

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

**DISPOSITIVOS EXISTENCIAIS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
PERCEPÇÃO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

VIVIANE DOS SANTOS SOUZA

**JEQUIÉ
2011**

VIVIANE DOS SANTOS SOUZA

**DISPOSITIVOS EXISTENCIAIS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
PERCEPÇÃO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

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

LINHA DE PESQUISA: Política, planejamento e gestão em saúde.

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

**JEQUIÉ
2011**

Souza, Viviane dos Santos.

S719 Dispositivos existenciais de cuidado em saúde mental: percepção de pessoas em sofrimento psíquico / Viviane dos Santos Souza - Jequié, UESB, 2011.

144 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado - Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011. Orientadora Prof^a. Dr^a. Edite Lago da Silva Sena.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUZA, V. S. **Dispositivos existenciais de cuidado em saúde mental: percepção de pessoas em sofrimento psíquico** (2011) - Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

Prof^a. Dr^a. Edite Lago da Silva Sena – Orientadora e Presidente da Banca
Doutorado em Enfermagem - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof^a. Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Doutorado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Dr^a. Dora Sadigursky
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Bahia

Jequié - BA, 02 de dezembro de 2011.

A minha avó materna, Jovina Verona (*in memoriam*): com você aprendi a contemplar a beleza do mundo, e a ouvir na melodia da existência as vozes que celebram o milagre da vida. Contigo aprendi a buscar sabedoria na simplicidade, entendendo que a sabedoria transcende todo tipo de conhecimento, pois se trata de dom divino reservado aos humildes. Aprendi com sua história de vida que não há limites entre razão e loucura, e que tanto uma quanto a outra são passageiras, transitam em nossas vidas, de vivência em vivência, pois tudo passa, exceto o amor. Você me ensinou muito mais do que qualquer livro e/ou teoria poderá um dia me ensinar. Em seus olhos vi muitas vezes a “*nossa história*”, em sua força a “*nossa força*”, em sua fé a “*nossa fé*”. *Obrigada por seus preciosos ensinamentos, e por ser a base sólida sobre a qual **nossa história** continua...*

A minha mãe, Maria Verônica: por ser meu maior exemplo e por me dar suporte e sustentação em toda minha caminhada. Obrigada pelo cuidado, amor, dedicação e orientações sempre presentes. Você me ensinou a importância de amar o que fazemos e de fazer tudo com amor. Ensinou-me, ainda, que não há força sem fé e que não há fé naquele que desiste. Contigo tenho aprendido a cada dia a alegria que há na certeza de que *Jesus é a nossa Luz*. Obrigada por me ensinar os valores e princípios Cristãos com seu exemplo de vida. Sem seus esforços eu não teria chegado até aqui!
A ti, meu eterno amor e gratidão!

As pessoas em sofrimento psíquico participantes do estudo: por permitir que eu (re) significasse meus saberes e práticas de cuidado a cada encontro. Nas caminhadas por seus territórios existenciais, aprendi que não há cuidado fora de nós, antes é na própria existência que, em potencial, tudo significará cuidado, à medida que promove novas perspectivas de vida e de felicidade.
Obrigada por compartilhar conosco seus dispositivos existenciais de cuidado em saúde mental!

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), por me oportunizar a concretização deste sonho, e por garantir as condições necessárias ao processo de formação como docente do ensino superior.

À **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)**, pela concessão da bolsa de pesquisa e apoio financeiro, o que me possibilitou dedicação exclusiva às atividades da Pós-Graduação.

À minha orientadora, **Dr^a. Edite Lago da Silva Sena**, pela competência, seriedade e compromisso com que conduziu o processo de orientação do trabalho, e pela firmeza e sabedoria com as quais me ofereceu suporte nos momentos críticos. Agradeço, ainda, por toda a confiança e credibilidade depositados em mim, bem como, pelos conhecimentos e experiências compartilhados. Com você aprendi a fazer fenomenologia e a compreender que a ambiguidade faz parte de nossa humanidade. Obrigada por me ensinar a *reaprender a ver o mundo* e por oportunizar a experiência de me tornar *outra eu mesma* na intersubjetividade que vivenciamos. Agradeço a Deus por sua presença em minha vida e por todo o crescimento proporcionado!

À **Família Sena**, pelo acolhimento e carinho sempre sinceros. Por compreender as ausências de Edite nos períodos de orientação. Obrigada por compartilhar comigo suas crenças e valores, e ainda, pelas vivências e diálogos que me proporcionaram um aprendizado imensurável.

Aos professores do PPGES, pelos conhecimentos compartilhados. Em especial aos coordenadores do PPGES, professores **Dr^o. Cezar Casotti** e **Dr^a. Alba Benemérita**, por toda a dedicação em prol do nosso crescimento profissional, e ainda, pelo compromisso e competência com que conduzem o curso. Em particular, agradeço o acolhimento, carinho e incentivo sempre constantes!

Às professoras **Dr^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos** e **Dr^a Dora Sadigursky**, pelas preciosas contribuições para a construção do trabalho. Suas vivências puderam iluminar o que nossos olhares ainda não percebiam. Agradeço a leitura atenta, as cuidadosas contribuições, as correções necessárias, as críticas pertinentes e as sábias sugestões. Obrigada pela disponibilidade, simpatia e delicadeza!

À Agente Comunitária de Saúde, **Nalvinha**, pela disposição e ajuda em todas as etapas do estudo. Também agradeço a receptividade, confiança e carinho. Sem você não seria possível construir essa dissertação. Muito obrigada! Você é um grande exemplo de profissionalismo, compromisso social, dedicação e amor pelo que faz.

À minha ex-professora e atual amiga **Dr^a Roseanne Montargil**, pela credibilidade e incentivo. Por acreditar em mim mesmo quando nem eu mesma acreditava. Obrigada

pelas orientações sempre presentes e por compartilhar comigo sua história de vida, com a qual tanto me identifico. Você é o espelho em que muitas vezes vejo meu próprio reflexo, isso me fez acreditar que é possível transformar sonhos em realidade. Sem seu apoio eu não teria chegado até aqui. Muito obrigada!

À minha querida amiga e companheira de muitas caminhadas, **Dr^a Rozemere Cardoso de Souza**, por me ensinar que caminhar é mais importante que chegar. Como diz a música *Humano Amor de Deus*: *“Tens o dom de ver estradas, onde eu vejo o fim; me convences quando falas: não é bem assim! Se me esqueço, me recordas; se não sei, me ensinas; e se perco a direção vens me encontrar. Tens o dom de ouvir segredos, mesmo se me calo; e se falo me escutas, queres compreender; se pela força da distância tu te ausentas, pelo poder que há na saudade voltarás. Quando a solidão doeu em mim, quando meu passado não passou por mim, quando eu não soube compreender a vida, tu vieste compreender por mim. Quando os meus olhos não podiam ver, tua mão segura me ajudou a andar. Quando eu não tinha mais amor no peito, teu amor me ajudou a amar. Quando o meu sonho vi desmoronar, me trouxeste outros pra recomeçar. Quando me esqueci que era alguém na vida, teu amor veio me lembrar, que Deus me ama, que não estou só, que Deus cuida de mim, quando fala pela tua voz, que me diz: Coragem!”* Obrigada por despertar o melhor de mim! Você estará sempre presentificada em minhas palavras e ações.

À professora e querida colega **Nairan Morais Caldas**, pela serenidade e sabedoria com que sempre me orientou. Por me ensinar, com seu exemplo, que a felicidade habita nas coisas simples da vida, e que em tudo devemos buscar prazer e moderação. Obrigada por trazer paz nos momentos de turbulência. Agradeço, ainda, por compartilhar comigo suas vivências de cuidado em saúde mental, que tanto contribuíram para meu processo de formação. Serei sempre grata por ter suscitado em mim o desejo de trabalhar com saúde mental!

À **Família Lino**, pelo acolhimento, alegria e carinho com que me receberam tantas vezes em sua casa. Em especial à amiga **Debóra Lino**, por me ensinar que ter fé significa acreditar naquilo que não se vê com a certeza de que acontecerá, e que não há nada maior que o amor e cuidado de Deus para conosco. Você é sinal desse divino cuidado em minha vida! Obrigada por TUDO!

À **minha família**, em especial minhas tias Josefina, Isabel, Maria José e Luzia, e tios Manoel Messias e Raimundo Nonato, que são para mim exemplos de força, fé e superação. A vocês agradeço o amor e cuidado sempre presentes. Tudo o que sou, e que vier a ser, com certeza vem do aprendizado advindo de nossa convivência. Amo vocês incondicionalmente!

Às minhas irmãs **Luciana Verônica** e **Adriana dos Santos** por todo o amor, cuidado, carinho, compreensão e dedicação dispensados a mim, e por participarem ativamente de minha educação. Com vocês sinto-me verdadeiramente acompanhada e compreendida. E aos meus sobrinhos **Jorge Lucas**, **Wanderson** e **Wallace**, meus

amores, o brilho de seus olhos e os sorrisos a mim dirigidos foram sempre incentivo e motivação nessa caminhada. Amo muito cada um de vocês!

Ao meu primo **Érico José dos Santos**, pelas experiências compartilhadas, pelas confidências, conselhos e reflexões suscitadas em *nossas caminhadas* no vai-e-vem da vida. Agradeço por ser sempre fonte de alegria e motivação. Mais que primo, você é um grande amigo e irmão. Obrigada por sua presença em minha vida e por renovar, a cada diálogo, o imenso orgulho que sinto em pertencer a *nossa família*.

À amiga **Patrícia Anjos**, pelas preciosas contribuições em todas as etapas de construção deste trabalho. Agradeço a ti a forma amável e simples como acolheu a mim e a minha família em sua vida. Sem seu apoio e carinho não teria conseguido persistir em meus sonhos. *Hoje posso perceber que um amigo de verdade, não sou eu a escolher, Deus em mim o enxertastes, pois é mais fácil te seguir ao lado de um amigo... Amigo fiel, refúgio poderoso, quem o descobriu encontrou um tesouro, prefiguração de Deus, certeza do Céu. Quero tê-lo aqui no peito meu, meu anjo, meu abrigo, meu amigo fiel... Permaneceremos até o fim, na amizade do Senhor. E se me amar te causar a dor, como o mesmo amor me cures, meu amigo... (Toca de Assis).* Obrigada por ser comigo uma generalidade!

À **Lívia Angeli** e **Murilo Alves**, pela amizade e apoio. Por todos os abraços, sorrisos, palavras de conforto e ânimo, pelos sábios conselhos, por todas as experiências que vivenciamos e por todas as dificuldades que superamos. Choramos e nos alegramos juntos inúmeras vezes, e nesse compartilhar de vidas, descobrimos a alegria e a força que há em uma amizade verdadeira. Como diz o Padre Fábio de Melo: *Há uma linguagem no nosso encontro que dispensam palavras; e quando isso acontece é porque estamos verdadeiramente acompanhados.* Vocês são a maior herança dessa jornada chamada mestrado! Contem sempre com minha amizade...

À **Emanuelle Caires** e **Juliana Xavier**, pelos laços de amizade fraterna que construímos; pelos sonhos, desejos, expectativas e planos compartilhados. Pelas orações constantes e por todas as palavras de sabedoria que traziam a cada dificuldade. Vocês duas têm o dom de semear esperança, fé e alegria por onde passam. Mais que amigas, são irmãs que a vida me deu de presente. Amo vocês imensamente!!! Como diz Manuzinha: *nossa relação é transpessoal...*

À **George Amaral**, grande amigo e companheiro. Você faz parte desta realização, desde quando era apenas um sonho distante. Não há palavras para expressar a alegria em tê-lo como amigo e em poder compartilhar contigo meus projetos de vida. *Ainda somos parte do mesmo casulo, apesar de hoje voarmos em diferentes paisagens.* Te amo muito meu lindo, e te admiro por tudo o que és!

À **Laura Regia Cordeiro**, agradeço a amizade sempre fiel e firme. Apesar das distâncias você sempre consegue se fazer presente nos momentos que mais preciso. Obrigada pelos sábios conselhos que tanto contribuíram para a finalização desse trabalho. Você tem o dom de me fazer acreditar no *eu posso*.

Às amigas **Érika Mascarenhas** e **Gabriella Lins**, por percorrer comigo os primeiros passos em nossa caminhada profissional, por todos os sonhos compartilhados, por toda a alegria multiplicada, por todas as dificuldades superadas, por todas as lágrimas derramadas, por todo aprendizado... Vocês me ensinaram o verdadeiro sentido da “*amizade*”. Amo muito vocês! Obrigada pelo apoio e incentivo sempre presentes!

Aos alunos do curso de Enfermagem da UESB, pela receptividade a abertura durante o estágio de docência na disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental. Agradeço, ainda, pelas importantes contribuições para a construção do trabalho, nas reuniões do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental da UESB. Particularmente, agradeço a **Danielle Batista** e **Mitze Lopes** que participaram diretamente da pesquisa, contribuindo na fase de transcrições. Obrigada pelo auxílio e motivação!

Aos alunos da primeira turma do curso de Enfermagem do Instituto Multidisciplina em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), com os quais tive o prazer de iniciar minha carreira acadêmica, como docente. Com vocês descobri que só é possível promover aprendizagem significativa quando o educador se dispõe a *aprender a aprender* continuamente. Obrigada a todos pela credibilidade, respeito, carinho e incentivo!!!

Aos irmãos do Grupo de Oração Água Viva, em especial a Gilmara, Flávia, Liane, Norma e Soraya, pelo carinho e atenção dispensados a mim, bem como pelas orações e palavras de conforto sempre presentes. Obrigada por me acolherem como membro dessa grande família!

Aos colegas do curso de Especialização em Saúde Mental da UESC, pelo compartilhamento de vivências, que tanto enriqueceram minha formação na área. Em especial a **Fabíola Pinheiro** e **Laís Lira** pela presença marcante nessa fase do mestrado. Agradeço às duas pelas orações e aprendizados. Obrigada, também, pela sinceridade e clareza em nossa comunicação, e pela disposição em dizer o que era necessário para o meu amadurecimento pessoal.

Aos colegas do mestrado, pela alegria e conhecimentos compartilhados. Vocês tornaram mais significativa e suave a nossa caminhada. Sentirei saudades!

A Deus, agradeço pela vida de todas as pessoas presentes e/ou presentificadas em minha história, as quais têm sido sinal de seu amor, cuidado e misericórdia incondicional. *Tu és o meu amparo e o meu refúgio, és a alegria de minha alma. Só em ti repousa a minha esperança! Não vacilarei, nem mesmo na dor; quero seguir, até o fim, só por ti Jesus!* Obrigada Senhor por TUDO!

*Ser significa comunicar...
Ser significa ser para o outro, e através do outro, para alguém.
Uma pessoa não tem um território interno independente,
ela está completamente e sempre na fronteira;
olhando para dentro de si,
ela olha nos olhos do outro ou com os olhos do outro.*

Mikhail Bakhtin

RESUMO

A política de saúde mental brasileira preconiza a organização de uma rede de atenção, tendo como dispositivo estratégico os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que deve funcionar de forma territorializada, buscando a articulação com outros dispositivos da atenção à saúde, bem como com os demais setores da sociedade. No entanto, a implementação do cuidado sob a lógica de rede ainda constitui um grande desafio para a consolidação do processo de reforma da atenção em saúde mental. O presente estudo tem por objetivo compreender a percepção de pessoas em sofrimento psíquico sobre os dispositivos de produção de cuidado em saúde mental no contexto do território, na perspectiva de subsidiar a (re) organização de redes de cuidado na área. Trata-se de uma pesquisa fenomenológica, fundamentada na abordagem de Maurice Merleau-Ponty, realizada em município do interior do Estado da Bahia, Brasil, entre os meses de março a julho de 2011, com 09 sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico. As descrições vivenciais foram construídas por meio da fotocomposição, e seguiu os trâmites legais relativos à pesquisa com seres humanos, resolução 196/96. Tais descrições foram submetidas à técnica analítica da ambiguidade, e resultou na formulação de três categorias: *a vivência da espiritualidade e a experiência do outro eu mesmo; a expressão da sexualidade no cotidiano; a (re)significação do trabalho e a valorização da natureza humana*. Os dispositivos de cuidado desvelaram-se como sendo existenciais, pois se referem aos sentidos e significados constituídos no viver cotidiano, os quais mobilizam a construção de projetos de felicidade, e favorecem a experiência de tornar-se um *outro eu mesmo* na relação intersubjetiva.

Palavras-chave: Saúde mental. Cuidado. Filosofia em enfermagem.

ABSTRACT

Brazilian mental health policy calls for the organization of a care network, having as a strategic device the Centers for Psychosocial Care (CAPS), which should act in a territorialized way, seeking collaboration with other health care devices, as well as the other sectors of society. However, the implementation of care from the network logic is still a great challenge to consolidate the mental health care reform process. The present study aims to understand the perception of people with psychological distress on the care production in the mental health care devices in the context of the territory, with a view to supporting the (re)organization of care networks in the area. It is a phenomenological research, based on the approach of Maurice Merleau-Ponty, held in a Bahia countryside city, Brazil, between March and July of 2011, with 09 subjects who experience psychological distress. The experiential descriptions were constructed by photocomposition, following the legal procedures relating to the research with human beings, resolution 196/96. Such descriptions were submitted to the analytical of ambiguity technique, and resulted in the formulation of three categories: *living the spirituality and the experience of the other self*; *expression of sexuality in daily*; *(re)signification work and the appreciation of human nature*. Care devices showed themselves as existential, because they relate to the senses and meanings constituted in daily life, which mobilize the construction of happiness projects, and promote the experience of becoming an *another self* on the intersubjective relation.

Keywords: Mental health. Care. Philosophy in nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Imagem externa de uma igreja, fotografada por Vermelho.....	74
Figura 2 - Imagem do Sacrário, local na igreja onde fica o Santíssimo Sacramento (Eucaristia), fotografado por Rosa	74
Figura 3 - Imagem das cadeiras de uma igreja, fotografada por Branca	81
Figura 4 - Imagem externa de uma igreja, fotografada por Azul	86
Figura 5 - Imagem do local na igreja reservado ao ministério de música, fotografado por Azul	87
Figura 6 - Imagem do Santíssimo Sacramento (Eucaristia), fotografado por Rosa.....	88
Figura 7 - Imagem de um pé de acerola no quintal da casa de Vermelho, fotografado por Vermelho	91
Figura 8 - Imagem de livros no quarto de Verde, fotografado por Verde	94
Figura 9 - Imagem da televisão, aparelho de som e DVD, fotografada por Azul	95
Figura 10 - Imagem externa da casa da tia de Azul, fotografada por Azul	98
Figura 11 - Imagem do campo de futebol do bairro, fotografado por Azul.....	98
Figura 12 - Imagem de uma escola, fotografada por Vermelho	99
Figura 13 - Imagem da quadra de futebol que azul jogava bola no período anterior ao tratamento, fotografada por Azul	99
Figura 14 - Imagem do Rio de Contas, fotografado por Violeta	101
Figura 15 - Imagem de troféu e medalha obtidos em campeonatos esportivos, fotografado por Anil	104
Figura 16 - Imagem interna do Estádio Municipal de Jequié, fotografado por Vermelho	107
Figura 17 - Imagem de um coração de gesso, fotografado por Anil	109
Figura 18 - Imagem da parede do quarto de Anil, fotografada por Anil	109
Figura 19 - Imagem da rua, fotografada por Violeta	112
Figura 20 - Imagem do produto do trabalho de Rosa, fotografado por Rosa	115
Figura 21 - Imagem da casa própria de Verde, fotografada por Verde.....	115
Figura 22 - Imagem do carro de Azul, fotografado por Azul	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UESC - Universidade Estadual de Santa Cruz.

IMS - Instituto Multidisciplinar em Saúde.

CAT - Campus Anísio Teixeira.

UFBA - Universidade Federal da Bahia.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*.

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial.

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

ACS - Agentes Comunitários de Saúde.

USF - Unidade de Saúde da Família.

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental.

MS - Ministério da Saúde.

SUMÁRIO

1 RETORNO ÀS COISAS MESMAS NO CAMPO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	16
1.1 ABORDAGEM CONTEXTUAL DO TEMA	16
1.2 AS VIVÊNCIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E A MOTIVAÇÃO PARA O TEMA	21
1.3 DELIMITAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVO	24
2 UM DIÁLOGO COM A LITERATURA E A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES PERFIS DO SABER EM SAÚDE MENTAL	26
2.1 SENTIDOS DO CUIDADO NA HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL	26
2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA	30
2.3 DISPOSITIVOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	39
3 A FILOSOFIA QUE POSSIBILITOU COMPREENDER A AMBIGUIDADE DA PERCEPÇÃO HUMANA	44
3.1 CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO	44
3.2 A INTERCORPOREIDADE E A EXPERIÊNCIA VIVIDA	47
3.3 UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE O CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	55
4 ELEMENTOS MEDIADORES À PRODUÇÃO E ANÁLISE DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	60
4.1 O TERRITÓRIO DO ESTUDO	60
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	61
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	62
4.4 PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	63
4.5 ANÁLISE DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	68
5 DISPOSITIVOS EXISTENCIAIS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DO CUIDADO COMO PRODUÇÃO DE VIDA	72

5.1 CATEGORIA 1: A VIVÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E A EXPERIÊNCIA DO <i>OUTRO EU MESMO</i>	72
5.2 CATEGORIA 2: A EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE NO COTIDIANO	90
5.3 CATEGORIA 3: A (RE)SIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO E A VALORIZAÇÃO DA NATUREZA HUMANA	113
6 A DESCOBERTA DE UM OLHAR QUE RENASCE	123
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICES	138
APÊNDICE A: TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	139
APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO	141
ANEXO	142
ANEXO A: CÓPIA DO PARECER CONSUBSTANCIADO CEP Nº 223/ 2010	143

1 RETORNO ÀS COISAS MESMAS NO CAMPO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

[...] o objeto mais familiar parece-nos indeterminado enquanto não encontramos seu nome, por que o próprio sujeito pensante está em um tipo de ignorância de seu pensamento enquanto não o formulou para si ou mesmo disse ou escreveu, como o mostra o exemplo de tantos escritores que começam um livro sem saber exatamente o que nele colocarão (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 241).

