **cuidado, como dom de Deus, aparece como tarefa árdua e preocupante:** o GCR fez ver o cuidado como um dom de Deus, resultante de Seu amor bondade, portanto, ao mesmo tempo em que produz cansaço e preocupação, é expressão de amor;
- g) **onde ocorre o cuidado à família de usuários do Caps:** o GCR reconheceu a casa e o Caps como lugares onde o cuidado pode acontecer e revelou que não participa de atividades no serviço;
- h) **o cuidar no Caps está associado a solidariedade, voluntariedade e altruísmo, além de vontade política dos gestores e exercício da cidadania dos familiares:** para o GCR os sentimentos de solidariedade e amor podem impulsionar um apelo ao mundo cultural, valores, normas, costumes e tradições, identificados na vontade política dos gestores e no exercício de cidadania dos familiares, que poderiam se mobilizar e transformar a realidade;

- i) **o cuidado à família no Caps e o vínculo com os trabalhadores:** o GCR desvelou que a vinculação aos trabalhadores promove abertura ao diálogo e à intersubjetividade e reconheceu que, quando um deles deixa o serviço, por necessidade própria ou para atender uma imposição política, prejudica o cuidado;
- j) **cuidado como reversibilidade/compartilhamento de sentimentos e saberes:** o GCR fez ver que, quando alguém expressa através da linguagem sua percepção sobre algo, imediatamente o outro se sente impelido a retomar e reter vivências que o levarão a transcender e também a expressar mudanças no corpo próprio.

Assim, reunimo-nos duas vezes com o subgrupo reflexivo para fazer fenomenologia, ou seja, fazer ver os temas que nortearam a realização das entrevistas semiestruturadas e individuais. Ao articular os temas, pensamos em tornar o diálogo mais fluente durante as entrevistas individuais e fazer ver como nossas falas são permeadas por ambiguidades, já que os familiares apresentaram um discurso carregado de teses e dogmas construídos culturalmente e velados por sentimentos favoráveis ou desfavoráveis.

4.3.3 Entrevistas individuais para identificação das categorias temáticas

A análise da transcrição das discussões do GCR fez-nos ver temas norteadores para a realização de entrevistas individuais, as quais foram realizadas com os participantes desse grupo e com os demais familiares participantes do GCV. A participação individual de cada integrante do GCR nas entrevistas desvelou uma questão ética, pois, se os temas foram sugeridos e validados por eles, que também participaram das entrevistas, esse aspecto foi informado a todos eles no primeiro encontro. Assim, as entrevistas foram agendadas, com datas, horários e locais de sua realização conforme a disponibilidade de cada participante do GCV.

A entrevista é um dos procedimentos mais utilizados no trabalho de campo e pode ser considerada como conversa com finalidade de informações sobre determinado tema científico. Por meio da entrevista, buscam-se informações relacionadas aos fenômenos contidos nas falas dos participantes da pesquisa. Ela pode ser não estruturada, aberta ou não diretiva; semiestruturada; fechada ou questionário (MINAYO, 2010).

Neste estudo, optamos pela entrevista semiestruturada. O caráter relacional e intersubjetivo da entrevista possibilitou aos informantes discorrerem, de forma flexível, sobre o tema em estudo, o que possibilitou acrescentar aspectos não previstos no roteiro, mas que constituíam dados de interesse para a pesquisa.

Nesse tipo de entrevista, o roteiro deve servir de orientação para o pesquisador. O pesquisador deve manter uma postura de facilitador do processo, libertar-se de formulações prefixadas, nunca cercear a fala do entrevistado e permitir que ele acrescente aspectos relevantes (MINAYO, 2010).

Para iniciar a discussão, procedemos à leitura do roteiro com os aspectos do tema sugeridos pelo grupo reflexivo, enfatizamos que se tratava de tema flexível, e que, portanto, eles deveriam sentir-se à vontade para falar de suas vivências de cuidado. Deixamos claro também que eles poderiam começar a falar a partir de qualquer um dos aspectos propostos, não importando a ordem disposta no roteiro (SENA, 2006).

Conforme o consentimento dos informantes, utilizamos o gravador de voz, a fim de proporcionar o registro imediato de todas as expressões verbais, o que garantiu a transcrição minuciosa das palavras dos familiares. Depois de transcritas as descrições vivenciais, estas foram analisadas a fim de chegarmos às categorias temáticas ou objetivações.

Tais descrições mostram-se sempre como uma experiência ambígua e, por conseguinte, independentemente do número de pessoas entrevistadas, o foco central do estudo deve ser a descrição das vivências como eventos de campo e não, a determinação objetiva no sentido de fornecer uma explicação consistente para as situações factuais que apareceram nos relatos dos informantes (SENA, 2006).

Segundo a autora, a ambiguidade revelada pelos informantes é semelhante àquela que experimentamos em nosso próprio corpo como mundo da vida que somos. E, nesse sentido, não foi propósito do estudo fornecer explicações consistentes sobre as vivências dos familiares, mas, ao contrário, mostrar ambiguidades, diferentes fenômenos do processo intencional. Assim sendo, o estabelecimento de categorias temáticas não significou o encontro com as vivências essenciais, mas a confirmação de um dos polos da ambiguidade, que foi a constituição dos objetos intencionais.

4.4 ANÁLISE DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

Para a análise dos dados, foi utilizada como técnica, a *analítica da ambigüidade*, a qual busca fazer ver o vivido intencional que antecede a articulação da linguagem, ou seja, por meio dessa técnica, busca-se encontrar no texto, o sentido essencial subjacente, suspendendo as teses de que as coisas já são em si mesmas (SENA, 2006; SENA; GONÇALVES, 2010). Para a autora, a descrição de vivências efetiva-se “em um dos pólos da ambigüidade que engendra o mundo da percepção e o mundo humano” (SENA, 2006, p. 94).

O contexto de intersubjetividade, formado a partir da nossa relação com os familiares, favoreceu a ocorrência da intercorporeidade, mediante o entrelaçamento de experiências perceptivas que apareceram no campo fenomenal constituído nas reuniões do GCR e nas entrevistas individuais, e que continuam a surgir toda vez que retomamos as transcrições das falas produzidas intersubjetivamente. Nesse sentido, a fala, em suas várias formas de expressão, tornou-se o componente essencial para a articulação dos pensamentos constitutivos das descrições vivenciais. Estas mostraram que a única objetividade que conseguimos perceber no processo fenomenológico de construção do conhecimento são as próprias ambigüidades.

Contudo, a eficácia da análise exigiu que não tratássemos as descrições imediatas como um conhecimento consistente, esquecendo-se de seu fundo existencial, o que foi fundamental para a compreensão de como esse vivido se constituiu e se mostrou desde si mesmo. A análise foi fundamentada pela especificidade da filosofia merleau-pontyana em que as essências caracterizam-se, justamente, pela percepção das ambigüidades inerentes ao processo intersubjetivo que dão origem aos depoimentos. Assim, a descrição fenomenológica teve como finalidade mostrar o vivido intencional, que se desvelou por meio de ambigüidades. Nesta perspectiva, utilizamos “a *analítica da ambigüidade* como uma estratégia de organização das descrições vivenciais (‘dados empíricos’)” construída por Sena (2006, p. 107) “por não encontrar na literatura tradicional especializada um procedimento de análise” adequado a essa proposta.

A aplicação da *analítica da ambigüidade* ocorreu como a experiência de observação de uma tela em que, para perceber uma imagem é preciso fixar o olhar em seu contorno e fechá-lo às demais imagens. Esse processo aconteceu

espontaneamente, como ocorre em todos os momentos de nossas vidas: os fenômenos aparecem de forma irrefletida e impensada, desvelados por meio do diálogo estabelecido entre eu-outro-coisas.

Essa experiência consiste em compreender como o vivido intencional se constitui e se mostra desde si mesmo. Portanto, os aspectos dos temas constitutivos das entrevistas e as descrições vivenciais como tal, na análise, foram considerados como figuras que trazem consigo um fundo, que, ao entrar no foco do olhar possibilitam a descoberta de outras figuras. Assim, a *analítica da ambiguidade* e a conseqüente objetivação a partir dos “dados empíricos”, seguiram os passos seguintes:

- a) dadas as descrições vivenciais correspondentes às entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa, os textos foram organizados com a transcrição das gravações na íntegra;
- b) foram realizadas leituras exaustivas do material, partindo das prerrogativas que se seguem:
 - trata-se de um estudo fenomenológico e, como tal, busca descrever as vivências, e, não explicá-las,
 - as vivências são ocorrências de campo, isto é, por se constituírem como experiências perceptivas, acontecem em um campo fenomenal, que tem a ver com nossa inserção no mundo da vida, que é a percepção do ponto de vista de quem a vive,
 - a vivência da percepção apresenta-se como uma experiência ambígua, envolvendo duas dimensões: a consciência pré-reflexiva e a consciência reflexiva, domínio da linguagem, em que se instala o universo de significações (MERLEAU-PONTY, 2000),
 - a experiência ambígua se mostra a partir das descrições vivenciais, que revela fenômenos, ou seja, o mundo aparece para nós parcialmente, pois arrasta consigo um horizonte de passado que retomamos em nossa vivência perceptiva;
- c) a leitura do material fluiu livremente, permitindo que os fenômenos se desvelassem a partir de si mesmos e os reconheçêssemos como generalidade intercorporal, o que nos leva a ressaltar que um estudo fenomenológico sempre parte de uma vivência e que o conhecimento constitui-se a partir da interação com o outro;

- d) após a leitura exaustiva do material, convencendo-nos de que as ambiguidades são inúmeras, pois a percepção se insere em um campo fenomenal, efetivamos as objetivações;
- e) a ambiguidade que envolveu a experiência perceptiva constituiu-se de dois polos: o sensível ou pré-reflexivo e o reflexivo: portanto, as objetivações, como operações expressivas, constituíram uma “transmutação” do pólo pré-reflexivo ao reflexivo, processo realizado pela fala (MERLEAU-PONTY, 2002a).

4.5 DIMENSÕES ÉTICAS

A pesquisa não apresentou riscos aos participantes, pois seguimos as recomendações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Respalgadas nos aspectos éticos e legais, o Projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Uesb, para apreciação, e somente após recebermos o parecer favorável, sob o protocolo nº 159/2009 (ANEXO B), iniciamos a obtenção das descrições vivenciais.

Conforme o protocolo de pesquisa, que contém as explicitações sobre o planejamento de operacionalização de estudos autorizados pelo CEP, todos os sujeitos foram informados sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, os possíveis benefícios, os objetivos propostos e a finalidade. Também foram informados quanto à segurança do anonimato e sigilo e que sua participação seria voluntária, podendo interrompê-la em qualquer fase da pesquisa, visto haver sido assegurado que não sofreriam nenhum ônus, caso não mais quisessem participar, de acordo com a resolução supracitada.

Dessa forma, ao assinarem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), os informantes permitiram o uso e divulgação do conteúdo da gravação e de sua transcrição literal, bem como autorizaram a publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

5 VIVÊNCIAS DE CUIDADO À FAMÍLIA E INTERSUBJETIVIDADE: PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS II

A expressão jamais é absolutamente expressão, o exprimido jamais é completamente exprimido [...] (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 60)

A experiência de desenvolver um estudo com o objetivo de **descrever vivências de cuidado à família de usuários do Caps II que possibilitem o reconhecimento da intersubjetividade no processo de cuidar, na percepção de familiares**, constituiu-se como um desejo de sair das coisas ditas pelos familiares, do *em si*, e atingir as coisas mesmas. A pesquisa foi realizada considerando que o *em si* é totalmente diferente daquilo que se mostra a partir de si mesmo, já que este último sempre se apresenta à percepção em perspectiva, em perfil. Desta maneira, não buscamos conhecer as representações que os familiares têm sobre o cuidado, mas a forma como o vivenciam.

Sob a ótica merleau-pontyana, toda vivência é ambígua e tem a ver com o mundo que se revela para mim, o *em si*, e minha tendência em direção ao mundo, o *para si*, cuja expressão aparece como linguagem. Esta, preenchida por sentimentos, nunca aparece como totalidade e faz ver a não-apreensibilidade do vivido e as possibilidades do corpo de vir a ser em cada experiência perceptiva. Assim, adentramos na mágica aventura de compreender a expressão dos familiares sobre as vivências de cuidado como um empreendimento paradoxal, apresentado como uma relação figura-fundo: a figura traz sempre consigo o anúncio de algo que é muito mais do que se apresenta, porém, ao destacar-se sobre o fundo, as figuras permanecem suficientemente novas para chamar atenção.

Nesse sentido, como o *em si* refere-se aos sentimentos, à impessoalidade, o *para si* relaciona-se ao julgamento social, à pessoalidade, e ambos caracterizam as vivências, constituídas a partir da ambiguidades eu-outro-coisas. Assim, nossas vivências são ambíguas, intersubjetivas e intercorporais e implicam em uma generalidade que ocorre na universalidade do sentir. A percepção dessa ambiguidade abre inúmeras possibilidades de olhar o mundo, a si mesmo, os outros e as coisas. Ao suspender as teses, afirmações, dogmas de que as coisas já são em si mesmas, percebemos a ambiguidade imanente, que vai se mostrando por

meio da intersubjetividade, e isto favorece a transcendência, a descoberta de um novo sentido na vivência e a percepção do *eu posso*, que favorece a (re)criação e a (re)constituição de perspectivas de vida, como um processo infundável.

Tal processo se reflete como uma unidade da figura e do fundo, *do em si e para si*, do mundo sensível e do mundo cultural, na coisa percebida. Segundo o pensamento merleau-pontiano, esse processo ocorre no entrecruzamento do sentimento com a razão e implica na experiência do outro que se caracteriza pela “ambigüidade e o inacabamento de tudo o que fazemos, o esforço infundo do processo de objetivação que só pode ser aproximativa” (MERLEAU-PONTY, 2002b, p.15). Nesse contexto, a objetivação deve ser vista sempre com incerteza e insegurança, já que ocorre como uma passagem do mundo sensível ao cultural, por meio da linguagem, como uma contínua transcendência do sentir ao refletir, característica da vivência do corpo próprio ou experiência perceptiva.

A relação estabelecida com os familiares favoreceu o processo intersubjetivo, do qual emergiram diversas descrições vivenciais sobre o cuidado à família de pessoas em sofrimento mental. As descrições vivenciais demonstram que o saber sobre o cuidado à família constitui-se como intersubjetividade e intercorporeidade, da qual fazem parte usuários do Caps II, familiares, trabalhadores e demais envolvidos no processo. O diálogo estabelecido nas entrevistas permitiu a construção de intersubjetividades, por meio da qual os familiares puderam experimentar o *empowerment* e fizeram ver inúmeras possibilidades de cuidar e ser cuidado.

O referencial filosófico, como método de pesquisa cooperou significativamente para o alcance dos objetivos propostos e levou-nos a confirmar a necessidade de avançar com relação à redução fenomenológica, já que a objetivação resultou de uma experiência de campo em que o movimento das vivências por meio de uma estrutura de horizontes ou figura-fundo mostrou-se inapreensível, e revelou a incompletude existencial presente no fenômeno cuidado.

Dessa maneira, a implementação da *analítica da ambigüidade* foi fundamental para a percepção do conhecimento construído com os informantes, a partir da interação que começou a ocorrer desde a apresentação da proposta do estudo, quando aceitaram dele participar e um vínculo foi estabelecido.

Nesse sentido, a escolha da abordagem qualitativa e do método fenomenológico foram fundamentais para a percepção de sentimentos,

pensamentos, ideologias, crenças, valores morais, culturais, políticos e religiosos, ocultos na linguagem, porém disponíveis e acessíveis a partir da suspensão de teses que buscavam explicá-los. Tais aspectos nos permitiram perceber que os sentimentos e a linguagem são fenômenos inseparáveis, interligados na construção de verdades essenciais em relação à realidade: estas, embasadas na experiência vivida, apareceram como perfis e abriram possibilidades para que o estudo pudesse tornar-se infinito, considerando que a natureza humana, assim como as vivências, são inapreensíveis em sua totalidade.

Assim, as descrições dos familiares desvelam sua intercorporeidade com os usuários e trabalhadores do Caps II, além de revelar ambiguidades relacionadas ao cuidado à família neste serviço. As ambiguidades nos possibilitaram a objetivação de cinco categorias temáticas, a saber: *o entrelaçamento de vivências familiares, a intersubjetividade do diálogo e suas capacidades, o divino e o humano no cuidado, a passagem da cidadania invisível ao empowerment possível, o Caps II como campo fenomenal*. A seguir, passaremos à discussão dessas categoriais.

5.1 CATEGORIA 1: O ENTRELAÇAMENTO DE VIVÊNCIAS FAMILIARES

[...] Como sujeito encarnado, estou exposto ao outro, assim como o outro está exposto a mim mesmo, e me identifico a ele que fala diante de mim. (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.40).

A categoria em foco revela o entrelaçamento das vivências de cuidado em que os familiares de usuários do Caps II desvelaram o sentimento de coexistência com a pessoa em sofrimento mental. As descrições mostram essa vivência da generalidade, desde a aproximação da família, ao compartilhar mudanças positivas no comportamento da pessoa, até o distanciamento que pode ocorrer entre os membros da família e entre esta e o corpo social. A ambiguidade ocorre, exatamente, em função da coexistência, que aparece como tristeza, medo, constrangimento, entre outros sentimentos relacionados ao estigma que a família sofre após o desencadeamento do transtorno mental em seu contexto, como podemos perceber na fala:

[...] de mim não, não me esculhambam, mas falam de Jenipapo, fala que é doido, que é maluco, quando falam dele eu não gosto, que os outros chegam e me contam: ô tua mãe está xingando teu marido, teus filhos. Eu

falo, ô meu Deus, é assim mesmo, é assim. Não me falam nada, só fala assim que eu sou nova, vai viver tua vida, larga esse homem (Beija-Flor).

A fala faz ver que a vivência do sofrimento pela família, em virtude do transtorno mental, torna-se uma generalidade, e é decorrente da capacidade humana de experimentar o *nós*. Embora todos tenham uma história pessoal, características biológicas, sociais, culturais, antropológicas, entre outras, que nos diferenciam um do outro e nos tornam sujeitos, somos preenchidos também pela impessoalidade, que nos capacita a “sentir” o que o outro sente. Assim, a família experimenta sentimentos potencialmente iguais, de maneira que, em função da convivência, os sentimentos são compartilhados e mobilizados de uma pessoa à outra, e vice-versa, e tudo isso ocorre pela cumplicidade produzida pela universalidade do sentir, já que,

O outro não está em parte alguma no ser, é por trás que ele se introduz em minha percepção: a experiência que faço de minha conquista do mundo é que me torna capaz de reconhecer uma outra e de perceber um outro eu mesmo, bastando que, no interior de meu mundo, se esboce um gesto semelhante ao meu (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 170).

O autor denominou essa experiência *universalidade do sentir*, generalização do corpo, identificação, percepção do outro, que ocorre em função de nossa capacidade de vivenciar condutas que apreciamos ou detestamos e estes sentimentos, sob a ótica psicologista, configuram-se como positivos ou negativos (MERLEAU-PONTY, 2006).

Para os familiares do estudo, família é para estar junto, contribuir, apoiar um ao outro, porém isso nem sempre acontece, como percebemos nas falas. Só que, ao mesmo tempo em que revelaram a importância da coesão familiar para o cuidado, mostraram o distanciamento que existe entre os mais próximos à pessoa em sofrimento mental e os demais membros da família. Tais vivências apareceram como ambiguidades, como uma vivência do *entre nós* de meu corpo e eu: de um lado o *eu primeiro*, anterior à objetivação, está no nível do sentir e é compartilhado com coisas e pessoas que não compreendemos, “a não ser por meio da sua relação com o corpo”; de outro lado, o *denominado eu*, a linguagem como *alter ego* (*‘outro eu mesmo’*), objetivação do *eu primeiro* (MERLEAU-PONTY, 2000, p.206, 223).

Nesse sentido, a ambiguidade revelou-se, sobretudo, na tentativa dos

familiares de objetivarem a falta de colaboração de outros membros da família com relação ao cuidado de uns para com os outros. Ao mesmo tempo em que reconhecem a colaboração no cuidado como algo natural, exprimem revolta, insatisfação, tristeza e decepção, refletidas em condutas de afastamento, como podemos observar nas falas a seguir:

[...] tem irmão que é muito mais chegado que o outro, e aí eu achei que outros não tinham assim dedicação [...] está eu e Caju, e os outros familiares não estão participando, [...] mas outros da minha família podia também ajudar, dar uma mão, dar uma força nisso aí (Guriatã).

[...] esta questão de não ter esse vínculo de família, sabe, de não ter união, porque a gente vê como as pessoas vivem, assim, como meus primos, eles têm tudo e não sabem, não aproveitam [...] é muito difícil, porque ela é a mais nova dos sete (irmãos), por ser doente ficou um pouco excluída, deixada de lado, nunca estudou, nunca fez um curso superior e todos os irmãos tem condições financeiras boas [...] (Canário Belga).

As relações dos familiares de usuários do Caps II com os demais membros da família revelam haver preconceito e estigma frente ao sofrimento mental e fazem ver um horizonte de coexistência que permite ao familiar que cuida identificar-se com a pessoa em sofrimento mental, a tal ponto que passam a sentir hostilidade e ressentimento para com os que agem com discriminação e preconceito.

Assim, percebemos ainda hoje que o preconceito, o estigma, o rótulo, a marca da institucionalização continuam mobilizando sentimentos de vergonha, incapacidade, alienação, entre outros, como se fossem transmitidos entre as gerações, o que reforça o pensamento merleau-pontyano de que, no universo cultural, teses são incorporadas e mobilizam sentimentos e condutas humanos (MERLEAU-PONTY, 2006). Deste modo, o isolamento aparece como principal forma de a família lidar com o sofrimento mental. Esta forma pode ser percebida nas falas em que os familiares revelam medo, insegurança, vergonha, ao mesmo tempo em que fazem ver o desconhecimento sobre o processo de adoecer e sobre a incorporação da tese de que a pessoa em sofrimento mental deve ser tratada em regime de exclusão e isolamento da sociedade.

Esta tese encontra eco nas idéias da psiquiatria clássica, que foi tecendo a cultura manicomial, construindo o discurso da incapacidade do louco para buscar seu lugar de alienação na enfermidade, na perda das relações pessoais com o outro

e consigo mesmo, à medida que é impelido a objetificar-se, ao identificar-se com as regras e com o esquema da instituição (BASAGLIA, 2005). A medicina, encarregada pela sociedade de tratar os doentes mentais, utilizando-se do poder da linguagem, passou a exprimir signos e significações referentes à loucura e acabou determinando “o que fazer, como, quando e onde com a pessoa do louco” (AMARANTE, 1996, p.112).

Nesse contexto, a imagem do institucionalizado, do homem petrificado, imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar (BASAGLIA, 2005), foi sendo incorporada pelas famílias e pela sociedade em geral, de tal maneira que a linguagem desapareceu diante do sentido do qual se tornou portadora, como ocorre na leitura de um livro em que uma linguagem comum é tecida por meio do reencontro de detalhes, que necessita do compartilhamento de sentimentos e vivências (MERLEAU-PONTY, 2002a). Para o autor,

[...] o livro não me interessaria tanto se me falasse apenas do que eu conheço. De tudo que eu trazia ele serviu-se para atrair-me para mais além. Graças aos signos os quais o autor e eu concordamos, porque falamos a mesma língua, ele me fez justamente acreditar que estávamos no terreno já comum das significações adquiridas e disponíveis. Ele se instalou no meu mundo (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 33).

Dessa maneira, a cultura manicomial foi sendo reforçada pela sociedade e até hoje parece influenciar o comportamento das famílias, já que, parafraseando o texto merleau-pontyano, poderíamos afirmar que seria impossível aos familiares imitar a língua da psiquiatria clássica sem retomar alguma coisa da sua fisionomia. Ao referir-se à língua como algo que nos move para além do nosso pensamento, o autor faz menção à capacidade de colocarmos significado na fala. Cita diversos exemplos demonstrando que, embora conheçamos os significados de muitos signos, eles só conseguem exprimir algo quando isto tem a ver com nossa existência (MERLEAU-PONTY, 2002a).

Nesse sentido, o que ocorre na família de Beija-Flor, por exemplo, reflete o preconceito que, não obstante constitua um signo bastante conhecido, quando experimentado, passou a ter outra conotação, ou seja, após o surgimento do sofrimento mental do esposo, a compreensão e o significado de que dispunha sobre a questão foram ampliados. Provavelmente Beija-Flor soubesse o sentido da palavra

preconceito antes mesmo de tornar-se algo vivencial. No entanto, a vivência do sofrimento mental de um familiar fez com que a palavra se tornasse corpo encarnado, produzindo novas significações para o sentimento, que se torna tão poderoso que já não é necessário se utilizar a palavra para mobilizar outros sentimentos negativos, mas apenas fazer-se presente, como percebemos na seguinte descrição:

[...] aí eu falo não, ele nunca me bateu não, que eu nunca contei (choro), nunca contei para meu pai, para minha mãe, para nenhum deles. [...] xingam ele de louco, e eu nunca falei nem que ele toma remédio (psicotrópicos), nem que vai para Caps. Eles perguntam: por que tu não larga ele? Tu é nova. Largar ele? Não, não vou largar ele, porque tem nossos filhos, meus filhos gostam do pai [...] (Beija-Flor).

A fala demonstra que, nas objeções em relação às atitudes da família, chegando a dizer que jamais falará para ela que o esposo é usuário do Caps II, pois “não valem nada” e são ‘preconceituosos’, Beija-Flor corrobora o pensamento de que “jamais encontramos na fala dos outros senão o que nós mesmos o pusemos” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 27). Enquanto Beija-Flor falava sobre esse aspecto, fizemos-lhe alguns questionamentos que suscitaram dúvidas em suas convicções, fazendo ver o preconceito imanente em sua fala como algo transmitido por gerações. Enfim, percebemos que o preconceito não é algo apenas de sua família, mas algo que precisa ser desconstruído em seu próprio mundo de significações.

A fala de Beija-Flor, ao afirmar que não tem coragem de compartilhar com os demais membros de sua família a inserção de Jenipapo no Caps II, por causa do sofrimento mental, mesmo tendo vindo morar no interior em busca do apoio deles, revela medo, pavor, vergonha, preconceito com relação ao sofrimento mental do esposo, como mostra a fala: “[...] eu não conto para eles que ele toma remédio, que vai para o Caps, para ninguém mesmo, meu marido é uma pessoa normal”.

Do mesmo modo, o diálogo com Beija-Flor mostrou que a suspensão da tese de que a pessoa em sofrimento mental é “doente” ou “louca”, da forma estigmatizante como a sociedade o coloca, fez ver o sujeito e abriu possibilidade para que ela compartilhe uma relação afetiva com seu familiar, o que inclui cuidado com amor, respeito e consideração. À luz do pensamento merleau-pontyano, percebemos que o reconhecimento do sujeito em sofrimento mental permite à família experimentar o descentramento no semelhante e revela um entrelaçamento

que a leva a assumir a posição de um *nós*, intersubjetivo. Nesse sentido, a fala de Beija-Flor revela ambiguidades e estas envolvem tanto o mundo da cultura como o mundo da vida, já que, ao buscar ajuda, procurou inicialmente um familiar de Jenipapo e em seguida procurou assistência médica, como podemos observar na fala abaixo:

[...] ele sempre foi nervoso, me batia também; qualquer coisa que eu falava, ele (dizia): é o quê? Não, nada não, aí me batia sempre quando chegava, falando as coisas, ele queria falar, até hoje, eu fico quieta. [...] fui parir o primeiro menino, falei não vou ficar com Jenipapo, aí conheci a mãe dele. Ela falou que foi uma pessoa sofrida, uma pessoa que ela abandonou, jogou na lata do lixo. [...] eu falei meu Deus do céu, Jesus, aconteceu isso tudo e eu sem saber. [...] ela falou que tinha esse negócio de depressão [...] tenha paciência com meu filho, tenha paciência. [...] a pessoa que tinha mais contato era com essa mãe, e aí ele perdeu, [...] Jenipapo sempre nervoso [...] eu tinha medo [...] foi quando eu vi que o quadro já tava se agravando mesmo, eu disse: não (decidiu procurar um psiquiatra) [...] (Beija-Flor).