1.1 Abordagem contextual do tema

O ser humano, como ser social e, por conseguinte, intersubjetivo, tem, no cuidado, a base primordial para a sobrevivência. O cuidado assume sentido existencial, seja quando recebido, seja como autocuidado, ou mesmo quando direcionado aos recursos necessários à manutenção da vida, em suas diversas dimensões.

Portanto, “cuidar é mais que um *ato* [...] representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p.33). O autor enfatiza que cuidar se torna um modo de ser essencial, uma maneira de o próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer, constituindo, então, o *ethos* do ser humano, sua casa e habitação, que ganha corpo em valores, atitudes e comportamentos práticos. É nessa casa que a Enfermagem nasce como um modo de ser essencial, tomando o cuidado como bússola que guia suas formas de pensar-agir.

Nesta perspectiva, o processo de produção de cuidado faz parte da operatividade da natureza humana em sua complexidade. É certo que o saber-fazer/pensar-agir, no que tange à produção de cuidado, no setor saúde, sofre influências do contexto histórico-social, em que as concepções sobre o processo saúde/doença implicarão na formulação de tecnologias e modelos de cuidado construídos historicamente (ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003). Assim, toda noção de modelo assistencial corresponde à forma como são organizadas e combinadas as diversas ações para intervir no processo saúde-doença, em determinado momento histórico de uma sociedade (SILVEIRA, 2006).

Esses aspectos tornaram-se visíveis, nas intensas transformações sociais e políticas ocorridas no Brasil, no final do século XX, em função da busca por modelos de atenção à saúde que garantissem o direito de acesso à saúde, a integralidade do cuidado ao ser humano e o atendimento à complexidade de suas necessidades existenciais. Antes disso, a assistência à saúde era de acesso restrito a uma parcela da população brasileira, contribuinte do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a saúde mental marcada pela exclusão social do doente.

Exemplos das transformações ocorridas na produção de cuidado à saúde, no Brasil, foram os processos de Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), com as quais surgem novas formas de pensar, influenciadas por ideais dos profissionais de saúde e outros segmentos da sociedade brasileira, pautados nos princípios de igualdade, liberdade e acessibilidade.

A busca por uma ética do cuidado, influenciada por movimentos de mudanças nas práticas, modelos e tecnologias de cuidado, resultou em transformação mais ampla em relação à elaboração, implantação e implementação de políticas públicas no país.

Com o movimento de Reforma Sanitária, que buscou a superação do modelo médico hegemônico e a construção de um modelo pautado na promoção à saúde, o conceito de saúde foi ampliado, e entendido como um processo resultante das condições de vida, por isso, não se restringe à assistência médica. Assim, no cenário de transformações desencadeadas por esse movimento, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Constituição Federal de 1988 e pela lei 8.080/90, no contexto de intensos debates em torno das concepções de saúde e das políticas de atenção no setor.

Por sua vez, o movimento de RPB, em curso, também, seguiu a trajetória da Reforma Sanitária, guardando consigo os princípios e diretrizes que a orientam (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Contudo, sofreu influências das transformações do contexto mundial da atenção à saúde mental, em especial, do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, desencadeado por Franco Basaglia. O movimento italiano teve por finalidade superar o espaço asilar como local de tratamento do doente mental e, por isso, colocou em questão o próprio conceito de doença mental, as

instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de cuidado, até então fundamentadas no isolamento da pessoa, e conseqüente morte social (OLIVEIRA, 2002).

A doença mental representava, em sua própria origem, a perda da individualidade e da liberdade, e o manicômio, como local de tratamento, passou a constituir-se em um espaço no qual o doente perdia definitivamente sua subjetividade, sendo transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento (BASAGLIA, 2005). O autor discute a necessidade de colocar a doença entre parênteses e não mais o homem, emergindo um novo paradigma de atenção à saúde mental, com foco na desinstitucionalização e inclusão social, a fim de possibilitar a reconstituição dos vínculos perdidos e a construção de projetos de vida, bem como o exercício da cidadania.

Com a Psiquiatria Democrática Italiana surge, também, a noção da atuação em saúde mental no território, com ênfase no aspecto psicossocial do adoecimento e do cuidado. Esse movimento requereu a invenção de novos saberes e práticas, e, ainda, de novas leis e organizações, para atender às necessidades globais, das pessoas em sofrimento mental, em seu contexto existencial, considerando o potencial terapêutico das trocas sociais para a produção de novas formas de cuidado (ROTELLI; LEONARDIS; DIANA, 2001).

Assim, o movimento de reforma psiquiátrica buscou a desconstrução progressiva da cultura manicomial, por meio do desenvolvimento de estratégias sociais, políticas e culturais, no sentido de assegurar à pessoa em sofrimento mental, o exercício da cidadania.

O território passou, então, a ganhar centralidade por constituir-se em espaço de circulação e de acessibilidade à vida social, em substituição à reclusão e marginalização da pessoa em sofrimento mental. Neste sentido, o território caracteriza-se “como espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, o espaço de laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político dos cidadãos.” (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 238). Nesse sentido, a elaboração das políticas de saúde deve considerar o território e suas implicações na promoção, proteção e recuperação da saúde, como lugar em que são construídos os modos de vida.

Confluindo com tais pressupostos, surge, também, no cenário brasileiro, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ênfase na atenção integral às famílias no contexto do território. Contudo, a produção de cuidado em saúde mental na ESF não tem sido consoante com os princípios e diretrizes da reforma da atenção psiquiátrica (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009). É notória a existência de muitos desafios para a consolidação do novo paradigma, pois ele exige movimentos de desconstrução e reconstrução de saberes, concepções e práticas.

Por tratar-se de um processo histórico-social, toda mudança perpassa pela convivência mútua entre o que se tem e a imagem-objeto da transformação. Assim, no cenário de mudança do modelo de atenção à saúde mental convivemos, por um lado, com concepções e tecnologias de cuidado tanto da psiquiatria clássica e da cultura manicomial instituída por ela, quanto daquelas resultantes da atenção psicossocial, cujo foco é a promoção da saúde mental e o exercício pleno da cidadania.

Então, para que ocorram avanços no modelo de atenção psicossocial, no que tange à inserção da saúde mental no SUS, e participação do sujeito que sofre, em seu processo de cuidado, faz-se necessário, também, (re)conhecer os dispositivos de cuidado à saúde mental existentes no território.

Desse modo, cada dispositivo pode ser pensado como um conjunto composto por linhas de naturezas diferentes que traçam processos que estão sempre em construção (DELEUZE, 1996). Para o autor, as linhas de cada dispositivo podem ser consideradas como uma multiplicidade de caminhos, nos quais operam processos de mudança que abrem possibilidades para fazer ver, fazer falar, alcançar os objetivos desejados, produzir subjetividade e suscitar agenciamentos de novas perspectivas de vida.

Assim, apoiadas no pensamento de Deleuze (1996), formulamos a noção de dispositivo de cuidado à saúde mental que propusemos desenvolver neste estudo. Trata-se de vivências que as pessoas, em sofrimento psíquico, reconhecem na interação com os semelhantes, nos diversos espaços do território geográfico, onde se inserem, como capazes de produzir sentimentos e sensações de bem-estar, bem como, potencial para transformar as formas de ver, pensar e agir em relação ao sofrimento

mental que, ainda, encontram-se influenciadas pela cultura manicomial substituindo-as por uma cultura de produção de vida e valorização do Ser.

Portanto, é importante considerar a necessidade de produção de conhecimento e de tecnologias de cuidado às pessoas em sofrimento mental que valorizem o potencial terapêutico da escuta, do relacionamento, do acolhimento e da construção de vínculo (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKY, 2003). Faz-se premente, ainda, a construção de processos contínuos de avaliação dos serviços de saúde, a fim de garantir a consolidação da RPB, que preconize a inclusão das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, garantindo a acessibilidade aos serviços, a articulação intersetorial e a integralidade da atenção, por meio de uma rede de cuidados de base territorial (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, a Lei 10.216/01 redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e legitima os direitos das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2001).

O paradigma da saúde mental valoriza as questões relativas à ética e à vida cotidiana da pessoa em sofrimento, destacando-se os aspectos relacionados à comunicação, relacionamento, afetividade, sociabilidade e trabalho. Os serviços ancorados no processo da reforma psiquiátrica devem agregar “novas formas de relação, baseadas no vínculo, no encontro com o outro, na escuta, no *cuidar criativo e solidário*”, que se constrói nos espaços de acolhimento e tolerância (OLIVEIRA, 2002, p. 184).

Essa perspectiva de cuidado implica no reconhecimento de que os profissionais de saúde não detêm conhecimento absoluto e/ou “acesso privilegiado às pretensas *verdades* das vidas das pessoas e seus dilemas, necessitando ser informados por elas” (GRANDESSO, 2000, p. 280). A autora reflete sobre a necessidade de os profissionais de saúde mental assumirem uma *postura de não saber*, entendendo que o sujeito que sofre é o maior especialista em sua experiência. Logo, ninguém melhor que ele mesmo para apontar os possíveis caminhos, para a construção do cuidado em saúde mental.

Tal postura conduz à percepção do semelhante, em suas angústias, medos, dores, desejos, necessidades e história de vida, o que significa considerar a experiência existencial do outro, e o que esta traz de demanda de cuidado.

Partindo-se da premissa de que trabalhar com saúde mental é trabalhar em contextos de intersubjetividade, é essencial considerar a diversidade das formas de pensar o mundo e a vida, das formas de ser e de existir, que se revelam a partir de encontros capazes de produzir significações e ressignificações cotidianas, e promover melhores condições de vida.

Assim, o trabalho em saúde mental traz a possibilidade de aprender a aprender, de construir com o outro o processo de cuidado que ele demanda, de inventar práticas solidárias que considerem a existência em sua complexidade, de poder usar a criatividade a serviço da vida, de realizar trocas, de poder afetar e ser afetado, de estar em contínuo processo de (des)territorialização existencial durante a produção intersubjetiva do cuidado.

Apesar desse ideal de cuidado, ainda faz-se presente no imaginário social a cultura manicomial, que direciona os saberes e práticas no contexto dos serviços de saúde. Tal cultura delegou ao especialista e ao hospital psiquiátrico as ações nesse âmbito de atenção; e, em função disso, os profissionais ainda se respaldam nessa herança cultural, para justificar a neutralidade na produção de cuidado em saúde mental, e conseqüente ausência de responsabilização, o que se constitui em nó crítico no processo de RPB.

Assim, a efetivação da reforma da atenção psiquiátrica pressupõe uma desconstrução/construção do saber/fazer em saúde mental. Dentre outros desafios, desse processo, permanecem a formação dos profissionais de diferentes contextos da rede SUS, a consolidação da cultura da saúde mental, a descoberta e uso de dispositivos comunitários, e a valorização do que pensam os sujeitos acerca do cuidado destinado a eles.

1.2 As vivências no campo da saúde mental e a motivação para o tema

O interesse pelo tema “dispositivos de cuidado em saúde mental no território” emergiu de minhas vivências neste campo de saberes e práticas, as quais ocorreram tanto no âmbito pessoal como no contexto da formação e atuação profissional. A

seguir ocupo-me em descrever algumas dessas vivências que mobilizaram a escolha do tema estudado.

Em minha história antecedente à graduação sempre me interessei mais pela área das ciências humanas do que pelas ciências biológicas, pois não me identificava com o conhecimento objetivista, que considera as coisas em si mesmas. Desde a adolescência realizava leituras na área de filosofia, em função da abertura que o conhecimento filosófico possibilita para a ampliação das formas de ver e pensar o ser humano e a vida em sua complexidade.

Assim, quando ingressei no curso de enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) tinha um perfil diferente dos colegas e, geralmente, me identificava com as disciplinas de sociologia, antropologia filosófica, psicologia e saúde mental. Hoje entendo que tal identidade ocorria pelo fato dessas disciplinas conduzirem-me a uma maior compreensão do ser humano em seu processo de viver. Assim, ainda no primeiro semestre da graduação comecei a participar de um grupo de estudos informal em antropologia filosófica, no qual discutíamos temas relacionados à saúde mental e cultura.

No terceiro semestre fui aprovada em processo seletivo como bolsista de um projeto de extensão universitária da UESC intitulado “**Centro Regional de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas**”, no qual desenvolvíamos estudos relacionados ao tema; atendimento de enfermagem a usuários de substâncias psicoativas e seus familiares; e, atividades de educação em saúde voltadas para a prevenção do abuso de drogas, através da articulação intersetorial, principalmente, com o setor da educação. Permaneci durante dois anos como bolsista do referido projeto de extensão e os incômodos gerados durante a experiência conduziram-me à elaboração de um projeto de pesquisa, que abordava a temática da educação em saúde para prevenção do abuso de drogas. Tal projeto de pesquisa possibilitou a experiência como bolsista de iniciação científica e o desenvolvimento de ações dessa natureza junto a instituições de ensino do município de Itabuna-BA.

No quinto semestre, após cursar a disciplina de saúde mental, ingressei-me como voluntária no projeto de extensão intitulado “**Integrando Saúde Mental e Saúde da Família**”, onde desenvolvíamos ações de saúde mental no território e de

educação permanente em saúde mental junto a quatro equipes de saúde da família do município de Ilhéus-BA. Ainda no período iniciei minha participação no “**Grupo de Pesquisa em Saúde Mental da UESC**” e no “**Grupo de Estudos em Saúde Mental da UESC**”. Nesse grupo desenvolvíamos reuniões semanais no Núcleo de Saúde Coletiva da UESC, tendo como objetivo principal a construção compartilhada de saberes e práticas em saúde mental, contando com a participação de professores da área de saúde mental e de outras áreas relacionadas, estudantes dos cursos de enfermagem, medicina, pedagogia e biomedicina, e profissionais atuantes nos serviços de saúde e assistência social.

Os saberes compartilhados nesse percurso conduziram-me à práxis nos demais espaços de construção de conhecimento durante e após a graduação. Neste sentido, aprendi que para trabalhar na área da saúde mental é necessário valorizar a subjetividade das pessoas em sofrimento psíquico e os contextos de intersubjetividade construídos nas relações de cuidado. Isso pressupõe uma compreensão ampliada da experiência de vida dos sujeitos envolvidos no processo de produção de cuidado em saúde mental.

Mesmo reconhecendo que são inúmeros os desafios a serem superados no processo de reforma da atenção em saúde mental, sempre acreditei que um dos caminhos para o alcance das mudanças pretendidas encontra-se no âmbito da formação de recursos humanos para o SUS, incluindo não apenas a formação profissional, mas também a educação permanente em saúde mental no serviço. Tal pensamento mobilizou-me a optar pela carreira acadêmica, por ver nela a possibilidade de colaborar com a formação de profissionais que sejam comprometidos com os princípios do SUS, principalmente a prestação de atenção integral em seus diversos sentidos, a qual inclui a produção de cuidado em saúde mental em todos os serviços e níveis de atenção do setor saúde, entendendo que toda situação de adoecimento produz também sofrimento mental.

Nesta perspectiva, assim que conclui a graduação submeti à seleção pública para professor substituto da disciplina de **Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental** do Instituto Multidisciplinar em Saúde / Campus Anísio Teixeira (IMS/CAT), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Na oportunidade fui aprovada e atuei como

docente da referida disciplina durante um ano, o que acirrou ainda mais meu desejo em seguir a carreira acadêmica e serviu de motivação para submeter-me à seleção do mestrado. Ao iniciar minha atuação na docência busquei também melhor qualificação para atuar nessa área de conhecimento, através do ingresso no curso multiprofissional de **Especialização em Saúde Mental** da UESC.

1.3 Delimitação da questão de pesquisa e objetivo

As vivências descritas e muitas outras ainda não desveladas contribuíram de forma significativa para a delimitação do objeto deste estudo. Entre as inquietações e pré-reflexões originárias de minhas vivências, destaca-se o incômodo com a forma de cuidado prestada por alguns profissionais, muitas vezes direcionada às doenças e não às pessoas. Assim, durante muito tempo vi (e ainda vejo) um cuidado fragmentado, tecnicista, que não considera a complexidade do ser humano.

Durante a graduação, ao fazer alguns questionamentos aos profissionais do serviço, obtive respostas como: “o enfermeiro não tem tempo para escutar, pois o dimensionamento no serviço não atende a demanda e somos sobrecarregados”, “não podemos nos envolver emocionalmente com o paciente”, “não damos conta de tudo que o paciente traz”, “temos que atender às necessidades do setor (ou do serviço)”. Enfim, eu me perguntava: e as necessidades do paciente, quem vai atender? Como vamos produzir cuidado se não pararmos para conhecer a pessoa que cuidamos, e nem mesmo para escutá-la em suas necessidades?

Percebia que a preocupação maior das enfermeiras era a produtividade, a resolução de pendências e o atendimento às normas do serviço. Esta forma de *cuidar* me incomodava, me afetava e causava mal estar em minhas experiências nos serviços, seja enquanto estudante ou como profissional. Então, decidi buscar outros espaços e formas de cuidar, com potencial para a produção de cuidado que considere a experiência existencial do outro e o que esta experiência traz de demanda, e não um cuidado em que eu ou o serviço determine o que é demanda de cuidado.

Nesse contexto, ocorreu-nos definir como questão de pesquisa: **Qual a percepção de pessoas em sofrimento psíquico sobre os dispositivos de produção**

de cuidado em saúde mental no contexto do território? Para responder à questão, estabelecemos como objetivo o seguinte: **compreender a percepção de pessoas em sofrimento psíquico sobre os dispositivos de produção de cuidado em saúde mental no contexto do território.**

Em consonância com o objeto de estudo, optamos por desenvolvê-lo sob a perspectiva da fenomenologia, tomando como referencial teórico a filosofia da experiência de Merleau-Ponty. Por tratar-se de um estudo das essências, a fenomenologia torna-se adequada, configurando-se em tentativa de realizar uma descrição direta de nossa experiência e repor as essências na existência. Para o autor, todo o universo da ciência é construído a partir do processo intencional, que constitui o campo de todos os nossos pensamentos e percepções explícitas. Destaca-se que o homem está no mundo, logo, é no mundo que ele se conhece (MERLEAU-PONTY, 2011).

2 UM DIÁLOGO COM A LITERATURA E A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES PERFIS DO SABER EM SAÚDE MENTAL

[...] nenhum pensamento permanece nas palavras, nenhuma palavra no puro pensamento de alguma coisa (MERLEAU-PONTY, 2002, p.23).

Todo conhecimento constitui-se em uma construção dialética, que requer a existência de outros conhecimentos, sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida (MINAYO, 2010). Assim, revisar a literatura científica sobre a temática que se pretende estudar é fundamental para identificar lacunas de conhecimento e perceber em que sentido o novo estudo poderá contribuir com preenchimento dessas lacunas.

O tema conduziu-nos à revisão da literatura a partir de três eixos: sentidos do cuidado na história do processo saúde/adoecimento mental; Reforma Psiquiátrica Brasileira, com ênfase no cuidado de enfermagem; e dispositivos de cuidado em saúde mental: discussão conceitual e subtipos. Para tanto, utilizamos as seguintes estratégias: leituras de livros clássicos sobre cuidado, saúde mental e reforma psiquiátrica, dispositivos e fenomenologia; busca de artigos indexados em base de dado eletrônica, utilizando o descritor “saúde mental”, recorte temporal correspondente ao período de 2001-2010 (a partir da lei 10.216), artigos completos em português, disponíveis na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde que abordam aspectos concernentes ao campo da saúde mental; realização de Estudo Independente sobre dispositivos de cuidado em saúde mental de base comunitária, que constou como disciplina optativa do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

2.1 SENTIDOS DO CUIDADO NA HISTÓRIA DO SOFRIMENTO MENTAL

Historicamente, as tecnologias de cuidado em saúde mental sempre estiveram vinculadas às concepções do processo de saúde/adoecimento, logo, as práticas

desenvolvidas nesse âmbito de atenção/cuidado são determinadas pelos saberes existentes em cada época, bem como pelos sentidos produzidos sobre a loucura e a imagem do louco (ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003).

À medida que o conhecimento acerca da loucura foi sofrendo modificações, a produção de cuidado, à pessoa em sofrimento mental, também acompanhou esses movimentos de transformações, advindos no decurso da evolução da humanidade e da ciência.

O cuidado constitui a essência do ser humano, representado em um modo de ser no mundo e com o outro, logo, a atitude de cuidar expressa, consigo, as vivências, experiências, percepções, sentidos e impressões pessoais sobre o mundo e sobre o outro com quem se estabelece a relação de cuidado (BOFF, 1999). O autor tece discussões sobre o *saber* e as *formas de cuidar*, que só podem constituir-se em cuidados, de fato, quando se considera a totalidade existencial daquele que sofre. Alerta-nos para os modos de ser com potencial para a produção de cuidado e aqueles com potencial para a produção de descuido, quando outros aspectos são priorizados nas relações de cuidado estabelecidas com o outro, em detrimento da vida.

Nesse sentido, o ser humano é entendido como um ser no mundo com outros, em que o modo de ser cuidado apresenta-se como essência humana, que é permeada de elementos constitutivos da história de vida e de seus aspectos psicossociais e culturais, sendo que os modos de cuidar serão sempre passíveis de influências sócio-históricas (BOFF, 1999; SILVA et al., 2005). Tais autores ressaltam, ainda, que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para aquele que cuida.

Essas reflexões tornam-se pertinentes, em relação aos modos de ser que a sociedade estabeleceu, com as pessoas em sofrimento psíquico, em que se produziu cuidado em determinados períodos históricos e descuido em outros. Decerto a loucura faz parte da história da humanidade e tem encontrado, ao longo de nosso processo evolutivo, muitas explicações para sua compreensão. Assim, para cada concepção de adoecer, corresponde a determinadas formas de tratar, forjadas historicamente (ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003).

Sob essa compreensão, iniciamos o passeio pela história da loucura na Antiguidade Pré-Clássica, em que as doenças eram explicadas pela força do

sobrenatural e o sacerdote tinha um papel intermediário no tratamento. Com o advento da Idade Média e a ascensão do Cristianismo, como força política e religiosa do Estado, o sobrenatural ocupou o lugar da medicina racional e o espírito cristão de caridade foi responsável pelo oferecimento de conforto e apoio aos doentes mentais, prevalecendo o aspecto humanitário e compreensivo do tratamento e a assistência ao indivíduo como responsabilidade coletiva (RIBEIRO, 1999; ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003).

Ao final da Idade Média, exacerbou-se a crença em possessões demoníacas e sua relação com os sintomas de adoecimento mental. Logo, o tratamento humanitário cedeu lugar à tortura generalizada e indiscriminada sob a forma de exorcismo. A partir do Renascimento, houve um retorno ao racionalismo científico, coexistindo por algum tempo, medidas de aceitação dos loucos e medidas punitivas (RIBEIRO, 1999; ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003).

Na metade do século XVII, a loucura começou a ser vista como elemento perturbador da ordem moral e social que precisava ser corrigida. A loucura era associada à ociosidade. Surgiram, então, nos meados do século XVIII, as chamadas casas de internamento que se constituíam, na verdade, em depósitos de indesejáveis, dos excluídos socialmente (loucos, criminosos, mendigos, inválidos, portadores de doenças venéreas, entre outros). Ainda no mesmo século, romperam-se as explicações teológicas da loucura e ela foi incorporada ao território da intervenção médica. Postulava-se, então, que a essência da alienação fosse devido a um distúrbio de alguma função ou estrutura orgânica (RIBEIRO, 1999; ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003).

No final do século XVIII, surge a Psiquiatria, com o médico Phillipp Pinel, o qual organizou as enfermidades mentais em forma classificatória: a Mania, a Melancolia, a Demência e o Idiotismo. Todas as espécies tinham por causas a hereditariedade, aspectos físicos e/ou morais, estas consideradas as mais importantes (AMARANTE, 1999; RIBEIRO, 1999; ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003). Esses autores relatam, ainda, que Pinel instituiu, assim, o Tratamento Moral, representado pela Pedagogia da Ordem, com caráter extremamente repressor, ou seja, livrou os

loucos das correntes, mas manteve o confinamento como forma de controle dos mesmos.

No século XIX, as doenças mentais foram relacionadas a patologia orgânica do cérebro. O asilo foi substituído pelo manicômio, sendo esse destinado, exclusivamente, aos doentes mentais e ao seu tratamento. Porém, continuou a prevalecer o tratamento moral de base punitiva e coercitiva, descontextualizado da patologia (AMARANTE, 1999; RIBEIRO, 1999; ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003). Segundo Pinel, o tratamento devia reconduzir o alienado ao pleno controle de seus apetites, da moralidade. O manicômio funcionou como projeto de reeducação do alienado para o respeito às normas e o desencorajamento de condutas inconvenientes, possuindo função disciplinadora (AMARANTE, 1999).

Ainda no século XIX, a Psicologia, até então voltada para o estudo dos processos mentais normais, aproxima-se da psicopatologia. No início do século XX, as duas correntes – psicológica e organicista – estão bem delimitadas e caminham paralelamente, enquanto a psiquiatria surge como ciência rigorosa que tem, como objeto de intervenção, a doença mental, e, como local de tratamento, o hospital psiquiátrico (RIBEIRO, 1999). Nesse sentido, o homem é colocado entre parênteses e institui-se o tratamento moral por meio da pedagogia da ordem, levando-o à progressiva morte social, cronificação, objetificação e aprisionamento de subjetividades (AMARANTE, 1999; ROTELLI et al., 2001; ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003; BASAGLIA, 2005).

No entanto, é a partir da segunda metade do século XX que surge um novo paradigma da atenção em saúde mental, herança dos Movimentos Mundiais de Reforma Psiquiátrica, continuando pelo século XXI os debates sobre a redefinição da política, da economia, da organização institucional e ética nos países da Europa Ocidental, principalmente Itália, França e Inglaterra, e nos Estados Unidos, após a II Guerra Mundial (AMARANTE, 1999). Esses movimentos buscaram a superação do espaço asilar como local de tratamento do doente e colocaram em questão o próprio conceito de doença mental, as instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de tratamento (AMARANTE, 1999; ROTELLI et al., 2001; OLIVEIRA, 2002; BASAGLIA, 2005).

Tais movimentos tinham como meta construir uma ética do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, prezando pelo respeito à singularidade e integridade física e subjetiva dessas pessoas, considerando-as cidadãs de direitos e denunciando as mazelas sofridas, o descuido e as precárias condições de vida, no interior das instituições psiquiátricas. Inaugurou-se, portanto, uma profunda mudança nos saberes e concepções que fundamentavam as práticas cuidativas no contexto da saúde mental, e reafirmou-se o cuidado como um modo de se relacionar com o outro, pautado sempre na valorização da vida (ROTELLI et al., 2001; BASAGLIA, 2005).

Logo, o cuidado em saúde mental começa a ser percebido como uma relação de ajuda, que se pauta na comunicação estabelecida nas interações humanas. O relacionamento terapêutico surge como uma tecnologia de cuidado permeada de saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano em sua totalidade, incluindo suas limitações, possibilidades, necessidades e potencialidades. Sob essa ótica, o ser humano passa a ser reconhecido como importante promotor do cuidado de si e do outro, por meio do desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do sofrimento (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKY, 2003; KANTORSKY et al., 2005).

O paradigma da atenção em saúde mental, ao século XXI, pautado na desinstitucionalização, inclusão social e reabilitação psicossocial, traz consigo a desconstrução de inúmeras idéias preconcebidas sobre a forma de lidar e compreender a loucura, e impõe a construção de uma nova maneira de cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, fundamentada na escuta, na convivência, na criação de vínculos, no cuidado criativo e solidário, cujo desafio consiste em criar espaços de acolhimento e tolerância para as pessoas que vivenciam o adoecimento mental (OLIVEIRA, 2002; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKY, 2003).

2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A reforma psiquiátrica, entendida como processo de mudança de paradigma e de transformação do modelo de atenção em saúde mental, visa à superação das práticas de tratamento instituídas pela psiquiatria clássica (AMARANTE, 1999). Até os anos

1930, o tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais tinha como base a correção moral, o isolamento e a exclusão social, fundamentada na ideologia da eugenia, sendo que, no Brasil, até os anos 1950, a assistência psiquiátrica era exercida quase que exclusivamente no interior dos manicômios (ROTELLI et al., 2001; OLIVEIRA, 2002; BASÁGLIA, 2005).

Entre as décadas de 1940 e 1960, surgem os primeiros movimentos mundiais de reforma da atenção psiquiátrica: a Terapia Comunitária, na Inglaterra, e a Psicoterapia Institucional, na França, ambas ainda restritas ao espaço asilar; a Psiquiatria de Setor, também na França, e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos, com as quais visavam superar o espaço asilar como local de tratamento; e, a Antipsiquiatria, na Inglaterra, e a Psiquiatria Democrática, na Itália, também conhecida como Movimento de Desinstitucionalização, sendo os dois últimos, projetos de rompimento com os movimentos anteriores, pois colocaram em questão o próprio conceito de doença mental, as instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de tratamento (ROTELLI et al., 2001; OLIVEIRA, 2002; BASÁGLIA, 2005).

No Brasil, no final dos anos 1970, influenciados pelos Movimentos Mundiais de Reforma Psiquiátrica e, no contexto de profundas mudanças no setor saúde com a consolidação da Reforma Sanitária, os profissionais de saúde mental, estudantes e setores da sociedade civil passam a articular discussões sobre o significado do processo saúde-doença mental, das condições de trabalho nas instituições psiquiátricas, do papel dos profissionais nos serviços públicos, e da qualidade da assistência prestada às pessoas com transtorno mental (OLIVEIRA, 2002).

Nesse contexto, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com graves denúncias sobre as condições de trabalho e situação precária dos hospícios brasileiros, desencadeando a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Assim, inicia-se o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, marcado pela crítica à mercantilização da loucura, à hospitalização, à cronificação, à estigmatização do doente mental, às condições de trabalho e à hegemonia da rede privada (OLIVEIRA, 2002).

Segundo o autor, o movimento envolvia a busca não apenas de mudanças assistenciais, mas também sociais, políticas e jurídicas, na tentativa de garantir o

direito e a dignidade dos doentes mentais. No campo legislativo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve vários projetos e decretos-leis anteriores, que culminaram com o marco legal, da Lei 10.216/01, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo de atenção em saúde mental no país, determinando a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de tratamentos (BRASIL, 2001).

Além do instrumento legal, é fundamental, para a consolidação da reforma psiquiátrica no país, a construção real e efetiva de novos espaços de atenção onde se busque devolver, no ser humano, a possibilidade de criação genuína de sua existência, isto é, de práticas permeadas por afetos e solidariedade, permitindo novas subjetividades e integração da diferença em novos contextos (HIRDES, 2001; SARACENO, 2010; CARVALHO, 2010). O foco torna-se, portanto, a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, cuja ênfase não é mais no processo de cura, mas sim no projeto de invenção da saúde e de reprodução social do paciente (ROTELLI et al., 2001).

A reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução, de exercício pleno da cidadania e da contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 2010). Segundo o autor, o exercício da contratualidade consiste na habilidade do ser humano efetuar trocas afetivas e materiais, e a cidadania pode ser desdobrada em direitos civis, políticos e sociais, sendo que o cidadão pleno, usufruiria dos três. Tanto *sentir-se parte*, como *identificar-se com*, constituem condições subjetivantes da cidadania, isto é, só haverá exercício efetivo da cidadania quando esse sujeito, encontrar condições que favoreçam seu *pertencimento* e sua *identificação* perante a sociedade.

Assim, os métodos de reabilitação psicossocial incluem modos de organizar serviços para maximizar a continuidade do cuidado, tratamento e intervenções compreensivas, aumentando capacidades e reduzindo tensão excessiva, para habilitar melhor participação econômica, social e diminuição de recaídas (HIRDES, 2001). Para a autora, por mais elaborado que seja um programa reabilitador, este tem que estar articulado com as dimensões reais dos serviços e da vida das pessoas envolvidas e, por isso, necessita de um *pano de fundo*, necessita da cidade, do bairro, dos moradores do

local, das relações, das interações que são estabelecidas, enfim, de articulações territoriais.

A reabilitação não é um procedimento que se pode aplicar independentemente de um marco organizacional, estrutural, político, que ocorre no campo da saúde mental, numa determinada região, cidade, bairro ou país (HIRDES, 2001). Assim, como primeiro passo, em direção a esta nova proposta reabilitadora, torna-se necessário a modificação do marco do serviço, em que se atua, para que as técnicas deem um resultado significativo, e esse é um problema de mudança nas organizações dos serviços (SARACENO, 2010).

Esse desafio inclui movimentos impulsionadores de mudanças em, pelo menos, três dimensões descritas por Amarante (1999), como campos fundamentais da Reforma da Atenção Psiquiátrica, a saber: *(i)* campo teórico-conceitual, envolvendo desconstrução, reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria; *(ii)* campo técnico-assistencial: a partir da construção de uma rede de novos serviços, e não apenas isso, mas espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional; *(iii)* campo sócio-cultural, associado aos movimentos anteriores, pressupõe transformar o imaginário social em relação à loucura para construção de inclusão dos que estão à margem da sociedade, dos diferentes e de outros que sofrem algum tipo de preconceito ou são produtos da desigualdade social.

Para tanto, o autor comenta que se faz necessário a articulação intersetorial e interdisciplinar, bem como a consolidação de redes, entre os vários serviços de saúde para a inclusão da saúde mental, como um dos aspectos da integralidade do cuidado prestado ao indivíduo.

Desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade surge como um princípio orientador das práticas, da organização dos serviços e da política de saúde no Brasil, um conjunto de valores e ideais que abrem caminhos para a construção coletiva de um sistema de saúde desejado, constituindo-se em uma imagem-objetivo que norteia as transformações das práticas no setor saúde (MATOS, 2006). Para o autor, tal pensamento perpassa pela assimilação da integralidade, como uma postura ideológica, a ser adotada pelos profissionais de saúde, o que implica,

necessariamente, recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, e abertura ao diálogo.

As dificuldades de operacionalização da proposta de transformação do modelo assistencial em saúde mental são diversas, entretanto, as mais significativas referem-se a aspectos do processo de trabalho no setor de saúde, o que perpassa a divisão técnica do trabalho, a formação e as relações de poder instituídas (ALVES, 2006).

Nesse sentido, para o autor, não basta a inclusão da integralidade, como sentido orientador das diretrizes e princípios do SUS, nem mesmo uma política nacional de saúde mental que garanta o direito a atenção integral à saúde, mas é necessário, principalmente, mudar as práticas e as relações existentes, nas equipes multiprofissionais de saúde, pois é no âmbito das práticas cotidianas que a política se concretiza de fato.

No campo oficial, em 1990, a Declaração de Caracas já fundamentava as transformações do modelo de atenção em saúde mental, na América Latina e no Brasil, na tentativa de garantir o respeito aos direitos civis e políticos das pessoas com transtorno mental (OMS, 1990).

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), sobre a Saúde Mental, apontou como diretrizes para o setor: disponibilidade de medicamentos; atuação interdisciplinar e articulação intersetorial; investimentos em pesquisas; promoção de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; qualificação profissional; inserção da saúde mental em todos os níveis de atenção; participação social; descentralização da formulação e implementação das políticas; respeito aos direitos humanos; sensibilização em relação ao estigma; ampliação dos recursos financeiros; organização da rede de atenção; prestação de tratamento e cuidados com base na comunidade; encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos, dentre outras.

Desse modo, torna-se evidente a importância da articulação da saúde mental com a atenção básica, e, surge a necessidade de estimular, ativamente, as políticas de expansão e avaliação da atenção básica, com ênfase em diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental (BRASIL, 2003). Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas, e à promoção da

equidade, da integralidade e da cidadania em um sentido mais amplo. As ações de saúde mental, na atenção básica, devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas (BRASIL, 2003).

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o compromisso ético passou a constituir-se um pilar das políticas e projetos na área da saúde mental, entre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa De Volta para Casa, dentre outros (BRASIL, 2007).

Apesar do reconhecimento, por parte dos profissionais da equipe de saúde da família, da existência de uma demanda expressiva de pessoas em sofrimento psíquico, em seus territórios de atuação, muitos deles, ao serem questionados sobre as ações desenvolvidas nesse âmbito de atenção, não conseguem identificar ações direcionadas à pessoa com transtorno mental, entretanto, em seus discursos, acabam sempre por relatar alguma forma de atenção, mesmo que não percebam como tal, apontando, em geral, para os limites da ação (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SOUZA; SCATENA, 2007).

De acordo com os estudos dos autores abaixo, existe uma atenção em saúde mental, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), demasiado fragmentada, apoiada no modelo biomédico e tradicional, com ênfase na consulta médica individual, na medicalização dos sintomas e renovação das receitas psiquiátricas, bem como na normatividade dos comportamentos, na expectativa de comportamentos agressivos e na internação como horizonte terapêutico (BRÊDA; AUGUSTO, 2001; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SOUZA et al., 2007; SOUZA; SCATENA 2007; RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009).

Do mesmo modo, os encaminhamentos aos serviços especializados de saúde mental aparecem como rotina, na ESF, e emergem como uma realidade preocupante, à medida que surgem como uma forma de os profissionais de saúde se eximirem da responsabilidade na atenção à saúde mental das pessoas que procuram os serviços. (BRÊDA; AUGUSTO, 2001; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SOUZA et al., 2007; SOUZA; SCATENA 2007; RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009).

Contudo, observa-se, também, a inclusão de algumas ações de saúde mental entre as atividades gerais desenvolvidas pela ESF, das quais se destacam as visitas domiciliares como recurso valioso para a produção de cuidado, bem como as atividades de educação em saúde, levantamento da demanda e busca ativa de casos suspeitos, atividades em grupos de convivência social, discussão de casos clínicos, acompanhamento terapêutico, e ações direcionadas às famílias. Tais ações possuem potencial não apenas para o tratamento das pessoas com transtorno mental, mas também para a promoção de saúde mental na comunidade e para o alcance da integralidade do cuidado na atenção à saúde (MACIEL, 2008; RABELO; TAVARES, 2008; RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008; BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009; DELFINI et al., 2009; FERREIRA FILHA et al., 2009; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; RIBEIRO et al., 2010).

Alguns estudos, desenvolvidos pelos autores abaixo, apontam outras possibilidades de ampliação da atenção em saúde mental no território, por meio de visitas domiciliares conjuntas entre as equipes de saúde da família e de saúde mental; terapia comunitária; reuniões de equipe, nas quais há capacitação, discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos; estabelecimentos e manutenção de vínculos; e também, o acolhimento relacionado às ações em saúde mental, desenvolvida através de habilidades interpessoais, como ouvir, escutar, conversar e orientar (RIOS, 2007; SOUZA; SCATENA, 2007; MACIEL, 2008; RABELO; TAVARES, 2008; RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008; BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009; DELFINI et al., 2009; FERREIRA FILHA et al., 2009; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; RIBEIRO et al., 2010).

Nessa direção, ressalta-se a importância da Enfermagem, nas equipes de atenção à saúde mental, sobretudo, quando ao enfatizar o cuidado à pessoa, leva em consideração a intersubjetividade, presente no processo de viver, nas suas interfaces com a comunicação e o relacionamento terapêutico, em uma perspectiva interdisciplinar, que se exprime na diversidade dos saberes, e na unidade de propósito, que é o ser humano e sua inserção sociocultural e familiar. Um cuidado que enfatize a ruptura do paradigma psiquiátrico e a construção do modelo de atenção à Saúde Mental como um processo social complexo (CARVALHO, 2010).

Para a autora, a inserção da Enfermagem nos serviços de saúde mental deve ocorrer de forma diferenciada, e, para isso, faz-se necessário a suspensão de teses que impõe a delimitação do papel do enfermeiro, e a compreensão da interdisciplinaridade no cuidado promocional da saúde, como primordial para a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse cenário, a Enfermagem sempre esteve presente, envolvida nas denúncias e críticas à violência manicomial, à prática da segregação e controle exercido sobre os doentes, com vistas ao fortalecimento do movimento dos trabalhadores da saúde mental e das propostas de desinstitucionalização, o que ganhou força a partir da sua inserção em equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), experiência de serviço aberto de atenção à saúde mental, que visa substituir o modelo hospitalocêntrico (JORGE; SILVA; OLIVEIRA, 2000).

Assim, as práticas desenvolvidas nos CAPS pressupõem a atuação de equipes interdisciplinares, na qual a Enfermagem está incluída na composição de equipe mínima para funcionamento do serviço (BRASIL, 2004). Essas equipes devem encaminhar e acompanhar usuários das residências terapêuticas, distribuir medicamentos, apoiar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as equipes de saúde da família, e, ainda, desenvolver projetos terapêuticos individualizados e/ou coletivos, oferecendo cuidados de reabilitação psicossocial e clínico, evitando a internação, e proporcionando a inclusão social deles, bem como dos seus familiares (BRASIL, 2004).

Ao refletirmos sobre as necessidades e possibilidades de atuação da Enfermagem nas equipes de saúde mental, apresenta-se a necessidade de criação de novos instrumentos, que incluam a aceitação da incorporação de outros profissionais nas equipes, como artistas plásticos, professores de educação física, músicos, dentre outros, que, compartilhando as suas práticas com as da enfermagem, favorecerão a descoberta de novas formas de reabilitação e reinserção social, através, principalmente, da escuta e valorização do sujeito-cidadão que sofre (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Com o processo de reforma e modernização da assistência, surge à proposta da equipe multiprofissional, tendo como tese o saber e o poder diluídos, isto

é, mais bem distribuídos. A idéia da equipe multiprofissional articula-se também à noção de multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas que a loucura suscita, demonstra que é necessário trabalhar para a reabilitação social, desenvolver trabalhos de apoio e orientação à família (MACÊDO; JORGE, 2000, p.133).

A Enfermagem passou a analisar seu próprio processo de trabalho, que mudou do enfoque da contenção e repressão da subjetividade do doente, do louco, para o enfoque do cuidado à pessoa humana, da busca da reinserção, da autonomia, do respeito aos seus direitos de cidadania. Podemos dizer, ainda, que passou a enfatizar a necessidade da incorporação de princípios novos e desconhecidos, numa prática interdisciplinar, aberta às contingências dos atores envolvidos, em cada momento, e em cada contexto (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Assim, fica caracterizado que a prática do profissional de enfermagem está diretamente ligada à história do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, na luta pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, contribuindo para o aprofundamento das discussões na sociedade, sobre as questões relativas à loucura, ao louco, à vida e à saúde (OLIVEIRA; JORGE; SILVA, 2000).

As críticas ao paradigma psiquiátrico levaram a Enfermagem a questionamentos quanto a sua prática, apesar da compreensão de que seu papel seja o de ajudar pessoas a aceitar-se e a melhorarem suas relações (MAIA; SOUZA, 2008). Muitos enfermeiros dedicam mais tempo às questões burocráticas do que aos cuidados diretos aos usuários dos serviços, ou seja, ao cuidado propriamente dito (CARVALHO, 2010).

Nesse contexto, quanto mais consciente o(a) enfermeiro(a) estiver de seu papel de trabalhador, inserido em um contexto social e de cidadania, num sistema político, e de sua condição social, mais competente se encontrará para escolher os instrumentos de trabalho que objetivam o resgate da condição de sujeito-cidadão das pessoas que sofrem psiquicamente (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Para tanto, a Enfermagem poderá desenvolver suas ações com base no cuidado sensível, que envolve os seguintes pilares: *aprender a conhecer*, no sentido de despertar para o prazer de descobrir, compreender e reconstruir o conhecimento; *aprender a fazer*, tendo em vista o desenvolvimento de habilidades no uso da

tecnologia; *aprender a conviver* e a relacionar-se com os outros; *aprender a ser*, ou seja, perceber a si mesmo como sujeito integrante da sociedade (WALDOW, 2009).

Assim, a Enfermagem precisa desconstruir a noção de cuidado como tecnicismo, bem como do racionalismo médico e da supervalorização do saber especializado, o que, no contexto da saúde mental, permitirá a produção do novo, que surge por meio do diálogo com profissionais de outras áreas do conhecimento, com usuários dos serviços e demais pessoas envolvidas no cuidado.