Tal atitude corrobora a afirmação de que a família estigmatiza seu doente, vendo-o como diferente, podendo chegar até a exclusão, já que as concepções, os valores e a percepção da família sobre a loucura também são influenciados pela cultura. Inserindo-se nesse contexto, a vergonha, o medo, o preconceito de ter um esposo, um filho, alguém com uma doença intolerável e inaceitável socialmente (MELMAN, 2006). A esse respeito, vários autores acrescentam que a desinformação, a falta de apoio e de orientação ao núcleo familiar podem contribuir para o compartilhamento de vivências do estigma e do preconceito, reforçando a exclusão social, que se relaciona também à falta de oportunidade para a família expor dúvidas e sentimentos, sobretudo relacionados à forma como vê a ocorrência do transtorno mental (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003; SOUZA, SCATENA, 2005).

Movida pela personalidade, que delegou à psiquiatria o mandato de explicar e tratar a doença mental (AMARANTE, 1996), Beija-Flor procurou uma psiquiatra que, percebendo a dificuldade da família de continuar vivendo na capital do estado, incentivou o retorno a Jequié para buscar ajuda, conforme descreve a fala:

[...] eu disse ô Jenipapo, eu arranjei um psiquiatra pra tu [...] (ele disse) já ta me chamando de louco, eu disse não, [...] quando chegou lá, Alecrim (psiquiatra que atendeu Jenipapo em Salvador) me deu o maior apoio mesmo, conversou comigo, falou, explicou, falou ô Beija-Flor a partir de hoje ele vai melhorar, você vai dar esses remédios sem pena mesmo, não tenha

pena não, ele vai melhorar, aí fiquei dando o remédio [...] ela falou assim oh, Beija-Flor e por que é que tu não vai embora e leva ele? (Beija-Flor).

A decisão de retornar a sua cidade de origem e ao berço da família corrobora o pensamento de que, quando a família não consegue resolver seus problemas internamente, tende a recorrer à rede de parentesco e vizinhança (ROSA, 2009). No caso da família de Beija-Flor, não havendo mais familiares de Jenipapo que pudessem ajudá-los, voltar ao seio da família parecia a melhor solução, como observamos na fala:

[...] quando eu liguei para os meus parentes perguntando se eu podia vir embora, eles me perguntaram: tu vem sozinha? eu disse não, vai eu, Jenipapo e meus filhos. Aí disse é, então, tu vem. Quando chegou aqui, até hoje, (silêncio, seguido de choro) eles não aceitaram, não aceitam, aí só falam ah, só quero ver, se ele lhe bater, aí ele vai ver como é que se faz com doido. [...] aquela menininha ela fica assim oh, mãinha, por que meu pai faz essas coisas com você? quarta-feira mesmo, ele ficou nervoso, saí da minha frente, eu falei, oh meu Deus, se chegar alguém aqui e vê Jenipapo falando essas coisas tudo, vai querer bater nele, vai querer caçar briga e aí como é que eu vou entrar nesse meio, meu Deus do céu. (Beija-Flor).

Contudo, à medida que Beija-Flor descreve a relação com sua família, retoma outras vivências de violência, exclusão e desagregação dirigidas a Jenipapo que lhe produzem tristeza, desespero, medo, desamparo, entre outros sentimentos que são compartilhados pela família, e faz ver sentimentos de compaixão, companheirismo e amor que a levam a chorar, ao demonstrar o desejo de receber o apoio de sua família.

Como percebemos em sua fala, Beija-Flor esquivava-se ou reserva-se de tornar pública a vivência do sofrimento mental por Jenipapo, bem como se recusa a assumir diante da família que ele é usuário do Caps II e que faz tratamento com psicotrópicos. Tal atitude confirma o pensamento de que os familiares “temem por tornar pública sua condição ou por expor-se publicamente como representante da ‘saúde mental’, pois convive com o risco de rótulo de ‘familiar de doido’” (ROSA, 2009, p.165), além de temer as agressões dos irmãos ao esposo.

Embora Beija-Flor relate nunca ter assumido para a família a condição do esposo, faz ver que alguns de seus familiares, como pai, mãe e irmãos, o desprezam e, se não tem certeza, ao menos desconfiam de seu sofrimento mental,

o que fica claro por meio da fala: “se ele lhe bater, aí ele vai ver como é que se faz com doido”. Isto desvela a necessidade de desconstruir o preconceito e, nesse sentido, a ajuda de profissionais torna-se imprescindível para que a família consiga enfrentar a situação (SOUZA; SCATENA, 2005). Vale salientar que atitudes de incompreensão e rejeição podem contribuir para que a pessoa com sofrimento mental vivencie situações de crise e até necessite de internações (GONÇALVES; SENA, 2001), e mais ainda, que outros familiares venham a desenvolver um sofrimento mental.

Além disso, embora os familiares tenham objetivado a necessidade de manter um relacionamento efetivo com a família, desvelaram a decepção que sentem por não contar com sua ajuda para o cuidado, confirmando o estudo que afirma que os familiares com contato mais próximo às pessoas em sofrimento mental não dispõem de tempo e espaço para manter outros relacionamentos (PEGORARO; CALDANA, 2006), como percebemos na fala:

[...] essa coisa da família, eu valorizo muito apesar de não ser um bom membro da família, [...] não frequento muito as casas da família, reclamam muito [...] acaba também não retribuindo as visitas. Então eu vou mais quando posso, eu sou mais recatada, porque aconteceram algumas coisas a gente vai se afastando [...] (Colibri).

A fala de Colibri revela o valor da família no contexto do familiar que cuida da pessoa em sofrimento mental. Percebemos que, para Colibri continuar frequentando a casa da família é necessário que o encontro lhe possibilite sentir-se cuidada, segundo o pensamento merleau-pontyano, que permita sentir-se afetada do ponto de vista de sua sexualidade, sendo esta uma abertura para a vivência do *eu posso*, da aceitação, do respeito, enfim, a retomada de vivências que contribuem para sua identificação como sujeito de possibilidades (MERLEAU-PONTY, 2002a).

Nesse sentido, a ausência dos familiares em festas e demais eventos sociais, a diminuição das visitas a amigos e outros familiares revelam o distanciamento entre a família e o corpo social como uma das repercussões do sofrimento mental na dinâmica familiar (MELMAN, 2006). Na fala de Colibri, percebemos que, embora tentasse explicar o distanciamento como decorrente de sua subjetividade, mostrou que este ocorre como uma retomada de vivências intersubjetivas, em que os familiares não possibilitam a identificação na diferença, como uma constante entrega ao outro.

Assim, ao caracterizar-se como uma pessoa recatada, Colibri pôde perceber que se trata de uma atitude movida por sentimento de revolta e desprezo, uma experiência negativa vivenciada intersubjetivamente com membros da família que não contribuem com o cuidado. Tais sentimentos corroboram a noção de que “não há vida ‘interior’ que não seja um primeiro ensaio de nossas relações com outrem” (MERLEAU-PONTY, 2002b, p. 52). Para o autor, não somos estáveis justamente por causa da ambiguidade que vivenciamos por termos um corpo, uma história pessoal e coletiva, o que faz com que aquilo que objetivamos seja sempre intencional e dependa das escolhas que fazemos a partir de relações que estabelecemos com as coisas e com o outro.

À medida que a personalidade de Colibri tenta esclarecer os motivos do distanciamento, desvela a percepção de que é uma pessoa recatada. No entanto, a impessoalidade revela que tal atitude relaciona-se às “coisas” que aconteceram anteriormente, como as visitas sem retorno, entre outras “coisas”, nas quais residem os sentidos referentes a sua conduta. A esse respeito, concordamos com o pensamento merleau-pontyano ao afirmar que, para melhor compreendermos nossas atitudes, faz-se necessário reduzir as divergências, deixar aparecer o que nos é oculto e perceber *um outro eu mesmo* (MERLEAU-PONTY, 2002).

Nessa perspectiva, o corpo deixa de ser visto como algo pré-estabelecido interiormente, ou seja, Colibri tornou-se recatada no contato com o mundo e com o outro, por meio da intersubjetividade, além de que esta qualidade não é imutável. Em vez disso, o corpo passa a ser considerado como mediador da relação entre natureza e cultura, impessoal e pessoal, colocando-nos em permanente contato com o mundo e misturando-nos com ele (CARMO, 2004). À medida que os sentimentos dos familiares são entrelaçados aos da pessoa em sofrimento mental, surgem também vivências de cuidado no âmbito familiar, corroborando a idéia de que as vivências podem ser descritas como um modo de interação e compartilhamento, de coexistência, um esforço de reconstrução do outro, que inclusive pode transformar o mundo, criar e recriar a cultura (MERLEAU-PONTY, 2002a).

Dessa maneira, o sofrimento mental tanto pode distanciar como aproximar a família. Nessa perspectiva, as descrições dos familiares desvelam que o sofrimento mental possibilita maior aproximação da família e mobiliza o cuidado. Embora os familiares tentassem justificar por meio do vínculo social, pela responsabilidade de mães para com os filhos e vice-versa, revelam uma vinculação

afetiva, uma preocupação com a pessoa em sofrimento mental, como observamos nas falas a seguir:

[...] Mas lá em casa mesmo eu fico pensando o dia que meu irmão falecer, eu não sei como é que vai ser depois a relação com a família ou então quando minha mãe falecer, como é que vai ser o cuidado com Cupuaçu, não sei se a gente vai manter essa coesão, essa preocupação [...] (Colibri).

[...] é muito difícil, conviver com uma pessoa dessa, você se sente só no mundo, sem ninguém, e assim, não tem o que fazer, sabe, antes até eu tinha vergonha de minha mãe, hoje não [...] (Canário Belga).

[...] (família) também, porque, por exemplo, a minha paciente sofre, o sofrimento é da minha família, os vizinhos também que são uma família, são excelentes, não se incomodam com as crises de Pitanga [...] (Canário da Terra).

As descrições mostram que a vinculação afetiva aparece como uma experiência perceptiva do cuidado intrafamiliar, em que, mesmo entrelaçados a uma cultura altamente preconceituosa e estigmatizante, a percepção da família com relação à pessoa em sofrimento mental é ambígua, de modo que, ao objetivar os aspectos negativos que caracterizam a pessoa “como problemática e difícil”, reconhece-a como um ser que sofre e que precisa ser confortado. As falas fazem ver a incerteza dos familiares com relação às motivações para o cuidado, já que, mesmo tendo desvelado sentimentos de vergonha e solidão, sentem-se impelidos a cuidar.

Portanto, todos estariam sendo movidos pela ambiguidade inerente à percepção, e é essa vivência ambígua que os impulsionam a assumir o papel de cuidador, ou seja, ora aparece a impessoalidade, os vínculos afetivos e sentimentais, ora aparece a pessoalidade, as imposições culturais, que acabam velando os sentimentos, fazendo ver como as duas dimensões da ambiguidade estão imbricadas e como existe um gozo no fato de sentir-se responsável, aceito, até resignado, como se estivesse cumprindo uma missão.

Nesse contexto, a primeira missão da família é ajudar a pessoa em sofrimento mental, tentar resolver seus problemas em âmbito privado e, caso seja necessário, pode recorrer a outras pessoas significantes na rede social mais ampla, como amigos e vizinhos (ROSA, 2009). Assim, as falas dos familiares reforçam o pensamento da autora, concordando que o cuidado deve ser garantido

primeiramente por aqueles que são mais próximos, como mãe e/ou filhos, uma imposição tanto do mundo sensível como do mundo cultural, como percebemos nas falas a seguir:

[...] eu percebi daqui eu e minha irmã cuidando de Cupuaçu, então, esse cuidado foi justamente isso, quando a mãe se afastou, resolvemos naturalmente, a gente não sentou e discutiu eu vou fazer isso e você vai fazer isso [...] (Colibri).

[...] se eu não tivesse meus filhos eu não estaria mais com ele, mas eu tenho meus filhos [...] (Beija-Flor).

[...] recebo uma força aí na família [...] é a única coisa que a gente enfrenta tudo em família [...] é a única coisa que agente enfrenta tudo em família [...] me sinto bem, não sei o que seria de mim, minha valença é que meu marido não se importa. (Pomba).

As falas corroboram estudos anteriores que revelam o papel da família no cuidado à pessoa em sofrimento mental, ao deixar claro suas responsabilidades, sobretudo, da mulher que, no âmbito familiar é considerada como aquela que historicamente responsabiliza-se pelo cuidado (GONÇALVES; SENA, 2001; PEREIRA; PEREIRA JR., 2003; PEGORARO; CALDANA, 2006; ROSA, 2009).

A fala de Pomba vem confirmar a presença do marido como importante fonte de apoio, ele inclusive passa a assumir algumas tarefas que usualmente eram realizadas pela esposa (PEGORARO; CALDANA, 2006). Os demais familiares expressaram revolta em ter que assumir a função de cuidar, praticamente como um mandato social, por teses culturalmente construídas de que mães, esposas, irmãs devem cuidar dos familiares no momento em que adoecem. Ao mesmo tempo, revelam sentimento de bem-estar, sensação de dever cumprido quando cuidam. Além disso, Canário Belga mostra a necessidade de ser cuidado, como aparece na fala:

[...] gostaria de conversar mais sobre família (Choro), porque para mim foi muito difícil viver sem um pai, sem uma mãe, sabe, e foi assim, eu sempre vivi com minha avó (chorou ao lembrar-se do falecimento), que sempre enfrentou esse problema; sempre fui cuidado por tio, tia, muito difícil, estou tentando [...] (Canário Belga).

A fala desvela o sentimento de tristeza e desamparo de um filho que deseja falar sobre família e, assim, expressar um pouco da angústia e dificuldades que teve que enfrentar na experiência com o sofrimento da mãe, confirmando a informação de que, quando a mulher adocece, a família é muito mais afetada, uma vez que ela seria o elo organizador das ações do grupo, principalmente, entre as famílias de baixa renda, e os filhos, geralmente, tendem a ser os maiores prejudicados, podendo deixar de frequentar a escola, de ir ao médico e/ou de satisfazer suas necessidades básicas (ROSA, 2009).

No caso específico de Canário Belga, sua fala revela a necessidade de criar e recriar a cultura a partir da flexibilização da corporeidade perceptiva (MERLEAU-PONTY, 2002a), considerando que, na condição de filho, carente de afeto, de apoio, de ajuda, dos ensinamentos de mãe, ele enfrenta a situação, assumindo a função de cuidador após o falecimento da avó. Nesse contexto, o choro de Canário Belga pode significar tanto um cuidado de si, na medida em que sente falta do cuidado que sua avó representava para ele e para sua mãe, como um cuidado do *outro eu mesmo* que a reflexão fez aparecer, quanto o medo e a insegurança decorrentes do fato de precisar cuidar da mãe e de não se sentir preparado para tal. Tal situação se agrava pelo fato de ele ser filho único e, após o falecimento da avó, não encontrar ninguém para dividir as responsabilidades, o que não ocorre com Colibri, que tem conseguido organizar-se melhor com a ajuda da irmã, como observamos a seguir:

[...] tentei direcionar e dividir as tarefas (com a irmã), [...] para que uma não dissesse que a outra não faz e que só fica sobrecarga para uma, que era isso que minha irmã dizia algumas vezes; aí resolvi [...] vou fazer para não dizer que ela está sobrecarregada e eu não faço nada, [...] determinando uma tarefa para mim mesma, eu teria o compromisso de ajudar de outra forma, que não fosse sobrecarga, mas que fosse naturalmente [...] (Colibri).

A vivência de Colibri mostra que a mulher pressionada a assumir diversos papéis sociais é a mesma que vivencia sentimentos de medo do fracasso, de sentir-se sobrecarregada e que, ao mesmo tempo, experimenta o desejo de ser bem vista, inclusive pela irmã com a qual passou a dividir as responsabilidades, o que reduziu o sentimento de egoísmo ou inutilidade frente ao cuidado de Cupuaçu. A fala confirma a incorporação da tese de que a divisão de tarefas contribui para diminuir a sobrecarga, porém fez ver o desejo de ser reconhecida como justa, como partícipe

do processo, estabelecendo relações de poder entre ela e a irmã, ao deixar claro quem pode fazer o quê na relação.

Nessa perspectiva, Colibri contratou um rapaz para ajudá-las no cuidado a Cupuaçu, considerando a importância de a família agregar outras pessoas como parceiras no cuidado, aliviando a sobrecarga, ordenando as atividades diárias, enfim, criando uma rotina que tranquiliza e abre outras possibilidades para os familiares da pessoa em sofrimento mental continuarem seus projetos de vida. Desse modo, para Colibri, o cuidador informal que contrataram vem colaborando para diminuir o estresse e as intercorrências que surgem no cotidiano de Cupuaçu, entre estas, a falta do medicamento, como observamos na fala:

[...] o menino que está cuidando dele, agora também é o elo entre as duas (irmãs), acabou uma coisa ele liga, faz, vai pegar no Caps quando eu não posso, quando minha irmã não pode; então, as coisas foram acontecendo naturalmente e para mim ficou bem leve. [...] o relacionamento com Cupuaçu ficou melhor, não ficou esse peso, então, não tenho receio de ligar a hora que eu quiser, porque sei que as coisas estão mais ou menos encaminhadas, acredito, e isso a gente está vivendo assim [...] (Colibri).

Embora Colibri tente demonstrar que a contratação do rapaz significa um cuidado para Cupuaçu, fez ver que a presença dele também contribui para o cuidado à família como um todo. Além disso, o fato de afirmar que as coisas estão mais leves, revela o processo penoso que pode representar a vivência do sofrimento mental (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003), como percebemos por meio da fala seguinte:

[...] ele sempre gostou de ficar dentro de casa, tem vez que ele se tranca no quarto, fica lá o dia todo, tem dia que ele pirraça, [...] tem dia que conversa, conversa, tem dia que ele fala que vai embora, eu falo tu vai embora para onde? Quem é que vai ter essa paciência que eu tenho, dezenove anos é dezenove dias, não é não [...] (Beija-Flor).

Nesse contexto, Beija-Flor refere-se à paciência para justificar o cuidado que tem com Jenipapo, mas deixa aparecer que o cuidado ocorre como uma experiência do corpo próprio, pois, ao retomar a vivência do sofrimento do marido como uma possibilidade para sua própria reflexão, experimenta um sentimento de valorização por conseguir cumprir sua missão, ou seja, ao conseguir cuidar dele, demonstra sua paciência. Além disso, ao afirmar que não gosta de ficar com a mente parada, reflete

ainda preocupação frente à possibilidade de vir a adoecer também, conforme está implícito na fala:

[...] Tem hora que eu falo com os meninos, ah, eu não gosto de ficar com minha mente parada, [...] porque eu falo assim ô meu Deus do céu, como foi que eu fui casar com uma pessoa que eu não conhecia direito, toda hora eu paro e falo com meus filhos, eu não conhecia direito e ainda fui parir três, (os filhos dizem) mas mãinha, por que a senhora está culpando a gente? Não, meu filho é porque se eu pudesse voltar no tempo eu não casaria com teu pai, de jeito nenhum, de jeito nenhum eu casaria [...] (Beija-Flor).

Assim, Beija-Flor demonstra estar bastante ansiosa e angustiada, estado emocional acompanhado por uma inquietação, quando diz não conseguir “ficar parada”, ou até mesmo desejar retornar no tempo, reforçando o estudo que caracteriza a convivência com a pessoa em sofrimento mental como uma vivência de sentimentos e emoções confusas, que eles percebem como difíceis de compreender até mesmo pelos próprios familiares (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003). Nessa perspectiva, Beija-Flor tenta objetivar os motivos que a faz continuar vivendo com Jenipapo, como se pode perceber na fala: “[...] Pra que largar, não, eu não. [...] se eu deixar (as crianças) com ele até a justiça ia me achar ruim, porque ele está com esse problema, como é que uma mãe dessa caiu no mundo e deixou os filhos”.

A tradição afirma que mãe não pode abandonar filho, e essa tese ainda tem sido bastante importante no momento em que a mulher precisa decidir se sairá ou não de casa, mas esta parece ser apenas uma figura sobre um fundo do qual podem emergir inúmeras figuras, como ocorre com Beija-Flor, ao revelar que continua com Jenipapo por diversos motivos, sobretudo em decorrência do vínculo que se estabeleceu entre eles. Portanto, percebemos na fala um tom de preocupação com o esposo, por exemplo, quando questiona quem cuidará dele se ela for embora, assim como de seus filhos, bem como para onde ir, entre outras perguntas, ou até mesmo quando afirma gostar dele, como menciona na fala:

[...] quanto estar com ele, eu gosto dele, [...] quando ele acorda cedo, ele me acorda também, não me deixa dormir, (pergunta:) ta pensando o que? Tem vez que eu falo assim ô meu Deus me perdoa, mas eu dou Graças a Deus por ele está lá no Caps, [...] se chegasse quietinho [...] mas já chega falando coisa [...] um tempo atrás ele me gargelou e ela (filha) viu, ficou assustada, aí tudo ela acha que ele vai me bater, vai me matar, aí ela fica com medo, foi tão assim que eu levei ela na pediatra, aí ela falou assim oh, faz esses exames que eu vou passar, que eu vou arranjar um psicólogo pra ela [...] (Beija-Flor).

Neste momento, Beija-Flor expressa que, apesar de todo sofrimento, continua gostando de Jenipapo, ao mesmo tempo em que demonstra alívio e segurança por saber que ele está no Caps II. Mesmo reconhecendo que o lugar dele é com a família, a fala desvela a angústia que a família sente quando ele está em casa, de modo que a filha, uma criança de treze anos, já tenha sido encaminhada para psicólogos. Tal situação mostra que a família da pessoa em sofrimento mental precisa de escuta, acolhimento e ajuda (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003).

Esta categoria mostra que a família experimenta o sofrimento mental como um fenômeno que tanto aproxima como distancia do corpo social, dado o estigma e o preconceito compartilhados, que produzem marcas na vida familiar. Nesse sentido, desvelaram a necessidade de apoio, carinho, compreensão, sentimentos percebidos apenas por aqueles que se dispõem a cuidar.

Nesse contexto, percebemos que a enfermagem e demais trabalhadores do Caps II pode ajudar muito à família que convive com situações de sofrimento mental em casa e, para tanto, precisamos agir com sensibilidade tanto com a pessoa que experimenta a situação como com seus familiares. Percebemos a necessidade de criar espaços de intersubjetividade, a fim de quebrar o silêncio e favorecer a comunicação, o diálogo, a abertura para a construção de novas abordagens para vivenciarem essa situação. Assim, poderemos contribuir com a construção coletiva do cuidado, por meio da suspensão de teses, dogmas e preconceitos instituídos pela linguagem da psiquiatria clássica e de seus seguidores, colocando dúvidas, interrogando-os e produzindo novas formas de olhar para o sofrimento mental.

O pensamento merleau-pontyano de que algumas palavras fazem conosco o mesmo que o gesto de atear fogo numa lareira, em que basta acender o fósforo para ocorrer “um encantamento mágico, um apelo do semelhante ao qual o semelhante responde com afã” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 33) pode nortear nossas ações de cuidado, no sentido de contribuir para a reflexão das famílias de pessoas em sofrimento mental sobre projetos de vida, sonhos, esperança de um futuro melhor, o que não pode ser encoberto por preconceitos incorporados a partir de um discurso ultrapassado daqueles que propagaram a cultura manicomial. Além disso, acreditamos que a intersubjetividade pode fortalecer sentimentos positivos

como amor, compreensão, carinho, solidariedade, que podem conduzir a atitudes mais positivas frente à vida.

Logo, as ações de cuidado à família, no contexto da saúde mental, devem incluir atividades que favoreçam a construção de projetos terapêuticos para a família, sendo necessário utilizar-se da linguagem para informar, orientar, acolher, amar, enfim, apoiar. O cuidado à família deve ser priorizado no serviço, considerando o grau de sofrimento refletido nas falas de alguns familiares, sobretudo a de uma pessoa como Beija-Flor, que nos fez ver possibilidades de os usuários dos serviços substitutivos vivenciarem a institucionalização domiciliar, no Caps II ou em outros espaços. Isto pode ocorrer sempre que a pessoa com sofrimento mental estiver em outros ambientes que não sejam hospitalares, mas experimentando situações constrangedoras, que o discriminam e o excluem dos demais membros da família (BASAGLIA, 2005).

Contudo, precisamos ajudar as famílias a perceberem que o preconceito coexiste com outros sentimentos mais encorajadores, que envolvem aceitação, compreensão, generosidade, amor, os quais podem constituir a base para uma vida mais feliz, com maior abertura para a transcendência a *um outro eu mesmo*, como aconteceu na vivência de Colibri e sua relação com Cupuaçu, em que a mudança foi coextensiva a tudo e a todos, de modo que não se sabe onde começou, muito menos onde vai parar. Esta categoria permitiu-nos compreender que o sofrimento mental não é individual, mas coletivo: a família compartilha alegrias e tristezas, saúde e doença, entre outros aspectos.

O cuidado à família, na perspectiva de desconstruir preconceitos e dogmas que ainda produzem tanto sofrimento, pode apoiar-se na filosofia da experiência merleau-pontyana, que considera o mundo a partir da sensibilidade e da linguagem, como dois fios de único tecido (MERLEAU-PONTY, 2006). O autor trata da vivência do descentramento e do entrelaçamento, experiências intersubjetivas que produzem uma generalidade intercorporal. Sendo assim, o sofrimento do outro também é nosso, a loucura deixa de ser apenas da pessoa que apresenta alterações psicopatológicas e passa a ser de todos aqueles que estão a sua volta e, neste sentido, não há lugar para o preconceito, pois, se o temos em relação ao semelhante, temos conosco mesmos, já que somos um *nós*.

Portanto, acreditamos em práticas cuidativas pautadas no diálogo, como entrevistas, grupos de ajuda mútua, associações, grupos domésticos, cujos

encontros podem ocorrer no próprio domicílio: a família deve ser orientada a criar espaços para expressar sentimentos, discutir conflitos, problemas e soluções. Por meio da intersubjetividade, podemos desconstruir preconceitos, medos, inseguranças, e tornar coextensivos outros sentimentos com potencial para a transformação. E estes sentimentos, ao serem compartilhados, podem abrir inúmeras possibilidades às pessoas em sofrimento mental e às famílias.

Por meio do diálogo estabelecido durante a entrevista, percebemos que as indagações levaram o corpo perceptivo dos familiares para diversos lugares, de modo que, ao final, sempre se referiam ao sofrimento em uma perspectiva mais aberta, voltada para o crescimento e para a superação. Logo, em função da universalidade do sentir, acreditamos ser possível construir práticas de cuidado que sejam úteis à efetivação e à consolidação da cultura da saúde mental no contexto das famílias de usuários do Caps II. Tais práticas baseiam-se no compartilhamento de respeito, compreensão, solidariedade, amor, cumplicidade e entrelaçamento.

5.2 CATEGORIA 2: A INTERSUBJETIVIDADE DO DIÁLOGO E SUAS CAPACIDADES

A todo instante ela me lembra que, 'monstro incomparável' no silêncio, sou, ao contrário, através da fala, posto em presença de um outro eu mesmo que recria cada instante de minha linguagem e me sustenta igualmente no ser (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.41).

Esta categoria mostra vivências em que o cuidado aparece para os familiares de usuários do Caps II como uma experiência intersubjetiva, uma possibilidade de a família experimentar a capacidade restauradora da relação com o outro e com o mundo, que ocorre como expressividade, dinamicidade e flexibilidade (WAIDMAN, 2008; MERHY, 2007b; SILVA et al., 2009; AYRES, 2009; SENA; GONÇALVES, 2010; WALDOW, 2010). A pessoa que cuida, independentemente de ser familiar ou trabalhador do Caps II, poderá atualizar vivências, desfazer e refazer percepções com relação a si mesmo, ao próximo e às coisas e tornar-se *outro eu mesmo*, o que implica em maior abertura para a vida e melhores condições de saúde.