Relaciona-se a isto, a perseverança, o interesse, a utilização do conhecimento científico, da ética e do compromisso profissional do enfermeiro para que a assistência prestada atenda, de fato, às necessidades dos usuários dos serviços de atenção à saúde mental, sobretudo, de reconhecimento e de reinserção social, através de uma postura criativa e solidária, concernente aos ideais do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

2.3 DISPOSITIVOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O termo dispositivo é comumente utilizado em diversas áreas de conhecimento e lhe são atribuídos diversos sentidos, muitas vezes, sem uma discussão contextualizada do conceito. Pretendemos, portanto, antes de descrever sobre os dispositivos de cuidado em saúde mental, tecer uma discussão epistemológica acerca do termo *dispositivo*, para possibilitar uma compreensão daqueles que se apresentam como estratégicos para a reforma da atenção em saúde mental, com potencial para transformação dos saberes e práticas da área.

Para Deleuze (1996), dispositivo é, antes de tudo, um conjunto composto por linhas de naturezas diferentes. Estas não delimitam simplesmente sistemas homogêneos, mas traçam processos que estão sempre em construção. Qualquer linha está sujeita a quebra, às variações de direção e às derivações, podendo, ora aproximar-se, ora afastar-se umas das outras.

Nessa perspectiva, os dispositivos apresentam-se como componentes: as **linhas de visibilidade**, que propõem o fazer ver; as **linhas de enunciação**, constituídas pelas práticas discursivas que se consolidam no fazer falar; as **linhas de força**, que estabelecem o vaivém entre o ver e o dizer e conduz ao caminho desejado; as **linhas**

de subjetivação, que resultam em um processo de produção de subjetividade, que diz respeito a grupos ou pessoas, e escapa tanto às forças estabelecidas, como aos saberes constituídos, apresentando-se, também, como uma linha de fuga; e, ainda, as **linhas de brecha, de fissura, de fratura**, que se entrecruzam e se misturam, acabando por dar uma nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento (DELEUZE, 1996). Para o autor, as linhas de cada dispositivo podem ser pensadas como uma multiplicidade de caminhos, nos quais operam processos em devir, distintos dos que operam noutro dispositivo.

Para desenredar as linhas de um dispositivo, é necessário entender que elas não se detêm apenas na sua composição, mas atravessam-no e, no entrelaçamento das demais linhas, conduzem-no na direção desejada; cada dispositivo possui potencial, também, para agenciar a construção de outros, por caracterizar-se em um processo aberto e dinâmico (DELEUZE, 1996).

Ao discutir a gênese do conceito de dispositivo proposto por Michel Foucault, pode-se afirmar que:

[...] o dispositivo consiste numa rede que pode ser estabelecida entre diferentes elementos, tais como: o poder em relação a qualquer formação social; a relação entre fenômeno social e o sujeito; e a relação entre discurso e a prática, as idéias e as ações, atitudes e comportamentos. [...] Para Foucault, o dispositivo discursivo é um amálgama que mistura o enunciável e o visível; palavras e as coisas; discursos e arquiteturas; programas e arquiteturas; formação discursiva e formação não-discursiva. Dispositivos são, para ele, máquinas concretas que com as relações que estabelecem e misturam, geram sentidos na sociedade (KLEIN, 2007, p. 216).

Nesse sentido, nos dispositivos não contam apenas as ações individualizadas dos sujeitos envolvidos, mas, principalmente, as ações relacionadas e os resultados desse conjunto. “Assim, as ações sociais não podem ser compreendidas como dos indivíduos, mas dos dispositivos, em que cada um opera uma parte do conjunto de ações que o constituem.” (KLEIN, 2007, p. 217).

A função metodológica do termo dispositivo possibilita o estabelecimento de uma rede que “engloba discursos, instituições [...], decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e

filantrópicas, de forma que o dito e o não dito são os elementos do dispositivo.” (FOUCAULT, 1986, p. 244).

Os dispositivos buscam, ainda, subverter as linhas de poder instituídas e, desse modo, só poderão ser confirmado nessa função posteriormente, pois exigem sempre movimento de mudança, do instituído até então, para construção de um poder instituinte, construído no decorrer desse processo (CAMPOS, 2003).

Dessas considerações, compreendemos a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) como um dispositivo estratégico para a mudança do modelo de atenção em saúde mental, implicando em mudanças nas relações estabelecidas, historicamente, entre a sociedade e as pessoas com transtorno mental, mudanças nos saberes e práticas em saúde mental, e, ainda, mudanças nos contextos político, institucional, científico, social e cultural.

Assim, a RPB apresenta-se como dispositivo político que se caracteriza como processo de transformação profunda e impõe a necessidade de se criar uma diversidade de outros dispositivos, abrindo um arsenal significativo de possibilidades nas abordagens, atuais, de atenção psicossocial. Na literatura, destacam-se dispositivos grupais, terapêuticos e clínicos (MENDES, 2007; VASCONCELOS, 2008). Esses autores salientam que os dispositivos confirmar-se-ão como tais, à medida que promoverem as mudanças pretendidas com o processo de reforma da atenção em saúde mental.

Nesse contexto de (re)construção do saber-fazer em saúde mental, faz-se necessário a constante invenção de dispositivos clínicos, que surgem a cada acontecimento que ocorre no território e no processo de trabalho em saúde. Isso sugere que os profissionais de saúde promovam experimentações, na perspectiva da criação de novos territórios existenciais, dispondo-se a se incluir, no processo de transformação, a fim de se constituírem, também, como dispositivos de cuidado à saúde mental (MENDES, 2007).

À noção de território associa-se, também, à ideia de redes sociais. Essas apresentam-se como *territórios afetivos* ou *territórios solidários*, constituindo-se em dispositivos potenciais para o cuidado em saúde mental, já que, muitas vezes, as redes sociais, assumem maior importância na vida das pessoas do que as redes técnicas, e

suprimem carências conjunturais, remediam as estruturais e são, também, formas de apropriação do território (MOKEN et al., 2008). O autor acrescenta que o estabelecimento das redes de solidariedade, na comunidade, também, denominadas de redes sociais significativas, pode ser fator de promoção de saúde e criação de ambientes saudáveis.

Nessa perspectiva, a implantação da política de saúde mental deve basear-se em serviços substitutivos ao modelo anterior, pressupondo uma clínica no território, a qual estimula o usuário a perceber as variáveis sociais de seu entorno social, e a construir redes sociais que favoreçam encontro entre saúde mental e inclusão social, em que a dinâmica das relações humanas torna-se dispositivo de mudanças concretas e significativas (MALCHER, 2010).

Na atenção psicossocial, introduziu-se a idéia de clínica peripatética, para contemplar as experiências realizadas no território, a partir da inserção na comunidade e valorização das vivências dos sujeitos (LANCETTI, 2008). Esta possibilita o conhecimento da clínica do sujeito, a abertura de possibilidades de ativação do exercício da cidadania e, ainda, a descoberta de dispositivos de cuidado em saúde mental, de base territorial e comunitária, por meio do estabelecimento de relações sociais significativas.

O autor propõe a noção de território existencial, como forma de ser e existir em determinado espaço e tempo, bem como espaço onde circulam afetos e relações de pertencimento, e alerta para a necessidade de transição do território geográfico ao existencial, no qual os profissionais de saúde podem inventar dispositivos clínicos que atendam às demandas de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, na perspectiva da reabilitação psicossocial.

Nesse contexto, as pessoas organizam suas identidades, também, por articulações com experiências coletivas que possibilitam cotidianos de trocas sociais (LANCETTI, 2008). Assim, no cuidado em saúde mental, é importante conhecer como as pessoas vivem, moram, com quem convivem, como são suas relações, desejos, necessidades, atividades diárias, eventos de cultura e lazer, entre outros, a fim de compreender como se constituem os dispositivos de cuidado em saúde mental, governamentais e não-governamentais, no seu território (MALCHER, 2010).

A partir do exposto, percebemos a importância de considerar, aqui, o território como lugar em que são construídos os modos de vida, sendo estes permeados por dispositivos de uso potencial para a promoção, proteção e recuperação da saúde mental. Logo, compreender as percepções das pessoas em sofrimento mental sobre suas vivências de cuidado, no território, reforça a importância deste estudo para favorecer a descoberta de novos dispositivos de produção de cuidado em saúde mental, no contexto da atenção psicossocial.

Assim, com base no pensamento de Deleuze (1996), formulamos a noção de dispositivo de cuidado à saúde mental como vivências intersubjetivas que ocorrem nos diversos espaços do território geográfico-existencial, em que se inserem as pessoas em sofrimento psíquico. Tais vivências, só poderão ser consideradas dispositivos de cuidado se forem capazes de produzir sentimentos e sensações de bem-estar, bem como, transformações nas formas de ver, pensar e agir em relação ao sofrimento mental, que ainda encontram-se influenciadas pela cultura manicomial, substituindo-as por uma cultura de produção de vida e valorização do Ser.

3 A FILOSOFIA QUE POSSIBILITOU COMPREENDER A AMBIGUIDADE DA PERCEPÇÃO HUMANA

A apreensão das significações se faz pelo corpo: aprender a ver as coisas é adquirir um certo estilo de visão, um novo uso do corpo próprio, é enriquecer e reorganizar o esquema corporal (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 212).

3.1 CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Durante a antiguidade e idade média prevaleceu a concepção grega em relação à produção do conhecimento. Conhecer implicava em uma comunidade entre o corpo e o mundo, e este poderia ser apreendido apenas pelos sentidos. Com a racionalidade moderna, no século XVII, ocorre o desenvolvimento das ciências da natureza e, com estas, a relativização da percepção sensível. Logo, surge a crítica à idéia de que conhecer é atualizar algo no corpo a partir dos sentidos, resultando na crise do modelo clássico de ciência e, aquelas impressões antes atualizadas, no corpo, por meio dos sentidos, passaram a ser assimiladas por intermédio de instrumentos de observação (SENA, 2006).

Assim, no final do século XIX surge, com Edmund Husserl, a fenomenologia como uma crítica à idéia de conhecimento proposta pela racionalidade moderna, apresentada como uma doutrina das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento, resgatando o ideal clássico de ciência dos gregos que se pautava na compreensão da unidade dos fenômenos (SENA, 2006; SENA et al., 2011a). As autoras referem-se à palavra ‘fenômeno’, que deriva do grego *phainomenon*, com o significado de “observável”, algo que pode ser visto, tudo o que está sujeito a ação dos nossos sentidos. Logo, possui dois sentidos: o *aparecer* e o *que aparece*, em virtude da correlação essencial que estabelece (HUSSERL, 1907).

A fenomenologia surgiu na tentativa de ultrapassar o dualismo, de um lado a tradição subjetivista, que é eminentemente psicológica, do outro a tradição objetivista, que é eminentemente naturalista (SENA, 2006; SENA et al., 2011a). Introduzindo

nova concepção em relação à construção do conhecimento, que se baseia na noção de que o conhecimento ocorre na intersubjetividade, ou seja, não existe um lócus definido para o conhecimento, antes, encontra-se nas interações estabelecidas a partir de vivências, de forma que os fenômenos se mostram (SENA, 2006; SENA et al., 2011a). O conhecimento surge, portanto, na relação com o outro, onde o cientista se identifica e se diferencia, construindo uma unidade que é simultaneamente sua, do outro e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006).

O homem encontra-se no mundo, logo, é no mundo que ele se conhece (MERLEAU-PONTY, 2011). Neste sentido, o autor afirma que todo o universo da ciência é construído sob o mundo vivido, que se apresenta como campo de nossas percepções, e, estas constituem o fundo sobre o qual todos os atos se destacam, sendo também pressuposta por ele. Por tratar-se de um estudo das essências, a fenomenologia é, também, uma filosofia que repõe as essências na existência (MERLEAU-PONTY, 2011), configurando-se em uma tentativa de uma descrição direta da nossa experiência (SENA, 2006).

Assim, para a autora, a produção do conhecimento através do método fenomenológico perpassa pela descrição de vivências essenciais. Na perspectiva de Husserl, a fenomenologia apresenta como tarefa primordial *retornar às coisas mesmas*, o que pressupõe reconhecer, no conhecimento que produzimos, algo que nos seja próprio, ocorrendo uma identificação com o nosso fazer cotidiano (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006).

Portanto, conhecer implica em retomar o mundo vivido, onde os fenômenos se constituem na forma como experimentamos o mundo, logo, os fenômenos só podem ser descritos a partir da experiência perceptiva, a qual sempre se apresenta sob o ponto de vista de quem a vive (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006). Valoriza, assim, a vivência e a experiência do ser humano, promovendo a transformação do objeto em sujeito participante, considerando que apenas ele poderá falar de si mesmo (MOREIRA, 2002).

Nesta perspectiva, Husserl desenvolveu a noção de intencionalidade como um processo de identificação reflexiva, descrevendo as regras intencionais de determinação simbólica dos fenômenos percebidos, com o objetivo de discriminar a

essência do conhecimento (SENA et al., 2011a). Apresenta, assim, a intencionalidade operativa, sendo esta uma descrição da experiência sensório-perceptiva ou ato intuitivo que se constitui em uma consciência irrefletida ou irreflexiva, que se exprime em uma unidade dos vividos intuitivos operativamente; e, ainda, a intencionalidade de ato, em que a consciência reflexiva se exprime agregando ao objeto transcendente (aquilo que transcende à nossa própria consciência) os pensamentos imanentes e os sentimentos que os motivaram, ou seja, o que antes se encontrava na ordem do sentimento e, portanto, era irrefletido ou imanente, torna-se reflexivo e, portanto, transcendente (HUSSERL, 1983; SENNA, 2006).

A fenomenologia é, portanto, uma filosofia transcendental, pois recoloca as essências na existência, retomando ao mundo da vida e às coisas mesmas como o berço do sentido, onde a “intencionalidade deixa de ser uma propriedade da consciência para ser característica de um sujeito voltado ao mundo.” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 8). Assim, constitui-se em uma tentativa de descrição direta, de nossa experiência, tal como ela se apresenta, por meio da suspensão de sua gênese psicológica e de possíveis explicações causais. O autor alerta-nos, ainda, para o fato de que é “em nós mesmos que encontramos a unidade da Fenomenologia e o seu verdadeiro sentido.” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 2).

Deste modo, a tarefa da Fenomenologia é revelar o mundo vivido antes de ser significado, visa descrever as coisas e não explicá-las ou analisá-las (SENA, 2006, SENNA et al., 2011a; MERLEAU-PONTY, 2011). A relação do sujeito e do objeto não é uma relação apenas de conhecimento, mas, uma relação de ser, segundo a qual, paradoxalmente, o sujeito é seu corpo, seu mundo e sua situação, e, de certa forma, estabelece-se entre eles uma relação dialógica (SENA, 2006). Logo, constitui-se uma volta ao mundo anterior à reflexão, volta ao irrefletido, ao mundo vivido, sobre o qual o universo da ciência é construído (MARTINS, 1984; MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse sentido, entendemos a descrição como consequência da percepção, a qual surge como um meio de fazer aparecer o mundo, à medida que tomamos consciência de nossa relação com ele. Neste sentido, a intencionalidade apresenta-se como uma relação dialógica com o mundo e, com os outros, onde surgem os sentidos, por meio da vivência intencional, pois é no mundo da percepção que se revelará as significações

e sentidos como alicerce de todos os pensamentos (MERLEAU-PONTY, 2011).

O mundo fenomenológico constitui-se nos sentidos que se mostram por meio da intersubjetividade que ocorre na interseção de nossas experiências, existindo uma retomada de experiências onde atualizamos no presente, um horizonte do passado e uma perspectiva do futuro (MERLEAU-PONTY, 2011). Para o autor, a fenomenologia apresenta-se como uma filosofia que nos ensina a reaprender a ver o mundo.

Este mundo é entendido pelo autor como o horizonte mais concreto de nossa existência, e é no nível da percepção que se destaca a matriz comum de todas as atitudes. Este mundo percebido é, pois, o mesmo mundo que envolve a minha existência carnal. Os “objetos” da ciência estão nas “coisas” do mundo, este mundo-vivido-por-mim, onde tudo se realiza, camada primordial de toda a experiência, realidade prévia de todas as circunstâncias (MARTINS, 1984, p. 68).

Neste contexto, aparece, ainda, a noção de intercorporeidade, na qual a utilização de nosso corpo para explorar o mundo, sinaliza um tipo de generalização entre eu e o mundo, que se estabelece por meio da universalidade do sentir (MERLEAU-PONTY, 2011). Compreende-se, neste sentido, que a maneira como eu vivo a percepção é ambígua e tem a ver com o paradoxo entre: o mundo que se revela para mim e minha tendência em direção ao mundo. Nesse espaço, há uma correlação entre as experiências que eu vivo em meu próprio corpo e aquelas que eu vivo diante do julgamento social.

3.2 A INTERCORPOREIDADE E A EXPERIÊNCIA VIVIDA

Desse modo, percebemos nossas vivências como uma experiência intersubjetiva e intercorporal, em constante processo de perceber, de retomar, de se identificar, de produzir afetamentos mútuos, nos quais as generalidades que surgem na relação, ao tornarem-se reflexões, constituem-se essências, que se mostram sempre de forma ambígua (SENA, 2006).

Isso ocorre porque a maneira como vivemos a percepção é ambígua, 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” (MERLEAU-PONTY, 2011). Para o autor, neste espaço, há um indecível entre as experiências que eu vivo em meu próprio corpo (em si) e aquelas que eu vivo diante do julgamento social (para - si), e, portanto, temos que pensar o mundo da vida vivendo-o e não fora dele.

Falar da percepção do ponto de vista de quem a vive é o mesmo que discorrer sobre a experiência do corpo próprio, aquela que contrai as ambiguidades que vamos encontrar em todas as partes do universo e nos faz perceber a insuficiência dos conceitos que estabelecemos (SENA, 2006).

Ao considerarmos a ambiguidade presente em toda vivência, reconhecemos que, inclusive na pesquisa, não pode haver objetivação por inteiro, pois esta também se apresenta de forma ambígua, constituindo um tipo da existência à saber, a vivência do corpo próprio (SENA, 2006). Para Merleau-Ponty, em sua obra *O visível e o invisível (1964)*, a intercorporeidade ocorre por meio da “dualidade negativo-corpo ou negativo-linguagem”, uma vivência do “entre-nós” de meu corpo e eu: de um lado, o eu que é anterior à objetivação ou “eu primeiro”, estrutura sensível que compartilhamos com as coisas e com outros, e que não podemos compreendê-la “a não ser através 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).

Mais especificamente na obra *Fenomenologia da percepção (1945)*, Merleau-Ponty apresenta o tema do corpo próprio em suas várias dimensões: corpo habitual, corpo perceptivo, corpo sexuado e corpo falante (MERLEAU-PONTY, 2011). Para compreender melhor tais dimensões é preciso tentar acompanhar a trajetória evolutiva do pensamento do autor (SENA, 2006).

Merleau-Ponty desenvolve a noção de corpo habitual partindo de uma discussão sobre a percepção, em que o mundo se apresenta sempre em perspectivas, mas anuncia sua vinculação com uma totalidade inapreensível (MERLEAU-PONTY, 2011). Neste sentido, o autor reconhece a ambiguidade da experiência perceptiva e articula a seguinte concepção: é verdade que percebemos a coisa em si, mas, a percepção nos ocorre sempre de um ponto de vista, que não aparece sozinho, mas carrega consigo um fundo, um horizonte que se organiza espontaneamente e que Merleau-Ponty

denominou de corpo habitual (SENA, 2006). A autora entende que a noção de corpo habitual é sinônima da noção de fenômeno, ou seja, aquilo que aparece arrastando consigo um hábito, uma história que está vinculada a um fundo, independentemente da função corporal que exercemos, trata-se de um exercício instaurado no mundo da vida.

Deste modo, para Merleau-Ponty, todas as dimensões de nosso corpo funcionam exatamente desta maneira, a cada momento somos um perfil, mas arrastamos conosco uma série de outros perfis, não obstante não nos damos conta disto (SENA, 2006). Em síntese, o corpo habitual não é apenas uma experiência de nosso corpo, mas uma experiência de nosso corpo no mundo (SENA, 2006). O hábito, portanto, exprime o poder que temos de dilatar nosso ser no mundo, ou de mudar nossa existência anexando, a nós, novos instrumentos, tem a ver com algo que não está em lugar algum, se impõe a nós sem que possamos decidir ou escolher (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011). Logo, aprender a ver as coisas é adquirir um novo uso do corpo próprio, é enriquecer e reorganizar o esquema corporal, o corpo habitual (MERLEAU-PONTY, 2011).

Com relação ao corpo perceptivo, o autor entende que ao movimentar-se sob duas perspectivas, o corpo procura, de um lado, um passado anônimo, um não-saber de si, pois “toda percepção acontece em uma atmosfera de generalidade e se dá a nós como anônima”; e, por outro lado, desconhecendo o que se procura, transcende-se em direção ao futuro, como um lançar-se para além de si mesmo, rumo às possibilidades (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 290), ou seja, em nossa atualidade, nós nos comportamos de maneira a procurar algo desde um passado, e se não temos formulado aquilo que procuramos, vamos buscá-lo onde não estamos, à nossa frente, o que é possível através da abertura para aquilo que a matéria atual não é, para a alteridade, para as coisas, enfim, para aquilo que está disposto em nossa vida como uma iminência (SENA, 2006; SENA et al., 2011a). O corpo perceptivo impulsiona o nosso corpo atual para frente em direção à coisa, que, ao ser encontrada, também nos apresenta uma história anônima, com a qual nosso corpo atual se funde e abre um futuro à nossa história (SENA, 2006; SENA et al., 2011a).

Se para Merleau-Ponty não se pode conceber a coisa percebida sem alguém que a percebe, a coisa nunca pode ser separada do sujeito que percebe e, por conseguinte,

nunca pode ser efetivamente em si, já que suas articulações são as mesmas de nossa existência (SENA, 2006).

Já o corpo falante é um corpo capaz de estabelecer uma comunicação, que expresse certa carência que se procura preencher, e que ponha em movimento a fala do outro, sendo que a expressão bem-sucedida é aquela que consegue fazer a significação existir como uma coisa no coração do texto, que seja capaz de abrir uma nova dimensão à experiência do leitor (MERLEAU-PONTY, 2011).

O corpo falante, conforme o pensamento merleau-pontyano, não contém um pensamento em seu interior, a fala precede os pensamentos, e estes se articulam através da fala (SENA, 2006). Assim, a autora reforça a noção de que um pensamento que existiria para si, antes da expressão, são os pensamentos já constituídos e já expressos, através dos quais nos damos à ilusão de uma vida interior. O pensamento e a expressão constituem-se, simultaneamente, “o orador não pensa antes de falar, nem mesmo enquanto fala; sua fala é seu pensamento, este, como um verdadeiro gesto, contém seu sentido.” (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para o autor, a fala e o pensamento “estão envolvidos um no outro, o sentido está enraizado na fala, e a fala é a existência exterior do sentido”, portanto, “não podemos mais admitir que a fala seja a vestimenta do pensamento” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 247). Segundo ele, a virtude da linguagem está no fato de que ela nos lança ao seu significado desde si mesma, dissimulando-se aos nossos olhos; seu triunfo é conseguir apagar-se e, para além das palavras, dar-nos acesso ao próprio pensamento, de tal modo que acreditamos ter conversado com o autor face a face sem ter dito uma só palavra.

A palavra não constitui o simples signo dos objetos e das significações, mas a consumação de um pensamento no falante, portanto, é preciso admitir que aquele que escuta recebe o pensamento da própria fala, pois há uma significação existencial que habita a significação conceitual das falas, “o pensamento não existe fora do mundo e fora das palavras” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 241). Enfim, quando falamos, nos elaboramos, em nossas próprias palavras, articulamos nossos pensamentos em nossa fala, e não antes dela, ao mesmo tempo, através da fala, retomamos os pensamentos do outro, pois suas reflexões enriquecem as nossas (SENA, 2006). Assim, a autora lembra

que, para Merleau-Ponty, quando falamos, todo nosso corpo se reúne para alcançar e dizer a palavra; mais do que a palavra ou a frase, visamos à pessoa, falamos a ela segundo o que ela é, usamos palavras que ela possa compreender ou às quais pode ser sensível.

Ao comentar sobre o corpo sexuado, Merleau-Ponty salienta a experiência que vivemos em nosso próprio corpo quando somos atraídos pelo olhar do outro, pela percepção do outro (SENA, 2006). A autora retoma a noção merleau-pontyana de que, além da história impessoal, o corpo sexuado revela-nos uma história pessoal que se distingue de nossa pessoalidade, e, para ela, é exatamente a partir da sexualidade, como uma abertura ao outro, que retomamos a dimensão de coexistência impessoal e assumimos uma postura perceptiva à procura de um horizonte pessoal, caracterizando, assim, nossa humanidade.

Nossa sexualidade é um ato existencial que nos possibilita, a partir de nossa impessoalidade, transcendermos em direção ao outro, e este nos faz ver nosso ser erótico, ou seja, em função da sexualidade como experiência intercorporal, nos tornamos uma personalidade, passamos a ter um sentido; aquilo que antes coexistia para nós como uma história pré-pessoal agora se institui como história (SENA, 2006).

Diante do exposto, a autora retoma o pensamento merleau-pontyano de que a sexualidade e a existência se exprimem em uma relação de reciprocidade, tendo em vista que, quando estamos diante do outro, operamos na perspectiva de consolidar os eventos constitutivos de nossos primeiros traços sexuais, despontados por aqueles com quem nos vinculamos em nossa história pré-objetiva, a qual se exprime na maneira como nós transcendemos na experiência intercorporal.

Enfim, a vivência do corpo sexuado ocorre a todo instante em nosso cotidiano, de forma irrefletida; se refere à maneira como reagimos às solicitações do outro, uma postura cuja origem desconhecemos, mas, a retomamos habitualmente; inclusive atitudes de violência e de recusa ao auto-erotismo, mesmo assim, constituem experiências sexuais, pois têm a ver com a comunicação com o outro (SENA, 2006).

O corpo falante também constitui importante dimensão do corpo próprio, pois a existência nos impõe o 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 (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 180). Não obstante o corpo falante ser essencial para compreendermos a experiência do outro, nesta discussão estão co-presentes as outras dimensões do corpo: habitual, perceptiva e sexuada, confirmando a indivisibilidade do corpo próprio (SENA, 2006).

Conforme a autora, a fala se exprime através dos gestos, dentre eles destaca-se a palavra, que Merleau-Ponty considera como sendo o modo como o outro se infunde sutilmente em nossa vida, ou como nós nos infundimos no outro com intimidade. Isto está além de nossas representações, constitui uma comunicação que é da ordem do sensível e que, através de palavras, pode veicular um modo de vida (SENA, 2006). Neste sentido, a autora afirma que uma postura fenomenológica consiste na perspectiva de conseguir perceber a ambiguidade que há nas palavras e nos gestos de um modo geral.

Para tanto, a autora retoma a necessidade de pensar que quando nos colocamos diante do outro, em nossa trajetória perceptiva, nos ocupamos da palavra, que apresenta o outro em nosso campo sensível. Nesse momento, nós e o outro temos uma comunidade, “somos como dois círculos quase concêntricos, e que se distinguem apenas por uma leve e misteriosa diferença.” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 168). É esta comunidade que permite compreender a relação com o outro, pois, no domínio do sensível, eu e outro não nos distinguimos, somente em uma experiência radical, a exemplo da finitude do outro, é que a nossa diferença vai aparecer de modo claro (SENA, 2006).

Não existe lugar para o outro, senão em nossa experiência de campo, isso implica dizer que nossa identidade, a generalização de nosso corpo e a percepção do outro repousam sobre a *universalidade do sentir*, nossa propriedade mais fundamental, ambiente ambíguo e anônimo onde se veicula a impessoalidade (MERLEAU-PONTY, 2002). Assim, podemos perceber outros como coexistentes, pois nossa percepção é impacto do mundo sobre nós e efeito de nossos gestos sobre o mundo (MERLEAU-PONTY, 2002, p.170-171).

Assim, o autor entende que o problema para a compreensão do outro consiste em entender “como me desdobro, como me descentro”; ele diz, ainda, que “a experiência do outro é sempre a de uma réplica de mim”, e, portanto, a solução para o

problema deve ser buscada no campo, onde se produz este estranho parentesco com o outro, pois “o mistério de um outro não é senão o mistério de mim mesmo” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 169). Para ele, somos coextensivos com tudo o que podemos ver, ouvir e compreender, e por isto somos uma totalidade; logo, em nossa percepção, o outro está sempre ao nosso lado, atrás de nós, a todo instante sentimos que nos sente, e nos sente enquanto sentimos.

Neste sentido, acerca do corpo do outro não se explica, compreende-se; ele se manifesta de forma prodigiosa, pois tudo o que tem valor para nós como ser, somente acontece tendo acesso, diretamente ou não, a nosso campo, “aparecendo no balanço de minha experiência, entrando em meu mundo.” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 169-172). Desde que usamos nosso corpo para explorar o mundo, sabemos que nossa relação corporal com ele pode ser generalizada, uma insignificante distância se instala entre mim e o ser que percebo (MERLEAU-PONTY, 2002). Na experiência do diálogo, a fala do outro suscita em nós a possibilidade de articulação de nossos pensamentos, bem como nossa fala fará o mesmo em relação ao outro. Esta é exatamente a noção de intersubjetividade em Merleau-Ponty.

Deste modo, não se pode determinar o lugar da fala, assim como o outro; ela não está nas coisas, tampouco está em nós, porém está sempre a nosso lado, atrás de nós de modo invisível, e Merleau-Ponty diz que ela é o que temos de mais próprio, a nossa produtividade. No entanto, à medida que produzimos um sentido, e o comunicamos a outrem, este se une a nós, naquilo que temos de mais individual, é como se nossa coexistência cessasse de ser para nós e se somasse a uma comunidade reconhecida (SENA, 2006).

Ou seja, a experiência da fala constitui o espaço onde podemos desenvolver a criatividade, não temos de antemão aquilo que será comunicado, por mais que nos preparemos no plano reflexivo; em certo momento de uma discussão, nós e o outro podemos nos descentrar de tal forma que os gestos veiculados parecem se fundir, é como se percebêssemos a percepção do outro e ele a nossa (SENA, 2006), “minha fala coincide literalmente com a de um outro, ouço nele e ele fala a mim.” (MERLEAU-PONTY, 2002, p.176).

Nesta perspectiva, o autor argumenta que, no plano da generalidade, entre mim

e um outro, há uma distância quase imperceptível, que ele chamou de “oco” ou “vazio”, porém, à medida que aquilo que era genérico ganha objetividade, esse “oco” se expande e tem-se a distinção entre “eu” e “outro”. Assim, entre nós e o outro não há uma distância, mas uma relação que Merleau-Ponty chamou de reversibilidade ou, como referido acima, ele também a denominou de “oco”, no sentido em que se tem um começo que é uma intencionalidade ou generalidade entre as coisas, nós e o outro somos como fios de um mesmo tecido, só que esse tecido vai se diferenciando até chegar ao pólo objetivo, onde as diferenças estão plenamente visíveis (SENA, 2006).

Neste contexto, a autora traz a tona o pensamento merleau-pontyano de que, como estamos inseridos, também, em um mundo cultural, este nos impõe a objetividade; isto quer dizer que aquilo que antes era genérico se diferencia em idealidades, não obstante continuarmos, constantemente, trocando elementos, ou seja, nada é em si mesmo; apesar de em certo momento nos estabelecermos como pessoas, não somos objetos, estes constituem apenas um pólo da ambiguidade sob a qual estamos inseridos no mundo, e, por isso, a todo o momento nós nos tornamos um *outro eu mesmo* (SENA et al., 2011a).

A experiência de tornar-se *um outro* envolve uma dinâmica perceptiva em que se passa de um pólo a outro, até que, em determinado momento, o processo perceptivo é interrompido por um olhar (SENA et al., 2010). Os autores comentam que, nesse momento, introduz-se a palavra na tentativa de preencher a lacuna que ocorreu na relação, e, assim, inicia-se a dinâmica dialógica e criativa, da qual surgem possibilidades inéditas, propiciadas pelas palavras a partir da experiência intercorporal.

Entre as diversas formas como Merleau-Ponty (2000) descreve a ambiguidade de nossa experiência perceptiva, está a proposição do “visível” e do “invisível”, sobre a qual ele comenta:

Quando digo que todo visível comporta um fundo que não é visível no sentido da figura, mesmo naquilo que possui de figural ou figurativo, não é um *quali* objetivo, um em si sobrevoado, mas que desliza sob o olhar ou é varrido por ele, nasce em silêncio sob o olhar. (MERLEAU-PONTY, 2000, p. 224)

O fato é que, na dimensão sensível ou impessoal, a comunicação entre nós e o

outro é silenciosa, porém, na dimensão cultural ou pessoal, domínio da objetividade, há uma outra comunicação, em que há configuração do pensamento (SENA, 2006; 2010). Essa possibilidade de continuarmos nos entendendo, no âmbito dos pensamentos, é o que Merleau-Ponty denominou de carne gloriosa, no sentido em que eu e o outro, nos encontramos em um nível de comunicação intersubjetiva na qual nós nos espelhamos ou nos iluminamos, mutuamente, através da experiência da fala, que é sempre criativa; enfim, à medida que nos diferenciamos, vemos no outro um outro nós mesmos e o outro vê em nós um outro ele mesmo (SENA, 2006).

Em suma, a autora retoma a noção merleau-pontyana de que não nos reconheceríamos um outro em um objeto se esse outro já não nos habitasse, não assumiríamos uma cumplicidade sociológica se, em certo sentido, já não estivéssemos vinculados em um plano mais elementar (SENA, 2006). Assim, podemos admitir que nossa vida não é solitária, mas, intersubjetiva, há uma afetividade que nos vincula ao outro, trata-se de uma comunicação carnal; eu e o outro temos uma generalidade (MERLEAU-PONTY, 2011).

A partir do exposto, justificamos nossa opção por utilizar a filosofia da experiência de Merleau-Ponty como referencial teórico do estudo.

3.3 UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE O CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A experiência de cuidar de pessoas em sofrimento psíquico nos faz ver a relevância da vivência para o reconhecimento de nossas identidades como pessoas e como profissionais da saúde; experiência que nos mostra, as inúmeras possibilidades que nos são abertas, quando estamos diante do outro, e o que elas podem nos abrir na dinâmica das relações de cuidado (SENA et al., 2011a; SENA et al., 2011b). Para as autoras, não se pode pensar em produção de cuidados sem considerar a intersubjetividade que permeia o compartilhamento de vivências em uma relação empática. Se todo conhecimento procede da relação, a vivência do cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico constitui uma oportunidade extraordinária para a ocorrência e a produção do saber.

Alguns estudos têm destacado a relação de cuidar como uma experiência de sofrimento e desgaste para o cuidador, em múltiplas dimensões, implicando em perdas físicas, emocionais e nas interações sociofamiliares (PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2003; PEREIRA; BELIZZOTTI, 2004; SOUZA, SCATENA, 2005; SOUZA; ERDMANN, 2006). Outros estudiosos, numa perspectiva mais otimista, apontam para a possibilidade de encontrar um sentido na vivência do cuidar, desvelando sentimentos como amor, afeto, compreensão, que mobilizam o ser ético e à atitude de corresponsabilidade, o que envolve interação e diálogo (SENA, GONÇALVES, 2008; WAIDMAN et. al., 2009; ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009; SENA et al., 2011b).

Para tanto, a relação de cuidado, deve ser construída de forma dialógica e fundamentar-se na afirmação de que a experiência constitui-se em um movimento entre eu e outrem, meu pensamento e o seu formam um, a fala torna-se uma operação comum da qual nenhum de nós é o criador, pois sendo construída coletivamente, abre possibilidade para experimentarmos a coexistência através de um mesmo mundo (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009; MERLEAU-PONTY, 2002, 2011; SENA, 2006; SENA, GONÇALVES, 2008; SENA et al., 2011b).

Numa perspectiva fenomenológica, o profissional de saúde, tem a oportunidade de mostrar-se a si mesmo a partir de sua subjetividade a qual é mobilizada pela pessoa de quem cuida; ao mesmo tempo, ele mobiliza a pessoa cuidada para 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 cuidativa (SENA, 2006; SENA, GONÇALVES, 2008, 2010; CARVALHO, 2010; SENA et al., 2011a; SENA et al., 2011b).

Parafraseando o comentário de Merleau-Ponty acerca da expressão, poderíamos dizer que, assim como na leitura de um livro em que o texto toma posse do leitor (MERLEAU-PONTY, 2011), do mesmo modo a pessoa cuidada toma conta do cuidador, interpelando-o, constantemente, em toda ação de cuidar (SENA et al., 2011a). Como resultado, o profissional de saúde poderá atribuir novas significações a suas tarefas cuidativas, desenvolver novas estratégias de lidar com a pessoa cuidada, ultrapassando, por exemplo, os limites impostos pelas contingências, correntes no

cotidiano da relação do familiar com a pessoa em sofrimento psíquico (SENA et al., 2011a; SENA et al., 2011b).

No dia-a-dia do cuidado, o profissional de saúde está diante das contingências do mundo que o entorna (SENA et al., 2011a). Estes autores comentam, ainda, que, dia após dia, na relação com a pessoa em sofrimento psíquico, o profissional retoma vivências (um todo espontâneo e indeterminado, intuição do fenômeno/cuidado) e estas, por sua vez, são objetivadas como ações, pensamento, linguagem do cuidado.

Todo esse processo ocorre dinamicamente, restaurando-se a cada novo ciclo de forma temporal. Deste modo, o cuidado, como consciência ou conhecimento, é sempre criativo, não está nem no profissional de saúde (subjetivismo), nem na pessoa que é cuidada, nem nos instrumentos utilizados, nem na fundamentação teórica naturalista (técnica) que, geralmente, permeia as ações de cuidar (objetivismo), mas constitui um todo autêntico que se faz e refaz a cada experiência de cuidado e que se constrói progressivamente na intersubjetividade (SENA et al., 2011a).

Nesta perspectiva, o cuidado jamais poderá ser pensado como uma função ou incumbência do profissional de saúde, como se fosse um objeto em si, e do qual alguém é investido para prestar assistência ao outro, mas uma essência com a qual o profissional de saúde se reconhece a partir do contínuo intersubjetividade cuidador-pessoa cuidada (SENA et al., 2011a). Assim, cada experiência de cuidar é única, uma vez que o cuidador e a pessoa cuidada tornam-se uma, ou seja, passa a existir uma comunidade ou universalidade que ambos poderão experimentar (SENA, 2006; SENA, GONÇALVES, 2008, 2010; SENA et al., 2011a; SENA et al., 2011b).

Neste sentido, percebemos que a abordagem fenomenológica contribui, expressivamente, para a produção do conhecimento sobre o cuidado, abrindo possibilidade à ressignificação da experiência cuidativa (GRAÇAS, SANTOS, 2009), em que o profissional de saúde é capaz de vivenciar alegria no sofrimento, superação na limitação, entre outras ambiguidades, inerentes ao processo de viver (SENA et al., 2011a). Além disso, os autores, também discutem que a consciência de que o cuidado é um acontecimento não estático, mas dinâmico e intersubjetivo, possibilita tanto ao profissional quanto à pessoa cuidada uma abertura para a transformação em *um outro eu mesmo*.

Na relação entre profissional de saúde e pessoa em sofrimento psíquico, é visível o caráter intersubjetivo: existe um contínuo sentir/agir recíproco, mobilizado pelas trocas afetivas e cuidativas, mesmo numa fase de cronicidade, em que a pessoa cuidada parece não reagir ao cuidado (SENA et al., 2011a). Nesse contexto, os autores salientam que, na experiência em trabalhos grupais, os relatos dos profissionais corroboram que há uma resposta, por parte da pessoa em sofrimento psíquico, que chamaríamos de intuição fenomênica, um sentir/agir que aponta para uma identificação com o cuidador: no sentido merleau-pontyano, a pessoa cuidada parece encarnar o seu cuidador e vice versa.

Diante do exposto, entendemos que a habilidade para o cuidado não tem a ver com a repetição do ato de cuidar ou com uma predisposição para o cuidar, mas com a dinâmica do processo intencional, em que a cada prática cuidativa, uma consciência se manifesta, um presente retoma espontaneamente às experiências vividas e visualiza novas possibilidades para o cuidado (SENA et al., 2011a; SENNA et al., 2011b). Assim, o cotidiano do cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico não se constitui uma mera repetição de técnicas e procedimentos, por parte do profissional, junto à pessoa cuidada, não é algo estático: é um todo que se manifesta a cada experiência cuidativa, como algo autêntico e que se constrói infinitamente (SENA, 2006; SENNA, GONÇALVES, 2008, 2010; CARVALHO, 2010; SENNA et al., 2011a; SENNA et al., 2011b).

Portanto, na perspectiva desses autores, a teoria da intencionalidade de Husserl e a filosofia da experiência de Merleau-Ponty constituem um referencial de extrema relevância para a fundamentação da noção de cuidado. Para eles, através destas teorias, é possível compreender que os procedimentos que envolvem o cuidado não são em si, eles existem a partir daquilo que é intencional, no sentido de consciência do outro, experiência ambígua de tornar-se um *outro eu mesmo* produzida na intersubjetividade. Enfim, se o cuidado é algo idealizado, constitui objeto imaterial ou modos de cuidar, que não vale apenas para uma pessoa, as tecnologias de cuidado são universais, não são propriedades do cuidador, visto constituir-se em um saber produzido nas relações de cuidar (SENA, 2006; SENNA, GONÇALVES, 2008, 2010; CARVALHO, 2010; SENNA et al., 2011a; SENNA et al., 2011b).

Neste contexto, também a enfermagem, que atua no campo da saúde mental, pode utilizar-se das lentes da fenomenologia, dado o enfoque humanista, existencialista e integral dessa forma de produzir conhecimento, e, partindo da compreensão de que seu foco principal é o cuidado, aparece a necessidade de promovê-lo sob a ótica da intersubjetividade, e da percepção de que a pessoa cuidada lança-nos sempre uma proposta, cuja resposta transcende as ações cuidativas no sentido da ética existencial e da estética (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, 2008, 2010; CARVALHO, 2010; SENA et al., 2011a; SENA et al., 2011b).

Para tanto, tais ações devem ser baseadas, fundamentalmente, na valorização das descrições vivenciais da pessoa que, numa visão fenomenológica, mais especificamente, baseada na filosofia merleau-pontyana, retoma a percepção do homem como um *eu posso*, como um horizonte de possibilidades (SENA, 2006; SENA, GONÇALVES, 2008; SENA et al., 2011a; SENA et al., 2011b).

Além disso, ao visualizar a expressão do cuidado como fenômeno que se revela de forma ambígua, e que envolve o entrelaçamento do mundo sensível com o mundo cultural, a enfermagem reconhece que o entrelaçamento de suas vivências, às das pessoas que cuidam, revelam perfis, anúncios de algo muito maior do que é possível objetivar por meio das ações desenvolvidas (CARVALHO, 2010).

Essa nova forma de vivenciar o cuidado 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 profissionais da saúde mental são convidados a implementar o cuidado como relação, reconhecendo que não há 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.

4 ELEMENTOS MEDIADORES À PRODUÇÃO E ANÁLISE DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

Conforme explicitado no capítulo referente à fundamentação teórica, trata-se de um estudo fenomenológico com base na filosofia da experiência de Maurice Merleau-Ponty, considerando que o objeto deste estudo se inscreve no campo da pesquisa qualitativa, cuja característica principal é a abertura à descrição de relações, crenças, percepções e opiniões, as quais se apresentam como resultado da interpretação que as pessoas fazem a respeito da forma como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2010). A seguir estão explicitados os elementos metódicos que possibilitaram à operacionalização da pesquisa.

4.1 O TERRITÓRIO DO ESTUDO

O território de produção das descrições vivências do estudo apresenta-se como uma possibilidade de aproximação daquilo que se deseja conhecer e estudar, bem como espaço de construção de conhecimento a partir da realidade. Assim, o campo de pesquisa é o local onde o pesquisador poderá encontrar os atores sociais mais adequados para o alcance dos objetivos (MINAYO, 2010).