A vivência do *eu posso* ou tornar-se *outro* ocorre a partir da *experiência do corpo próprio*, sendo o corpo a percepção e o próprio a possibilidade de transcendência, ou seja, a cada nova vivência, um passado pode ser retomado e

uma perspectiva de futuro pode surgir e com esta *um outro eu mesmo* (MERLEAU-PONTY, 2006). À medida que profissionais de saúde percebem os sujeitos como participantes da relação, e não como objetos de intervenção, contribuem para o desfazer e refazer identidades e historicidades individuais e coletivas (AYRES, 2009).

Desse modo, os familiares de usuários do Caps II desvelaram inúmeras ambiguidades que ocorrem no corpo perceptivo a partir dos contextos de intersubjetividade e confirmaram o discurso merleau-pontyano, de que tais contextos favorecem a percepção do entrelaçamento do mundo da vida (sensível) com o mundo da cultura (linguagem), o que abre possibilidade à transcendência (MERLEAU-PONTY, 2006), como observamos no depoimento a seguir:

[...] não sei quem foi que mudou, o que foi que mudou, mas as relações estão diferentes; não sei porque ele mudou, amadureceu, ou fui eu, ou minha outra irmã, ou o afastamento de mãe, eu sei que mudou. [...] a relação com Cupuaçu me deixou assim mais madura e confiante em alguns aspectos, por exemplo, de estar preocupada com ele e relacionar essa preocupação com o cuidado com os meus filhos [...] (Colibri).

Esta descrição desvela a retomada de um vínculo benéfico do cuidado, em que Colibri fez ver o compartilhamento da maturidade, confiança, e oportunidade de crescimento para todos os envolvidos, no contexto de intersubjetividade. Além disso, favoreceu a compreensão do pensamento merleau-pontyano sobre como ocorre a construção de subjetividades a partir da relação dialógica. Neste sentido,

[...] precisamos aprender a reconhecer a comunicação das consciências em um mesmo mundo. Na realidade, outrem não está cercado em minha perspectiva sobre o mundo porque esta mesma perspectiva não tem limites definidos, porque ela escorrega espontaneamente na perspectiva de outrem e porque elas são ambas recolhidas em um só mundo do qual participamos todos enquanto sujeitos anônimos da percepção (MERLEAU-PONTY, 2006, p.473).

Assim, a construção de subjetividades envolve os aspectos relacional, pragmático e reconstrutivo de identidades e implica na superação do caráter objetivista produzido pela ideia de permanência e “mesmidade” do indivíduo, que limita o avanço das práticas de promoção da saúde, sobretudo daquelas em que o êxito dependeria de um posicionamento do mesmo como sujeito da sua própria

saúde (AYRES, 2009, p. 24). Tal ideia corrobora a compreensão de que “no pensamento objetivo não há lugar para outrem e para uma pluralidade de consciências” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.468).

Nesse sentido, percebemos que a relação de Colibri com Cupuaçu possibilitou-lhe a experiência da transcendência, que ocorre como identificação de um sujeito em contínua reconstrução, a partir da presença do outro. Deste modo, a descrição da vivência de Colibri trouxe para o presente um mundo sensível que, embora parecesse estranho, lhe era bastante familiar e relacionava-se com a perspectiva de construir algo criativo e novo na relação com os seus filhos, de modo que fez ver o vínculo gozoso que pôde ser construído na intersubjetividade. Logo, o cuidado aparece como encontro desejado entre sujeitos, cuja subjetividade está em constante reconstrução, traduz-se como sucesso existencial e promove a felicidade (AYRES, 2009).

Este tipo de encontro oferece ao ser que cuida a oportunidade de mostrar-se a si mesmo, a partir de sua subjetividade, a qual pode ser mobilizada pelo ser cuidado, pelo trabalhador de saúde, pelos demais familiares e/ou outros atores sociais, ao mesmo tempo em que mobiliza estas pessoas a conhecer-se também e, neste sentido, o cuidado, como elemento motivador da relação, corresponde a um conhecimento autêntico e criativo que se faz a cada experiência de cuidar do outro (SENA, 2006), como percebemos nas falas:

[...] a pessoa sozinha, o que vai compreender, não compreende nada, agora só caminhar com pessoas de mais entendimento, mais sabedoria, aí fica bom pra gente [...] (Sabiá).

[...] tô aprendendo, [...] é a vida, o viver, é dando que se recebe [...] estávamos conversando, você passando pra mim e eu passando pra você, [...] tá aprendendo cada dia mais, porque tá se dedicando, tá se capacitando mais pra cuidar. [...] cuidar se aprende, sim [...] eu tô cuidando de mim, eu tô recebendo aqui conhecimento de melhora pra puder eu repassar pra ele [...] (Guriatã).

[...] É interessante a gente saber como tá se passando, assim até pro cuidador, pra ele está esclarecendo, acho que a maior dúvida é saber como tá funcionando o serviço e como o paciente ele tá sendo cuidado, [...] seria interessante até pra enfermagem se eles fizessem a evolução, tá mostrando pra gente se ele está evoluindo [...] (Canário Belga).

Estas descrições revelaram ambiguidades relacionadas à maneira como o conhecimento é construído nas relações que os familiares estabelecem no Caps II, pois, ao mesmo tempo em que eles desvelam sentimentos de ânimo, felicidade e esperança, gerados pela possibilidade de adquirir novas informações, revelam uma percepção de si mesmos como depositários do saber dos trabalhadores do serviço.

Assim, os familiares fazem ver que as práticas desenvolvidas no Caps II têm dado ênfase aos aspectos técnicos e à ideia de sujeito individual, que traz consigo informações que podem ser trocadas com o outro, como se o conhecimento estivesse localizado no interior do indivíduo. Nesta perspectiva, o trabalhador, percebido como indivíduo dotado de um saber lógico-racional, orienta o que é melhor para o usuário, enquanto o familiar deve confirmar se as orientações fornecidas são adequadas e se têm sido favoráveis à vida dele (HIRDES, KANTORSKI, 2005; MELMAN, 2006; CAMATTA; SCHNEIDER, 2009; ROSA, 2008, 2009).

Na descrição de Canário Belga, ele realça um procedimento técnico da enfermagem (evolução em prontuário sobre as condições de saúde do usuário), que pode ser utilizado como fonte de informação para a família e outros membros da equipe. Deste modo, confirmou o pensamento de que, embora haja estudos que revelam o significado do cuidar em enfermagem como ruptura com a cultura biomédica, ainda persiste a ideia do cuidar como ato técnico e uso de procedimentos (GRAÇAS; SANTOS, 2009).

Assim, as falas refletem uma concepção hegemônica de cuidado e desvelam a dependência dos familiares com relação aos trabalhadores, ao mesmo tempo em que mostram a necessidade de criarem estratégias para mobilizar o *eu posso*, o potencial que existe em cada ser humano, de perceber-se como identidade em constante reconstrução e participe do processo saúde-doença, o que implica em maior satisfação e bem-estar como percebemos nas falas de alguns familiares.

A abertura ao diálogo e a utilização da linguagem como possibilidade de experimentar um universo de resistências e alteridade que pode revelar o encontro ou o desencontro, este entendido como um sentimento de fracasso que pode relacionar-se a não-adesão das pessoas às propostas dos trabalhadores e a nossa dificuldade para comunicá-las (AYRES, 2009). Neste sentido, a noção merleau-pontyana de que a linguagem constitui-se um gesto ambíguo e espontâneo, que preenche lacunas, dissolve opacidades e solicita ao corpo a atenção da existência

inteira, confirma que até mesmo os desencontros podem fazer ver a facticidade do homem e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2002).

Nesta perspectiva, os desencontros também podem ser vistos sob outra ótica, em que os sujeitos como territórios existenciais movimentam-se e produzem vida por meio da ressignificação de situações que passam a ter novos sentidos, “em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro” (MERHY, 2007a, p.29). Dessa forma, é necessário compreender que a facticidade do homem ocorre no encontro, na presença de alguém ou de alguma coisa que, ao solicitar a sensibilidade, a solidariedade, o respeito, a compaixão, a harmonia, a criatividade, a arte e a intuição, abre espaço para vivências transformadoras (TERRA et al., 2009; LACCHINI et al., 2009).

Portanto, essa presença, que ocorre como diálogo, proporciona o sucesso prático que envolve a reflexão para além do “como fazer”, e alcança o “para que” e o “por que” realizar determinada ação, com vistas à produção de mais vida e maior dignidade no viver, bem como de sujeitos capazes de dialogar sobre saúde, desejos, possibilidades e de estabelecer coletivamente seus projetos de felicidade (MERHY, 2007a; AYRES, 2009).

Fundamentadas no pensamento merleau-pontyano sobre a construção do conhecimento como processo intencional, compreendemos que o saber sobre as necessidades de cuidado e de como construir projetos de felicidade, nasce de um confronto entre linguagem e sensibilidade, aparece como intersubjetividade e mobiliza a construção de vínculos de confiança e segurança tão necessários à expressão de sentimentos, como revela a fala seguinte:

[...] (Caps, lugar para falar das necessidades?) não, nunca vou falar assim que nem eu tô falando aqui com você pessoalmente. [...] mando elas vir aqui em casa pra fazer a visita pra vê, que as vezes a gente fala que a gente é fraquinho, [...] acho que não acredita, só se elas vê mesmo [...] eu também tenho vergonha de falar, eu não gosto de falar no meio do povo, só falo entre eu e a pessoa, pra ninguém ficar comentando. [...] nós tem vez que fala e tem vez que não fala, [...] (as reuniões) é eles lá mesmo do Caps, é outros lá da secretaria de saúde, [...] a única que eu conheço lá é Sapucaia que dá o remédio e a outra lá do cabelo cortado, [...] a não ser elas, também aquele rapaz da portaria, eu não conheço por nome assim, que nem eu tô falando, porque os outros eu vejo lá direto, mas não sei o nome [...] (Periquita).

O diálogo possibilitou a Periquita desvelar aspectos impessoais, vergonha, constrangimento, mobilizados pela incapacidade de garantir o mínimo para a subsistência familiar. Ao mesmo tempo, permitiu revelar aspectos impessoais relacionados à equipe do Caps II, necessários ao aumento do vínculo com a família. Neste contexto, a fala da familiar exprime o desejo de que a equipe também estabeleça oportunidades de diálogo, de forma mais aproximativa, por meio de consulta individual ou visita domiciliar. Na percepção de Periquita, o fato de o trabalhador ir ao domicílio permite maior abertura à expressão de sentimentos, compreensão da realidade da família e criação de vínculos.

Nesse sentido, o vínculo constitui indicativo de positividade, favorece o diálogo e implica em responsabilização entre os que se aventuram a conhecer o outro. “O encontro com o outro, munido de desejos, [...] necessidades, expectativas e histórias diferentes, nos impulsiona a outros territórios existenciais, a outras formas de viver, o que nem sempre é confortável” (GOMES et al., 2010, p.25). Independente de ser ou não ser confortável, confirma a importância do outro na construção da nossa história, sempre resultante de interações, entrelaçamento de vidas, erros, acertos, amores, desamores (FRANCO; MERHY, 2008; ROSA, 2008; GOMES et al., 2010).

Com base no pensamento merleau-pontyano, que afirma que “não se pode imitar a voz de alguém sem retomar alguma coisa de sua fisionomia e, enfim, de seu estilo pessoal” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.34), percebemos que seria impossível cuidar sem considerar a existência do ser cuidado, sem estarmos entrelaçados. Nessa perspectiva, o espaço do domicílio é verdadeiramente o lugar do encontro, constitui-se como possibilidade de ressignificar as “múltiplas relações estabelecidas no ambiente de trabalho e de reconhecer que ao produzir ‘afetamentos’, vão operar subjetivações entre seus protagonistas” (FRANCO; MERHY, 2008, p.1517).

Nesse contexto, as falas corroboram o pensamento merleau-pontyano de que a percepção das pessoas e das coisas reflete um sentido, dá uma função, permite a compreensão da experiência, não como algo estático, mas dinâmico e flexível, que faz do mundo um espetáculo e do corpo próprio o mecanismo por meio do qual diferentes fenômenos são desvelados (MERLEAU-PONTY, 2006). Para o autor, entre sentir e conhecer existe uma experiência comum cujas qualidades são

vivas e trazem consigo o anúncio de uma coisa que é muito mais do que aquilo que se apresenta e que não depende da síntese de alguém.

Por mais que os familiares tentassem encontrar um responsável pelo cuidado, apenas fizeram ver o poder do diálogo na produção de bem-estar, autoestima e *empowerment* para as pessoas (VASCONCELOS, 2003; BELLATO; PEREIRA, 2006; SCHAURICH; CROSSETTI, 2008), como percebemos nas descrições vivenciais:

[...] tem (artes) que a gente pode aprender participando de atividades, eu nem pensava que eu dava pra isso, que eu sou muito caseira [...] (Pássaro Preto).

[...] O negócio do grupo é se reunir, é amor com Deus, como se diz, a união faz a força, em grupo assim pra conversar, tudo reunido na paz, que nem na igreja, todo mundo vive unido, olhando aquelas palavras da *Bíblia*, [...] vai transformando, maravilha, hoje a pessoa caminhar, saber caminhar, [...] vai fazendo um grupo de pessoas, de familiar [...] conversar sobre nossos problemas, conversar uma com a outra, não só de problemas. Acontece que aquilo fica no nosso coração, na nossa mente, [...] fica tudo bem, tudo alegre, alivia (Sabiá).

Ao refletir sobre a vivência do diálogo, os familiares desvelam sentimentos como alívio, conforto e alegria, além de expressar que ela constitui uma possibilidade de descentramento e de coexistência, já que, ao tirar o foco dos seus problemas, a pessoa pode compartilhar outras situações de vida, semelhantes ou diferentes, e reconstruir a sua história. No diálogo, a fala, assim como o pensamento, se transforma em nova experiência, aquilo que se acreditava ser individual passa a ser visto como coletivo e, quando os familiares se referem aos problemas, fazem ver que existe um sentimento universal, que produz união, paz e força.

Para vivenciar o diálogo em grupo, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos, os quais impõem intimidade e abertura ao *outro*. Desta maneira, o compartilhamento de experiências como as vivenciadas por Sabiá podem gerar um senso de unidade, já que a linguagem faz a pessoa perceber novas significações, “emitir sons [...] a princípio falsos ou dissonantes e depois nos aliam tão bem a seu sistema de harmonia que doravante o consideramos como nosso [...] começou pela cumplicidade entre a fala e seu eco” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.35). Assim, na

fala a seguir percebemos um sentimento de coexistência com a humanidade e o sofrimento alheio:

[...] (Os trabalhadores do Caps), pode sim me ajudar e creio que eles vão me ajudar, de alguma maneira eles já estão me ajudando, só de ajudar a Caju, já estão me ajudando. [...] geralmente quem cuida merece o respeito, e o respeito todo cidadão merece, desde quando ele cuida e traz à cidadania, ele também merece ser tratado como cidadão, eu entendo assim. Se eu cuido de alguém eu me sinto que estou cuidando também de mim, porque somos todos irmãos, se eu toco uma agulha em você eu sei que vai doer, então, a mesma coisa dói em mim, então se somos irmãos e eu cuido de você, eu estou cuidando também de mim, porque todos somos irmãos [...] (Guriatã).

A coexistência possibilita a identificação, tanto com o semelhante como com o diferente, pois possibilita o desfazer e o refazer do corpo perceptivo. Como a fala está impregnada de sentidos e jamais poderia representar “um pensamento que já se conhece a si mesmo com toda clareza” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.9), os familiares reconheceram que a expressão dos sentimentos torna o diálogo mais leve, acolhedor e revigorador. Possibilita até mesmo que o cuidado seja mais satisfatório, produza conforto, alegria e tranquilidade, que poderão ser retomados em novas vivências que os familiares têm em casa ou em outros contextos. Isso ocorre sempre a partir da intersubjetividade, como podemos observar nas falas:

[...] Saio (das reuniões) aliviada sim, porque o cansaço vem devido a gente ficar ali (em casa) parada sem ter com quem conversar, sem ter uma palavra de conforto, [...] a pessoa já sai mais alegre, mais forte, chega em casa vai cuidar na vida, canta, assobia, [...] (Sabiá).

[...] Uma conversa agradável que conquiste o coração de todos, ter uma reunião assim alegre, todo mundo aceitar (Pássaro Preto).

[...] Quando a gente para e escuta a pessoa, a gente está cuidando, eu acho que sim, eu não sou muito de conversar não, eu converso o necessário (Beija-Flor).

Assim, percebemos que a vivência da coexistência ameniza o sofrimento e reflete um arrebatamento de mim pelo outro, e o que era visto como pesado, como fardo, torna-se leve durante a relação dialógica. Para os familiares de usuários do Caps II, ao compadecer-se do sofrimento do outro, o cansaço, o fracasso passa a ocultar-se e vem à luz *um outro eu mesmo*, que percebe-se como renovação, vitalidade, coragem e paciência.

Além disso, as descrições revelam que a família pode participar ainda mais do cuidado no Caps II, pois a intersubjetividade fez ver que as práticas dialógicas são capazes de mobilizar novas possibilidades de vir a ser. Dessa forma, percebemos que os trabalhadores do Caps II poderão contribuir ainda mais com a família na medida em que priorizarem ações dialógicas, que sejam capazes de promover a transcendência a *um outro eu mesmo*, mais fortalecido e aberto aos relacionamentos.

Por meio da relação construída com os familiares, durante as entrevistas do estudo, pudemos experimentar a coexistência e a criação de vínculo com os familiares, que desvelaram mudanças importantes em sua relação com a pessoa em sofrimento mental após sua inserção no Caps II, como percebemos nas seguintes descrições:

[...] há mais de 12 anos que ele é assim, trabalhava no forno, aí estoporou a mente, aí ficou assim qualquer coisinha dentro de casa fica azuado, tem vez que quebra tudo dentro de casa, é um sofrimento [...] antes de ele ir pro Caps, ele virava um demônio dentro de casa mais eu, [...] porque ele tomava remédio controlado aqui do posto, a mulher (enfermeira) que dava o remédio dele, falou assim [...] vai procurar o Caps lá e vai ficar passando por ele, que lá tem remédio até mais forte [...] ai depois que ele fica lá todo dia, ele melhorou mais, melhorou bastante, não está mais que nem era, não, que toma os remédios direitinho lá e tudo. [...] antes era difícil, mas agora não, porque depois que ele está no Caps melhorou bastante. [...] (benefício no cuidar?) eu acho que tem, ele pode melhorar, sarar, ser a mesma pessoa que era antes, trabalhava, viajava [...] (Periquita).

[...] como dava trabalho, eu tenho uns pontozinhos de aluguel e Cajá chegava em tempo de botar esse pessoal pra fora [...] eu tinha muito medo de um dia se tornar assim, como é que fala, jogado mesmo, louco mesmo, mental, jogado lá, [...] vamos lá nesse Caps, a gente tem que ir, pra a gente crer tem que ver, [...] agora que ele está bem, Graças a Deus, agora eu posso dizer que meu filho está são, assim no modo de dizer, porque ele não conhece dinheiro, não sabe ler, não sabe escrever, não sabe comprar, não sabe vender, porque não conhece dinheiro, mas cuida dele, toma banho duas vezes por dia, [...] já vai pro supermercado mais eu, [...] vai pensando e colocando no carrinho, e eu estou muito contente com isso, me sinto cuidada por ele, que antes ele fazia coisas que não agradava, eu ficava nervosa [...] (Papagaio).

Deste modo, por meio do diálogo, ao retomarem vivências de agressividade e violência, Periquita e Papagaio revelaram o medo que permeia essas vivências. Ao mesmo tempo, revelaram que a inserção do esposo e do filho, respectivamente, no Caps II contribuiu para uma mudança no seu estilo de vida, em termos de expectativas, o que implicou em melhoria nas relações familiares. Por

exemplo, Papagaio comentou o fato de Cajá passar a praticar cuidados higiênicos, limpeza e outras atividades de vida diária. Essa mudança de percepção que o cuidado produziu corresponde à experiência do *eu posso* tanto do familiar como do usuário, o que ressignificou as vivências da família com relação à pessoa em sofrimento mental, conforme mostra a fala de Papagaio:

[...] cheguei aqui e falei pra ele o que eu ouvi lá (Caps), [...] tem dia que ele faz melhor do que eu, tira as coisas, vai limpando tudo. Abre o quarto dele que eu vou te mostrar. Então é cuidando, isso é o cuidado, [...] O diálogo pode contribuir, melhor do que agredir [...] quando uma pessoa não entende, vai procurando entender, e vai mudando [...] (Papagaio).

A partir do diálogo, estabelecido durante a coleta de dados, os familiares manifestaram o desejo de contribuir com a (re)organização do Caps II como uma forma de melhorar o atendimento ao usuário, o que pode ser percebido na fala de Guriatã: “eu abarqueei essa causa, esse projeto águia, esse projeto bonito que é a salvação do Caps”. Neste sentido, os familiares descobriram suas potencialidades, inclusive para tornar-se corresponsáveis pelo cuidado no Caps II. Por meio da intersubjetividade, foram conduzidos à reconstrução de novos sentidos e significados para as práticas de cuidado, como ocorreu com Guriatã ao sentir-se mobilizado a participar de um projeto de “salvação do Caps”.

Esse diálogo com os familiares possibilitou-lhes compreender que a construção do sujeito das práticas de cuidado ocorre como uma presença real, intersubjetiva, cuja identidade se desfaz e refaz na relação com o outro que, ao impor um tipo de resistência, mobiliza a atribuição de novos predicados a nós mesmos e nos leva à percepção de que há inúmeras possibilidades de participar da construção e reconstrução de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos (AYRES, 2009). O autor reforça a noção merleau-pontyana de que

[...] eu tenho o mundo como indivíduo inacabado através de meu corpo enquanto potência desse mundo, e tenho a posição dos objetos por aquela de meu corpo ou, inversamente, a posição de meu corpo por aquela dos objetos, não em uma implicação lógica e como se determina uma grandeza desconhecida por suas relações objetivas com grandezas dadas, mas em uma implicação real, e porque meu corpo é movimento em direção ao mundo, o mundo, ponto de apoio do meu corpo (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 469).

Nesse sentido, percebemos que a intersubjetividade que ocorre no âmbito domiciliar pode tornar-se uma experiência transformadora, em que a família pode vivenciar o cuidado de forma criativa. Assim, até mesmo a pessoa cuidada pode adquirir novas funções sociais, ao deixar de ser visto como problemático, doente ou louco, assumindo também a função de cuidador, como ocorreu na experiência de Colibri, demonstrada na fala:

[...] eu acho que quem ajudou a gente na situação foi ele mesmo, ele mudou muito com a gente, ele liga pra mim pra dizer eu senti falta de você, eu pensei tanto em você, fiz uma oração pra você. [...] ele liga pra dizer: olha eu tive um mal pensamento com você, o que é que aconteceu? Ele liga pra falar do aniversário, ele liga pra falar, olha, confundi o aniversário. Essas coisas, que antes não tinha isso, então eu acho que a mudança é dele. (Colibri).

A fala de Colibri faz ver que a experiência do diálogo é essencial à intercorporeidade e, no contexto dessa família, o aspecto relacional parece ter contribuído para uma mudança radical nos comportamentos, permitindo a todos os envolvidos a superação de resistências e a transcendência a *um outro eu mesmo*, como ocorreu com Cupuaçu, cuja fala encontra “sentido no contexto de condutas já comuns, como a primeira constituição continuava, ultrapassando-a, uma história espontânea” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.66).

Esta fala também nos levou à compreensão de que a intersubjetividade favorece o entrelaçamento de sentimentos e contribui para a construção da personalidade, sempre como um retomar e superar da fala de outrem, ou seja, como a relação com Cupuaçu melhorou, este adquiriu novos comportamentos a partir dos sentimentos compartilhados. Deste modo, percebemos, sob a atitude de Cupuaçu, um sentir que não cessa de envolvê-lo e, ainda, “podemos reencontrar, diante dele o assombro da primeira testemunha da primeira fala” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.66), ou seja, a partir da interação com Colibri e os demais familiares, Cupuaçu teve a oportunidade de transformar sentimentos em novos comportamentos e, assim, sucessivamente.

Nesta perspectiva, a relação interpessoal propicia a comunicação de sentimentos, tais como afeto, carinho, solidariedade, aspectos que revelam a coexistência com o semelhante, uma generalidade, que mobiliza a transformação da personalidade, do ser cultural. Ao nos identificarmos com uma vivência gratificante, o

corpo perceptivo promove uma mudança tão radical, a ponto de não percebermos mais onde e quando tudo começou, ou seja, ao mesmo tempo em que a universalidade do sentir nos mobiliza para a alteridade, para estabelecermos novas identificações como seres históricos, produz novas coexistências e generalizações, de modo a promover satisfação, aceitação, vínculos que garantem a abertura a novas e infundáveis transformações.

Em termos merleau-pontyanos poderíamos afirmar que esse processo ocorre porque

[...] falar e compreender não supõem somente pensamento, mas, de maneira mais essencial e como fundamento do próprio pensamento o poder de deixar-se desfazer e refazer por outro mais atual, por vários outros possíveis e, presumivelmente, por todos (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 42).

Dessa maneira, os familiares envolvidos nesse estudo começaram a perceber-se como intersubjetividades, fizeram ver que, muitas vezes, iniciam o diálogo, tensos, ansiosos, preocupados, medrosos, com grande necessidade de alívio e, ao participarem do campo fenomenal constituído por meio das falas, ocorre como um arrebatamento ou ausentar-se do corpo, que produz o descentramento e faz surgir *um outro*. Esse processo ocorre como uma massagem ou analgesia do corpo, em que o ouvir e o falar promovem um entrelaçamento e constroem novas identidades. No final, acontece o compartilhamento de sensações desagradáveis e faz surgir um *outro eu mesmo* mais aliviado e aberto aos relacionamentos e à vida.

Assim, a intersubjetividade faz ver que a abertura ao *outro eu mesmo*, favorece a tomada de decisões que direciona e constrói a nossa história, bem como desvelou a importância de investirmos em práticas de cuidado voltadas para a construção de contextos intersubjetivos, que acontecem e se mostram por meio do diálogo e da sua capacidade fenomenal de revelar nossas ambiguidades como algo benéfico, que nos possibilita transformar, transcender, desfazer e refazer o outro.

5.3 CATEGORIA 3: O DIVINO E O HUMANO NO CUIDADO

[...] O homem não é um espírito e um corpo, mas um espírito *com* um corpo, e que só acede à verdade das coisas porque o seu corpo está como que nelas implantado (MERLEAU-PONTY, 2002b).

Esta categoria foi construída a partir das descrições vivenciais em que o cuidado apareceu para os familiares como resultante do amor de Deus, de sua bondade, um dom de Deus, um presente dado por Ele, para que possam tornar-se à semelhança deste ser superior, fortes e preparados para enfrentar as tribulações da vida e o cotidiano com a pessoa em sofrimento mental. Assim, os sentimentos desvelados nas práticas de cuidado aparecem como algo inapreensível e inesgotável, que pode relacionar-se ao desejo de divindade e que, ao mesmo tempo em que se revela por meio da identificação de predicados como dignidade, fortaleza, fidelidade, coragem, perseverança, manifesta-se como humanidade, por meio de atitudes, solidárias e justas.

Dessa forma, em todo ato de cuidar haveria sempre duas naturezas entrelaçadas, uma divina e outra humana. Relacionando-se com a noção merleau-pontyana de impessoalidade e pessoalidade, a natureza divina corresponde à impessoalidade, ao domínio sensível, enquanto a natureza humana seria o correlativo da pessoalidade ou o domínio reflexivo. Desse modo, ao mesmo tempo em que os familiares desvelam o cuidado como resultante do amor de Deus, algo que deve ocorrer como sentimento, revelam que este se relaciona também ao desejo de responder a um apelo social, que orienta a família a responsabilizar-se por aqueles que necessitam de cuidado, conforme percebemos nas falas:

[...] o amor de Deus toca pra gente cuidar dos nossos filhos, de ter aquele amor. Deus é nosso pai poderoso, nosso pai fiel, que nos dá a nossa força, é que está dando nossos conselhos pra melhores, olhe eu vou dizer, através de Deus, se não fosse nosso pai do céu, nós seria vazio (Sabiá).

[...] Se não tiver boa vontade e fazer por amor não adianta, só o amor constrói [...] Deus em mim, [...] tudo foi se resolvendo. [...] Deus me fez assim, se eu me sinto bem, tudo que a gente faz por amor, nos faz bem (Pomba).

[...] O cuidado, eu penso assim que a gente tem que dá conta do cuidado, da nossa responsabilidade, eu penso assim, cuidar na saúde e cuidar na doença. Deus diz faça tua parte que eu te ajudarei, acho que essa palavra toca no meu coração [...] O sinônimo de cuidar é um dom que Deus dá. Quando a gente cuida a gente abraça, a gente beija, deseja tudo de bom (Pássaro Preto).

As descrições desvelam ambigüidades referentes ao cuidado à pessoa em sofrimento mental. Enquanto no domínio da pessoalidade, os familiares percebem o cuidado como um mandato social, que os obriga a cuidar na saúde e na

doença, como revela a fala de Pássaro Preto; no domínio da impessoalidade, o cuidado, é visto como um compromisso espiritual, resulta do aflorar da sensibilidade, da força, do amor, da compreensão que transcende da relação com Deus e da certeza de que não estão sozinhos. E, nesse sentido, os familiares reforçam que

[...] sendo Deus e amor a mesma coisa, o denominador comum das curas é o amor. Mesmo com condições estruturais de trabalho desfavoráveis, podemos dar aos pobres, pelo amor, aquilo que os ricos conseguiriam por dinheiro. Não tocamos [...] por milhões, cuidamos dele por acreditar num ganho maior, que nos inunda o coração de alegria. Por amor (SILVA, 2005).

Nesse sentido, as falas dos familiares fizeram ver que o Deus que eles percebem como todo poderoso, criador de todas as coisas, que ora suscita a felicidade e ora, a infelicidade, ao mesmo tempo é amoroso e caminha com eles, ajudando-os em suas necessidades, como exprimiram através da descrição: “faça tua parte que eu te ajudarei”. Portanto, constitui-se relação de presença, companheirismo e amor. No entanto, percebemos que a crença na possibilidade de estabelecer uma relação intersubjetiva com esse Ser divino, é influenciada pelo Cristianismo, que sempre incentivou o diálogo entre o homem e Deus, por meio das Sagradas Escrituras. Estas orientam que é possível falar com Deus, sendo necessário para tal entrar para o quarto, fechar a porta e orar em segredo e, ainda, chamá-lo de Pai (Mt 6, 6-15; Lc 11, 1-13).

As referidas citações bíblicas relatam o perfil de um Deus que se deixa encontrar, que promete: “Pedi e se vos dará. Buscai e achareis. Batei e vos será aberto. Porque todo aquele que pede, recebe. Quem busca, acha. A quem bate, abrir-se-á” (Mt 7, 7-8). Deste modo, crendo nestas palavras, os cristãos experimentam um arrebatamento, uma ausência do corpo sofrido, cansado e medroso que e faz surgir, pela intercorporeidade, *um outro eu mesmo*, mais forte e preparado para enfrentar qualquer tipo de situação, como podemos perceber na seguinte fala:

[...] o Espírito Santo de Deus é forte e dá força pra gente, não é só a comida que alimenta o corpo da gente, nós tem fome de Deus, e temos que alimentar da Palavra de Deus, Deus é amor. [...] Nós abraça ele com toda a força do nosso ser, porque ele sustenta nós, ele segura nós, quando vê que nós vai cair Deus grita assim se afirma minha filha que eu estou contigo. Converso com Ele, me sinto feliz, me sinto maravilhosa de conversar com Ele, assim no silêncio (Sabiá).

Nesta descrição vivencial, Sabiá revela que a relação com Deus ocorre como diálogo, por meio da palavra, contida na *Bíblia* Sagrada. A fala de Deus torna-se presença, alimenta a necessidade de estar com Ele, de sentir-se abraçada, acolhida, aceita, amada e sustentada por Ele. No diálogo com Deus, Sabiá encontra sustento, segurança, sacia o desejo de conversar, de ser ouvida, o que ocorre porque, para esta familiar, Ele tem uma voz que diz: “eis que estou convosco todos os dias, até o fim do mundo” (Mt 28, 20b) .

A fala de Sabiá nos leva a perceber também de que maneira a linguagem reconduz todas as nossas experiências ao sistema de correspondências iniciais entre os signos e suas significações (MERLEAU-PONTY, 2002a), conforme percebemos também, no diálogo entre Papagaio e o seu filho, Cajá, quando tentava incentivá-lo à participar de um evento na Uesb, quando disseram o seguinte:

[...] ele disse: eu (Cajá) tenho vergonha de chegar lá sozinho, eu digo: ô bebê tu não vai pra igreja, não vê os ensino da *Bíblia*? a *Bíblia* não diz que cada qual que pegue a sua cruz e siga? Porque que tu não pega sua cruz também e segue? vai de moto, pega moto, ele (disse:) é mesmo mãeinha, [...] ele não foi, mas ficou preocupado, toda hora falava: daqui na Uesb é até perto, dá para ir até de pé (Papagaio).

A descrição mostra que, na intersubjetividade, o corpo habitual conduziu Papagaio até uma vivência que teve com seu filho, quando o incentivou a participar do simpósio de saúde mental da Uesb, em maio de 2010, e o corpo perceptivo a lançou para uma significação nova da Palavra: “tome sua cruz e siga-me” (Mc 8,34). Esta palavra abriu inúmeras possibilidades para que ele pudesse chegar à Uesb e, mesmo que não tenha ido, de alguma maneira a palavra o incomodou e chegou a colocar dúvida na convicção de que ele não seria capaz de comparecer ao evento.

Portanto, a fala fez ver a significação nova que uma palavra pode produzir, a partir do momento que é incorporada. Essa fala confirma, então, que a utilização dos gestos, palavras, símbolos, signos, embora limitados em número, podem compor infinitas significações, já que estas têm sua essência na experiência dos homens (MERLEU-PONTY, 2002a). Por exemplo, a cruz que aparece na fala de Papagaio, ao mesmo tempo que representa o sofrimento e as limitações do filho, pode conduzi-lo à superação, à libertação, na medida em que ele aprender a lidar com suas dificuldades, bem como adquirir novas maneiras de contorná-las e, até

mesmo, solucioná-las. Nesse sentido, os signos sozinhos nada poderiam dizer por si mesmos, ou seja, “a língua encontra no fundo das coisas a fala que as fez” (MERLEU-PONTY, 2002a, p.24).

Assim, percebemos que a linguagem encontrada na Palavra de Deus, citada várias vezes pelos familiares, movimenta o mundo da vida destes, e está entrelaçada aos seus discursos. Como algo intercorporal, a Palavra de Deus ganha diversos contornos e significações variadas, a fim de materializar sentimentos que, favoráveis ou desfavoráveis, compõem a natureza humana. No caso dos familiares do estudo, esta Palavra provoca um descentramento e contribui para a incorporação de valores como solidariedade, justiça e partilha, conforme percebemos na fala:

[...] Deus dá o que é pesado, mas dá o remédio, porque ele mesmo fala, “vinde a mim os cansados e oprimidos e eu vos aliviarei, o meu jugo é suave e meu fardo é leve”. Então, a gente pensa que está pesado, mas fica leve, como está ficando agora, fica leve com a união, ou seja, vem outras pessoas, vai ser criado praticamente uma associação, essa associação vai ter poderes. [...] eu acho que se todo mundo, se todos se conscientizassem o que precisa se fazer pelo cidadão, pelo próximo, quando a gente vê um chorando, a gente procura consolar, a gente vê um com a barriga vazia procurar alimentar, se a gente vê um precisando de um remédio procurar dar o remédio, a gente está cuidando e está recebendo [...] (Guriatã).

[...] Deus não dá um fardo que a gente não possa carregar, é isso, como é que a gente vai pegar um peso que não está na medida que a gente pode carregar. É com amor, com prosperidade, com saúde, com toda força de nosso ser, Deus é justiça (Sabiá).

Nesse contexto, as falas levam a confirmar que “nenhum pensamento permanece nas palavras, nenhuma palavra no puro pensamento de alguma coisa” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.23), ou seja, a palavra pode impulsionar à superação, união, até mesmo à cidadania, possibilidade desvelada pela fala de Guriatã, ao fazer ver que a vivência da espiritualidade dos familiares parece não conduzir à alienação, mas a uma transformação coletiva, um compartilhamento dos bens materiais e espirituais, pois perpassa o alimento, remédio, o consolo, que se materializam em diferentes formas, em variados contextos.

Percebemos, ainda, nas falas dos familiares que a vivência da espiritualidade implica na transcendência do divino, de modo que sentimentos imanentes podem aparecer como atos, como linguagem, expressa por meio de atitudes solidárias e de compaixão, sempre voltadas ao crescimento da coletividade. Nesse sentido, confirmam o pensamento de que as ações comunitária, social e

peçoal, são vistas como resultantes de um desenvolvimento do homem interior (BOFF, 2006). Para este autor, a crença na transformação também advém da noção de um Deus que se fez Pai, mãe e irmão, o que confirma a noção dos familiares de que o Senhor caminha com eles, é portador de uma humanidade que representa uma porta aberta ao diálogo e à transformação.

Portanto, dessa noção surge a crença dos familiares de que a transformação implica o reconhecimento de que fardos, pesos e sacrifícios são formas de compartilhar a experiência de um Deus que veio para libertar, perdoar, curar e salvar (BOFF, 2006). Essa crença acarreta uma mudança na percepção em torno do cuidado do outro que se torna também a percepção de um cuidado de si, já que, ao sacrificar-se, receberá alguma recompensa. Tal atitude faz ver as ambiguidades inerentes a esse processo, que reflete um grande componente cultural, ligado às crenças em torno de um Deus que ao mesmo tempo castiga e ama, amaldiçoa e abençoa, como percebemos nas descrições vivenciais:

[...] Meu benefício vem de Deus, Deus que me dá, eu estou cuidando dele e Deus está vendo, a minha vitória vem de Deus, eu estou cuidando dele, não abandonei ele, que tem muita mulher que o marido fica doente com esses problemas assim, abandona, larga e vai embora e eu não. Espero muitas coisas, espero que Deus me dê muitas bênçãos, muita saúde, muita alegria e tudo, porque eu quero ser muito feliz mais ele até o fim das nossas vidas. O que eu ganho é a benção de Deus mesmo. (Periquita)

[...] porque Deus carregou aquela cruz sozinho, derramou sangue no calvário para remissão dos pecados, Deus passou por isso tudo, como é que a gente pode se furtar. (Sabiá)

[...] a gente que vive igreja tem muita força [...] o próprio Cristo teve momento de peso quanto mais nós, então é assim mesmo, porque Ele mesmo diz: aquele que pegar no arado e olhar pra trás não é digno de mim. [...] quando o sofrimento vem até nós, vamos lutar que o sofrimento passa, porque nós sabemos que Jesus sofreu também, então, é ter força e coragem [...] a presença de Deus em nossas vidas, se a gente não tiver a gente cansa logo, é mesmo que aquela passagem uma casa bem alicerçada, é igualmente a nós quando a gente vive em Cristo, o sofrimento vem, mas com fé em Deus a gente luta que passa. (Pomba)

As descrições demonstram que, ao mesmo tempo em que os familiares veem o cuidado do outro como uma expressão do amor de Deus, algo que fazem voluntariamente, desvelam que, ao fazê-lo, estão cuidando também do medo de sofrer, de ser castigado, ou seja, estão cuidando de si. Além disso, as descrições mostram ainda o poder transformador da linguagem, ao conceder um sentido nas

seguintes palavras bíblicas: “Vossa Palavra é um facho que ilumina meus passos, uma luz em meu caminho” (Sl 118, 105) e “aquele que pegar no arado e olhar para trás, não é apto para o Reino de Deus” (Lc 9,62b). Estes versículos bíblicos parecem lançar o corpo perceptivo em uma situação vitoriosa, em que tudo é possível ao que crê.

Neste contexto, os familiares fizeram ver a importância da espiritualidade no cuidado e, no caso específico deste estudo, a religião cristã, a qual afirma que a Palavra de Deus é capaz de orientar, ensinar e advertir, preparando-os para suportar as dificuldades da vida. Na fala de Pomba, encontramos a convicção de que a Igreja pode representar um “conjunto de fiéis que professam a mesma fé” (FERREIRA, 2010), o que favorece a unidade e fortalece a sensação de justiça e força, produzidas pela intercorporeidade entre Deus e os fiéis, que se dá por meio da leitura e meditação das Sagradas Escrituras, que as incorporam, de modo a torná-las o alicerce rochoso sobre o qual se constrói uma casa: vêm chuvas e tempestades, mas ela permanece inabalável (Lc 6, 48-49).

Deste modo, Sabiá salienta a importância de os familiares participarem das atividades do Caps II como uma oportunidade para instaurar o diálogo, a construção de vínculos de confiança, união e força para suportar as “tempestades” da vida. Para ela, “[...] o negócio do grupo é se reunir, é amor com Deus, como se diz, a união faz a força, em grupo assim pra conversar, tudo reunido na paz, que nem na igreja, todo mundo vive unido, olhando aquelas palavras da *Bíblia*”. Assim, retomamos uma canção que diz: “igreja é povo que se organiza, gente oprimida, buscando a libertação” e percebemos que a fala desta familiar confirma a necessidade dos familiares se unirem em grupos, de ajuda mútua, suporte mútuo e outros, para que possam experimentar a força que brota da dor e da opressão (VASCONCELOS, 2003).

Portanto, a personalidade do cristão caracteriza-se por um senso de segurança e vitória produzido na relação com Deus por meio de Sua Palavra, e na relação com o outro, que é visto como irmão. Por meio desse senso, ele pode identificar-se com um bom ou mal cristão, bem como incorporar novos predicativos capazes de produzir sensação de bem-estar e de dever cumprido.

Neste contexto, a busca pelo bem-estar constitui uma tentativa de confirmar sentimentos de satisfação, força, segurança, entre outros, mobilizados pelas relações estabelecidas com o mundo, o outro e as coisas, que são

considerados pelos familiares como divinos, e que, em termos merleau-pontyanos, poderiam desvelar *um outro*, sempre melhor e aberto ao cuidado. Logo, os familiares revelaram que o cuidado também se constitui a partir do senso de humanidade, que faz perceber o cuidado de si, ao aliviar sentimentos de culpa e produzir superação e crescimento, conforme mostram as falas:

[...] hoje eu tenho conhecimento de Deus e acho que se eu tivesse o conhecimento de Deus eu não tava passando por isso não. Eu acho que esse dom foi Deus que deu, eu não sou agressiva com ele, nunca dei um tapa nele, já apanhei, [...] aí eu fico assim é verdade, tem tanta gente do coração mal, já pensou quantas coisas a gente não vê aí, quantas coisas, quantos pensamentos não passa na cabeça dos outros, tanta coisa que a gente tá vendo, liga a televisão que a gente tá vendo aí, tanta tragédia acontecendo. [...] (Deus dá coisas ruins?), não, pode acontecer algo bom, é a esperança. (Beija-Flor)

[...] Jesus está ajudando e a gente levando. Meu pai sempre falava que alguém tem que pagar por alguém que fez algo no passado. Será que estou pagando alguma coisa que alguém fez no passado? Será que Jesus me designou para cuidar de Pitanga, vou deixar na rua? Às vezes me estresso mesmo, falo algumas coisas, porque sou homem, fico chateado, estressado, e falo algumas coisas que não deveria. (Canário da Terra)

[...] acho que foi o destino que me colocou nisso, me escolheu na realidade, não tinha para onde correr, não tinha jeito, nem que eu tentasse fugir disso, fugir como? já mudei pra vida, tinha a cabeça muito fechada, [...] acreditei muito (em Deus), mas depois de umas coisas que aconteceram comigo, acho que fui desamparado por Deus, não sei, estou tentando descobrir isso, porque eu não tive uma boa educação, isso é muito ruim, prejudica muito meu comportamento, eu não sei me expressar muito, não sei falar com a pessoa, [...] os meninos que moram comigo falam assim: rapaz, você precisa, tipo assim, soltar as armas. Eu vejo que eu nem tive culpa disso, entendeu (choro). [...] as pessoas pregam que Deus é bom [...] Não vou dizer que não acredito, mas é assim, toda pessoa para continuar tem que ter uma coisa que acredita. Sim, quem dá apoio, quem incentiva, é uma coisa, agora quem acredita é outra coisa, que sabe que você é capaz é outra coisa [...] (Canário Belga)

As falas corroboram a constatação de que o cuidado pode refletir tanto um zelo pela natureza impessoal, capaz de orientar que não devemos agir com violência ou agressividade, como um zelo à natureza pessoal, que também impulsiona as práticas cuidativas, por meio de compromissos que assumimos com a sociedade, quer sejam profissionais, religiosos, morais ou outros.

Como seres ambíguos, ao tentarem reproduzir em seu corpo a noção de cuidado como o pagamento de uma dívida a Deus, os familiares desvelaram o desejo de transformar essa situação, que estressa, promove angústia e tristeza,

delegando o cuidado a outros ou cometendo alguma tragédia. A descrição de Beija-Flor de que “não sou agressiva com ele, nunca dei um tapa nele, [...] tem tanta gente do coração mau, [...] tanta tragédia acontecendo” desvela raiva, mágoa, ódio, agressividade, contidos pela personalidade que a leva a aceitar essa situação com resignação e incorporar um sentimento de esperança de que algo bom pode acontecer.

Nesse sentido, o cuidado de si apareceu nas falas como um desejo de não ter que cuidar da pessoa em sofrimento mental. Beija-Flor, se referiu a “outros”, quando comentou a maldade que termina em tantas tragédias (agressões, assassinatos), para desvelar o que ela experimenta em seu próprio corpo, como desejo de desistir do cuidado. Já Canário da Terra revelou o desejo de fugir dessa realidade, se fosse possível. Por outro lado, o cuidado do outro revelou-se como possibilidade de transcendência que apareceu para Beija-Flor como esperança e para Canário da Terra, como uma chance de elevar-se espiritualmente.

Os familiares desvelaram a forte influência da espiritualidade no cuidar. Até mesmo Canário Belga que, ao mesmo tempo, demonstra revolta para com Deus, pelo adoecimento da mãe e desamparo, e revela a crença em um Deus que poderia ter feito algo que não fez e, no final da fala, disse: “não vou dizer que não acredito”. Portanto, fez ver que a revolta ocorre porque não vivenciou o cumprimento da tese cultural que diz “que Deus é bom”. Nesse sentido, a fala deste familiar, mostra que a ambiguidade presente entre a linguagem e o sentir ocorre porque,

Não há vida em grupo que nos liberte do peso de nós mesmos, que nos dispense de ter uma opinião; e não existe vida “interior” que não seja como uma primeira experiência de nossas relações com o outro. Nesta situação ambígua na qual somos lançados porque temos um corpo e uma história pessoal e coletiva, não conseguimos encontrar repouso absoluto, precisamos lutar o tempo todo para reduzir nossas divergências, para explicar nossas palavras mal compreendidas, para manifestar nossos aspectos ocultos para perceber o outro (MERLEAU-PONTY, 2004, p.50).

Em termos merleau-pontyanos, poderíamos dizer que Canário Belga tem encontrado, em seus questionamentos, uma fonte de coragem, e percebemos que, independentemente do contexto sociocultural no qual nos inseramos, todos buscamos experimentar a coexistência, a universalidade do sentir e a generalidade e, para tal, deveríamos desprender-nos dos costumes que adotamos e estar mais abertos a nossas próprias diferenças e às dos outros (MERLEAU-PONTY, 2002,

2006). Nesse sentido, Canário Belga parece corroborar o ponto de vista do autor, ao desvelar em sua fala que precisa “soltar as rédeas”, ou seja, abrir-se mais aos relacionamentos e à vida.

Nessa perspectiva, o pensamento do autor revela que não devemos ficar nos esforçando para dar satisfação aos outros das nossas boas ou más ações e nos convida a perceber que nunca conseguiremos encontrar o equilíbrio que buscamos. Antes disso, precisamos aprender a não esperar muito das pessoas, mas estar abertos aos “momentos raros e preciosos em que acontece aos homens se reconhecerem e se encontrarem” (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 53). Para tanto, precisamos assumir a ambiguidade inerente à própria natureza humana, que inviabiliza a noção de “comunidade de espíritos puros” (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 51).

A esse respeito, o filósofo comenta que a fatalidade boa ou má não existe “e [que] a coragem consiste em referir-se a si e aos outros de modo que [...] todos deixem transparecer em sua própria conduta e em suas próprias relações a mesma chama” (MERLEAU-PONTY, 2004, p.51). Desse modo, enquanto o autor comenta que as diferenças físicas e sociais são próprias da natureza humana, que não devemos nos preocupar com elas e que superá-las representa uma “pretensão à divindade” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.481), os familiares afirmam que isto seria possível, por meio da relação entre Deus e os homens, relação que pode torná-los mais espirituais, puros, virtuosos, abertos ao amor, a solidariedade e ao cuidado. Nesse sentido, os familiares revelam que:

[...] Deus que dá o dom da pessoa cuidar, porque se não como é que vai cuidar, se Deus dá uma coisa a gente para cuidar a gente não pode deixar de lado para não ver o resultado, Deus dá amor, saúde, tudo que a pessoa precisa. Que é difícil é, mas eu peço força a Deus, para me dar paciência e Deus me dá. [...] Porque Deus que deu a ideia a uma pessoa para fazer o Caps lá e botar essas pessoas lá, que tem esses problemas, porque se não tivesse lá essas pessoas que está fazendo tratamento estava tudo nas ruas jogado, as mães, os parentes não ia cuidar, não ia ligar para cuidar, não ia ter paciência, e eles lá não, vocês tudo tem paciência. (Periquita).

[...] Temos que perseverar até quando Deus quiser [...] a gente cuida, se sente amada por Deus [...] Ser feliz é fazer feliz também! A gente que vive em Cristo, que tem uma religião, uma denominação, procura seguir porque se a gente não fizer somos como uma folha seca que o vento leva, [...] se a gente não ouvir a Palavra de Deus, como a gente vai viver [...] Deus não é vingativo, sofrimento vem para nos purificar, cada vez mais, Deus nos ama tanto que quanto mais ele ama um filho mais ele corrige. [...] a gente só ama o que conhece, como eu ia conhecer as coisas que o mundo oferece, o

Senhor nos orienta como nós devemos fazer: “amai-vos uns aos outros como eu vos amei”. [...] Eu acho que tudo de Deus é bom (Pomba).

Nas descrições, os familiares apresentam uma noção de sujeito como *mesmidade*: sua subjetividade é vista como algo que é preenchido desde sempre (AYRES, 2009) mas, ao mesmo tempo, desvelam que, na relação com Deus, podem tornar-se pessoas melhores. Porém, o pensamento merleau-pontyano convida à reflexão de que o fato de a subjetividade constituir-se a partir do encontro com o semelhante, coloca dúvida na existência de um Deus Superior, criador, pois, como tal, precisaria estar fora das coisas e não entrelaçado a elas (MERLEAU-PONTY, 2006). Para o autor, a crença de que Deus esteja entrelaçado aos humanos inviabiliza a sua existência, pois jamais poderia haver um *outrem* e um *eu mesmo* com algum tipo de privilégio.

A esse respeito, ainda questiona: “como posso, eu que percebo, e, que, por isso mesmo, me afirmo como sujeito universal, perceber um outro que no mesmo instante me subtrai esta universalidade?” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 482). Assim, para este filósofo o sujeito somente é livre quando não é obrigado a reduzir-se a nada do que vive, e a ideia de um ser superior tiraria esse poder fundamental que o homem tem de ser o sujeito de todas as experiências.

Contudo, as descrições dos familiares mostraram uma relação com um Deus que estabelece diálogo com o homem, a qual se inicia a partir da seguinte fala: “Façamos o homem à nossa imagem e semelhança” (Gn 1, 26a), e mais tarde declara que: “a todos aqueles que o receberam, aos que creem no seu nome, deu-lhes o poder de se tornarem filhos de Deus” (Jo 1, 12) e complementou: “o Verbo se fez carne e habitou entre nós” (Jo 1, 14a). No primeiro versículo desse capítulo bíblico, aparece que o verbo era Deus e sendo assim, a vinda do Messias à terra representa para os cristãos a encarnação de Deus e a possibilidade de construção de um relacionamento entre Deus e a humanidade.

Portanto, essa relação entre um Deus encarnado e a humanidade pode ser considerada como um impensado nos escritos merleau-pontyano, visto que estes não apresentam uma discussão aprofundada sobre o tema; fala da intercorporeidade entre os homens, mas não destes com Deus. Para o filósofo, Deus é o único que pode olhar para o homem como quem olha de fora, por ser o criador. Os homens, como criaturas estão emaranhados entre si e, por isso, não pode

representá-los, nem julgá-los. Com relação aos familiares, suas descrições desvelam o entrelaçamento entre eles e Deus, a intercorporeidade que se constitui por meio do diálogo, quando, ao identificar-se com suas características, incorporam seus atributos, tais como força, resistência, coragem, entre outros, que passam a compor suas personalidades e os mobilizam frente à superação dos sofrimentos.

As descrições dos familiares revelam que, na relação com Deus, a percepção de que são fracos, pecadores e necessitados se ausenta, e por meio da intersubjetividade, novas generalizações e sentimentos de coexistência são construídos, surgindo outra percepção sobre o cuidado, que deixa de ser visto como um peso e torna-se condição para a salvação.

Neste sentido, o divino se caracterizaria justamente pela condição infinita de tornar-se outro, de transcender em humanidade, em ações de cuidado que expressa e produz sentimentos como amor, compreensão, zelo, generosidade. No entanto, essa noção de amor também pode ser questionada, já que não estaria direcionado a outrem, mas a si mesmo (MERLEAU-PONTY, 2006). A partir das entrevistas, os familiares conseguiram perceber benefícios no cuidar que estão direcionados a si próprios, nos quais reconhecem uma possibilidade para a transcendência e, ainda, uma experiência da frase “é dando que se recebe”, repetida tantas vezes por Guriatã.

Neste contexto, os familiares desvelam a capacidade, imanente a todo ser humano, de exercitar a espiritualidade e de revelar seu potencial para promover transformação, já que proporciona abertura ao diálogo consigo mesmo, com o outro e com a vida e faz aparecer, como qualidades humanas, a solidariedade, a tolerância e o amor (BOFF, 2006).

Por meio da espiritualidade, os familiares buscam força, coragem e sabedoria, para combater o sofrimento e o estresse cotidiano. Além disso, buscam sentir-se amados, saudáveis e prósperos. Assim, buscam alívio para seus fardos, para o peso que carregam, em Jesus, o que apareceu na fala de alguns familiares, por meio dos seguintes versículos: “vinde a mim vós todos que estais aflitos, sob o fardo e eu vos aliviarei” (Mt 11, 28) e ainda, “todo aquele que vem a mim, ouve as minhas palavras e as pratica, eu vos mostrarei a quem é semelhante” (Lc 6,47).

Assim, desviamos o foco das divergências com relação à existência de Deus para os familiares, e sua inexistência, conforme o pensamento merleau-pontyano, e voltamo-nos para a reflexão sobre a importância da Palavra na vida dos

familiares, que desvelam a busca pelo cumprimento desta como fonte de vida e, assim, ficamos a nos interrogar sobre a mensagem que afirma: “assim acontece à palavra que minha boca profere: não volta sem ter produzido seu efeito, sem ter executado minha vontade, e cumprido sua missão” (Is 55, 11). Em termos merleau-pontyanos, compreendemos que os comportamentos, o modo de agir, “trata-se de palavras suscitadas por palavras” (MERLEAU-PONTY, 2002, p.147).

Nesta perspectiva, a vivência da espiritualidade reflete uma resposta ao apelo do poderoso Deus, que fala por meio da *Bíblia*, livros e outros símbolos religiosos, que convidam à transcendência. Nesse contexto, os familiares corroboram a importância da espiritualidade como indicativo de bem-estar para a coletividade (VOLCAN et al., 2003; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Contudo, os autores salientam que a vivência da espiritualidade não deve se vincular a crenças religiosas, mas ao desejo de ter uma vida espiritual, que promove força e reduz a angústia frente às situações de saúde-doença.