O presente estudo foi realizado na cidade de Jequié, Bahia, Brasil, no primeiro semestre de 2011, e teve como base o território de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF). Este município localiza-se na região sudoeste do Estado da Bahia e possui uma área de 3.035 Km², sua população corresponde a 150.593 habitantes, sendo considerada uma das cidades mais populosas da Bahia (IBGE, 2010).

A área de abrangência da USF Dr^o Aurelio Sciarretta foi escolhida como cenário para o desenvolvimento do estudo. Esta USF possui uma equipe mínima de saúde da família, composta por oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira de saúde da família e um médico. A referida USF está cadastrada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº 3649229, localiza-se na Rua Manoelito Rebouças, nº 1, bairro Mandacaru,

Jequié-BA e foi utilizada como referência territorial para a identificação dos participante da pesquisa.

Contudo, em função da especificidade da técnica de coleta de dados adotada neste estudo, o contexto da pesquisa foi composto por três cenários, sendo estes: o espaço físico da USF do bairro Mandacaru, localizado no referido município; a residência dos participante; e o território geográfico-existencial dos participantes.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram nove pessoas em sofrimento psíquico e história de tratamento psiquiátrico, cadastradas na ESF do bairro Mandacaru, e referenciadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF Drº Aurelio Sciarretta.

Para a seleção dos participantes foram adotados os seguintes critérios de inclusão: o fato de serem indicados pelos ACS; residirem no território de abrangência da Unidade da Saúde da Família do bairro Mandacaru; estarem cadastrados na referida ESF; possuírem história de tratamento psiquiátrico; apresentarem condições de comunicação efetiva; serem maiores de 18 anos, de ambos os sexos; consentirem com a participação voluntária na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com a intenção de manter o anonimato, os participantes foram identificados por nomes de cores, sendo estas: amarelo, verde, azul, anil, vermelho, rosa, branca, laranja e violeta. A escolha das cores como codinomes ocorreu em função da experiência vivida juntamente com os participantes, durante a produção das descrições vivenciais, onde a oportunidade de caminhar com eles, por seus territórios existenciais, fez ver os diversos dispositivos de cuidado em saúde mental presentes no cotidiano. Ao retomar a noção de dispositivo como um emaranhado de linhas, ou caminhos, que nos conduzem ao alcance de uma transformação desejada, percebemos que a contribuição dos participantes foi semelhante à função que as cores exercem, no sentido de fazer ver, pelo fato de terem iluminado e delineado os caminhos trilhados no percurso do estudo.

Essa vivência ocorreu de forma semelhante ao que acontece no processo de criação de uma pintura, quando as cores, ao serem inseridas em uma tela ou papel em branco, vão dando forma à imagem. A pesquisadora, no início do estudo, estava na posição do pintor, pois possuía diante de si apenas uma tela em branco, alguns rascunhos ainda a lápis e os pincéis; podemos pensar no projeto de pesquisa como um esboço inicial da pintura, os pincéis como a metodologia utilizada, e as cores seriam os participantes, que apareceram no decorrer do estudo e deram forma e vida aos dispositivos. Desse modo, no processo de pintar, não foi cada cor isolada, mas o entrelaçamento de um conjunto de cores, a utilização adequada dos pincéis, juntamente com as habilidades do pintor, que fez desvelar as figuras que estavam imanescentes, e transcender o saber acerca dos dispositivos de cuidado em saúde mental.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo aos aspectos éticos e legais em pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução CNS 169/96 (BRASIL, 2002), todos os sujeitos da pesquisa foram devidamente informados sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, objetivos e procedimentos deste estudo, sendo sua participação consentida voluntariamente através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Foi solicitada, também, a autorização, por escrito, para uso de imagem e depoimento (Apêndice B), tendo em vista que a produção de fotografias foi um dos instrumentos utilizados para coleta de dados. Assim, os participantes autorizaram o uso do conteúdo das gravações e das imagens, bem como a divulgação da transcrição literal das gravações para publicação dos resultados da pesquisa.

Os participantes do estudo foram, ainda, informados sobre a manutenção do anonimato e sigilo de sua identidade, e sobre a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa caso não desejassem mais participar, sem que isso lhes trouxesse qualquer ônus ou prejuízo, de acordo com a resolução citada. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual

do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) para apreciação, sendo aprovado conforme o parecer consubstanciado com registro sob o protocolo nº 223/2010 (Apêndice C).

4.4 PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

Para atender aos objetivos propostos nesta pesquisa, optamos por utilizar como estratégia de coleta de dados uma intervenção fotográfica denominada de *fotocomposição*. A fotografia como recurso metodológico é utilizada amplamente em pesquisa de campo, pelo fato de apresentar algumas vantagens, em pesquisa qualitativa, destacando que o pesquisador passa a ver melhor o objeto de estudo quando o vê pelos olhos dos participantes ao invés de observar apenas pelos seus próprios olhos (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002).

Além disso, a utilização de técnicas fotográficas propicia às pessoas uma oportunidade de se mostrarem através da fotografia, que é um instrumento bastante acessível, já que “quando uma pessoa direciona a câmera fotográfica para determinado objeto, símbolo, evento, pessoa ou lugar, em resposta a uma pergunta, e capta esta imagem através da fotografia, naquele instante ela passa a mostrar algo de si.” (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002, p. 248).

No processo de produção da fotografia, àquele que fotografa capta a cena em vez de elaborá-la, “possibilitando o confronto do sujeito com uma espécie de espelho do mundo e de si.” (MAURENTE, 2005, p. 28). Portanto, a fotografia tem a capacidade de fixar um estado da imagem que escapa à visão normal e, dessa forma, dá acesso a um modo inédito de ver a realidade, na revelação fotográfica, pois “a fotografia mostra o mundo de uma maneira invisível a olho nu, permite ver coisa normalmente não vistas.” (MAURENTE, 2005, p.29). Contudo, a autora revela, também, que a fotografia, não se apresenta como algo dado em si mesmo, antes compreende uma série de manipulações e escolhas que a constrói e produz sua significação, sendo-lhe atribuídos, também, sentidos.

Para a autora, outra qualidade da fotografia é a de “trazer um reflexo dos fenômenos observáveis.” (MAURENTE, 2005, p. 30). Ainda, a utilização da imagem fotográfica em pesquisa de campo, não considera apenas a ilustração do ambiente e

sujeitos envolvidos, mas deve considerar, principalmente, a possibilidade de produzir reflexões e significações acerca do objeto de pesquisa, que se apresenta no processo de produção da imagem, constituindo-se como um instrumento fundamental na processualidade das investigações, devido ao seu caráter criativo.

A fotografia possui, também, a vantagem de documentar a percepção do participante, valorizando o saber deste, à medida que ele mesmo seleciona os estímulos. Neste sentido, além de apresentar-se “como uma construção e uma forma alternativa de linguagem em pesquisa”, constitui-se em um recorte que lança certas qualidades ao percebido (MAURENTE, 2005, p. 32).

Nesta perspectiva, alguns estudos já demonstram aspectos favoráveis ao uso de fotografia em pesquisas, na área da saúde mental, em função da relação de similaridade perceptiva que a fotografia mantém com a realidade, o que a diferencia de outras práticas artísticas em saúde mental, como pintura, desenho e escrita (MAURENTE, 2010).

Assim, dentre as diversas técnicas e estratégias de pesquisa com o uso de fotografia, interessou-nos uma em especial, denominada de fotocomposição. Esta, consiste em entregar uma câmara aos sujeitos da pesquisa e solicitar que eles fotografem a partir de um tema ou questão (MAURENTE, 2005; MAURENTE; TITTONI, 2007). Essa estratégia pressupõe:

[...] em primeiro momento, levar em conta o contexto de concepção da fotografia, partindo da idéia de que a mesma concebe-se desde a escolha do seu objeto até a captura da cena, em um processo de construção de sentidos e, em um segundo momento, de nos determos nas reflexões sobre as fotografias reveladas (MAURENTE, 2005, p. 35).

A fotocomposição considera que “o processo de fotografar produz reflexões, que se colocarão inscritas no papel fotográfico.” (MAURENTE; TITTONI, 2007, p. 37). Logo, essa estratégia metodológica possibilita a produção conjunta de saberes e permite que os sujeitos visualizem a dimensão de sua participação, também, na construção do conhecimento científico. “Na medida em que produzem imagens sobre seus modos de existência, estes sujeitos estão sendo protagonistas na construção, não

apenas de seus modos específicos de trabalhar, mas de significados sociais.” (MAURENTE; TITTONI, 2007, p. 37).

A análise da intervenção geralmente ocorre a partir de tópicos como: (a) sentidos que a fotografia, por si só, evoca; (b) elemento escolhido para ser fotografado e sua relação com o tema e com o autor da fotografia; (c) elementos que não foram escolhidos, mas que aparecem na fotografia; (d) elementos importantes que foram excluídos completamente da fotografia; (e) depoimento do autor sobre a fotografia revelada e (f) reflexões que o ato de fotografar possibilita. (MAURENTE; TITTONI, 2007, p. 37)

Assim, a fotografia surge como uma estratégia importante de produção de conhecimento, possuindo legitimidade acadêmica. Busca, ainda, “integrar à pesquisa e à produção científica um pouco da sensibilidade da experiência, que a racionalidade moderna esforçou-se por retirar de nossa atividade como pesquisadores.” (MAURENTE; TOTTINI, 2007, p. 37).

A partir do exposto, optamos pela fotocomposição com o intento de mobilizar a expressão das percepções dos participantes, tornando transcendentemente as vivências imanentes, relativas ao tema que nos propusemos a estudar. Logo, possibilitou a transcendência das experiências perceptivas das pessoas em sofrimento psíquico acerca de suas vivências de cuidado no território.

Fundamentadas nos pressupostos da fotocomposição, a produção das descrições vivenciais ocorreu em diferentes cenários, os quais compuseram os três momentos referentes à coleta de dados.

O primeiro momento ocorreu na USF, onde foi realizada uma reunião com todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a Enfermeira da referida equipe de saúde da família, a fim de apresentar o projeto de pesquisa, explicitar os objetivos do estudo e critérios de inclusão dos participantes, e solicitar a contribuição dos ACS para a identificação das pessoas em sofrimento psíquico moradores do território de abrangência da USF, que atendessem aos critérios de inclusão. Em seguida, todos os ACS receberam um formulário para preenchimento, com alguns dados sócio-demográficos dos participantes, e espaço para confirmação de autorização para visita domiciliar a ser realizada pela pesquisadora responsável. Os ACS foram instruídos a

selecionar os participantes que atendiam aos critérios de inclusão e explicar-lhes o objetivo da visita do pesquisador.

Em seguida, os ACS deram o retorno em relação à aceitação ou não da visita, sendo que apenas uma agente comunitária obteve autorização das pessoas identificadas, em sua micro-área de atuação. Esta agente obteve treze autorizações para realização da visita domiciliar. De modo que apenas uma micro-área do território adstrito da USF foi utilizada como campo de coleta de dados.

O segundo momento foi realizado na residência das pessoas selecionadas, pela ACS, onde conhecemos suas histórias de vida a fim de confirmar a adequação aos critérios de inclusão do estudo. Às pessoas que atendiam aos critérios, foram explicitados os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados a fim de obter o consentimento livre e esclarecido destas. No decorrer deste processo, apenas nove pessoas atenderam aos critérios de inclusão, sendo que todas consentiram com a participação voluntária na pesquisa. De acordo com a disponibilidade de cada pessoa foram agendados, individualmente, os momentos para realização da fotocomposição.

O terceiro momento ocorreu no território geográfico-existencial dos participantes, onde cada um definiu os cenários a serem fotografados, a partir de uma questão norteadora, de acordo com a estratégia de coleta de dados denominada fotocomposição. A fotografia como recurso metodológico é utilizada em pesquisa de campo na área da Psicologia Social e demais áreas e pressupõe que as mesmas sejam produzidas no território geográfico onde será desenvolvida a pesquisa de acordo com os objetivos de cada estudo (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002; MAURENTE; TITTONI, 2007). Nesse caso, as fotografias foram produzidas pelos participantes da pesquisa, nos locais que constituíam parte do território geográfico-existencial de cada um. Logo, nesta etapa, o pesquisador percorreu o território com cada participante, com o objetivo de acompanhá-lo no processo de produção das fotografias que desvelavam os dispositivos existenciais de cuidado, em saúde mental, presentes no território.

No quarto momento, após revelação das fotografias, agendamos um encontro com cada participante, para conversarmos sobre as fotografias, o diálogo foi conduzido de acordo com quatro questões norteadoras, a fim de fazê-lo refletir sobre os sentidos e significados atribuídos às imagens produzidas. Neste momento, os

participantes puderam escolher o ambiente em que mais se sentiriam a vontade para se expressar, sendo que um participante escolheu o espaço físico da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, dois escolheram uma sala da USF Drº Aurelio Sciarretta, e os demais preferiram agendar esse momento em suas residências.

Assim, o processo de fotocomposição foi constituído das seguintes etapas:

- 1) Os participantes foram orientados sobre os procedimentos da fotocomposição, sendo lembrado a estes os objetivos da pesquisa.
- 2) O momento de registro da fotografia foi agendado individualmente com cada participante, de acordo com sua disponibilidade, e o pesquisador participou deste momento, acompanhando o participante pelo território geográfico onde seriam fotografados os cenários, enquanto o mesmo produzia as imagens, a fim de favorecer a compreensão do processo de produção/composição das fotografias.
- 3) O pesquisador solicitou aos participantes que fotografassem os dispositivos de cuidado em saúde mental existentes em seu território, de forma que os mostrassem através das imagens produzidas, esta etapa foi conduzida pela seguinte questão: **fotografe aquilo que produz sensação de bem-estar e que você considera uma forma de cuidado para com sua saúde mental.**
- 4) Cada participante foi informado que poderia produzir o número de fotografias que necessitasse para apresentar os cenários que percebiam como produtores de cuidado em saúde mental, sem delimitação de quantidade.
- 5) Foi emprestada ao participante uma máquina fotográfica digital, de nossa propriedade, a qual foi devolvida após o registro das imagens. Neste momento, orientamos os sujeitos sobre o uso da máquina fotográfica.
- 6) Procedeu-se o registro das imagens, sendo que em alguns casos precisamos agendar mais de um período, pois haviam lugares a ser fotografados fora do território que residiam.
- 7) Posteriormente, realizamos a revelação de todas as fotografias produzidas.
- 8) Após a revelação das imagens produzidas por todos os participantes do estudo, foram agendados encontros individuais com cada participante, para apresentação das imagens produzidas por eles, a fim de mobilizar reflexões

acerca dos sentidos que as imagens evocaram. Esse encontro foi guiado pelas seguintes questões norteadoras: a) por que escolheram fotografar àquelas cenas? b) qual a relação da imagem fotografada com o cuidado? c) quais os elementos presentes na fotografia que lhes chamam a atenção neste momento, mas que não foram observados no momento em que registraram a fotografia? d) o que sentiram ao ver as imagens reveladas?

Desse modo, o diálogo acerca dos sentidos e significados atribuídos às imagens produzidas pelos participante, trouxe à luz as percepções sobre os dispositivos de cuidado em saúde mental, existentes no território, e fez ver a adequação da fotocomposição aos estudos fenomenológicos, sobretudo, do presente, que se baseia na filosofia da experiência, na liberdade da expressão, na abertura ao confronto das dimensões constitutivas da natureza humana: a sensibilidade e a razão, o que contribui para que os vividos imanentes tornem-se transcendentos (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesta perspectiva, até mesmo as escolhas dos diversos cenários fotografados, pelos participantes, revelaram a retomada de situações dadas, e a abertura de possibilidades que ocorreu a partir da ressignificação elaborada por meio da fala, quando todos tentaram tornar claro o sentido e o significado de cada escolha. Além disso, a fotocomposição favoreceu a reflexão sobre o entrecruzamento da vivência sensível com a experiência social, até mesmo as escolhas, que revelaram gostos pessoais, as preferências, as rejeições, os desejos, que vão sendo configurados por meio da estrutura intersubjetiva à qual correlacionamos os tempos, o corpo, o mundo, as coisas e os outros.

4.5 ANÁLISE DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

A análise das descrições, produzidas através da estratégia de fotocomposição, foi realizada por meio da técnica *analítica da ambiguidade*, desenvolvida por Sena (2006), que se baseia na teoria da intersubjetividade de Merleau-Ponty (1999), e busca fazer ver o vivido intencional a partir do processo pré-reflexivo, desvelando, no decorrer da análise, a essência do fenômeno, por meio da suspensão das teses de que as coisas já são em si mesmas (SENA, 2006).

Neste sentido, esta técnica apresenta-se, também, adequada para análise dos dados da fotocomposição, tendo em vista que esta considera o fotografar não como uma representação, mas como produção de sentidos, que pode ser a respeito da forma como o sujeito se experiencia em um regime de verdades (MAURENTE, 2005). Desse modo, a fotografia não expressa algo que já está dado, mas torna-se um dispositivo de criação de novos sentidos e práticas, além de possibilitar a realização da análise das imagens, pelos sujeitos-fotógrafos e pesquisadores, a partir da proposta de renovação inesgotável de leituras. Neste caso, as fotografias não são o principal material considerado resultado da proposta, mas o processo como um todo entra em análise e discussão (MAURENTE, 2005).

Assim, a análise foi processual, sendo que as transcrições das falas ocorreram após a realização da última etapa da fotocomposição. Em função da filosofia merleau-pontyana da experiência, orientar todo o caminhar metodológico desta pesquisa, foi necessário, também, na fase de análise, considerar seu embasamento teórico, no qual a vivência apresenta-se sempre de forma ambígua, caracterizando nossa experiência perceptiva como uma experiência que acontece no campo fenomenal (SENA, 2006; SENA et al., 2010; SENA; GONÇALVES, 2008, 2010; CARVALHO, 2010; SENA et al., 2011b).

Esta experiência de campo fenomenal instala-se a partir da intercorporeidade, funcionando como um palco onde tudo pode acontecer nas existências que se entrecruzam; logo, a experiência perceptiva do cuidado, como trajetória intercorporal, passa de um perfil a outro, e a cada mudança no mundo do cuidar surge outra percepção, caracterizando-se em uma experiência, decerto, ambígua, onde ocorre um diálogo constante entre a pessoalidade (reflexão, racionalidade) e a impessoalidade (sentimento) (SENA, 2006; SENA et al., 2010; SENA; GONÇALVES, 2008, 2010; CARVALHO, 2010; SENA et al., 2011b).

Deste modo, a experiência sobre a saúde e a doença transforma-se em linguagem, sendo estes fenômenos entendidos como constituintes do nosso corpo em situação, e, neste sentido, trata-se de ambiguidades (SENA; GONÇALVES, 2010). Para as autoras:

[...] segundo a filosofia do corpo próprio, podemos dizer que as vivências de saúde e de “doença” constituem modos como nosso corpo atual retoma seus vividos coexistentes, e, dessa forma, sempre somos, em potencial, saudáveis ou doentes, na maneira em que essas potências existem para nós em perspectivas (SENA; GONÇALVES, 2010, p. 208).

Atentando para a especificidade da filosofia merleau-pontyana, em que as essências se caracterizam, justamente, pela percepção das ambiguidades inerentes ao processo intersubjetivo, a descrição fenomenológica teve como finalidade fazer ver o sentido mais amplo das descrições vivenciais, através das ambiguidades que se mostram por meio da impessoalidade e da pessoalidade objetivadas na linguagem dos participante (SENA, 2006; SENA et al., 2010).

A aplicação da técnica *analítica da ambiguidade*, não se detém em descrever o mundo vivido que a consciência traz em si, mas de compreender como esse vivido se constitui e se mostra desde si mesmo (SENA, 2006; SENA et al., 2010). Portanto, os temas constitutivos do roteiro de entrevista e os depoimentos como tal, na análise, foram considerados como figuras, entendendo que essas são vistas sempre em perfis, trazem consigo um fundo, que ao entrar no foco do olhar possibilitaram a descoberta de outras figuras. Assim, a técnica *analítica da ambiguidade* e a consequente objetivação a partir dos dados empíricos seguirão os passos propostos por Sena (2006), a seguir:

- Dadas as descrições vivenciais dos sujeitos da pesquisa, correspondentes à última etapa da fotocomposição, foram organizados textos com a transcrição das gravações na íntegra.
- Foram realizadas leituras exaustivas do material buscando descrever as vivências, considerando que: se constituem em experiências perceptivas inseridas no mundo da vida, no qual a percepção aparece sempre do ponto de vista de quem a vive; a vivência da percepção apresenta-se como uma experiência ambígua; a experiência ambígua se mostra a partir de depoimentos, que revela fenômenos, ou seja, o mundo aparece para nós parcialmente, porém, arrasta consigo um horizonte de passado que retomamos em nossa vivência perceptiva.

- A leitura do material fluiu livremente, deixando que os fenômenos se mostrassem em si mesmos a partir de si mesmos, o que significa dizer que o pesquisador vive sua experiência perceptiva durante a leitura, e nesta, ele se reconhece como generalidade intercorporal. Com isto, corrobora-se que um estudo fenomenológico sempre parte de uma vivência e que o conhecimento constitui-se a partir da interação com o outro.
- Após a leitura exhaustiva do material, convencendo-se de que as ambiguidades são inúmeras, visto tratar-se de uma experiência perceptiva que se insere em um campo fenomenal, foram efetivadas objetivações.

Assim, durante todo o processo de análise buscamos suspender as teses de que as coisas são em si mesmo, fazendo ver essências e ambiguidades, que se refletiram na percepção da pessoa em sofrimento psíquico sobre os dispositivos de cuidado existentes no território. Ressaltando que a percepção, sempre se mostrar em perfil, mas arrasta consigo outros perfis.