Deste modo, o bem-estar espiritual pode influenciar positivamente através de sentimentos como esperança, perdão, autoestima, amor e, ao refletir uma cultura, deve ser respeitado e até incentivada como indicador de qualidade de vida e de saúde para as pessoas (VOLCAN et al., 2003; SILVA, 2005; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

A esse respeito, os pesquisadores do Núcleo de Estudos, Pesquisas, Assistência e Apoio às Famílias da Universidade Estadual de Maringá afirmam que os profissionais de saúde devem respeitar os valores e as crenças das famílias e, ao mesmo tempo em que reconhecem a importância da religião na manutenção e recuperação da saúde mental dos membros familiares, salientam que esta pode ter impacto tanto positivo como negativo, e que deve ser questionada a participação destes nos rituais, quando estes põem em risco a vida de algum integrante da família (WAIDMAN et al., 2009). Os autores salientam ainda que “a fé e a esperança são importantes para ajudar a família a aliviar a sua dor e sofrimento, além de ser uma esperança em relação à ‘cura’” (WAIDMAN et al., 2009, p.98).

O respeito à religiosidade, à espiritualidade e às crenças pessoais dos familiares deve ser incorporado no planejamento de ações de cuidado no Caps II e nos demais serviços de saúde e de um modo geral, visto o poder restaurador e confortante de sentimentos como compreensão, afeto, bondade, carinho,

generosidade, e amor, o maior de todos, cuja nobreza, vem do exercício do cuidado, como diria Sérgio Pinho, vice-presidente da Associação Metamorfose Ambulante (AMEA), composta por usuários dos serviços de saúde mental do Estado da Bahia, seus familiares e trabalhadores de saúde.

Esta categoria nos fez perceber a capacidade de superação imanente ao ser humano, a possibilidade de tornar-se *um o outro*, por meio da valorização da vivência da espiritualidade e da confirmação de que “por ora subsistem a fé, a esperança e o amor - as três. Porém a maior delas é o amor” (I Cor 13, 13). Nesse contexto, concordamos com a canção de Ivan Lins que diz: “o amor tem feito coisas que até mesmo Deus duvida, já curou desenganado, já secou tanta ferida”.

Além do amor, as descrições dos familiares mostraram o poder da palavra de Deus para mobilizar força, impulsionar a transformação na vida das pessoas que necessitam do encontro com o outro, do diálogo, da intersubjetividade, para construir possibilidades de enfrentamento dos problemas da vida, estes muitas vezes promovidos apenas na relação com Deus, não por um desejo deles, mas até por falta de oportunidade e de inserção em outros espaços. Assim, reconhecemos a importância de outras leituras, mensagens, frases e palavras de motivação que podem trazer para os serviços de saúde mental a experiência da espiritualidade, sem o componente religioso, que pode afastar aqueles que não são adeptos das religiões.

Diante do exposto, percebemos que a espiritualidade promove abertura ao outro, ao reconhecimento de que a família precisa de ajuda, considerando as cruzes e tempestades que precisam enfrentar, ou seja, muitos sofrimentos podem ser compartilhados, por meio do diálogo e da convivência, que favorece o cuidado do outro e de si, que se dá ora como divindade, através de sentimentos, ora como humanidade, por meio da militância político-social. Nesse sentido, a espiritualidade torna-se componente essencial para aqueles que desejam desbravar o mundo e iluminar possibilidades de cuidado à família de pessoas em sofrimento mental.

5.4 CATEGORIA 4: A PASSAGEM DA CIDADANIA INVISÍVEL AO *EMPOWERMENT* POSSÍVEL

[...] o ser não é dado, mas aparece ou
transparece através do tempo.
(MERLEAU-PONTY, 2004)

Esta categoria destaca a noção de cuidado à família de usuários do Caps II na perspectiva do *empowerment*, como um processo coletivo, que segundo Vasconcelos (2003), implica em:

- a) considerar a complexidade do *poder* como fenômeno teórico, político, social e subjetivo;
- b) utilizar interpelações diferenciadas para “recrutar sujeitos, entre indivíduos”;
- c) propor estratégias não lineares e não cumulativas, mas, ao contrário, “constituir arenas de conflitos dinâmicas, relacionais e sem distinções claras [...] para grupos sociais envolvidos” (VASCONCELOS, 2003, p.59).

O modo como ocorre o *empowerment*, na perspectiva de Vasconcelos (2003, 2009), coaduna-se com a noção merleau-pontyana de intersubjetividade, que implica na produção do conhecimento. As descrições dos familiares do estudo mostraram que eles trazem, em sua imanência, o desejo de exercer a cidadania. Porém a personalidade, carregada de preconceitos e rótulos, historicamente influenciada pela cultura manicomial, implica em silenciar o ser cidadão.

A criação de contextos de intersubjetividade, por ocasião das entrevistas do estudo, contribuiu para diminuir o sentimento de impotência e subestimação, por meio da criação de espaços dialógicos e de afetividade nos quais os familiares desvelaram os cidadãos invisíveis existentes em sua natureza impessoal e fizeram ver o potencial desses espaços para a promoção do *empowerment*, conforme podemos observar nas falas a seguir:

[...] A prefeitura tem a obrigação de repassar a verba, dar a infraestrutura, esse que é o convênio; os profissionais de lá também serem bons profissionais de promover essas atividades como profissionais, e a família também. [...] nosso (Caps) é mais largado, porque as pessoas são mais simples, ninguém reclama, [...] O que precisa é que as pessoas que trabalham lá tenham mais apoio, não só da família, mas também do poder público, [...] a gente tem que ir buscar o que é de direito, porque o político ou o poder público é responsável também, cada um faz a sua parte [...] (Colibri)

[...] acho que tem necessidade de colocar mais gente pra ter um cuidado melhor, porque o Caps cuida, mas poderia cuidar melhor; (...) se tivesse subsídios, repasses, alguém cuidando também do Caps, que é a parte

política, a parte social, o bem-estar social, unificar forças pra poder não deixar que o Caps se acabe, porque a tendência se continuar assim é acabar [...] (Guriatã).

[...] um funcionário do Caps estes dias, a gente conversando, eu falei: estou lutando pelo Caps, [...] uma pessoa de lá me falou assim: eu não estou nem aí pro Caps. [...] os profissionais não estão dando mais aquela importância como antes, atenção à família, [...] o Caps tinha tudo, hoje, a gente não vê mais isto. Os profissionais, a gente chegava lá, todos estavam lá. [...] é difícil ter uma reunião pra discutir os problemas, [...] as reuniões não estão ocorrendo mais, mesmo não tendo os profissionais, os poucos que tem, a coordenadora lá que é formada em enfermagem, pelo menos tem ela [...] (Canário da Terra).

Tais descrições apontam diferentes significações para a prática do “cuidado” no Caps II, mas os familiares parecem responsabilizar os gestores municipais e trabalhadores de saúde mental pela ineficiência do serviço. Estudo anterior revela que a falta de comprometimento de trabalhadores de Caps II pode estar relacionada à falta de motivação, à insatisfação salarial, a interesses pessoais e a flexibilizações informais da carga horária, em decorrência da “perda de rumo do projeto institucional, em etapa posterior” ao período de implantação, “atribuída à intervenção negativa da gestão municipal” (NUNES et al., 2008, p.190).

Ao afirmar que a trabalhadora “não está nem aí pro Caps”, e realçar a não-realização das reuniões pela equipe, Canário da Terra fez ver que os técnicos podem manter uma postura manicomial dentro de um serviço substitutivo (COSTA-ROSA, 2000; ONOCKO-CAMPOS, 2006; LEÃO, 2006; HIRDES, 2009a; MIELKE et al., 2009; VASCONCELOS, 2010).

Essa postura manicomial, além de influenciar os gestores e os trabalhadores, revela-se na conduta da família que, embora reivindique a inclusão social da pessoa em sofrimento mental, não a reconhece como sujeito do cuidado. Observamos uma contradição nas falas dos familiares, pois, ao mesmo tempo em que enfatizam a importância da corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e família na efetividade das ações no Caps II, não incluem a participação dos usuários no processo, evidenciando o preconceito da própria família em relação à pessoa em sofrimento mental. Ao comentar que ninguém reclama ou luta pelos direitos dos usuários do Caps II, porque estes “são mais simples” do que aqueles que frequentam outros serviços, os familiares reforçaram a tese de que a pessoa em

sofrimento mental possui um corpo institucionalizado, vivenciado como objeto (BASAGLIA, 2005).

O contexto das descrições revela que a família reconhece a responsabilidade dos poderes públicos com relação ao Caps II, pela inadequação da infraestrutura e pelo número insuficiente de trabalhadores, que pode produzir impacto negativo na relação da família com os trabalhadores. Os familiares destacam a necessidade de retomar o vínculo afetivo que existia quando o Caps II contava com melhor infraestrutura e equipe mínima, como afirma Canário da Terra: “já não dão atenção à família como antes”. Nesta fala, percebemos que, assim como o usuário do Caps II, a família também necessita de atenção, acolhimento e inclusão.

Ao lidar com as cargas referentes ao processo de viver, a família, que já apresenta suas “pressões, confusões e estresses”, geralmente adiciona às dificuldades intrínsecas à doença e ao sofrimento mais frustração, ansiedade, angústia, irritabilidade, sacrifício de projetos de vida, exaustão, revolta, entre outras, o que aumenta as necessidades de apoio e suporte à família que vivencia essa experiência (VASCONCELOS, 2003, p.24). Isso ocorre em virtude da coexistência de sentimentos entre a própria pessoa em sofrimento mental e seus familiares.

O reconhecimento, por parte da família, quanto à necessidade de adequação do Caps II ao modelo da saúde mental, para que o cuidado ao usuário ocorra nessa perspectiva, implica também em um cuidado à família e, neste sentido, o cuidado aparece como experiência intercorporal, embora a família pareça não perceber a intersubjetividade inerente ao cuidado que extrapola o contexto do serviço. Assim, ao reivindicar atenção, acolhimento e inserção no Caps II, os familiares já não fazem uso de um *eu*, mas de *um nós*, pois são orientados por um sentimento que exprime a coexistência da família.

Deste modo, a intersubjetividade constitui uma condição essencial ao cuidado, na perspectiva do *empowerment*, pois, à medida que nos envolvemos na experiência do cuidar, percebemos os elementos que lhes são necessários. Logo, percebemos que este processo ocorre na coletividade, cuja

[...] estrutura de suporte, além de ser constituída pelas redes sociais informais formadas pelas relações familiares, comunitárias e de amizade, vem sendo reconstruída também pelos grupos e associações de usuários e familiares, que vêm se organizando em verdadeiros movimentos sociais,

com forte mobilização em vários países e mesmo com elos intensos de comunicação e interligação internacional. (VASCONCELOS, 2003, p.25).

Portanto, percebemos, no contexto de realização do estudo, a necessidade de investimento em ações de educação em saúde para usuários e familiares, no sentido de construir uma noção de cidadania que seja capaz de mobilizá-los em prol da luta pela efetivação de direitos. Tais ações educativas incluem a construção ou a ampliação de redes de suporte social para as famílias de pessoas em sofrimento mental, uma vez que o processo de construção histórica do cuidado a estas pessoas foi permeado “pela existência de instituições e formas anacrônicas, segregadoras, violadoras dos direitos de cidadania e com efeitos mortificadores e violadores do eu” (VASCONCELOS, 2003, p.24), tal como mostra a fala de Periquita, ao fazer ver o que significa ser cidadão para ela, conforme está explicitado na fala:

[...] Ser cidadão é ser uma pessoa de bem, assim, uma pessoa que pode sair para qualquer lugar, não tem nada que preocupa. Cada um que tem seus deveres pra fazer tem que cuidar, não é deixar de lado, ter o direito de fazer o que tem que fazer. [...] acho que o direito deles (familiares) é ir atender o que eles falam lá (Caps) e não ficar caçando confusão, ficar brigando essas coisas. [...] (como conquistar direitos?) lutando, trabalhando num canto, trabalhando em outro, se precisar de uma ajuda vai a uma pessoa com condição de ajudar [...] (Periquita).

Essa noção de cidadania não reflete a concepção crítico-social do termo, mas, ao contrário, uma postura de alienação e dominação. Tal postura de submissão foi revelada por Periquita ao afirmar que os familiares devem atender as determinações dos trabalhadores do Caps II, sem questionamento, traduzindo um sentimento de não-cidadania, em que até o direito mostra-se como dever. Esta situação confirma “a tendência de familiares/usuários dos serviços de saúde contornar e rejeitar a perspectiva de um confronto direto com os trabalhadores de saúde e com os dirigentes dos serviços” (ROSA, 2009, p.165).

Embora alguns tenham demonstrado uma postura de submissão e passividade, outros revelaram uma posição mais crítica, apontando a importância da participação da família na reestruturação do Caps II, de modo que a experiência do cuidar promova o exercício da cidadania e *empowerment*, desvelando o desejo imanente dos familiares de atualizarem vivências e assumirem a

corresponsabilidade pela mudança da realidade, inclusive por meio de sugestões para a organização do serviço, como percebemos a seguir:

[...] falta para a família dos usuários, por exemplo, a assistente social, o bem-estar social, a secretaria de saúde tem que dar um pouco mais de atenção às famílias dos usuários do Caps e acredito assim, precisa ser ouvida, precisa ter reuniões [...] (Guriatã)

[...] Não tem que deixar este programa morrer, tem que ser reavivado, [...] dizem que barco parado não ganha frete, [...] a gente tem que continuar pra subir [...] Nunca vi uma coisa dessa, ali tem as máquinas que está tudo lá, tinha muita gente ali que trabalhava na máquina, costurando as coisas, agora as máquinas nem vê, está tudo lá, as máquinas, vai saindo devagarinho, aí vai esquecendo. Tem que continuar [...] (Sabiá)

Na descrição de Sabiá, percebemos que ela sente a necessidade de que ações desenvolvidas no Caps II tenham uma continuidade. Ao retomar as vivências da oficina de costura, que naquele momento estava desativada, visualizou uma possibilidade futura de inserção de mães nesse tipo de oficina. Assim, percebemos, na fala de Sabiá, à luz do pensamento merleau-pontyano, uma visão retrospectiva, uma característica do processo intencional em que retomamos os vividos retidos e lançamo-nos ao futuro (MERLEAU-PONTY, 2006). A sugestão de Sabiá, além de favorecer a inclusão da família nas ações do Caps II, reforça a proposta de Guriatã de que deve haver coparticipação de familiares, usuários e trabalhadores no planejamento e implementação do cuidado.

As descrições mostram o Caps II como lugar para o cuidado ao usuário e, neste sentido, deve possibilitar escuta, aceitação, orientação e inclusão da família, de modo a prepará-la para o cuidado ao usuário. No entanto, estudos mostram que o Caps II deve ser também um lugar de cuidado à família, de encontro, de acolhimento, de produção de intersubjetividade, de compartilhamentos de saberes e de cuidados para diferentes atores sociais (HIRDES; KANTORSKI, 2005; NUNES et al., 2008; MORENO, 2009). Nesse sentido, os familiares percebem a necessidade de consolidar o Caps II como um espaço aberto para agregação de diferentes atores e novas propostas de reabilitação psicossocial para seus usuários, conforme percebemos nas falas:

[...] acho que eles fecham muito para o cliente que está lá no serviço, será que ele vai ser cidadão só ali naquele ciclo, eles fazem atividades extra-Caps, fora Caps? [...] A política tem que fazer isso, os gestores tinham que

incentivar, primeiro incentivar os profissionais e abrir os caminhos pra eles trabalharem, [...] se eles tem o poder na mão, os políticos estão aí pra isso, tem o poder de governar, então eles poderiam abrir [...] (Canário Belga)

[...] todas as atividades já existem, existem dentro do estatuto (portaria GM nº 336/02), mas não existe na prática, o único profissional que tem lá é Angico, as outras atividades deixaram de existir porque os profissionais não estão indo mais, porque não estão sendo remunerados [...] (Canário da Terra)

Nessas falas, os familiares fizeram ver a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade para a organização do serviço (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003; BRASIL, 2004a; NUNES et al., 2008; VASCONCELOS, 2010; DELGADO, 2010), em conformidade com a portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2004a), revelada, por um lado, como uma necessidade do mundo cultural, que normatiza e estabelece parâmetros de funcionamento para os serviços de saúde e, por outro, como um sentir que tem a ver com a satisfação de necessidades afetivas e emocionais que poderiam ser supridas caso houvesse uma equipe maior.

Nesse sentido, Canário da Terra ampliou o horizonte, fazendo ver possibilidades de ocorrer uma mobilização social em benefício do Caps II, desde que estejam dispostos a “[...] abrir mais o Caps pra sociedade, estagiários das escolas de enfermagem, que queiram ajudar”. Essa iniciativa corrobora a orientação da portaria GM nº 336/02 que incentiva a utilização de recursos da comunidade e o envolvimento de pessoas, instituições ou grupos organizados nas ações desenvolvidas pelo Caps (BRASIL, 2004a).

Com relação à interdisciplinaridade, conforme o que dispõe a mesma portaria, os familiares mostraram a dificuldade dos trabalhadores em desenvolverem ações com esta perspectiva, visto haver, no período em que o estudo foi desenvolvido, apenas uma enfermeira/coordenadora, uma assistente social, três técnicas de enfermagem, duas auxiliares de serviços gerais, um porteiro, um médico e um artesão. A esse respeito, os familiares desvelaram ainda que o número reduzido de trabalhadores também caracteriza-se como um obstáculo à inclusão do cuidado à família no Caps II, conforme demonstram as falas a seguir:

[...] lá só tem a coordenadora, o artesão, e a menina (técnica de enfermagem), que é enfermeira e faz a distribuição dos medicamentos, [...] a assistente social estava faltando, chegou agora, a psicóloga não tem

mais, está faltando tudo, não tem as pessoas que ficam na área, a gente não vê pessoas pra ficar acompanhando o paciente [...] (Canário da Terra)

[...] somente as meninas, funcionárias do Caps, as enfermeiras, que trabalham a enfermagem ali com aqueles pacientes [...] (Sabiá)

[...] a política complementa auxiliando mais essa questão do cuidado à família no Caps, porque a quantidade de funcionários está muito defasada, assim, as pessoas que trabalham, profissionais mais específicos, outras categorias, que poderiam estar ali trabalhando também [...] acho que está faltando essa questão, que fica muito sobrecarregado para Angico [...] (Canário Belga)

Estas descrições, além de evidenciarem alguns prejuízos nas ações do Caps II, em decorrência da redução do número de trabalhadores, mostraram um perfil do cuidado de enfermagem que corrobora o pensamento de alguns autores que discutem o papel do enfermeiro. Nesses trabalhos, ressalta-se a hegemonia do modelo biomédico, reducionista, de caráter impessoal e fragmentado, baseado na divisão de tarefas. O modelo, em que as técnicas de enfermagem cumprem as prescrições médicas, por meio de distribuição, administração e controle do uso de medicamentos, enquanto a enfermeira fica responsável pelo gerenciamento da unidade e pela coordenação das ações da equipe, é descrito em diversos estudos que versam sobre o assunto (SENA et al., 2008; WALDOW, 2008, 2010).

No entanto, as falas dos familiares mostram a necessidade de o cuidado no Caps II estar pautado em ações mais amplas, extrapolando as práticas tecnicistas, voltadas apenas para os aspectos biológico e físico do sofrimento mental, avançando para a promoção de ações políticas, educacionais, socioculturais, entre outras. Colibri traz à reflexão o desejo dos familiares de participarem como sujeitos ativos na organização do serviço, ao comentar que: “[...] eu sugeri à comissão, todos acharam uma boa porque ia ajudar, mas também ninguém se dispôs a construir a comissão porque se acostumaram com o pouco que recebe”, e confirma o estudo que mostra que a participação em comissões de Reforma Psiquiátrica e/ou Conselhos Gestores constitui-se uma possibilidade de integração família-serviço (ROSA, 2009).

Para tanto, percebemos a necessidade de os trabalhadores incentivarem e apoiarem esses sujeitos na construção de projetos de vida, de saúde e de enfrentamento de necessidades, na perspectiva da atenção integral, que se

concretiza na intersubjetividade (SENA et al., 2008; AYRES, 2009; WALDOW, 2010). Dessa maneira, o cuidado se estende para além da caridade, que expressa a negação de direitos e é praticado por meio de ações solidárias, pautadas na negociação de conflitos e na abertura ao outro, de forma que fará ver cidadãos autônomos e seguros onde antes existiam cidadãos invisíveis (MERLEAU-PONTY, 2002; VASCONCELOS, 2003; VALENTINI JR.; VICENTE, 2010). Para esses autores, ao tornar-se sujeito de direitos, o homem que vivencia a condição de opressão, pobreza ou exclusão começa a perceber os sentimentos humanitários como solidariedade, como coexistência, conforme observamos nas falas abaixo:

[...] Cajá (usuário) já estava cismando, dizendo que Sapucaia (trabalhadora) conversava que ela não tratava bem, então se trocasse, seria bom, porque ele já acostumou com ela, inclusive, ele gosta muito dela, mas ele estava dizendo: é mãinha não está bom porque Sapucaia só fica mandando a gente fazer coisa. Eu digo: mas ela fica mandando fazer coisa pra lhe ajudar; mandava lavar moto, mandava fazer não sei o que, ai já é uma atividade, eu acho isso bom, entendeu, já isso eu acho muito bom, e sobre trocar, como eu acabei de te falar, eu gosto por causa disso. (Papagaio)

[...] Os funcionários também é aquela coisa, um deles já me disse inclusive que um familiar é discriminado no Caps, tratam mal, não quer ela lá, eu não sei por que, eles (familiares) são ignorantes, não tem consciência, não participam (Canário da Terra)

As descrições mostram que, enquanto Papagaio continuava percebendo as ações do Caps II como caridade, como forma de entreter, Cajá começava a expressar insatisfações com relação à postura da trabalhadora que o mandava “fazer coisas para lhe ajudar”. Assim, ao refletir sobre a possibilidade de substituição de trabalhadores que parecem não estar preparados para atuar em Caps II, Papagaio demonstra ambiguidades na fala: por um lado, uma postura de passividade, ao aceitar que a trabalhadora delegasse tarefas ao filho; por outro lado, demonstra insegurança e medo com relação ao que pode acontecer, em virtude do estranhamento do filho pela atitude da trabalhadora.

Essa situação mostra-nos que a postura de submissão de alguns familiares, que continuam acreditando na ideia de que “é melhor isto do que nada”, acaba por invalidar qualquer crítica por parte da família com relação ao serviço (VALENTINI JR.; VICENTE, 2010, p. 49). No caso específico de Papagaio, parece haver um reconhecimento, por parte do usuário, da negação de direitos já conquistados, que garantem a proteção à pessoa em sofrimento mental, contra

qualquer forma de abuso e exploração, como foi determinado pela lei nº 10216/01 (ANEXO A).

Além disso, a fala de Papagaio reforça a noção de que até mesmo nos serviços substitutivos existe o risco de institucionalização, principalmente se as atividades terapêuticas são utilizadas como entretenimento, como uma forma de se manterem dentro da cultura manicomial (SARACENO, 2010), considerando o constrangimento, baixa autoestima e frustração que tanto o usuário do Caps II como seus familiares podem experimentar.

Com relação à fala de Canário da Terra, percebemos o que é silenciado como resultante tanto do fato de se sentirem vítimas quanto de estarem revoltados, já que até mesmo as pessoas com mais acesso a informações sobre os direitos e deveres de cidadania, algumas vezes “optam” por calar-se frente a algumas situações. Contudo precisamos atentar para o fato de que a ausência de palavra nem sempre significa consentimento. Com base na filosofia merleau-pontyana, que aborda a influência da cultura na construção da personalidade, compreendemos que o silêncio que aparece nos gestos e atitudes da família demonstra a influência da cultura manicomial ainda presente nos serviços substitutivos.

A solidariedade e a sensibilidade dos trabalhadores poderão abrir possibilidades para uma nova percepção sobre o cuidado em saúde mental. Esta nova orientação inclui a participação e o envolvimento da família nas ações propostas e, para tanto, as práticas de cuidado devem estar voltadas para a criação de contextos de intersubjetividade, em que as relações dialógicas configuram-se como essenciais para que possam “ouvir o silêncio que grita, o qual só pode ser escutado com o coração” e revela o entrelaçamento de vivências (GIRONDI; HAMES, 2007, p.371).

Esse entrelaçamento de vivências, que ocorre na intersubjetividade, possibilita o surgimento de *um outro eu mesmo*, como conquista de si e promove uma abertura de possibilidades para o reconhecimento de um segundo espectador do mundo (MERLEAU-PONTY, 2002). Isto quer dizer que, por meio da intersubjetividade, os familiares podem perceber-se como *um eu posso*, e reconhecer o potencial transformador inerente às relações humanas, que possibilita o *empowerment* e a transcendência de uma postura de alienação à crítico-reflexiva da realidade.

Contudo, percebemos, na fala de alguns familiares, um discurso ainda investido de alienação, dependência e incapacidade para a participação nas mudanças no Caps II, como observamos nos trechos a seguir:

[...] cuidar melhor ali (providenciar) alguma coisa se tiver faltando, [...] acho assim não só são vocês. Uma vez, você não tava ali no dia, o Caps estava todo assim desarrumado, foi um homem lá e falou que todo mundo tinha que ir pra câmara de vereadores, e foi aquele comentário [...] eu disse eu não vou não, vou pedir a Deus, orar a Deus pra Deus fazer o que for melhor aqui, mas pra ir pra lá, ser contra ninguém, não sei o dia de amanhã [...] eu não sei se eu fiz bem ou se eu fiz ruim, agora que eu fui, eu não fui não [...] (Papagaio)

[...] eles não gostam do Caps, políticos não gostam. [...] quando fazem as reuniões deles, comunicam sobre as atividades deles, eles não entra neste assunto, o debate deles é na câmara de vereadores, é prefeito e tudo, debatem outras coisas, mas esta parte aí está fora. (Sabiá)

A fala de Papagaio fez ver sua tendência de ser para o mundo da cultura manicomial em que o poder de transformar a instituição, as coisas e as pessoas estava sempre na dependência de um superior, geralmente o psiquiatra ou até mesmo Deus, que aparece relacionado à figura de um salvador, visto como um para eles e não um com eles (BARRETO, 2008). Para este autor, se o problema é compartilhado, as soluções também devem ser partilhadas comunitariamente. Elas tornam-se mais claras à medida que conseguimos colocar dúvida na convicção das pessoas, tornando-as mais receptivas às experiências intersubjetivas que ampliam o conhecimento e promovem *empowerment*.

Já a fala de Sabiá constitui-se numa confirmação da necessidade de os trabalhadores do Caps II desenvolverem ações de cuidado levando em consideração a intersubjetividade e o potencial *empowerment* presentes em tais práticas. A descrição de Sabiá desvela a ausência de discussões do Poder Legislativo municipal com relação ao Caps II, reflete a importância de os gestores colocarem em pauta os problemas referentes ao serviço, concordando com autores que argumentam a favor da necessidade de o tema exclusão/inclusão social ser priorizado nas rodas de discussões referentes às políticas de saúde mental, bem como às políticas de saúde de modo geral (SILVA; BARROS, OLIVEIRA, 2002).

Nessa perspectiva, percebemos que, ao mesmo tempo em que os familiares reconhecem a necessidade de haver um investimento maior por parte dos

poderes constituídos, quer sejam legisladores, Secretaria de Saúde ou até mesmo os trabalhadores, desvelam sentimentos de opressão e insegurança com relação às possibilidades de inserção da família no Caps II, os quais silenciam os cidadãos imanes e determinam a postura de passividade e comodismo, refletida na fala de Papagaio que aponta para um salvador, Deus, único ser capaz de superar o estado de desorganização em que se encontra o serviço e, nesse sentido, é como se ela estivesse à espera de um milagre.

Desse modo, percebemos nas atitudes de Papagaio a incorporação da tese de que as pessoas com sofrimento mental e seus familiares, geralmente submetidas a relações de opressão, dominação e discriminação social (VASCONCELOS, 2003), são incapazes e despreparadas para a produção do cuidado, de modo a esperar que “o doutor, que estudou pra isto, ofereça a solução” (ROSA, 2009, p.174). Esta tese caracteriza-se como “ideologia fatalista e imobilizante que [...] insiste em nos convencer de que nada podemos contra a realidade social que, de histórica e cultural, passa a ser ou a virar quase natural” (FREIRE, 1996, p.19), e impõe o medo, a frustração e outros sentimentos que parecem coexistir no Caps II, inclusive entre os trabalhadores, como percebemos nas falas a seguir:

[...] eles não têm autonomia, têm medo, porque a psicóloga falava tanto, eu descobri que ela era efetiva, então, ninguém tira ela teoricamente [...] são muito vulneráveis a essa coisa de política, de mudança de cargo, e disse que a gente não pode falar não, se não bota lá para o km 3, para fazer os piores trabalhos, então, tem que ficar calado, muita coisa assim acaba fragilizando o próprio Caps [...] (Colibri)

[...] o problema do vínculo [...] cada período que o político passa administrando o município ele tem um profissional de sua confiança, [...] têm profissionais que a gente vê que não têm aquela determinação, o esforço de avançar, [...] a fórmula do cuidado no Caps é a troca de profissionais constantemente [...] (Canário da Terra)

[...] às vezes o funcionário [...] veio transferido de outros lugares e dali qualquer coisa ele é transferido pra outro e pra outros, o que interfere muito porque a familiarização entre as famílias e os funcionários, o próprio usuário influi sim, porque se eu chego em um lugar e não conheço ninguém eu fico atrapalhado, e a mesma coisa também acontece com os usuários [...] (Guriatã).

As descrições revelam a interferência da política partidária na contratação dos trabalhadores do Caps II. Essas interferências, além de incerteza com relação

às mudanças em tempos de eleição, conduzem ao medo de os funcionários serem remanejados se “falar demais”. Para os familiares, esta situação implica na desvinculação entre trabalhadores-usuários-famílias e torna-se extremamente prejudicial, na medida em que fragiliza as ações de cuidado no serviço. Tal percepção confirma a tese de que a alternância de poder na esfera do Executivo municipal pode constituir-se em um obstáculo ao processo de construção da atenção psicossocial, haja vista a forma precária e frágil com que os serviços estão organizados (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Nesse contexto, os familiares mostram ainda que essa situação tenha produzido insegurança, medo, angústia, entre outros sentimentos, decorrentes da constante interrupção do vínculo com os trabalhadores, além de demonstrar um sentimento de compaixão para com estes que, na percepção dos familiares, trabalham no serviço por força de vontade, determinação e coragem, em função da insegurança no emprego, conforme está descrito nas falas que se seguem:

[...] Muita coisa é feita por boa vontade, também, igual aquele porteiro dali, recebe as pessoas com amor, dá conselhos e tudo, eu gosto do modo dele, [...] fica com amor. O artesão, então, quando Cacau (usuário) chega lá desesperada, ele manda vir embora para casa. [...] as meninas (técnicas de enfermagem) tem aquele cuidado, pega os prontuários deles tudo, estão ali se for para dá remédio, se for para passar pelo médico elas botam, se for para passar exame para fora [...] as que dão a medicação são ótimas também, porque eles estão trabalhando, é obrigação de todos ali [...] (Sabiá)

[...] se não gostar do outro não ajuda, se não gostar como é que vai ajuntar para fazer o que precisa dentro do Caps, mesmo mexer com aquela papelada toda, que elas mexem, ler aquilo ali tudo, tem que ser tudo amigo mesmo, porque um ajuda o outro ali tem mais a ver com a boa vontade, [...] (dinheiro?), mas não é muito não porque dinheiro elas podem sair dali e trabalhar em outro lugar, e elas que escolheram ficar ali, então é porque elas têm boa vontade [...] (Periquita)

[...] Os políticos devem fazer uma coisa mais legal para os profissionais, para os doentes. Eu acho assim, se eles trabalham lá é porque eles gostam do trabalho. Pelo salário tem que ter também, porque ninguém vai trabalhar de graça hoje [...] (Pássaro Preto).

Portanto, as falas desvelam ambiguidades relativas às motivações dos trabalhadores que atuam no Caps II. Embora orientados pela impessoalidade, os familiares tentam evidenciar o fato de que os trabalhadores executam as atividades

por amor, boa vontade e compaixão, e, revelaram, pela personalidade, que tais trabalhadores continuam no serviço porque precisam de salário.

Assim, as falas fazem ver que instabilidade no emprego leva à aceitação passiva dos trabalhadores do Caps II com relação a desestruturação do serviço, atitude que pode ser compreendida como um silêncio que grita. Este aspecto pode interferir nas relações interpessoais no serviço, envolvendo trabalhadores, usuários e familiares, relações que são permeadas de medo e insegurança, e refletem na falta de vínculo entre estes atores.

Nesse contexto, indagamos: como poderíamos perceber, na fala dos familiares, o que sentem os trabalhadores? Encontramos resposta na filosofia merleau-pontyana, por meio da qual compreendemos a coexistência de vários sentimentos entre estes e os familiares, da mesma forma em que vivem no espaço da cultura, cujo

[...] mundo lingüístico e intersubjetivo não nos espanta mais, nós não o distinguimos mais do próprio mundo, e é no interior de um mundo já falado e falante que refletimos. Perdemos a consciência do que há de contingente na expressão e na comunicação, seja junto à criança que aprende a falar, seja junto ao escritor que diz e pensa pela primeira vez alguma coisa, seja enfim junto a todos os que transformam um certo silêncio em fala (MERLEAU-PONTY, 2006, p.250).

Dessa maneira, por meio da intersubjetividade, os familiares fizeram ver que as palavras não ditas pelos trabalhadores guardam no silêncio um sentido, que aparece como um todo e pode ser compreendido, à luz do pensamento merleau-pontyano, como um descortinar do tecido intencional (MERLEAU-PONTY, 2006), ou seja, o silêncio dos trabalhadores pôde ser compreendido por meio da universalidade do sentir e possibilitou aos familiares experimentar uma vivência de que nem sempre o silêncio consegue velar os sentimentos. Isso porque:

Atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007, p.45).

Para os autores citados, mesmo na ausência da fala ocorre comunicação, considerando que todo comportamento tem poder de comunicação. Nesse sentido, o fato de os trabalhadores continuarem exercendo atividades no Caps II, em

condições precárias de serviço, pode revelar inúmeros perfis e se coaduna com o pensamento merleau-pontyano de que, a cada vez que nos questionarmos sobre determinados gestos, mais figuras serão deslocadas do fundo, bem como se tornarão fundo para que apareçam outras figuras, como algo sempre inacabado e sempre novo (MERLEAU-PONTY, 2006).

Nessa perspectiva, fomos impulsionadas a pensar nas ambiguidades que perpassam o ser trabalhador no campo da saúde mental que, se por um lado é enriquecedor e estimulante, por outro, é altamente desafiador, acentuando os conflitos entre uma cultura profissional já constituída e experimentada (VASCONCELOS, 2003), o que exige determinação e desejo de superação de uma postura tecnicista, que trabalha a *clínica clínica*, para adotar uma *clínica ampliada*, que leva em conta que os sujeitos são territórios existenciais (CAMPOS, 2007) e sugere aos atores sociais que participam do contexto de cuidar que construam espaços de intersubjetividade e de produção de novos saberes e práticas.

Dessa maneira, consideramos que a percepção de sujeitos como intersubjetividade constitui um passo importante para a implementação de uma clínica ampliada e implica no *empowerment* dos sujeitos que, por serem ambíguos, também experimentam o *empowerment* como uma vivência ambígua que, embora ocorra no âmbito da impessoalidade, da vivência de sentimentos como solidariedade, partilha, amor à coletividade, impõe também um apelo à pessoalidade, a um mundo cultural que envolve valores, normas, costumes e tradições, identificados nas ações de todos os atores sociais envolvidos, direta ou indiretamente, na produção do cuidado no Caps II.

Assim, a ação de cuidar, na perspectiva do *empowerment* envolve os dois polos da natureza humana, a impessoalidade e a pessoalidade, o que resulta no crescimento progressivo e inacabado, pois os sentimentos impulsionam novos atos e estes produzem novos sentimentos e, assim, sucessivamente. Com relação à cidadania, de que o senso comum, historicamente, enfatiza o exercício de direitos e não o cumprimento de deveres, nossa experiência de diálogo com os familiares que participaram do estudo fez ver a importância das práticas intersubjetivas para o *empowerment* e o reconhecimento do lugar da família como corresponsável pelo cuidar no Caps II.

Portanto, o cuidado à família de usuários do Caps II, na perspectiva do *empowerment* e de sua corresponsabilidade no cuidado de si mesma impõe

questionar, discutir e exercitar o respeito mútuo, e construir, coletivamente, caminhos que favoreçam a experiência da superação e da transformação, como seres históricos, sempre em situação de transcendência.

Neste sentido, por meio do cuidado, podemos lançar o sujeito em direção àquilo que sabemos e ele ainda não compreende, bem como orientarmo-nos em direção ao que vamos conhecer. Essa perspectiva ocorre como intersubjetividade, favorece a expressão de emoções e necessidades de cuidado e mostra o poder criador e renovador da relação, da coparticipação dos diferentes atores sociais no planejamento e implementação de práticas de cuidado em qualquer território, geográfico ou existencial.

Essa forma de olhar a família no contexto da saúde mental no Caps II permitiu-nos perceber que, quanto mais aberta a família estiver ao diálogo, ao acolhimento e à aceitação de que somos o outro do outro, mais vínculos serão estabelecidos, no sentido da produção coletiva do cuidado. Tal olhar provoca um descentramento na percepção da relação eu-outrem-coisas, desvelando novas possibilidades de vivenciar o cuidado e produzir vida.

5.5 CATEGORIA 5: O CAPS II COMO CAMPO FENOMENAL

A explicitação que tinha posto a nu o mundo vivido, aquém do mundo objetivo, prossegue em relação ao próprio mundo e, põe a nu, para aquém do campo fenomenal, o campo transcendental (MERLEAU-PONTY, 2006, p.94).

Nas falas em que esta categoria se destaca, os familiares do estudo fizeram ver que o cuidado não deve ser pensado como um objeto em si, do qual os trabalhadores de saúde se utilizam para prestar assistência a alguém, mas uma unidade em que usuários dos serviços, familiares e trabalhadores se reconhecem como intersubjetividade e, sendo assim, todos podem assumir tanto o papel de cuidador quanto o de ser cuidado, pois o cuidado configura-se como uma universalidade compartilhada por todos os envolvidos.

Nesta perspectiva, o cuidar de uma família que vivencia o sofrimento mental não deve constituir uma mera repetição de técnicas e procedimentos que os trabalhadores reproduzem no cotidiano de suas práticas, como algo estático, mas

algo criativo que aparece como vivência de campo: um todo que se manifesta, a cada prática de cuidado, como algo autêntico e que se constrói infinitamente

Assim, o cuidado não está com alguém ou em algum lugar, mas se vela e desvela na intersubjetividade, contexto em que até mesmo o que parece descuido pode tornar-se cuidado. Tal dinâmica somente é possível graças ao processo intencional, que faz com que as experiências passadas possam ser retomadas espontaneamente no presente, de forma mais criativa e gratificante (MERLEAU-PONTY, 2006). Assim, o cuidado ocorre como coexistência e nos permite ver o misterioso vínculo que se estabelece por meio do diálogo.

No diálogo estabelecido com os familiares durante as entrevistas, percebemos que as relações estabelecidas no Caps II constituem campo fecundo para a construção de contextos de intersubjetividade e para o desenrolar da teia intencional, que faz aparecer diversas possibilidades de cuidar e ser cuidado. Portanto, constitui também um espaço adequado para fazer ver ambiguidades, bem como um inacabado em tudo o que fazemos, frente ao esforço infinito do processo de objetivação que só pode ser relativa, já que, quando percebemos algo, o fazemos de modo enovelado, como expressão da unidade figura-fundo, que constantemente oculta e mascara, fazendo o mundo sensível e o mundo cultural aparecer sempre como corpo próprio (MERLEAU-PONTY, 2006), como observamos nas falas a seguir:

[...] acho que (o Caps) ajudou, mas o que ainda me angustia, é não poder fazer mais ou não fazer [...] quando eu fui para o Caps [...] fiquei muito assim dependente das oficinas (que já aconteciam), e eu senti que Angico (trabalhador) não ficou a vontade, não me disse nada, mas eu senti, [...] disse: eu não quero ninguém atrás de mim para fazer o que eu faço. [...] resolvi fazer algumas oficinas de teatro com eles, eu perguntei, qual seria assim o tema? [...] falou o tema bíblico, mas porque ele é muito religioso, eu estava propondo um outro, [...] trabalhar com o tema dos animais [...] enfim, aconteceram outras coisas e eu me afastei, mas ainda tem essa ideia. [...] vou ter que colocar essa coisa do que eu sei fazer, depois eu acabei me afastando. [...] esperavam muito de mim, na verdade eu fui lá como uma cuidadora, ajudar com o que eu sabia, eu não fui lá como professora da universidade, então era um horror, eu me sentia até um pouco (constrangida), (pausa) eu não sei se também ele sentiu-se constrangido. (Colibri)

[...] não é só chegar lá (no Caps) [...] que tem que ter uma mudança ali tem, está precisando. [...] O pessoal que está ali dentro deve ter mais atenção, como fala, aqui é uma coisa na casa é outra. [...] quando eu cheguei aqui, me senti acolhida, me deram a maior atenção, Acácia, Figueira (trabalhadoras); depois disso, hoje não, hoje chega lá oi, oi, pronto, vai

passar pelo médico, veio pegar o remédio, aqui o remédio, pronto. (Beija-Flor)

Ao mesmo tempo em que desvelam o desejo de contribuir com o serviço por meio de ações que já fazem parte de seu cotidiano, os familiares revelam a dependência com relação aos trabalhadores, que aparecem em algumas descrições como detentores do conhecimento sobre o que é melhor para os usuários e para o serviço. Do mesmo modo, as falas demonstram sentimentos de insegurança, confusão, dúvida, culpa e constrangimento e corroboram o entendimento de que, quando os profissionais elaboram um modelo desejado para a participação/integração das famílias no Caps II, acabam produzindo tensão, já que a percepção dos profissionais quanto à forma de inclusão e o lugar que as famílias poderiam ocupar nem sempre corresponde ao desejo destas e às possibilidades reais (ROSA, 2009).

Assim, ao retomar a vivência em que Angico tentou direcionar a oficina de teatro para um tema bíblico, Colibri revelou que se sentiu constrangida e tensa com sua atitude. Ao mesmo tempo, desvelou um sentimento de insegurança com relação ao trabalho no Caps II, porque a tornava dependente do trabalhador e isso a inquietava, já que, embora, tentasse velar o seu ser professora, impunha-se um sentimento de cobrança, de culpa por não saber como agir ou o que fazer.

A perspectiva de aproveitar sua experiência com o estudo dos animais para desenvolver as oficinas, acabou mostrando a ambiguidade da vivência de Colibri, em que o desejo de sentir-se um com eles, demonstrar humildade e simplicidade, fez com que ela buscasse uma aproximação maior com o trabalhador. No entanto, a percepção de sua fragilidade frente à proposta de Angico, desvelou a possibilidade de fazer algo com que ela tinha afinidade, até como uma forma de não decepcionar a si mesma. Ao afirmar que estava lá como cuidadora e não como professora, fez ver o sentimento de cobrança, constrangimento e insegurança que apareceu como uma imposição da personalidade, conduzida também pela fala do trabalhador: “não quero ninguém atrás de mim”.

Tal situação demonstra, ainda, “o despreparo teórico, metodológico e ético dos trabalhadores para atuar com famílias” e, a tendência destes sentirem-se “meio doutor em família”, visto que, como humanos, viveram e sofreram, a vida toda, a influência das relações familiares (ROSA, 2009, p.174). Segundo a autora, este risco aumenta quando os familiares incorporam a tese de que os trabalhadores

estão preparados para garantir segurança e determinação no enfrentamento de questões que envolvem o cuidar, conforme aparece na fala de Canário Belga, ao refletir sobre quem deveria planejar as atividades de cuidar no Caps II, disse: é o pro-fis-si-o-nal, como fez questão de soletrar no momento da entrevista.

Além disso, percebemos que a incorporação dessa tese acaba por desvelar sentimentos de incapacidade, fracasso e medo, que bloqueiam os familiares no seu caminho para a transcendência a atitudes mais criativas, autônomas e independentes, a ponto de questionar a imagem do trabalhador como um semideus ou dono da verdade, como faz Canário Belga, impulsionado pelo sentimento de descuido produzido na relação com os trabalhadores do Caps II:

[...] a gente já tem o problema que o cliente que está lá, que é o familiar, já tem este transtorno e se a gente não tiver ninguém para auxiliar a gente, para orientar, a gente não consegue [...] são profissionais, mas não pensam, não tem o saber em todos os sentidos, saber cuidar dessa questão, não sei se com outras pessoas isso acontece, mas comigo não aconteceu [...] no Caps não existe vínculo nenhum [...] é complicado a família conseguir (participar do cuidado), eu discordo disso porque a gente sabe que o doente mental fica em segundo plano. [...] ela tem uma boa relação com a vizinhança, mas não tem condição de estabelecer um vínculo empregatício, ela não pode sair dali (Caps), ela tem esse amparo e se sente bem; até o próprio nome diz, profissionais do Caps, então, a família está recebendo assim o profissionalismo, eles estão ali capacitados pra trabalhar com a gente, estudaram pra trabalhar com a gente, então, eles sabem qual a melhor teoria a ser usada pra inserir a família. (Canário Belga)

A fala desvela sentimentos de alienação, dependência, obediência e insegurança, por parte dos familiares, que acreditam que o vínculo entre família e trabalhador deve ser construído por este, que deve responsabilizar-se também pela inclusão da família nas ações de cuidado. Canário Belga, por meio da afirmação de que Manga “não pode sair dali”, revelou ainda o preconceito e dogma social com relação à pessoa com sofrimento mental, bem como o sentimento de vitimização e incapacidade para o cuidado que, em sua percepção, depende dos trabalhadores. Até mesmo quando as descrições enfatizam a necessidade de inclusão da família, demonstram o papel dos trabalhadores na condução do processo, como percebemos nas falas:

[...] Todo mundo que souber uma coisinha, tiver uma profissão ajuda, se o Caps ordenar, tem que partir dos profissionais lá dentro. Eu acho que as pessoas também tem que raciocinar, pensar o que é melhor, estar na frente, obedecer. [...] acho que melhor do que ali não pode, tem todos os profissionais, bem quase eu não ando lá, [...] (Pássaro Preto)

[...] A família participa, porque elas chamam para fazer reunião [...] (os usuários) passam uma manhã, depois que sai dali eles (os profissionais) não tem mais responsabilidade, eles voltam para nossas casas, a responsabilidade é da gente, como eles explicam, dar o remédio certo, na hora certa [...] (Sabiá)

Contudo, as falas fazem ver que a inclusão da família nas ações de cuidado desenvolvidas no Caps II depende de sua disposição para superar teses e dogmas que a colocam em situação de alienação e tornar-se parceira no processo de transformação destas ações. Nessa perspectiva, os trabalhadores poderão ajudar a família, ao garantir orientação, acompanhamento e incentivo, de modo a ampliar sua capacidade de lidar com situações difíceis, reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade (AMARANTE, 1996), isso porque “a construção de vínculos fortes é parte essencial dos processos de mudança, implicando uma relação contratual, de direitos e deveres, entre todas as partes envolvidas” (MELMAN, 2006, p.95).

Ao contrário, os paradigmas que excluem a família da relação contratual e do acesso a informações e envolvimento no processo terapêutico promovem a negação de direitos, enquanto outras abordagens, mais voltadas para a reabilitação psicossocial, incentivam a inclusão das famílias na construção dos projetos terapêuticos (HIRDES, KANTORSKI, 2005; MELMAN, 2006; CAMATTA; SCHNEIDER, 2009; ROSA, 2008, 2009).

Com relação ao projeto terapêutico, os familiares desvelaram, por um lado, a ênfase dada ao tratamento medicamentoso no Caps II e, por outro, a insatisfação com relação a esta prática, considerando que o uso do remédio é insuficiente como forma de cuidado, conforme está descrito a seguir:

[...] o que o Caps faz é muito pouco, é quase nada porque na verdade o que se está fazendo é dar o remédio [...] tem que dar o remédio, mas ele não quer tomar o remédio, mas tem que dar o remédio, [...] a gente precisa é ter de fato o que tem direito [...] não é só dar remédio, não, [...] a gente sabe que muito o Caps pode fazer [...] (Colibri)

[...] toma medicação, aí impregna, aí fica dopada o mês todo, aí não pratica um exercício, uma atividade, sabe, assim fora Caps, a gente só vê dormindo [...] (preocupação?) por um lado, sim, porque a gente sabe que ali está compensada, não vai ter problema, e por outro, não, porque a gente vê que ali tem uma pessoa, é um ser humano. [...] está no Caps, está tomando a medicação, está tranquila, não vai ter problema, a gente já sabe se não tomar o que vai acontecer, então é preocupante, acho que sim, nessa parte

contempla sim a parte do cuidado pra família, só que ainda falta a investigação ao pé da letra, pra vê se realmente iria favorecer em si, o total desse cuidado para a família. [...] com relação à reação aos medicamentos, a gente verifica que a pessoa fica muito dependente do medicamento, então, acho que tem medicações mais novas que eles podiam estar usando com maior inserção social da pessoa, que esse seria um ponto-chave, eles estarem reformulando a questão da medicação, se já que o estado pode conseguir, pode financiar, então acho que essa questão de uma nova readequação dos medicamentos pra reinserção social, a pessoa poder fazer uma atividade, ter hábitos domésticos [...] (Canário Belga)

As descrições desses familiares enfatizam que o cuidado no Caps II está baseado no uso de medicamentos, e que as doses elevadas chegam a dopar, causar dependência e alienação às pessoas em sofrimento mental. Entretanto, tal situação mostrou-se, por um lado, como necessária, já que, ao tranquilizar os usuários, favorece a continuidade da família no cumprimento de suas atividades, representando um cuidado de si e, por outro, como prejudicial, já que, ao produzir sonolência, inutilidade, baixa autoestima, distorção na autoimagem e na maneira de serem vistas pela sociedade, dificulta a reinserção social da pessoa em sofrimento mental.

Na perspectiva de reduzir esse problema, Canário Belga sugeriu a substituição das medicações que compõem o elenco básico da rede SUS, oferecidas nos serviços de saúde mental, por outras, atípicas, com menos efeitos colaterais. Assim, os familiares revelaram um sentimento de satisfação e gratificação por cuidar da pessoa em sofrimento mental e demonstram preocupação com os inconvenientes provocados pelas medicações típicas.

Durante as entrevistas, o uso de medicamentos apareceu, nas descrições dos familiares, como influência da indústria na cultura psiquiátrica e na conduta dos trabalhadores do Caps II, reforçando a tese de que “a produção de saber sobre o sofrimento psíquico está associado à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais” (GUARIDO, 2007, p.159), processo denominado por alguns estudiosos como “medicalização/psiquiatrização do sofrimento”, em que este é tratado apenas por medicamentos, sem que as pessoas reflitam nas implicações sociais, políticas, econômicas, entre outras (BRANT; GOMES, 2005; GUARIDO, 2007).

Além disso, ao delegar aos medicamentos tamanha importância, os familiares desvelam a incorporação da tese de que o sofrimento encontra-se no corpo físico, como se o remédio fosse capaz de promover compensação/equilíbrio, o

que na visão merleau-pontyana seria impossível, já que o autor acredita que somente na relação com o mundo e com o outro o ser humano pode perceber, sentir e agir (MERLEAU-PONTY, 2006). Nesse sentido, percebemos que o uso indiscriminado de medicamentos pode implicar em prejuízos nas relações, quando tiram a pessoa de sintonia, gerando desaprovação e frustração tanto ao usuário como à família.

Nesse contexto, até mesmo as medicações mais atuais, como os neurolépticos de nova geração, com custos mais caros e menos efeitos colaterais, quando utilizados isoladamente, sem estar associados à proposta de reabilitação psicossocial, são incapazes de provocar a revolução esperada pelos familiares. Antes disso, contribuem com o aumento do poder dos psiquiatras, para os quais estas alternativas constituem possibilidades de atuação na clínica liberal e no mercado privado e, ao inserir-se na esfera pública, em “equipes interdisciplinares em nível de igualdade com os demais trabalhadores, com níveis baixos de incorporação tecnológica”, demonstram insatisfação e têm assumido “posições ainda mais defensivas e conservadoras” (VASCONCELOS, 2010, p.32).

Contudo, isso não significa negar a importância do uso dos medicamentos, sobretudo ao considerarmos sua contribuição para as intervenções no campo da saúde mental desde o século XX e sua inclusão entre as atividades a serem desenvolvidas no Caps II, conforme a portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2004a), mas trata-se de “evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza o sofrimento e culpabiliza o indivíduo por seus problemas e pelo cuidado de si” (GUARIDO, 2007, p.159).

E, mais do que isso, nossa reflexão ocorre com o intuito de propor a superação do discurso da psiquiatria pelo discurso da equipe interdisciplinar, proferido juntamente com usuários e familiares, que devem pautar o cuidado na lógica do encontro, do acolhimento, da valorização das falas, da escuta, do respeito, da solidariedade, enfim, da cidadania. Nesse sentido, os familiares confirmaram que, embora estas responsabilidades devam ser partilhadas por todos os interessados (usuários, familiares, trabalhadores, governantes e sociedade em geral), cabe aos trabalhadores catalisar o processo de inversão da lógica manicomial para a psicossocial (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Como a percepção é ambígua, a fala de Canário Belga também reflete a relação existente entre cuidado, interdisciplinaridade e intersetorialidade, perfil que

desvela a lógica psicossocial do cuidar e mostra a importância de as práticas no Caps II estarem concentradas no ser em sofrimento mental e não na doença, como orienta o paradigma psiquiátrico, em que as pessoas são vistas como objetos, identificadas por números, prontuários ou relatórios, como “um estado de doença que anula as potencialidades subjetivas e participativas” (BASAGLIA, 2008). Além disso, Canário Belga revela uma preocupação consigo mesmo, ao enfatizar que o bem-estar da mãe permite a satisfação das necessidades pessoais dele, como percebemos na fala:

[...] se o Caps for real em todos os aspectos, políticos, sociais, todos os aspectos ideais, fazendo o papel deles, eu vou estar bem cuidado. [...] teria outras coisas que eu poderia estar fazendo e ela me impede, me complica. [...] O Caps está muito preso sabe ao que? Ao relatório (prontuário), [...] mesmo a família tendo muitos problemas, e não é desculpa eu falar assim, é porque meu familiar, minha mãe, que eu tenha que está buscando? eu tenho outras atividades que eu me preocupo, não que deixei de me preocupar com ela, mas eu me preocupo comigo, eu sei que ela está medicada, é a questão que eu estava falando [...] (Canário Belga)

Desta maneira, o familiar refletiu um saber de si que tem a ver com a personalidade, uma necessidade de dar satisfação à sociedade em relação ao cuidado de sua mãe e, ao mesmo tempo, mostra, no âmbito da impessoalidade, a carência de afeto, tranquilidade e apoio emocional, corroborando o que afirmam diversos autores que versam sobre a importância de as práticas de cuidado ultrapassarem o espaço interno dos Caps, avançar em direção à subjetividade do sujeito, sua história, sua cultura, seu território, sua família (MELMAN, 2006; MACIEL et al, 2009; ROSA, 2008; NUNES et al, 2009; MORENO, 2009; GONÇALVES; SENA, 2001; ROSA, 2010; SARACENO, 2010; GOLDBERG, 2010). A esse respeito, os familiares também expressaram que:

[...] o Caps cuida [...] uns faz crochê, outros faz pintura, outros faz fuxico, outros faz pontos de cruz, todas as atividades dali, aquele pessoal trabalha bem ali, aquele professor, eles querem diversão, ligar o som, bota para cantar, outro para dançar, pega aquela turma e vai caminhar para conhecer mais espaços, mais lugar, para distrair mais ele [...] foram passar o dia com eles no cajueiro (sítio), tomar banho, divertir por lá, esse cuidado eles tem muito minha gente, eles tem muito amor [...] todo são João tem a festinha deles, feito por eles mesmos [...] mas a família não (participa). A família quase nunca se envolve dessa parte aí. [...] Vamos supor assim, o Caps é cuidado dos nossos filhos, [...] e a gente como família cá por fora. (Sabiá)

[...] Pitangueira chegou aqui (domicílio) [...] ela disse: nós vamos cuidar dele e vamos cuidar de vocês também. (Papagaio)

[...] Eu sinto necessidade tanto eu ter cuidado quanto eles, [...] tenho cinquenta e cinco amostra de bordados, tudo na máquina [...] mesmo o bordado que as meninas estavam bordando dava pra eu fazer [...] tem a cozinha, pode lavar um prato, limpar um chão, mas participar é suficiente, que eles estão acompanhando os pacientes, me sinto cuidada. (Pássaro Preto)

As descrições demonstram que, ao mesmo tempo em que os familiares responsabilizam os trabalhadores pelo cuidado no Caps II, eles têm experimentado este cuidado como uma unidade da qual fazem parte, de modo que, ao falar sobre as ações desenvolvidas no serviço, retomaram vivências e produziram sentidos como bem-estar, alegria, carinho, entre outros sentimentos, mobilizados pelas atividades desenvolvidas no passado: oficinas de bordados, costura, dança, música, passeios e lazer.