5. DISPOSITIVOS EXISTENCIAIS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DO CUIDADO COMO PRODUÇÃO DE VIDA

O entendimento de que o cuidado se constitui como essência da vida gerou o desejo de compreender como ocorrem as vivências de cuidado produzidas no território existencial das pessoas em sofrimento psíquico. A noção de território, não se restringe ao território geográfico, mas se amplia aos espaços habitados pelos sujeitos ao longo da vida, logo é constituído como espaços afetivos, de convivência, de solidariedade, de intersubjetividade. Nesta perspectiva, os dispositivos apresentados nas três categorias a seguir desvelaram-se como sendo existenciais, pois referem-se aos sentidos que produzem na vida cotidiana das pessoas em sofrimento psíquico.

5.1 CATEGORIA 1: A VIVÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E A EXPERIÊNCIA DO *OUTRO EU MESMO*

Não sou Deus, só tenho uma pretensão à divindade. Escapo a todo engajamento e ultrapasso a outrem enquanto qualquer situação e qualquer outro devem ser vividos por mim para, aos meus olhos, serem. (MERLEAU-PONTY, 2011, p.481).

As descrições vivenciais dos integrantes da pesquisa fizeram ver que o exercício da espiritualidade constitui um dispositivo existencial de cuidado em saúde mental. Trata-se de uma prática intersubjetiva que, nas falas, apareceu em duas direções: uma vertical e outra, horizontal. A primeira refere-se à relação que a pessoa estabelece com a divindade (Deus), no intuito de preencher uma falta que ela mesma não consegue compreender; busca-se um olhar externo, que é o olhar do criador sobre a criatura, aquele que é capaz de identificar as necessidades humanas e supri-las, aceitando a pessoa em sofrimento mental na condição em que se encontra, diferentemente do semelhante que pode olhá-la com discriminação.

A espiritualidade, como prática intersubjetiva horizontal, ocorre em companhia do semelhante, por exemplo, na igreja, lugar onde se compartilham sentimentos que não são apenas de uma pessoa, mas de um conjunto. Nesse ponto, existe uma relação

entre pares, pessoas que comungam de uma mesma crença, o que consiste em uma necessidade coletiva. Nas duas direções, a relação implica vivências de entrelaçamento e as pessoas envolvidas são mobilizadas para a experiência do *outro* ou transformação em um *outro eu mesmo*.

Esse aspecto apareceu nos relatos dos participantes do estudo como dispositivo existencial de cuidado, pois favorece experiências potencialmente promotoras de bem-estar e inclusão, à medida que a relação com a comunidade religiosa e com o sagrado abre possibilidade para a ressignificação do sofrimento, das histórias de vida e do processo saúde-doença mental.

A vivência da espiritualidade caracteriza-se pela operação da intencionalidade – atualização do processo perceptivo ou corpo próprio (MERLEAU-PONTY, 2011). Neste estudo, desvela-se a percepção do cuidado como produto das relações de acolhimento e aceitação vivenciadas nas práticas espirituais e religiosas. Segundo o autor, o corpo relaciona-se tanto à generalidade do sentir, à impessoalidade, isto é, os sentimentos, quanto à pessoalidade, que se desenvolve por meio do entrelaçamento com os aspectos culturais. Ambas as dimensões possibilitam a identificação com aquilo que nos é próprio, ao mesmo tempo em que nos transforma em “outro eu mesmo”. Nessa perspectiva, a percepção ocorre em um processo de transcendência, do polo sensível para o polo reflexivo, ao que Husserl chamou de processo intencional (SENA, 2006).

Desse modo, a percepção da espiritualidade como um dispositivo de cuidado em saúde mental, desvelado nas descrições dos participantes do estudo, tem a ver com a experiência ambígua que vivenciam em seu corpo próprio, em sua existência. Isso ocorre porque, na comunidade religiosa, existe uma cumplicidade de sentimentos, que se mostram como generalidade e, nesse contexto, a espiritualidade aparece como uma unidade de pertencimento, um sentimento que não é subjetivo, mas intersubjetivo em função do entrelaçamento existencial entre os seres humanos e o sagrado.

Portanto, produz um sentimento de coexistência que se desvela tanto no compartilhamento de emoções comuns ao grupo religioso, quanto no desejo pessoal de tornar-se íntimo de Deus, conforme percebemos nas falas a seguir:

[...] a foto da Igreja, escolhi (fotografar a igreja) porque quando vou [...] compartilho com outros, com outras pessoas, que estão na igreja, a emoção de estar na igreja, louvando a Deus [...] queria registrar a presença da igreja nesta experiência, [...] mostrar o meu lado cristão e marcar a igreja como uma experiência [...]. (Vermelho)

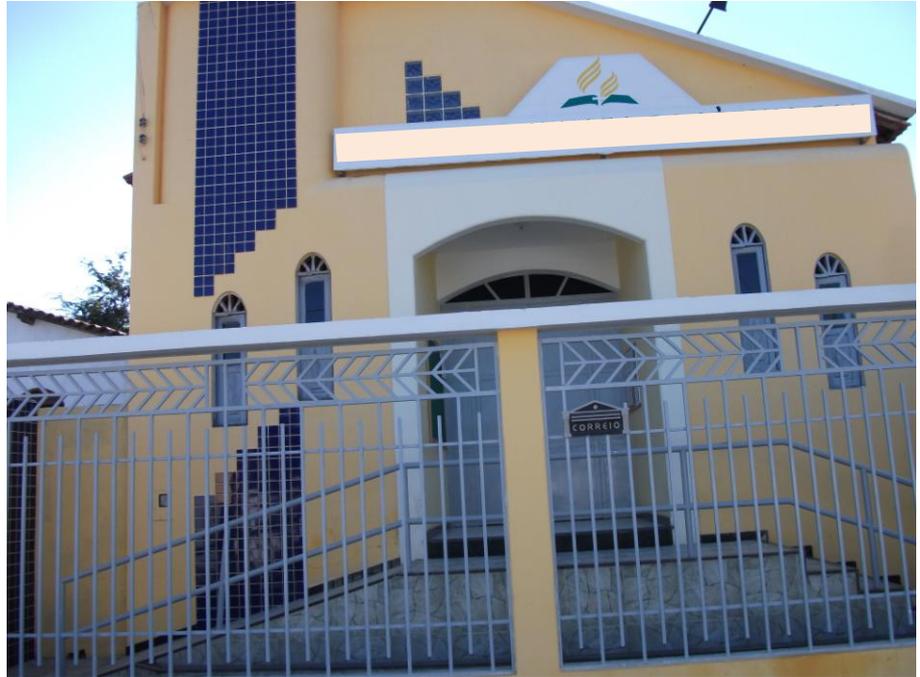


Figura 1: Imagem externa de uma igreja, fotografada por Vermelho.

[...] no Santíssimo (foto) você fica mais íntimo de Deus. [...] A igreja, não só por me fazer bem em questão de estar lá na presença, como também de poder estar falando com Deus [...]. (Rosa)



Figura 2: Imagem do Sacrário, local na igreja onde fica o Santíssimo Sacramento (Eucaristia), fotografado por Rosa.

Nesse sentido, estar vinculado à comunidade religiosa possibilita a experiência de entrelaçamento, de unidade com o próximo, tanto no que diz respeito aos sentimentos, como às crenças e ações compartilhadas socialmente no grupo. Essa comunhão desvela, por um lado, sentimentos como amor, paz, harmonia, tranquilidade, calma, alegria e outros, e, por outro, faz ver a abertura de possibilidades que a intersubjetividade produz, sobretudo, no que refere ao sentimento de pertença a um grupo e ao cumprimento de papéis sociais, que reafirma o senso de valorização, acolhimento e aceitação de si e do outro.

Assim, os espaços religiosos, bem como o exercício da espiritualidade, apareceram nas falas dos participantes como fatores de diminuição do preconceito e do estigma social relacionado às pessoas em sofrimento psíquico, o que favorece a reabilitação psicossocial dessas pessoas. Os relatos revelam que a convivência em um grupo religioso constitui um dispositivo de cuidado, pois promove unidade e igualdade entre os homens, bem como a comunhão entre estes e Deus.

Nesse sentido, a espiritualidade pode ser considerada um recurso psicossocial que contribui para a promoção de saúde mental, pois a “prática de atividades espirituais e religiosas materializada em ações, além de benéficas, não são onerosas aos sistemas de saúde.” (VOLCAN et al., 2003, p. 445). Para os autores, os serviços de saúde mental podem recomendar e incentivar tais práticas em benefício da melhoria do bem-estar geral das pessoas em sofrimento psíquico.

Contudo, para que os profissionais de saúde tenham condições de abordar questões relacionadas à espiritualidade, é necessário que incorporem o bem-estar espiritual como uma dimensão do estado de saúde, somada às dimensões corporais, psíquicas e sociais (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Nessa perspectiva, inserir as crenças religiosas dos usuários dos serviços de saúde em seus tratamentos pode reduzir sintomas e dificuldades no âmbito da saúde mental, o que já tem sido comprovado em outros estudos, nos quais pessoas em sofrimento psíquico consideraram que uma vida espiritual é importante para a compreensão dos problemas pessoais e demonstraram preferência por terapeutas com os quais se sentem confortáveis para discutir aspectos relacionados à espiritualidade e à religiosidade (BERRY, 2002; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). Para isso, é

necessário o reconhecimento, por parte dos profissionais da saúde, da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde mental; além disso, devem identificar, na religiosidade, seu potencial de ajuda, o que exige, também, investimento na qualificação voltada para essa dimensão do ser (FARIA; SEIDL, 2005).

O presente estudo corrobora as considerações supracitadas, pois percebemos que a sensação de bem-estar, promovida por meio da espiritualidade, transcende a reflexão dos participantes, acerca da importância de que todos precisam crescer espiritualmente e desejam ser aceitos e acolhidos por seu grupo de pertença. Assim, ao mesmo tempo em que os participantes desvelam a vivência da espiritualidade como um cuidado de si, uma busca pessoal, o estar em comunidade revela um cuidado que ocorre na coexistência, ao estar junto com o outro, compartilhando tanto aspectos relativos aos sentimentos como aqueles referentes à cultura. Em termos merleau-pontyanos, poderíamos dizer que a vivência da espiritualidade corresponderia à impessoalidade, ao mundo do sentir, enquanto a religiosidade correlacionar-se-ia à pessoalidade, ao mundo da cultura.

No âmbito conceitual, a literatura faz distinção entre religiosidade e espiritualidade. A religião aparece como parte da cultura e caracteriza-se pela organização de crenças, dogmas, rituais e simbologia, o que favorece a aproximação do humano com o transcendente; já a espiritualidade surge como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e como relacionamento com o sagrado; relaciona-se, ainda, com as qualidades do espírito humano que produz felicidade para si e para o outro (FARIA; SEIDL, 2005; BOFF, 2006; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007), como observamos na fala a seguir:

[...] não sou dogmático de dizer que isso é verdade, que existe o livro sagrado, que diz que é isso e isso não, pra mim tudo é possível [...], mas eu gosto de orar [...] tenho a minha própria religiosidade, não é dogmática [...] mas acredito em possibilidades, acho que tudo é possível, até mesmo o impossível é possível. (Verde)

O relato de Verde faz ver que, apesar de não ser adepto de uma denominação religiosa e declarar-se não dogmático, ele acredita que, através da oração, até mesmo o aparentemente impossível é possível. Nesse caso, a oração aparece como expressão de fé, de esperança e de abertura de possibilidades, vivência que encontra sustentação na

idéia de que a “espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina.” (BOFF, 2006, p. 43).

Nessa perspectiva, vivemos a espiritualidade quando experimentamos um entrelaçamento entre nossa própria existência e a realidade que nos circunda; nesse momento, o espírito abre-nos à percepção de que pertencemos ao todo (BOFF, 2006). A vivência de entrelaçamento com a realidade pode ser vista na seguinte descrição de Branca:

[...] quando estava indo para a igreja, passei ali e tinha um pobrezinho coitado espichado no meio da rua, cheio de polícia [...], tudo isso faz a gente pensar: temos que buscar de Deus o livramento para a gente. [...] Tenho um filho mesmo que está preso, então, penso na minha família, penso nas pessoas, no ser humano, porque a gente não deve pensar só na gente [...], Deus quer que nós nos lembremos de todos. Deus quer que nós façamos jejum e oração [...] Ele atende a todos, rico, pobre, são, doído [...]. (Branca)

Em seu livro *O olho e o espírito*, Merleau-Ponty diz que há um olhar de dentro que vê os quadros, as paisagens e mesmo as imagens mentais através do que suscitam e despertam em nós; ao olhar o mundo, a exemplo do olhar de Branca na cena descrita acima, o olho vê o que falta ao mundo para ser quadro, entendendo o quadro como um perfil idealizado da realidade. Assim, percebe-se o que aproxima a idealização da existência e, nessa ambiguidade, o quadro aparece como aquilo que “responde a todas essas faltas, e vê os quadros dos outros, as respostas outras a outras faltas.” (MERLEAU-PONTY, 2004, p.19). Para o autor, o olho como percepção é aquilo que foi sensibilizado por certo impacto do mundo e que acende o espírito como uma experiência de campo, uma vivência da temporalidade, que faz refletir no presente, horizontes de passado e de futuro.

Essa visão devoradora, para além dos “dados visuais”, dá acesso a uma textura do Ser da qual as mensagens sensoriais discretas são apenas as pontuações ou as cesuras, textura que o olho habita como o homem sua casa. [...] a visão é espelho ou concentração do universo [...] (MERLEAU-PONTY, 2004, p.20).

A vivência da espiritualidade, que ocorre nas diversas religiões, configura-se como a *visão devoradora* que mobiliza o desdobramento da temporalidade,

impregnada de princípios e valores constitutivos do universo sociocultural que perpassa a vida em sociedade, e que é utilizada pelas pessoas para a construção de interpretações do mundo, das relações sociais e dos conflitos existenciais (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). Na retomada da temporalidade, a pessoa poderá construir algo novo, ressignificar o modo como vive e interage com o outro e, nesta perspectiva, a espiritualidade influencia a percepção do mundo e das coisas, direciona o ser humano no lidar com o sofrimento, no enfrentar e solucionar problemas de ordem psíquica e espiritual, como observamos na fala de Branca:

Foi o fundo do poço (quando o marido morreu). [...] Eu sinto que eu tenho culpa, agora os médicos dizem que eu não tenho culpa. Que eu pedisse perdão a Deus da culpa que eu acho que eu tenho. Porque eu [...] não podia ficar virando ele pro lado, pro outro, tirando ele pra dar o banho, precisava de [...] uma ajuda toda hora, [...] Mas até hoje não acostumei. [...] Quando deito, perco o sono, a primeira coisa que me lembro é dele. [...] oro por ele, pra descansar. Se já levou a carne dele, a matéria dele, pra salvação da alma. Entender também a salvação e os meus pecados. (Branca)

Dessa forma, a crença religiosa e a percepção mobilizada por ela, em relação a determinados contextos de vida, podem favorecer a compreensão de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis, que geram desequilíbrio emocional e sofrimento psíquico. Ou seja, a percepção de mundo está sujeita às crenças da pessoa e ao seu histórico de vida, o que reforça a importância de a psicoterapia abranger a habilidade de reconstrução emocional e reinterpretação de eventos dolorosos, considerando os sistemas de crenças que podem prover reequilíbrio e saúde da personalidade (PERES et al., 2005; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Em relação ao sofrimento causado pela morte do marido, relatado por Branca, alguns estudos apontam que a crença na vida após a morte está relacionada com a menor severidade de sintomas, como ansiedade, depressão, compulsão, paranoia, fobia e somatização; além disso, promove alívio do sofrimento, conforto, consolo, busca de significado para problemas existenciais e de compreensão de si mesmo e do sagrado (FARIA; SEIDL, 2005; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). Este último aspecto foi desvelado na fala em que Branca expressou o desejo de “entender o processo de salvação e os próprios pecados”.

O exercício da religiosidade privada que aparece no relato de Branca corrobora outro estudo que traz essa prática espiritual como responsável pela redução do impacto de eventos estressantes na vida, sendo que a confissão e o perdão, desvelados na fala de Branca através do exercício da oração, favorecem a reestruturação da vida e o aumento da autoestima (SANCHEZ; NAPPO, 2007). A produção de sentidos existenciais, nas experiências religiosas, possibilita às pessoas o manejo e o entendimento de situações críticas, como a dor, o sofrimento e a morte (VOLCAN et al., 2003).

Outros relatos dos participantes mostram que os momentos de oração e louvor caracterizam-se como tipos de prece intercessora, que acontecem na intersubjetividade da comunidade religiosa. Nesse contexto intersubjetivo, a pessoa em sofrimento psíquico busca, no entrelaçamento existencial, o sagrado, o auxílio para compreender e solucionar seus conflitos existenciais (VOLCAN et al., 2003; FARIA; SEIDL, 2005). Além disso, esses momentos promovem paz de espírito e equilíbrio emocional, através da generalidade do sentir, como revelam as falas:

Sentia uma paz de espírito com os cantos [...] Me dava um bem-estar muito grande. [...] gostava de ouvir os cantos [...]. (Vermelho)

[...] na igreja, não tem lugar melhor [...] do que estar com Deus, muito bom mesmo. [...] Deus usa a gente, ele liberta as pessoas através da música, através das pregações [...]. (Azul)

Eu frequentava o coral [...] gosto de cantar, mas quando chego em casa, eu perco tudo. É tanta coisa que esqueço, não sei. [...] Quando estou lá, eu não erro uma palavra. Em casa eu não sei [...] é bom quando a gente tem leitura, que anota tudo, escreve tudo [...] quando eu estou lá, eu as vejo cantarem, e pego o ritmo delas. [...] gostam da minha voz, todo mundo [...]. (Branca)

No cuidado à saúde mental, a espiritualidade é considerada, por alguns autores, como um aspecto potencialmente promotor de equilíbrio e harmonia, e produtor de sensação de bem-estar (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). Além disso, o espaço físico da igreja proporciona um ambiente de tranquilidade, necessário para a organização de sentimentos e pensamentos, que difere de outros ambientes sociais e da própria residência, os quais, muitas vezes, geram desconforto e favorecem o aumento de ansiedade e agitação.

Em casa [...] às vezes, até mesmo para falar com Deus é um pouco turbulento, é muito barulho, é muita gente, é um entra e sai. Na igreja [...] é mais calmo, tranquilo, você se sente melhor, você se sente bem. Tanto que, quando a gente sai, a gente chega a sentir o nosso corpo leve, calmo, tranquilo [...]. (Rosa)

[...] quando eu vou para a Igreja, tenho uma sensação de bem-estar [...], parece que o corpo trabalha melhor, a mente trabalha melhor, [...] além de você estar próximo das pessoas da igreja, com uma dificuldade que você tem, por motivo de uma doença, ou que você esteja passando uma situação financeira difícil, os colegas da igreja estão ali para te aconselhar, lhe indicando a melhor maneira para você sair daquela situação. (Vermelho)

Nesse contexto, percebemos que, entre os aspectos da relação existente entre a pessoa em sofrimento psíquico e a espiritualidade, a religiosidade desvelada, a partir do vínculo com a igreja, caracteriza-se como um hábito cultural que é compartilhado e contribui para que se desenvolva um sentimento de pertença ao grupo (CORREA, 2006), como revela a fala de Vermelho. Além disso, percebemos, nos relatos, dois aspectos da coexistência, um relacionado à generalidade do sentir, à medida que relatam sentimento de paz, confiança e esperança, após o encontro com Deus por meio da oração e da palavra, e outro relacionado à coexistência social, vivenciada através da religiosidade, que produz compreensão, aconselhamento, ajuda mútua, dentre outros fatores que diminuem o estigma social sofrido, pelas pessoas em sofrimento mental, e favorecem sua reabilitação psicossocial.

A foto da igreja mesmo, eu tirei pensando no meu lado espiritual, no cuidado entre eu e Deus, [...] mostra o cuidado que existe entre eu e a minha religião, entre estar cultivando a minha fé com Deus. [...] não sou uma pessoa que parte para o mundo, não sou uma pessoa do mundo que usa bebida alcoólica, que usa drogas. Ele (Deus) tem cuidado de mim dessa forma. (Vermelho)

Eu fico muito feliz quando estou na igreja. [...] nada me aborrece, nada me contraria. [...] é o único lugar que eu frequento fora de casa. [...] Eu não tenho essas influência de estar nas casas dos outros [...] Na igreja você chega mais para a presença de Deus, que não tem igual. (Branca)

A igreja, pela questão de que é um lugar que acho que não só eu, como todos se sentem bem por estar falando com Deus, compartilhando o nosso bom e o nosso ruim, [...] é um lugar onde divido minhas dificuldades e vitórias com Deus, o alcançado e o que eu não alcancei ainda, para estar buscando, com ele. É isso! (Rosa)

[...] quando eu sentei numa cadeira dessas (da igreja), eu estava em pé pela honra e glória do senhor. [...] doente do coração, doente de não sei o quê [...] graças a Deus, Deus me salvou [...] Graças a Deus, estou feliz. [...] Cuidar da saúde hoje é cuidar de ir para a igreja, para não ficar enchendo a cabeça de maus pensamentos [...]. (Branca)



Figura 3: Imagem das cadeiras da igreja, fotografada por Branca.

Ao salientar que se sentir bem ao estar na igreja é uma experiência comum a outras pessoas, Rosa faz ver um aspecto do mundo da cultura que é compartilhado, aprendido por meio das relações. Ao mesmo tempo, desvela a atitude de afastamento dos semelhantes, que pode significar a limitação que certas pessoas apresentam em aceitar conviver com o aspecto ruim, com as dificuldades, o que apareceu também no relato de Branca. Nessa perspectiva, corroboramos o pensamento de que o esforço humano para dar satisfação aos outros, acerca de nossas boas ou más ações, nunca nos fará alcançar o equilíbrio que buscamos, mas, ao contrário, precisamos assumir as ambiguidades próprias da natureza humana, pois aprender a não esperar muito das pessoas é uma condição para estarmos abertos às possibilidades de encontro e reconhecimento (CARVALHO, 2010).

Além disso, as falas de Rosa e Branca desvelam que o único ser capaz de aceitar e acolher sem reservas o que temos de bom e de ruim é Deus, e nessa perspectiva, compartilhar a ambiguidade humana com o divino produz um sentimento de compreensão, aceitação e acolhimento, e que favorece o equilíbrio emocional que buscamos na relação com o sagrado.