Da mesma maneira, percebemos ambiguidades que retratam o cuidado no Caps II como uma experiência de campo que favorece a vivência do *eu posso*, a partir da retomada de horizontes de passado que, ao serem ressignificados permitem a projeção de horizontes mais gratificantes e criativos. Foi o que ocorreu com Pássaro Preto, quando o corpo habitual retomou o tempo em que bordava e sentiu-se valorizada e realizada, a ponto de visualizar sua participação futura em atividades no Caps II, incluindo bordados e outras possibilidades criadas na intersubjetividade.

Não obstante Sabiá expressar a convicção de que o cuidado deva ser direcionado aos usuários do Caps II e que as famílias precisam procurar outros contextos de cuidado, alguns familiares demonstram o desejo de participar das ações no serviço, salientando a necessidade da família receber apoio, orientação, encaminhamentos, o que confirma o pensamento de diversos autores que abordam esta temática (MELMAN, 2006; ROSA, 2008, 2009; MACIEL et al., 2009; CAMATTA; SCHNEIDER, 2009; BARROS; JORGE; PINTO, 2010).

Nesse contexto, apareceram ambiguidades inerentes à efetividade das ações de cuidado desenvolvidas no Caps II, que se mostram ora como entretenimento, ora como possibilidade de reabilitação psicossocial para os usuários, enquanto, no mundo sensível, apareceram como promotoras da sensação de bem-estar, já que distraem “a mente e o coração”. Por outro lado, trouxeram à luz

questionamentos com relação aos limites de algumas ações desenvolvidas no serviço, como cantar, dançar, passear, e a reflexão em torno da possibilidade de tais ações não serem suficientes para promover reabilitação psicossocial, que tem como principais objetivos: “a emancipação do usuário, a redução da discriminação e da estigmatização, o melhoramento da competência social e a criação de um sistema de apoio de longa duração” (OMS/OPAS, 2001, p.94).

Assim, os familiares desvelam a necessidade de avançar no desenvolvimento de ações extra-Caps II e confirmam estudos que apontam para estas atividades como uma forma de superação das práticas voltadas para o entretenimento e para avançar rumo à reabilitação psicossocial dos sujeitos. Assim, ela é vista como uma

[...] conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, para reproduzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices deste tipo de entretenimento. Devemos tomar outra direção. Podemos ser os que rompem com esse entretenimento. Pois, no momento em que se assume os grandes cenários: a casa, o trabalho, a rede social, damos-nos conta de que não há mais tempo para este entretenimento, que isto nada mais é que um adestramento físico, um adestramento mental. (SARACENO, 2010, p.18).

Contudo, as vivências dos familiares apontam que, também nas atividades de entretenimento, podem ocorrer transcendência, já que toda forma de interação pode tornar-se uma expressão de cuidado, tanto de si como do outro. Por meio da intersubjetividade, a vida pode tornar-se mais leve, mais realizada, mais feliz, porque “o homem tem essa peculiar capacidade de ser o que era antes impensável, de produzir o que era antes impossível, porque não havia palavras para descrever o que se imaginava” (BEZERRA, 2010, p.140).

Portanto, fundamentadas no pensamento merleau-pontyano, observamos que, ao desvelar-se como reversibilidade, o cuidado “aparece na intersecção de minhas experiências e na intersecção de minhas experiências com aquelas dos outros, pela engrenagem de uma nas outras” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.18). Assim, foi possível a Colibri perceber a coexistência na vivência com os demais familiares de usuários do Caps II, conforme mostra a fala:

[...] uma das coisas que me ajudou a melhorar o cuidado com Cupuaçu foi frequentar o Caps, como eles são dedicados, como dona Pomba gosta

daqueles meninos, como ele (Umbu) tem muita coisa com ela, e com outros familiares também tratam bem aí eu fico sentada só olhando o movimento deles, a relação, o cuidado, o respeito que, pelo menos aparentemente, o cuidador tem [...] (Colibri)

A consciência da melhora no cuidado ao irmão apareceu para Colibri como a percepção de um comportamento que somente pôde ser compreendido como corpo animado, porque a fala foi preenchida por um sentir, relativo à dimensão de valor da relação dialógica, que inclui dedicação e respeito. Assim, corroborou a noção de que, no diálogo, “até mesmo a objeção que o interlocutor me faz me arranca pensamentos que eu não sabia possuir, de forma que se eu lhe empresto pensamentos, em troca ele me faz pensar” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.475).

Nesse sentido, a identificação de Colibri com Pomba ocorreu como um entrelaçamento de sentimentos cujo “reflexo de sua própria realidade aliviou a sensação de isolamento e solidão, muito comum entre eles” (MELMAN, 2006, p.95). Assim, fez ver possibilidades para o estabelecimento de uma relação mais harmônica com Cupuaçu e favoreceu a compreensão e confirmação de que “o ‘sentir’ voltou a ser uma questão para nós” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.83), na percepção do autor, isso ocorre porque:

As palavras, na arte da prosa, transportam aquele que fala e aquele que ouve a um universo comum, mas só o fazem ao nos arrastarem com elas para uma significação nova, mediante uma força de designação que ultrapassa sua definição ou sua significação aceita que se depositou nelas, mediante a vida que elas levaram juntas dentro de nós (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.115)

Portanto, o sentir permite reconhecer a comunidade existente na interlocução, faz com que percebamos a experiência do *outro* como resultante do entrelaçamento característico da relação de cuidado. Aquilo que vemos, ouvimos e sentimentos aparece como uma “invasão de mim sobre o outro e do outro sobre mim” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.167), cuja sensação de alívio e bem-estar corrobora o sentido positivo da transformação decorrente da experiência do diálogo, como revela a fala:

[...] sentimento é uma coisa, cuidar é outra, sei não. Pra mim é um cuidado, porque se a gente vê, tem sentimento, aí se ficar com sentimento aí vai cuidar [...] A família precisa de tudo. [...] (o Caps pode ajudar?) não sei. Ouvir o que está falando já está melhor, me ouviu já sabe o que estou

falando, quando a gente fala a gente se sente melhor, quando a gente fala o que a gente pensa. [...] cuidando dele está cuidando da gente, porque ele fica lá o dia inteiro, só chega aqui cinco horas (17 h), [...] se ele tivesse dentro de casa mais eu, ele estava brigando mais eu direto, com as crianças, [...] quando ficava nervoso, derrubava as coisas tudo dentro de casa, quando eu ia falar não gostava, me xingava, e agora não, eu achei muito diferença. [...] cuidando do meu esposo está cuidando da gente também. (Periquita)

A fala de Periquita corrobora que “ouvir o relato de alguém pressupõe uma disposição para acolher o sofrimento e a angústia do outro, assim como perceber pontos de contato e vivências semelhantes às suas próprias narrativas” (MELMAN, 2006, p.95). Deste modo, o sentir ultrapassa a linguagem verbal e faz com que retomemos vivências, como aconteceu com Periquita que, ao experimentar sentimentos semelhantes e diferentes, abriu novas expectativas para sua vida. Dessa maneira, percebemos que a intersubjetividade promove o arrebatamento de um pelo outro, ou seja, por mais que, no domínio reflexivo, possamos manter-nos distantes, no domínio do sensível, somos atraídos por um sentimento que, ao ser retomado, nos lança em perspectivas, nos faz projetar novas formas de cuidado.

Nesse sentido, quando Periquita disse que a família precisa de tudo, somente um questionamento pôde ajudá-la, no sentido de trazer à luz o que antes constituía um não-saber, era necessário esclarecer o que significava “tudo”. Dessa maneira, ao tentar refletir sobre a possibilidade de o Caps II cuidar da família, a palavra *não* conduziu seu corpo perceptivo a mostrar o impacto da participação de Ingá no Caps II como algo positivo, que proporciona bem-estar e tranquilidade para a família, que passou a sentir-se cuidada.

Do mesmo modo, o corpo habitual levou Periquita a retomar experiências de agressividade e grosseria, vivenciadas com Ingá, que produziram tensão e ansiedade na família, desvelando sentimentos negativos como raiva, ódio, desprezo, entre outros, que experimentamos quando somos violentados. Assim, o corpo perceptivo abre novas possibilidades de cuidar e revela uma noção de cuidado como reversibilidade, cuja generalização de sentimentos, tanto de satisfação como de insatisfação, podem provocar aumento da autonomia e bem-estar e descentrar os corpos dos familiares, mobilizando-os para a luta em favor de uma melhor assistência no Caps II.

Tal descentramento ocorre a partir da fala, quando esta leva o corpo a se ausentar, ou seja, a percepção que tínhamos de algo parece desaparecer, isto é,

quando a fala de alguém nos questiona, põe dúvida ou reforça, outro corpo surge como resultado da interação, sem mesmo nos darmos conta disso. Portanto, embora Periquita tenha expressado que, quando a gente fala o que a gente pensa, a gente se sente melhor, dando a entender que o pensamento antecede à fala, percebemos que a fala articula o pensamento, produz tranquilidade, paz e compreensão e faz o impensado surgir por meio do diálogo. Deste modo, à luz da filosofia merleau-pontyana, conseguimos confirmar, na fala da familiar e em seus gestos, que, ao utilizarmos a linguagem, nossos pensamentos vão se construindo e, nesse sentido, “a reflexão é sempre reflexão sobre a palavra” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p.43).

Desse modo, a fala de Periquita confirma que, tendo em vista estarmos inseridos no mesmo mundo cultural e pertencermos a uma mesma língua, descentramo-nos um no outro. A mudança de perspectiva ilumina ambiguidades, como ocorreu com esta familiar, ao oscilar, em segundos, da suposição de que o serviço não poderia ajudar a família à ideia de que até mesmo o ouvir reflexivo pode constituir-se um cuidado. Do mesmo modo, trouxe à luz a importância da visita domiciliar no contexto do cuidado à família, como expressa na fala:

[...] vir na casa da pessoa também para poder visitar, que nem você está aqui hoje, aí você já viu a situação como é que é, já viu minha casa, aonde eu moro, [...] chega lá você vai contar que você teve aqui [...] compartilhar com elas. [...] (Periquita)

Nesse contexto, a visita domiciliar apareceu como possibilidade de estabelecer intersubjetividade. Ao refletir que a presença do trabalhador ou profissional em sua casa favorece sua percepção acerca da situação em que ela vive, Periquita desvelou a sensação de segurança, confiança e esperança que decorre do aumento de intimidade, vinculação e suporte produzido pela equipe do Caps II, ao utilizar a terapêutica domiciliar (BIELEMANN et al., 2009), o que foi confirmado por outros familiares, como observamos nas falas:

[...] falaram que os profissionais do Caps iam ter a responsabilidade de fazer a visita domiciliar [...] nunca aconteceu, a única visita que obtive na minha casa pelo Caps foi agora com essa assistente social, [...] a visita como manda o figurino, o estatuto, não são constantes, não está havendo, então, a gente não sabe se tivesse esta visita se a maneira do tratamento seria melhor, [...] isso a gente não está vendo mais [...] (Canário da Terra)

[...] eu nem sabia que tem a visita (domiciliar), o Caps, por exemplo, Cupuaçu se fosse mais assíduo, eles podiam ir lá visitar, minha irmã em Salvador já sabia, [...] ela que me deu algumas dicas [...] (Colibri)

[...] o fato de Pitangueira ter vindo aqui (domicílio) aumentou o vínculo, porque se ela não viesse aqui, não dava atenção, cuidado, seria bem pior [...] (Papagaio)

As descrições vivenciais desvelam a percepção dos familiares quanto à importância da visita domiciliar e quanto à necessidade de esta ser incluída na programação das ações do Caps II. A fala de Colibri revela o desconhecimento dos familiares sobre os direitos dos usuários com relação ao cuidado no Caps II, inclusive, àquele referente à realização de visitas domiciliares, o que confirma a fala de Canário da Terra, de que muitos familiares desconhecem o estatuto do serviço. Assim, faz ver a necessidade de os trabalhadores criarem espaço para socializar informações com os familiares sobre os diversos aspectos que envolvem o cuidar no Caps II, o que pode ser feito em assembleias, oficinas de cidadania, entre outros.

Além disso, as falas demonstram que a realização de visita domiciliar às famílias deve responder à necessidade que estas têm de atenção e cuidados, o que confirma estudos que asseguram que a visita domiciliar representa a mudança do foco da atenção, da doença para o usuário e sua família, seus desejos, suas dificuldades e potencialidades (OLIVEIRA, LOYOLA, 2006; PIETROLUONGO; RESENDE, 2007; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; TONINI; MARASCHIN; KANTORSKI, 2008; MELMAN, 2006; ROSA, 2008, 2009).

Nessa perspectiva, a equipe do Caps II poderá utilizar a visita domiciliar como oportunidade de estabelecer diálogo e contato com a rede social mais ampla da família, de modo que compreenda o domicílio como algo além do espaço físico: como um lugar onde se percebem tanto os relacionamentos e vínculos existentes entre os membros familiares como também a relação de cada membro com o sistema de apoio, que pode incluir vizinhos, escola, rua, grupos de amigos, organizações, comunidade religiosa, associações, serviços de saúde, entre outros (LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009).

No entanto, uma ambiguidade nos ocorreu a partir do diálogo, quando fomos conduzidas à reflexão de que o cuidado realizado no campo próprio da família pode intensificar enfrentamentos de imaginários e de modos de agir entre os atores envolvidos, sendo necessário diálogo e disposição, tanto por parte do trabalhador,

como dos familiares. Dessa maneira, ambos devem posicionar-se como aprendizes de um mundo que é sempre dinâmico e flexível (FRANCO; MERHY, 2008), pois, como consideram estes autores, a tensão entre os interlocutores poderá ser portadora de um potencial significativo de inovação.

Nesse contexto, a visita domiciliar apareceu nas descrições dos familiares – assim como as demais formas de cuidado percebidas pelos familiares –, como construção de conhecimento, como um fenômeno, uma vez que a transgressão provocada pela pergunta acerca do que poderia melhorar o cuidado à família, provocou uma mudança na perspectiva de si, do outro e das coisas, por meio da abertura ao *eu posso*. Então, ao escutar a referida pergunta, os familiares foram conduzidos a uma sensação de *empowerment* e através da fala puderam não apenas criticar o serviço, mas iluminar possibilidades de melhorias para o cuidado. Isso foi possível por que:

[...] o falar e o escutar não se distinguem, e esta é a noção de fraternidade das duas totalidades [...] do corpo do outro: a totalidade privada, como intencionalidade, algo que é da ordem do sentir e que preenche a totalidade social, coexistência no contexto da cultura, do uso de uma mesma língua. Assim, a fala tem essa potência de mobilizar um outro – existência, em direção a um outro – sentido (SENA, 2006, p.82).

Nessa perspectiva, a visita domiciliar apareceu também como uma forma de a família ter um contato maior com os trabalhadores e expressar as necessidades de cuidado do outro e de cuidado de si. Nesse caso, o outro, que representa o caráter cultural da linguagem, estava sempre tentando objetivar razões que justificassem a necessidade de cuidado dos usuários do Caps II. Por outro lado, o cuidado de si, sendo da ordem do sentir, fez com que o que era imanente pudesse vir à luz, conduzindo as falas para expressar sentimentos de gratificação, carinho e afeto à família que podem estar veladas nas ações de cuidado, como percebemos nos trechos abaixo:

[...] quando a pessoa cuida é cuidado, eu acho assim que vocês cuidam deles, mas eles também têm que cuidar de vocês [...]. (Papagaio)

[...] a gente cuida é pra melhorar, não é só chegar um professor ensinar, tem que ter o cuidado também [...] quando a gente para e escuta a pessoa a gente está cuidando, (você acha que o diálogo pode ajudar?) acho que sim, eu não sou muito de conversar não, converso o necessário: Jenipapo quer tomar banho, quer café, mas para sentar e conversar, eu não. [...] Poderia cuidar melhor. [...] se o paciente está apresentando alguma coisa lá (Caps),

vir (profissional) chamar a gente, sentar pra conversar, que a gente só vê aquelas meninas ali na correria. (Beija-Flor)

[...] se a gente só cuidar deles, a gente esquece da gente, um doente não vai cuidar de outro, tem que ser uma pessoa forte. [...] Cuida da família quando chamam pra conversar, pra saber como está a vida da gente, dos filhos da gente, é assim, reunião das famílias. (Sabiá)

A relação com o semelhante permite o compartilhamento de formas de cuidar, como ocorreu com Beija-Flor que, ao começar a falar sobre a importância do diálogo, percebeu que não costumava conversar com Jenipapo, e disse que só fala com ele o necessário. Quando cuidamos, abrimos a possibilidade de que outros cuidem, como ocorreu com esta familiar, que expressou sentir-se bem ao ser entrevistada, quando pôde falar sobre seus anseios, suas inquietações, e refletir, através do diálogo, sobre formas de cuidar melhor do esposo, isto após ter sido conduzida pelo corpo habitual ao distanciamento e silêncio que vivencia em casa, bem como sobre as maneiras de superá-los.

Desse modo, percebemos que todo cuidado do outro é também um cuidado de si, já que o esforço para cumprir um papel social sempre traz consigo uma satisfação emocional, assim como a sensação de dever cumprido alivia a culpa, o medo e tantos outros sentimentos de insatisfação, além de ajudar na elevação da autoestima. O cuidado ocorre sempre na intersubjetividade e a consciência dessa condição abre possibilidades à ampliação da visão de mundo e à mudança de perspectivas.

As descrições demonstram uma tentativa de exteriorizar algo, como se cada um de nós fosse uma subjetividade interior. No entanto, a fenomenologia propõe que o cuidado de si e do outro aconteça como relação, em que a linguagem é sempre preenchida por um sentir, cuja comunicação antecede a objetivação. Assim, percebemos que a compreensão de cuidado expressa pelos familiares foi construída a partir de suas vivências e tornou-se corpo próprio por meio da intersubjetividade, que faz ver o desenrolar da intencionalidade, corroborando o pensamento merleau-pontyano, de que somente é possível compreender o corpo a partir da existência, já que ele estabelece-se na facticidade da vida e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2006).

Nesse sentido, a intersubjetividade promovida pelas atividades grupais apareceu entre as descrições vivenciais como cuidado, por favorecer a vivência da

intercorporeidade e constituir-se como um espaço de diálogo, favorável ao compartilhamento de vivências, coexistência e generalização de sentimentos. Além disso, esta intersubjetividade pode contribuir com a construção de vínculos e a mudança de mentalidade, atitudes, crenças e relações. Nesse contexto, o grupo foi desvelado pelos familiares como possibilidade à transcendência, como percebemos nas falas:

[...] existem vários caminhos, mas esse seria justamente o que poderia remediar, seria educar, seria reunir com os familiares [...] (Guriatã)

[...] acho que é bom ter reuniões até para esclarecer como está a vida do cliente, como está sendo cuidado, como está a questão medicamentosa, a questão do médico-paciente, da enfermagem-paciente, como ela está si realizando lá no Caps em relação à saúde dela [...] falta essa continuidade [...] (Canário Belga)

[...] todo mês chama as mães, o familiar para fazer a reunião, para perguntar as coisas, saber do filho da gente, como estão as coisas, a gente vai assistir [...] (Sabiá)

[...] de vez em quando ter uma reunião com a família pra poder conversar [...] (Periquita)

As falas mostraram que as atividades grupais podem oferecer oportunidades para os familiares compartilhar informações, conhecer detalhes do tratamento medicamentoso, além de abrir a possibilidade de estabelecer vínculo com os trabalhadores e outros familiares que vivenciam situações semelhantes. As falas, porém, também mostraram o distanciamento que os familiares parecem manter do Caps II e a persistência da cultura manicomial na linguagem deles, ao concentrar a atenção na doença e não na existência do sofrimento (ROTELLI, 1990).

A preocupação dos familiares com relação aos aspectos tecnicistas do cuidado contribui para sua dependência em relação aos trabalhadores, que devem programar as reuniões de grupo para educá-los. Tal postura levou-nos a pensar na necessidade de investirmos em um tipo de educação freiriana, proposta como prática libertária, apropriada para trabalhar com a coletividade, por considerar que o pensar crítico se faz com o outro, no mundo, por meio do diálogo, que deve ser utilizado não como um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, mas como possibilidade de compartilhamento de visões de mundo. Nesse sentido, Paulo Freire aproxima-se da filosofia merleau-pontyana, ao corroborar o pensamento de que “o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da existência” (FREIRE, 1996,

p.50) e abre possibilidades para a construção de intersubjetividades e para a compreensão de que a mudança da realidade exige mais que sua denúncia, requer o anúncio de sua superação.

Nessa perspectiva, ao contrário da cultura manicomial, a psicossocial vislumbra a inserção de usuários e familiares nas atividades do Caps II, não como uma pessoa desprovida de razão ou alienada de suas funções, autonomia e responsabilidade, mas sim como alguém que possui uma singularidade, uma subjetividade e a capacidade de atuar em sua própria história e em seu próprio tratamento (SOUZA, PINTO, JORGE, 2010). Nesse sentido, os trabalhos grupais enquadram-se perfeitamente na proposta de cuidado do modelo psicossocial, por favorecer o diálogo e a construção de intersubjetividade.

Este modo de cuidar, proposto pelo modelo psicossocial, pode ser melhor compreendido se considerarmos o pensamento de que a relação trabalhador-usuário deve ser vista como uma tecnologia leve e refere-se à produção de vínculo, construção de espaço efetivo para a manifestação da subjetividade do outro, acolhimento e gestão, estabelecida nos encontros (MERHY, 2002).

Nesse sentido, não podemos perder de vista que, por tratar-se de interações humanas, elas devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução, de modo que “a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal”: ao contrário, devemos estar abertos e sensíveis à interferência do não técnico e da sabedoria prática (AYRES, 2009, p.99). Além disso, Ayres (2000) enfatiza a importância de o técnico estar atento a esta sabedoria, bem como à flexibilidade e ao dinamismo das relações, de modo a refletir constantemente acerca do significado ético, moral e político das práticas que estão sendo desenvolvidas.

As descrições dos informantes permitiram a visualização do encontro do trabalhador com o familiar, quer seja por atendimento individualizado, visita domiciliar ou trabalho grupal, como uma maneira dinâmica e flexível de promover o cuidado à família no Caps II, confirmando estudos anteriores (MELMAN, 2006; WAIDMAN; ELSÉN, 2006; SCHARANK; OLSCHOWSKY, 2008; BIELEMANN et al., 2009; WAIDMAN et al., 2009; MORENO, 2009; JORGE; PINTO, 2010). Várias vezes, eles retomaram vivências de reuniões e assembleias de que haviam participado, quando ainda havia uma rotina no serviço, baseada no que preconiza a portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2004a).

Nessa perspectiva, foi desvelada a possibilidade de desenvolvermos uma ação de extensão universitária no Caps II, na modalidade de GAM, a qual foi iniciada no mês de março deste ano, e apareceu na fala de Papagaio como uma ação positiva, ao revelar que a família sente-se cuidada pelo grupo, como percebemos no trecho:

[...] essa reunião, de 15 em 15 dias (GAM). [...] não é bom perder essa reunião que isso aí é um cuidado que eles estão tendo com nós. [...] (o que mais gosta?) tudo, as conversa, os ensino, tudo que vocês comentam aí eu acho que é bom [...] (Papagaio)

A fala de Papagaio revela que o GAM, como uma experiência dialógica, favorece a intersubjetividade e promove novas formas de convivência, significativamente mais solidária e cidadã, corroborando o pensamento de que, neste tipo de grupo, os participantes podem apoiar-se emocionalmente, além de informar-se, identificar recursos e sistematizar estratégias usadas para a resolução de problemas comuns (VASCONCELOS, 2009). No entanto, como este autor também salienta, a experiência dialógica de grupo deve ser combinada a outras experiências de cuidado, suporte mútuo e reinvenção de possibilidades múltiplas e concretas para a vida das pessoas, que “vão desde atividades mais simples como cuidado doméstico, lazer, esporte, até projetos mais arrojados de cultura, trabalho, renda, moradia, etc.”, além da inclusão das redes de amizade e dispositivos sociais mais amplos (BASAGLIA, 2005; VASCONCELOS, 2009, p.88).

Assim, o GAM aparece como uma possibilidade de os familiares, junto a usuários e trabalhadores, se organizarem e posteriormente formar uma associação, construindo um espaço para compartilhar informações, para a criação de vínculos de amizade e de cumplicidade, além de mobilização pelos direitos de cidadania. Nesse sentido, a fala de Papagaio desvelou o desejo de que a participação da família exceda a formulação de projetos terapêuticos, supere o levantamento de problemas e a discussão de necessidades e avance para uma intervenção política, sobretudo, através da participação na gestão do serviço e na efetivação de ações que atendam as demandas dos usuários e de suas famílias (RODRIGUES; BROGNOLI; SPRICIGO, 2006; VASCONCELOS, 2009; RODRIGUES; VASCONCELOS, 2010).

Diante do exposto, as descrições vivenciais transportaram-nos para a nossa própria experiência de participação do cuidado no Caps II, entendendo-o não como algo a ser oferecido, mas que acontece na relação. Dessa maneira, a

ocorrência de manifestações de sentimentos como alegria, prazer, gozo, demonstrados em gestos de carinho e aconchego devem ser consideradas como aceitação de usuários e familiares. De igual modo, é preciso estar preparado também para as manifestações de sentimentos indesejados, como hostilidade e desconfiança, desvelados por meio do distanciamento de alguns, que se esquivam de participar das atividades que coordenamos. A interação com as pessoas nesse serviço tem ocorrido como uma experiência de campo e tem contribuído para a construção de intersubjetividade e *empowerment*, o que implica na transcendência de todos os envolvidos no processo.

Além disso, a retomada das vivências pelos familiares faz ver a importância de identificarmos formas de cuidado na intersubjetividade, pautadas nas necessidades dos usuários, familiares, trabalhadores e outros atores sociais que sejam importantes para a garantia da implementação das ações planejadas na coletividade. Desta forma, serão encontradas, na camada viva da experiência, possibilidades de cuidado à família, tanto indiretas, por meio do cuidado aos usuários, quanto diretas, através de sua inserção nas intervenções propostas pelo Caps II, como campo fenomenal, catalisador de infinitas formas de cuidar e ser cuidado.

6 SE FOSSE POSSÍVEL CONCLUIR...

[...] a percepção é justamente este ato que cria de um só golpe, com a constelação dos dados, o sentido que os une (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 65-66).

As descrições vivenciais dos familiares de usuários do Caps II ocorreram por meio de relações dialógicas e intersubjetivas, estabelecidas no decorrer do estudo, as quais possibilitaram a construção de conhecimentos sobre o cuidado no campo da saúde mental. Nesse sentido, percebemos mudanças na percepção dos familiares, com relação ao sofrimento mental, o que os levou a ressignificá-lo e a assumir um papel mais proativo no cuidado, a partir da compreensão de que ele ocorre como intersubjetividade e favorece a (re)construção do outro.

Essa forma de conhecer, fundamentada na fenomenologia merleau-pontyana da experiência, permitiu a expressão do cuidado como fenômeno que se revela de forma ambígua e que envolve o entrelaçamento do mundo sensível com o mundo cultural, aspecto característico das relações humanas. Portanto, as considerações que ora apresentamos estão circunscritas às vivências dos familiares que, entrelaçadas às nossas, revelam perfis, anúncios de algo muito maior do que conseguimos objetivar por meio das categorias analisadas na seção 5, quais sejam: o entrelaçamento de vivências familiares, a intersubjetividade do diálogo e suas capacidades, o divino e o humano no cuidado, a passagem da cidadania invisível ao *empowerment* possível, o Caps II como campo fenomenal.

O **entrelaçamento de vivências familiares**, revelado na primeira categoria, mostra que tanto os sentimentos como a cultura são compartilhados e mobilizados de uma pessoa à outra e vice-versa, e fez ver que as mudanças na percepção do sofrimento mental estão emaranhadas às novas e infinitas formas de cuidado à família, aqui incluída a pessoa em sofrimento mental.

A categoria relativa à **intersubjetividade do diálogo e suas capacidades** desvela o potencial das relações dialógicas para a intercorporeidade, promovida pela articulação da fala, gestos, palavras, silêncios, entre outros signos linguísticos, que possibilitam a identificação com semelhanças e diferenças, descentram a percepção e permitem a contínua (re)constituição da personalidade, que mobiliza o sentir universal, ao produzir paz, força e amor.

Este sentir universal também foi desvelado pelos familiares na categoria **o divino e o humano no cuidado** a qual mostra que a capacidade de tornar-se *outro* resulta tanto de sentimentos inapreensíveis e inesgotáveis, característicos da espiritualidade, como de valores, normas, costumes e tradições, referentes à cultura. Esta capacidade implica na produção do cuidado no Caps II, ao provocar uma abertura para os relacionamentos e para a aceitação da ambiguidade humana. Além disso, as descrições mostram que a espiritualidade impulsiona a organização de associações e outros tipos de inserção social, como passeios, celebrações e outros momentos em que os familiares vivenciam relações dialógicas, indispensáveis à construção de intersubjetividades e *empowerment*.

A categoria **a passagem da cidadania invisível ao empowerment possível** faz ver que, ao expressar expectativas e percepções com relação às vivências de cuidado, os familiares tornaram-se mais abertos, autônomos e partícipes. Ao sentirem-se valorizados e respeitados, outros sentimentos surgiram, produzindo vínculo e positividade. A intersubjetividade reduziu a tese construída pela cultura psiquiátrica de que os trabalhadores são os “donos do saber” e de que usuários e familiares não teriam o que dizer de si, abrindo possibilidade para conhecerem o vivido intencional, o desejo de cidadania e *empowerment*.

Na categoria **o Caps como campo fenomenal**, as descrições dos familiares fazem ver que o cuidado ocorre como experiência perceptiva que se direciona para territórios existenciais e que a retomada de vivências abre perspectivas de superação e transcendência para familiares, usuários e trabalhadores do serviço. As descrições desvelaram, ainda, que a ambiguidade aparece em relações efetivas daqueles atores sociais, ao compartilharem medo, angústia, amor, acolhimento e ao participarem da sugestão de atividades a serem implementadas no Caps, tais como oficinas, visitas domiciliares, consultas individuais, GAM, suporte mútuo, assembleias e associações, modalidades que abrem infinitas perspectivas para o cuidado à família.

Essa nova forma de vivenciar o cuidado, conforme as categorias explicitadas, coaduna-se com o paradigma da saúde mental, que propõe mudança de postura dos atores sociais envolvidos nas práticas cuidativas, que devem estar pautadas na construção de intersubjetividades e na criatividade. Nesse cenário, tanto a enfermagem como os demais trabalhadores da saúde mental são convidados a implementar o cuidado como relação, abertura ao *outro*, de modo a promover autonomia e *empowerment*. Portanto, devem reconhecer que não existe cuidado

unilateral, transmissão de cuidado, mas cuidado como intersubjetividade, que implica em generalidade, coexistência, uma experiência vivida tanto por quem cuida como por quem é cuidado.

Nesse sentido, também vivenciamos, no próprio corpo, o entrelaçamento que mobilizou o potencial criativo do cuidado. Por meio da sensibilidade, o corpo perceptivo lançou-se em direção a práticas de cuidado inovadoras, voltadas para a promoção de mudanças mais imediatas em algumas situações desveladas nas descrições vivenciais dos familiares, sobretudo considerando a necessidade de criação de relações dialógicas.

Mediante essa necessidade, o estudo fez surgir contribuições ao serviço enquanto ainda estava em andamento, como ocorreu, por exemplo, com o GAM, atividade de extensão ligada à Uesb, iniciada em abril de 2010: nos encontros quinzenais com usuários do Caps e seus familiares, promovemos espaços para abertura ao *outro* e construímos intersubjetividades e *empowerment*.

Nos encontros do GAM surgiram ainda propostas de atividades de mobilização em prol do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, tais como: comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro de 2010), com um espaço em sessão especial na Câmara de Vereadores; atividades de mobilização social, em praça pública, e entrevistas em emissoras de rádio; reuniões com a secretária de saúde; construção de projetos de pesquisa e extensão em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, visando à inserção de práticas de cuidado em saúde mental em Unidades de Saúde da Família; assessoria dos docentes da Uesb aos profissionais de saúde mental do município, entre outras. Em todas as atividades, envolvemos os discentes da graduação, de modo que percebemos contribuições do estudo também no ensino, mais especificamente, na disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental.

Além disso, os usuários e familiares envolvidos nas atividades do GAM, bem como nas oficinas desenvolvidas pelos docentes e discentes da referida disciplina, começaram a perceber-se como intersubjetividades e tornaram-se mais participantes do novo contexto de cuidado, que acontece e se mostra através do diálogo e da capacidade fenomenal de mostrar ambiguidades como algo favorável, que permite a constante (re)construção do cuidado.

A noção de cuidado que construímos ocorre como problematização e construção coletiva de possibilidades e, nesta perspectiva, ajuda a perceber que o

poder emerge das relações, não como imposição, em que há opressores e oprimidos. Com relação ao estudo, o maior impacto refere-se à abertura de possibilidade à participação da família de usuários do Caps II no cuidado, na produção do *empowerment*, processo que produz entrelaçamento, generalidade, um tipo de “contágio do bem”. Na verdade, com os familiares que se percebiam como “doentes e necessitados de cuidados”, porque não acreditavam em seu potencial transformador, que não tinham vínculo, por terem incorporado teses de que não eram capazes “de”, no contexto de intersubjetividades que estabelecemos, ocorreu o descentrar de tais teses, o que impulsionou a mudança de percepção e a elaboração de novas significações para o cuidado.

Em todas essas vivências, percebemos que uma das grandes contribuições da fenomenologia para a enfermagem é a desconstrução do tecnicismo, do racionalismo médico e da supervalorização do saber especializado. Assim, a fenomenologia em enfermagem, no contexto da saúde mental, permite a produção do novo, que surge por meio do diálogo com profissionais de outras áreas do conhecimento, com usuários e familiares dos serviços. E, nesse sentido, trata-se de uma filosofia que, além de descrever vivências, transforma, desinstala, mobiliza as pessoas, ao reconhecerem-se como *eu posso*, conforme observamos no processo de mobilização que foi desencadeado no Caps II de Jequié-BA, desde que iniciamos o estudo.

A perspectiva de promover práticas de cuidado que permitem a experiência do outro requer uma abertura a um *nós* intersubjetivo e, nesse sentido, também experimentamos cotidianamente o poder transformador imanente às relações dialógicas que nos possibilitam transcender e crescer em espiritualidade e humanidade, enfim, em sabedoria que, em termos merleau-pontyanos, representa o confronto inacabável entre o ser sensível e o ser cultural. Nesse sentido, o cuidado ocorre de forma dinâmica, criativa, inesgotável e responsável, uma vez que revela a importância de entrelaçar o saber científico ao senso comum.

Nesse sentido, o estudo poderá contribuir também com o desenvolvimento de novas pesquisas, a partir de seu impacto no mundo da vida de pesquisadores que desejam desenvolver estudos no campo da saúde mental, sobretudo à luz da fenomenologia merleau-pontyana, os quais poderão basear-se em artigos oriundos desta dissertação, como o intitulado *Aa intersubjetividade do cuidar e o conhecimento*

na perspectiva fenomenológica, que se encontra aprovado, no prelo da **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** (ANEXO C), aguardando publicação.

Diante do exposto, trazemos à reflexão a mensagem de Sérgio Pinho, proferida na Câmara de Vereadores de Jequié-BA, dia 27 de outubro de 2010, ao participar da de mobilização em prol de melhorias para a área da saúde mental, disse ele: “Planta-se em nossas memórias, afixa-se em nossos corações, toques afetuosos de amizade, repletos de amor e de alegria, íntegros em ideias e ideais, caminhamos rumo aos céus, inventando meios de afirmar cuidados, antimanicomializando relações”.

Mediante a relevância social da temática, acreditamos que este estudo traz contribuições para a ampliação e a difusão do conhecimento sobre práticas de cuidado, incluindo o surgimento de um novo olhar em relação ao cuidado à família de usuários do CAPS II, não lhe atribuindo juízo de valor, mas fazendo ver que a experiência de cuidar permite o crescimento pessoal e familiar, um compartilhamento de cuidado.

O estudo poderá, ainda, fornecer subsídios para os profissionais de saúde repensarem suas práticas e incorporarem formas inovadoras de cuidado, baseadas em relações intersubjetivas, na criatividade, na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos conflitos e das adversidades, de modo a favorecer o processo de conquista da cidadania e *empowerment*.

Além disso, o estudo traz contribuição também para o despertar de gestores, frente o reconhecimento da necessidade de participação dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares na consolidação de práticas de reabilitação psicossocial, tão necessárias à implementação e fortalecimento das Políticas de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Algumas considerações sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 43-46, jul. 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

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

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

_____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, vol. 4, n. 6, p.117-120, fev. 2000.

BARRETO, Adalberto. “Aqui o remédio é a palavra”. **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 67, p. 14-15, mar. 2008. Entrevista a Adriano de Lavor.

BARROS, Márcia Maria Mont’ Alverne de; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO Antonio Germane Alves. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.. 41, p. 815-819, 2007.

BASAGLIA, Franca. Saúde/doença. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; CRUZ, Leandra Brasil. **Saúde mental: formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008. p. 17-36.

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

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. por Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d’Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BELLATO, Rosene; PEREIRA, Wilza Rocha. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 17-25, 2006. BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 243-250, 2007.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.137-142.

BÍBLIA. Português. Tradução dos originais em hebraico e grego. Trad. Monges de Maredsous (Bélgica). São Paulo: Edit. Ave Maria, 2008.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 133-137, mar./abr. 2003.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado et al. A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica dos seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 131-139, jan./mar. 2009.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do homem – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

_____. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

BRANT, Luiz Carlos; GOMEZ, Carlos Minayo. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 939-952, dez. 2005.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 4 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília (DF), 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Brasília (DF), 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial; manual/Caps. Brasília (DF), 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação geral de saúde mental**: reforma psiquiátrica e política em saúde mental. Brasília (DF), 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Área técnica da saúde mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: 17 out. 2010.

BRÊDA, Mércia Zeviani et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

BUTTI, Giovanna. Formação e desinstitucionalização em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; CRUZ, Leandra Brasil (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p.51-63.

CAMATTA, Marcio Wagner; SCHNEIDER, Jacó Fernando. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 477-484, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner Santos. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAPALBO, Creusa. A fenomenologia existencial e a experiência do outro. In: POKLADEK, Danuta Dawidowicz (Org.). **A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 53-59.

CARMO, Paulo Sérgio do. **Merleau-Ponty: uma introdução**. São Paulo: Educ, 2004.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

D'INCAO, Maria Angela. Sociabilidade e doença mental. In: D'INCAO, Maria Angela (Org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 35-41.

DELGADO, Pedro Gabriel. "A nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada". **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 97, p. 18, set. 2010. Entrevista a Katia Machado.

DEMO, Pedro. **Charme da exclusão social**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

DIAS, Marcelo Kimati; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.115-140.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio et al. Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 66-72, jan./mar. 2007.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SANTOS, Mara Regina dos (Org.). **O**

viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Dicionário Aurélio online.** Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/lgreja>>. Acesso em: 30 out. 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **Doença mental e psicologia.** São Paulo: Perspectiva, 1975.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

FREIRE, Paulo Reglus Neves. **Pedagogia da esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; HAMES, Maria de Lourdes. O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 368-372, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOLDBERG, Jairo. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial – Caps. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.33-47.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim et al. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.1, p.143-152, 2008.

GOMES, Rafael da Silveira et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Elizabeth Barros de. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2010. p.19-36.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 9, n. 2, p.48-55, abr. 2001.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das; SANTOS, Geralda Fortina dos. Metodologia do cuidar em enfermagem. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.1, p.200-207, 2009.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: consideração sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução: Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. Parte I.

HIRDES, Alice. **Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim,RS: EdiFapes, 2001.

_____. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009a.

_____. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 165-171, 2009b.

HIRDES, Alice; KANTORSKI, Luciane Prado. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 160-166, 2005.

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes; PINHEIRO, Roseni. Cuidador da desinstitucionalização: o trabalho político no cotidiano das práticas de saúde mental nos serviços resenciais terapêuticos. In: GULIOR, Ana Paula de Freitas et al.(Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 65-90.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Banco de dados**: cidades. Bahia, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. Acesso em: 20 de outubro de 2010.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Saúde mental e suas dimensões: análise documental das publicações de periódicos de 2000 a 2005. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 29, n. 3, p. 468-474, set. 2008.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves. Adoecimento mental e a família. In: LENY, Alves Bonfim (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.335-370.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.55-62.

LACCHINI, Annie Jeannine Bisso et al. Percepção de uma equipe de enfermagem cirúrgica acerca do cuidado aos pacientes com transtorno mental. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 30, n.3, p. 468-475, set. 2009.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAVALL, Eliane; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre,RS, v. 30,n. 2, p. 198-205, jun. 2009.

LAVOR, Adriano de. Um oásis para o resgate da auto-estima. **Radis:comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 67, p. 10-12, mar. 2008.

LEÃO, Adriana. **As práticas de inclusão social**: o desafio para os serviços de saúde mental. 2006. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo,SP.

LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas et al. Contribuições de Merleau-Ponty para a ciência. In: MOREIRA, Rui Verlaine Olivera; BARRETO, José Anchieta Esmeraldo (Org.). **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José de Alencar, 2001. p.103-121.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MACÊDO, Adriana Maria Bento; JORGE, Maria Salete Bessa. Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In: JORGE, M.S.B.; SILVA, W.V.S.; OLIVEIRA, F.B. (Org.). **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos, 2000.

MACHADO, Kátia; DOMINGUES, Bruno. A Palavra é intersetoriaridade. **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 97, p. 18, set. 2010.

MACIEL, Silvana Carneiro et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicol. cienc. prof.** Brasília,DF, v.29, n.3, p. 436-447, 2009.

MELLO, Rosâne. A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma psiquiátrica. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 390-395, 2005.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007a. p.23-37.

MERHY, Emerson Elias. Reforma psiquiátrica no cotidiano: multiplicidades no cuidado e por uma ética cidadã. Manejos das ações relacionais. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007b. p.13-16.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. Tradução: José Artur Gianotti e Armando Moura d'Oliveira. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. **A prosa do mundo**. Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002a.

_____. **Palestras**. Lisboa:Edições 70, 2002b. (Biblioteca de Filosofia Contemporânea).

_____. **Conversas, 1948**. Tradução: Fábio Landa, Eva Landa; revisão da tradução Marina Appenzeller. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no Caps no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 159-164, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MORENO, Vânia. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 566-572, 2009.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos José. **Merleau-Ponty acerca da expressão**. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos José; GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Curso: fenomenologia e conhecimento**. Florianópolis, SC: Instituto Gestalt, 2003. Digitado.

_____. Gênese fenomenológica da noção de Gestalt. **Revista do X Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica: o aqui e agora gestáltico**, Goiânia, n.10, p. 69-82, 2004.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação de trabalhadores de Saúde Mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

NUNES, Mônica de Oliveira; JUCÁ, Viádia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias

das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2375-2384, out. 2007.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.188-196, jan. 2008.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial – uma proposta metodológica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia, Uerj**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 204-220, 2010.

OLIVEIRA, Alice G. Botaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p.333-40, 2003.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de; LOYOLA, Cristina Maria Douat. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 645-651, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.1053-1062, maio 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança**. Genebra, Suíça, 2001.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena de Lima. Sobrecarga de familiares de usuário de um centro de atenção psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.3, p. 569-577, set. / dez. 2006.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; BELLIZZOTI, Renata Bigatti. A consideração dos encargos familiares na busca da reabilitação psicossocial. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 3, p. 306-313, dez. 2004.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pelas famílias. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev psiq. Clín.**, São Paulo, v. 34, p. 136-145, 2007. Suplemento 1.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n.1, p. 22-31, 2007.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: _____. (Org.) **Reabilitação psicossocial**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.19-26.

RIBAS, Dorotéa Loes; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um Caps em Florianópolis. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan. / mar. 2007.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria; SPRICIGO, Jonas Salomão. Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 240-245, abr. / jun. 2006.

RODRIGUES, Jeferson; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Organização de usuários e familiares em Saúde Mental no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.141-162.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais**: v. 3: perspectivas para o serviço social. São Paulo: Hucitec, 2009. p.159-182.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização, uma outra via**. São Paulo, Hucitec, 1990. p. 89-99.

_____. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; CRUZ, Leandra Brasil (Org.). **Saúde mental: formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p.37-50.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.13-18.

SCHAURICH, Diego; CROSSETTI, Maria da Graça O. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. **Esc. Anna Nery – Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, set. 2008. p. 544-548.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 127-134, 2008.

SENA, Edite Lago da Silva. **A experiência do outro nas relações de cuidado**: uma visão Merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. 2006. 284 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, Edite Lago da Silva; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Intercoporeidade na experiência do cuidado: familiar cuidador e portador da doença de Alzheimer. In: SILVA, Alcione Leite da; GONÇALVES, Lucia Hisako Takasi (Org.). **Cuidado à pessoa idosa**: estudos no contexto luso-brasileiro. Porto Alegre: Sulina, 2010. p.193-218

SENA, Roseni Rosângela de et al. **O cuidado no trabalho em saúde**: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface**, Botucatu, SP, v.12, n. 24, p. 23-34. 2008.

SILVA, Ana Tereza de M. C. da; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.

SILVA, Irene de Jesus et al. **Cuidado, autocuidado e cuidado de si**: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.3, p. 697-703, 2009.

SILVA, Luzia Wilma Santana et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff: uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, jul./ago. 2005.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **O amor é o caminho**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SOUSA, Djanira Luiza Martins de; PINTO, Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis-SC, v.19, n.1, p. 147-154, 2010.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; SCATENA, Maria Cecília Morais. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n.2, p. 173-179, 2005.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexandre. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Rev Psiq Clin.**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 190-196, 2009.

TAYLOR, Cecília Monat. Família: teoria e intervenção. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.397-41.

TERRA, Marlene Gomes et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, out./dez. 2006.

TERRA, Marlene Gomes et al. Fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico-filosófico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 30, n. 3, p. 547-551, set. 2009.

TONINI, N.S.; MARASCHIN, M. S; KANTORSKI, L. P. Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da reforma psiquiátrica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre,RS,v. 29, n.2, p. 262-268, jun. 2008.

VALENTINI JR., William A. H.; VICENTE, Cenise Monte. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, Ana (Org.) **Reabilitação psicossocial**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.48-54.

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

_____. **Abordagens psicossociais**: v. 1: história, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.17-73.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 107-112, 2006. Suplemento.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 97-103, 2009. Suplemento.

WALDOW, Vera Regina. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2007.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; RIVERA, Soledad. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n.1, p. 111-119, 2005.

WERNET, Monika; ÂNGELO, Margareth. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido ao cuidar. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Campus de Jequié

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “**Vivências de cuidado à família e a intersubjetividade: percepção de familiares de usuários do CAPS II**”, sob responsabilidade da mestrandia Patricia Anjos Lima de Carvalho, do Curso Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, e orientação da **Profª. Drª. Edite Lago da Silva Sena**, do Departamento de Saúde da UESB, os seguintes aspectos:

➤ **OBJETIVOS:** Geral: descrever vivências de cuidado à família de pessoas com sofrimento mental que possibilitem o reconhecimento da intersubjetividade do processo de cuidar dos profissionais do CAPS II, na percepção de familiares. Específicos: desvelar o significado do cuidado para familiares de usuários do CAPS II; identificar percepções de cuidado que contribuem para o empoderamento de familiares de usuários do CAPS II.

➤ **PROPÓSITO DO ESTUDO:** Fornecer subsídios para familiares de usuários de CAPS, profissionais de saúde e gestores do sistema de saúde repensar suas práticas, incorporando formas inovadoras de cuidado, baseadas em relações intersubjetivas, na criatividade, na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos conflitos e adversidades, de modo a favorecer o processo de conquista da cidadania.

➤ **PARTICIPAÇÃO:** A integração à pesquisa será de maneira voluntária, a critério do informante, através da informação de seus dados e opiniões acerca do assunto abordado, não havendo nenhum prejuízo à sua pessoa ou à sua família caso recuse a tal ou desista em qualquer momento de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação. Dessa maneira, a participação voluntária não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Salientamos que será garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à sua identificação, e, que o resultado final desta pesquisa será socializado com todos (as) os (as) participantes.

➤ **RISCOS:** Se houver algum dano decorrente deste estudo, o tratamento será fornecido sem ônus e será providenciado pelos pesquisadores responsáveis: Prof^a DSc Edite Lago da Silva Sena e Patrícia Anjos Lima de Carvalho.

➤ **CONFIDENCIALIDADE:** Os dados serão manipulados com extremo sigilo, sendo utilizados somente para fins científicos, não disponibilizando para terceiros. Se alguma publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada e os resultados serão relatados de forma sumariada preservando o anonimato da pessoa.

➤ **BENEFÍCIOS:** A formulação de qualquer política social e de saúde deve ter como fundamento a descrição vivencial das pessoas envolvidas nesses campos. Pensando na consolidação da Reforma Psiquiátrica, através de estratégias substitutivas ao modelo da psiquiatria, entende-se serem necessárias a reflexão e descrição das experiências cuidativas de profissionais que atuam nos serviços de atenção às pessoas com sofrimento mental. Portanto, o presente estudo fornecerá informações que subsidiarão o planejamento e implementação de práticas de cuidado que contribuam para o fortalecimento e consolidação da rede de atenção à saúde mental e melhoria do atendimento aos usuários desta rede.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu _____, declaro que estou devidamente informado e esclarecido quanto aos itens acima citados, referentes à pesquisa. Além disso, os pesquisadores responsáveis pela pesquisa me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional em que eu venha solicitar durante o curso desta, por isso estou de acordo com a minha **participação voluntária** no referido estudo.

Jequié, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, **PATRICIA ANJOS LIMA DE CARVALHO**, discuti as questões acima representadas com este participante deste estudo e estou consciente que o mesmo compreendeu todos os itens supracitados.

Jequié, ____ de _____ 2010

Assinatura

Caso você tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Pesquisadora Orientadora: EDITE LAGO DA SILVA SENA. (73) 3528 - 9715

Assinatura: _____

Pesquisadora Principal: PATRICIA ANJOS LIMA DE CARVALHO. (73) 3528-9623

Assinatura: _____

Patricia Anjos Lima de Carvalho

Rua das Gaivotas, 63 – São Luiz

Jequié – Ba CEP 45200-000

Tel: (073) 3528 – 9623, e-mail: patricia.anjos3@gmail.com

ANEXO A – TEXTO DA LEI N. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 (BRASIL, 2001)**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos****LEI N.º 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^º da Independência e 113^º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO B – CÓPIA DO PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UESB Nº 159/2009

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO**Protocolo Nº 159/2009****I – Identificação:**

Projeto de Pesquisa: *Vivências de Cuidado à Família e a Intersubjetividade: Percepção de Usuários do CAPS II*
Pesquisador Responsável: Profª Edite Lago da Silva Sena
Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Área de Conhecimento: Ciências da Saúde - Enfermagem

II - Objetivos:

Geral: Descrever vivências de cuidado à família de pessoas com sofrimento mental que possibilitem o reconhecimento da intersubjetividade do processo de cuidar dos profissionais do CAPS II, na percepção de familiares.

III – Sumário do projeto:

O projeto de pesquisa parte do interesse da autora pelo tema supracitado, surgido da sua experiência no campo da Saúde Mental, nos últimos dez anos, e da reflexão acerca da importância das vivências de cuidado à família para a inserção de usuários dos Serviços de Atenção à Saúde Mental e seus familiares na luta pela conquista da cidadania, por mudanças no modelo de atenção e na participação dos usuários e seus familiares na definição da Política de Saúde Mental.

O tipo de estudo é uma pesquisa de natureza qualitativa e fenomenológica, cujo local de pesquisa será o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), em Jequié/BA, tendo como sujeitos 10 familiares de usuários do CAPS II. Para a coleta de dados serão utilizadas atividades vivenciais em grupos. Inicialmente os cinco participantes do Sub-grupo Reflexivo discutirão experiências intersubjetivas de cuidado à família que acontece no CAPS II e que consideram importantes para a construção do roteiro de entrevista, a serem realizadas com o Grupo de Colaboradores Vivencial, do qual o sub-grupo reflexivo também fará parte, e de onde emergirão as informações relevantes para esta pesquisa. A análise dos dados deverá ser realizada processualmente, após cada entrevista. O projeto apresenta um cronograma que vai de março de 2009 a dezembro de 2010. Apresenta ainda um cronograma financeiro, sem indicação de quem financiará. Há ainda indicação de respeito à ética em pesquisa, pela sua submissão ao CEP/UESB. Para tanto, os participantes deverão conhecer e assinar o TCLE.

IV – Comentários do relator:

O projeto apresenta todos os documentos necessários à sua submissão ao CEP. Além disso, o projeto está bem formulado e com adequado referencial teórico e metodológico. Há, portanto, clareza nos seus propósitos e uma escrita bastante clara e fluente. Desse modo, o projeto tem relevância teórica e social e condições adequadas para o seu desenvolvimento, em vista dos resultados que intenta oferecer.

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

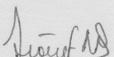
O TCLE está tecnicamente bem construído, apresentando o propósito do estudo, o objetivo e os demais elementos constitutivos do mesmo.

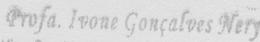
VI – Parecer do relator:

Considerando a pertinência acadêmica e social da pesquisa em questão e sua efetividade, o nosso parecer é aprovado.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 15 de outubro de 2009


Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB


 Vice-Presidente do Comitê de Ética/UESB

ANEXO C – CÓPIA DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ARTIGO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
REDE DE ENFERMAGEM DO NORDESTE
Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo Fortaleza -CE
CEP: 60430-160. Fone/Fax: (85) 3366 8453/ 3366 8464
E-mail: rene@ufc.br
Fortaleza, 04 de novembro de 2010.

Prezados(as) Autores(as),

Informamos que o artigo: **“A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica”**, sob autoria de Edite Lago da Silva Sena, Helca Franciulli Teixeira Reis, Patrícia Anjos Lima de Carvalho e Viviane dos Santos Souza, código 116/10 RENE, encontra-se aprovado na *Rev. Rene* (Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – ISSN 1517-3852).

Atenciosamente,

(assinatura)

Prof^a. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso
Presidente do Conselho Editorial da *Rev. Rene*