Na descrição de Rosa, a intersubjetividade entre divino e humano desvela-se na vivência do corpo falante, o qual articula pensamentos capazes de exprimir uma

carência que se procura preencher (SENA, 2006). Isso traz à luz o bem-estar que ocorre na confidencialidade com Deus, e o diálogo entre o humano e o divino aparece como um dispositivo de cuidado, capaz de produzir o alívio do sofrimento mental advindo dos conflitos existenciais.

O divino caracterizar-se-ia pela condição infinita de tornar-se outro e de transcender em humanidade, o que abre possibilidades para a vivência do outro eu mesmo. De onde se segue que a capacidade imanente ao ser humano de exercitar a espiritualidade constitui um potencial para transformar-se na relação com Deus, “já que esta proporciona abertura ao diálogo consigo mesmo, com o outro e com a vida” (CARVALHO, 2010, p. 107).

Na experiência do corpo falante, a fala precede os pensamentos, e estes se articulam por meio dela (SENA, 2006). À medida que falamos, percebemos os sentidos produzidos e, nesse contexto, a oração possibilita uma relação transcendental com o divino a qual permite compreender os fenômenos existenciais e resolver conflitos, que são reelaborados em nossa própria fala, o que leva à ressignificação de experiências.

Nessa perspectiva, a fala possibilita ao falante conhecer um pouco mais de si, pois, quando falamos, todo nosso corpo se reúne para alcançar e dizer a palavra (SENA, 2006). Na expressão da fala falante, a intenção significativa pertence ao domínio espontâneo, aparece como a existência corporal atuando, ou seja, a linguagem que se faz no momento da expressão passa dos signos ao sentido (MERLEAU-PONTY, 2002). Quando operamos com a fala falante, sempre somos pré-reflexivos (SENA, 2006), retomamos nossa impessoalidade, o que significa dizer que falamos daquilo que sentimos e, nesse sentido, a fala favorece a expressão e a elaboração não apenas dos pensamentos, mas também dos sentimentos. A palavra, assim como os demais signos linguísticos, constitui a consumação de um pensamento no falante, pois há uma significação existencial que habita a significação conceitual das falas (MERLEAU-PONTY, 2011).

Ao descrever a vivência de que “a igreja [...] é um lugar onde eu divido minhas dificuldades e vitórias com Deus, o alcançado e o que eu não alcancei ainda para estar buscando, com Ele”, Rosa expressa a intercorporeidade, um entrelaçamento que se dá

graças a experiência perceptiva que reacende a temporalidade e permite a retomada de horizontes de passado e de futuro (SENA, 2006). Essa vivência de campo favorece a elaboração de experiências difíceis, bem como a valorização das vitórias alcançadas, além de mobilizar a construção de novos projetos de vida, os quais aparecem como abertura de possibilidades a serem alcançadas na transcendência com o divino.

Nesse sentido, a espiritualidade como promotora de mudanças estruturais, no ser humano, é “capaz de dar um novo sentido à vida ou de abrir novos campos de experiência e de profundidade rumo ao próprio coração e ao mistério de todas as coisas” (BOFF, 2006, p. 14). Para esse autor, a espiritualidade surge como uma dimensão do ser humano que conduz o processo de ressignificação existencial na busca de paz espiritual e felicidade, mesmo em meio a conflitos sociais e existenciais, como podemos observar no seguinte relato:

[...] Toda vez que eu vou para a igreja, levo foto dele (filho que está preso) para orar [...], graças a Deus eu tenho fé. Um dia ele vai sair. [...] Eu peço sempre a Deus: Ô senhor eu não aceito ele entrar lá e sair como entrou [...], só quero que saia de lá livre de tudo. [...] Na época da prisão dele [...] me ataquei. [...] Tinha dias que ficava lá internada na clínica médica do hospital, em observação. [...] Pressão alta, nervosa cada vez mais, não dormia, [...] ficava gritando. Ficava com uma agitação que a gente nunca viu, nunca passou. [...] se tiver uma mente fraca, e não tiver Jesus no coração, a gente fica louca. [...] não fiquei louca, graças a Deus. [...] Ela (a igreja) ajudou em minha saúde com oração, com visita, ajudou orando por mim, vinha fazer corrente de oração, eu me sentia muito bem, graças a Deus. Conversavam muito comigo, para eu ter paz e buscar o Espírito Santo. Para mim foi muita felicidade. (Branca)

Portanto, a vivência da espiritualidade constitui um dispositivo de cuidado em saúde mental, justamente, pelo potencial de transformação, de abertura de possibilidades para tornar-se outro, para enfrentar os eventos traumáticos da vida com esperança, mobilizando sentimentos e pensamentos para melhoria no estado de saúde mental. Ao lado desse fato, a religiosidade pode desempenhar um papel fundamental na forma otimista ou pessimista de as pessoas perceberem os eventos da vida e como atribuem significado a eles, “compreendendo-os como parte de um propósito ou projeto mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre por acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força superior.” (FARIA; SEIDL, 2005, p. 384).

Nessa perspectiva, as descrições desvelaram, também, que as igrejas podem ser consideradas dispositivos integrantes da rede social de cuidado em saúde mental, por serem locais de inserção social, promoção de sentimento de inclusão, de pertencimento a um grupo, de participação social e de ressignificação de relações interpessoais. De acordo com a Lei 10.216/01, que redireciona o modelo assistencial em saúde às pessoas em sofrimento psíquico, elas devem ser tratadas em ambientes terapêuticos pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários com a participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001). Logo, o espaço religioso apareceu no estudo como um ambiente comunitário com potencial terapêutico para a promoção e a recuperação da saúde mental de pessoas que possuem crenças e práticas religiosas e espirituais.

Além disso, as falas fizeram ver que o exercício da religiosidade e/ou a convivência com pessoas religiosas é um fator que promove a diminuição do sofrimento concernente ao estigma social vivenciado a partir do adoecimento mental, como se observou nas falas:

[...] Na igreja é todo mundo junto, todo mundo louva, todo mundo adora, todo mundo reza, um pega na mão do outro. (Rosa)

[...] não importa a religião, eu não tenho uma posição fixa, e eu também não sou dogmático de dizer que isso é verdade [...] mas eu gosto de orar, gosto de congregar com as pessoas que tem a religiosidade, porque eu acho que a religiosidade sendo um fator positivo, não seja um fator de discriminação, não de intriga, [...] tem muitos que são fanáticos, aí não entra [...] a religiosidade no sentido de amor, de paz e tranquilidade é um bem [...]. (Verde)

O sentimento de inclusão pode ser percebido na fala de Rosa ao salientar que, na igreja, todos ficam juntos e se apreciam por meio do contato físico. Tal percepção é reforçada pela reflexão de Verde, ao descrever o prazer que sente de congregar na igreja, bem como ao reconhecer a religiosidade como uma experiência que valoriza o senso de igualdade e o bem comum, o que contribui para diminuir o estigma em relação à pessoa que vive o sofrimento mental. Por outro lado, revela que a religião também pode aparecer como fator de discriminação, quando se trata do religioso fanático, aspecto também destacado nas falas.

A fala referente ao fanatismo religioso conduziu-nos à reflexão sobre a história da loucura, retomando a herança cultural que começou a ser construída na antiguidade pré-clássica, em que as doenças eram explicadas pela força do sobrenatural e, reforçada na Idade Média, quando o conforto e o apoio às pessoas em sofrimento mental ficavam sob a responsabilidade das almas caridosas ligadas ao Cristianismo. No entanto, no final da Idade Média, exacerbou-se a crença em possessões demoníacas, e a relação destas com os sintomas de adoecimento mental cedeu lugar à tortura, ao exorcismo e aos rituais das fogueiras, nos quais muitas pessoas com transtornos mentais foram queimadas (ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003).

Como consequência, durante o século XX, muitas dessas crenças ainda foram propagadas culturalmente e fizeram com que, no campo de cuidados à saúde mental, as crenças e práticas religiosas fossem subestimadas. Contudo, estudos mais recentes demonstram que pessoas religiosas não são sempre neuróticas ou instáveis, mas, ao contrário, reconhecem que o exercício da fé religiosa, e sua vinculação com a realidade existencial das pessoas que a vivenciam, parece fazer com que lidem melhor com estresses da vida e se recuperem mais rapidamente de depressões, apresentando nível menor de ansiedade e outras emoções negativas do que as pessoas menos religiosas (CORREA, 2006).

Ainda em relação à importância da participação social, Azul relata que a vida em uma comunidade religiosa contribui para maior inserção da pessoa em sofrimento psíquico, como percebemos na fala a seguir:

[...] é o lugar que eu gosto de estar, na igreja, [...] não tem lugar melhor para a gente ir, para a gente tocar, para a gente participar assim, uma festa que seja na igreja, acho que a gente fica bem, [...] a gente está ali em sintonia com Deus, tocando, adorando, [...] na igreja a gente fica muito bem, a alegria assim que não passa [...] Quando eu ia para festa, era aquela alegria no momento ali, ela passava, às vezes, até a gente se arrependia, mas na igreja não, na igreja a gente vai, toca, participa de alguma coisa da igreja e aquela alegria fica permanente [...]. (Azul)



Figura 4: Imagem externa de uma igreja, fotografada por Azul.

Nesse sentido, o relato de Azul desvela a igreja como um dispositivo de valorização pessoal e produção de felicidade, bem como de desenvolvimento e exercício de habilidades que produzem trabalho com valor social e, conseqüentemente, promovem aumento da autoestima e sensação de utilidade, de competência, de reconhecimento e de contratualidade, como pessoas que passam a assumir novos papéis sociais, tais como cantar e tocar um instrumento musical, conforme apareceu neste relato:

[...] eu aprendi a tocar violão, [...] já toquei em alguns lugares [...] mas, na igreja não tem lugar melhor [...]. Deus usa a gente, ele liberta as pessoas através da música, através de pregações, [...] A gente vê que as pessoas se sentem bem, gostam quando a gente toca, [...] ficam cobrando: por que você não foi mais para a igreja? Vai para a igreja, vai tocar, a gente está com saudade de você! De jovens, as pessoas mais idosas sentem falta. [...] quando volto, é aquela alegria, as pessoas dizem: graças a Deus você voltou! Graças a Deus! A gente estava sentindo sua falta, do seu cantar, do seu tocar. Aí a gente fica assim muito alegre, muito feliz, como eu disse, sempre quando a gente está voltando, ver que as pessoas gostam, que as pessoas se sentem bem com o trabalho que a gente faz. Além de me sentir bem tocando, também as pessoas sentem bem me ouvindo tocar. (Azul)



Figura 5: Imagem do local na igreja reservado ao ministério de música, fotografado por Azul.

Assim, a opção de ir à igreja, espaço físico do templo, revela tanto a necessidade de sentir-se renovado, como de encontrar um lugar de cuidado. Trata-se de um espaço territorial onde se podem expressar talentos e, mais que isso, sentir-se valorizado. O processo de reabilitação é também um processo de reconstrução, de exercício pleno da cidadania e da contratualidade nos cenários do *habitat*, da rede social e do trabalho com valor social, daí a necessidade de que os serviços de reabilitação psicossocial encontrem espaços de trocas sociais, que promovam contratualidade no próprio território existencial de cada pessoa em processo de reabilitação, lançando-a para fora dos serviços e rumo à vida em sociedade, ao invés de mantê-la dentro da lógica institucional (SARACENO, 2010).

Além disso, é preciso considerar que não bastam as técnicas de reabilitação, mas que “muito antes é preciso aprender um sentido para a reabilitação.” (SARACENO, 2010, p. 17). Nessa perspectiva, o relato de Azul desvela que, para ele, a reabilitação ganha um sentido existencial que aparece no contexto de intersubjetividade e entrelaçamento vivenciado com a comunidade religiosa.

Outro aspecto da espiritualidade que aparece nos relatos dos participantes relaciona-se aos símbolos e rituais religiosos, os quais se tornam úteis quando ajudam

a pessoa a descentrar o foco da percepção de sentimentos de incapacidade, negatividade e dificuldades, e a centralizar em aspectos positivos que conduzem à vitória, à superação, como desvelam as seguintes falas:

Esse aqui é o lugar (a igreja) que eu mais gosto de ficar, [...] pode estar chovendo, pode estar fazendo sol, eu vou. [...] Que às vezes quando eu sinto qualquer coisa na minha saúde, quando eu chego lá, que recebo a oração eu fico curada. É a oração [...], são os pastores, [...] eles ensinam a gente, como é que a gente honra, como é que faz as campanhas, quais são os dias certos para a gente buscar a libertação [...]. O dia que a gente pode contar firme na corrente da família, para livrar de muitas coisas [...]. A gente conversa, a gente canta [...]. (Branca)

[...] na igreja, eu sempre faço a visita ao Santíssimo e ao Sacrário [...] no momento, estava exposto (o Santíssimo) para a igreja toda, mas geralmente ele fica no Sacrário. [...] é como você receber aquela bênção, aquela graça [...], quando a gente toma a hóstia (Eucaristia) [...] é o encontro com Deus. Você pede, você agradece, tudo isso. [...] eu agradeço, eu peço o que eu preciso, o que eu necessito [...]. (Rosa)



Figura 6: Imagem do Santíssimo Sacramento (Eucaristia), fotografado por Rosa.

Nessa relação com os símbolos e rituais religiosos, a fala de Rosa faz ver que é pelo Sacrário e pelo Santíssimo Sacramento que o próprio Jesus se faz pão em sinal de humildade e comunhão com o homem. Tal fala revela a dimensão do corpo falante, em que os signos se transformam em linguagem (MERLEAU-PONTY, 2011), e ocorre a percepção do cuidado de Deus. Ao receber a hóstia, o homem experimenta uma comunhão com o sagrado, vivência que transcende a linguagem, tratando-se de “um

contato pessoal com Ele [Deus], reconhecimento humilde e devoto do Seu valor absoluto e da Sua santidade.” (MONDIM, 1980, p. 250).

Um estudo, realizado com fiéis de um grupo religioso, demonstra que a relação das pessoas com o sagrado é extremamente importante e, acompanhada de valores culturais, exerce um papel fundamental de auxílio, ao produzir esperança e felicidade, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida (CORREA, 2006).

Atualmente, o homem tem construído a noção de felicidade como ausência de sofrimento e busca, na religião, a resolução para problemas, cura para as enfermidades e resposta para seus questionamentos, o que acredita ser possível alcançar através da aproximação com o sagrado, com um Deus que é capaz de suprir suas necessidades por meio da oração e da pregação da Palavra, o que “também ocorre em momentos em que está a sós com Deus.” (CORREA, 2006, p. 138).

Assim como na fala de Rosa, o símbolo que mais apareceu no estudo supracitado foi o da hóstia (Eucaristia), que significa, para os católicos, a presença viva de Jesus (CORREA, 2006). Isso corrobora com a afirmação doutrinária, presente no Catecismo da Igreja Católica (1998), de que receber a Eucaristia significa estabelecer uma união íntima com Cristo Jesus e com os irmãos, à medida que fortalece a caridade e reaviva o amor e a fé. Desse modo, para a religião católica,

a Eucaristia é o coração e o ápice da vida da igreja, pois nela Cristo associa sua Igreja e todos os seus membros a seu sacrifício de louvor e de ação de graças oferecido uma vez por todas na cruz a seu Pai; por seu sacrifício ele derrama as graças da salvação sobre o seu corpo que é a igreja (CATECISMO, 1998, p. 389).

Nesse sentido, a fala de Rosa revela a relação com um Deus que se materializa na forma de hóstia e plenifica a vida do homem. Nessa perspectiva, a busca pelo divino, no desenvolvimento da espiritualidade e, até mesmo, da religiosidade, pode constituir um dispositivo de cuidado capaz de mobilizar tanto aspectos relativos à impessoalidade quanto à pessoalidade presentes na vivência do sofrimento psíquico. Assim, o apoio, a aceitação e o acolhimento transcendem a cultura da inclusão, da reabilitação psicossocial e da reinserção das pessoas em sofrimento psíquico.

5.2 CATEGORIA 2: A EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE NO COTIDIANO.

É preciso que com meu corpo despertem os *corpos associados*, os “outros”, [...] que me frequentam, que frequento, com os quais frequento um único Ser atual [...] (MERLEAU-PONTY, 2004, 14-15).

Esta categoria mostra as possibilidades de cuidado que permeiam a cotidianidade dos diversos cenários constitutivos do território geográfico-existencial, onde vivem as pessoas em sofrimento psíquico. Considerando a noção de sexualidade presente na filosofia de Merleau-Ponty (MERLEAU-PONTY, 2011), como uma abertura à experiência do outro, percebemos que esta é a dimensão humana que mobiliza e orienta a produção de vida. Sua expressão ocorre a todo instante, de forma espontânea e irrefletida, no cotidiano das pessoas, e tem a ver com a maneira como transcendemos na relação intersubjetiva (SENA, 2006).

O cotidiano constitui o campo em que as vivências de cuidado ou de descuido se mostram. Em se tratando da vivência de sofrimento psíquico, muitas vezes, as pessoas enfrentam dificuldades no estabelecimento de interações e, conseqüentemente, na expressão da sexualidade, mas, apesar disso, conseguem identificar os dispositivos existenciais de cuidado, presentes em seu território existencial e geográfico, ao fazerem ver vivências cotidianas que promovem as expectativas de vida e de melhoria da saúde, especialmente, no que refere à produção de sentimentos prazerosos, construção de relacionamentos saudáveis e remissão dos sintomas psicopatológicos do processo de adoecimento mental.

Nesse contexto, a produção de cuidado no cotidiano requer a capacidade de olhar as multiplicidades de acontecimentos e experiências, que ocorrem na intersubjetividade com o semelhante, considerando as potencialidades de ação e valorização de olhares e modos de fazer, dos sujeitos envolvidos na relação, o que significa, segundo Merhy e Amaral (2007, p. 13), pensar o cuidado como “compromisso de produção de vida”.

As descrições vivenciais dos participantes do estudo fazem ver que a produção

de vida ocorre na experiência dialógica, contexto em que “o semelhante abre possibilidades à nossa familiaridade com ele e nossa descoberta como pessoa.” (SENA, 2006, p. 258). No discurso merleau-pontyano, esse processo caracteriza-se como vivência da sexualidade ou abertura à *experiência do outro*, pois se trata de uma vivência intercorporal que produz sentido e permite a percepção de que aquilo que existia nas relações entre humanos, como generalidade, efetive-se como história, torne-se personalidade. De onde se segue que o sexual, do qual estamos falando, não se refere ao genital, mas àquilo que nos faz *outro*.

A fala seguinte mostra a percepção sobre o sentido da vida que se desvelou como outro, a partir da vivência da fotocomposição.

[...] o pé de acerola significa vida, e a vida é tudo. E o que a gente precisa hoje é viver, a gente precisa hoje buscar mais viver [...]. Eu mesmo não vou dizer que a vida é um mar de rosas, eu acho que não é para ninguém, mas tem seus momentos bons, de alegria, de descontração, assim como tem seus momentos de tristeza, de melancolia, mas isso aí todo mundo supera. [...] Buscar viver, é você viver um dia após o outro. É você não achar que o mundo vai acabar amanhã, mas sim que, depois de amanhã, sempre vai ter mais vida, é você se relacionar com outras pessoas, fazer novas amizades, é você buscar as coisas novas da sua vida [...]. Tem coisas que eu preciso buscar viver. Eu sou muito introspectivo, muito fechado para o mundo. [...] Preciso me relacionar com outras pessoas, [...] buscar coisas novas. Vencer novos obstáculos. [...] na verdade não é nem o que eu tenho feito, é o que não tenho feito, pois [...] estou deixando de aproveitar muitas coisas, de correr atrás de novas coisas [...]. (Vermelho)

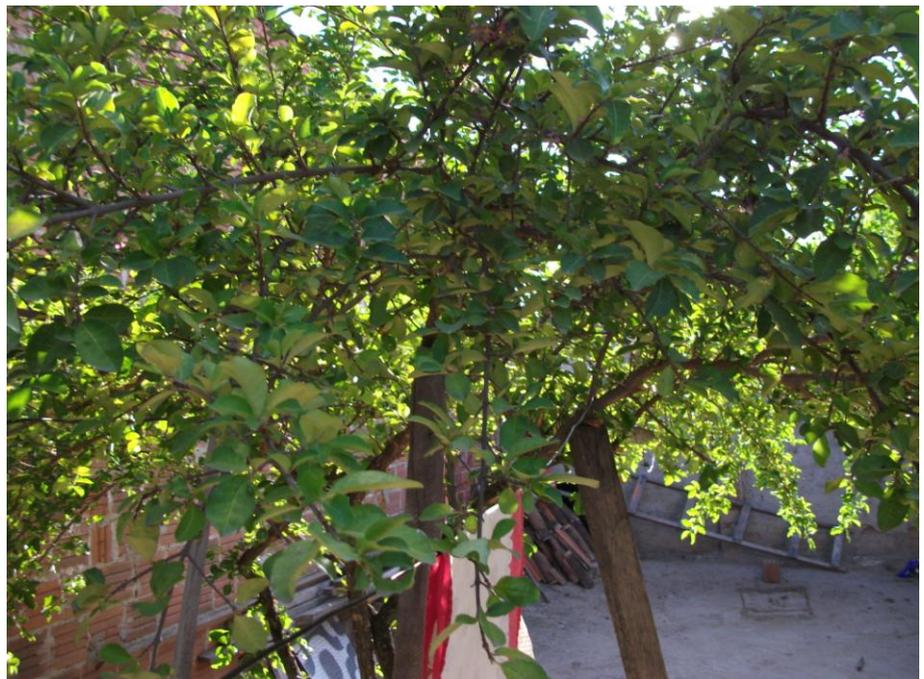


Figura 7: Imagem de um pé de acerola no quintal da casa de Vermelho, fotografada por Vermelho.

[...] a nossa vida é tão imbricada na nossa existência, que eu acho difícil uma vida diferente dessa, uma vida melhor do que essa. É que eu acho que a vida tem altos e baixos, bons e ruins. A vida é dinâmica, você vai vivendo. [...] então a questão é você estar na vida, exercendo a vida [...], viver o presente, aquele momento, procurar na vida aquilo que ela é mesma. [...] viver as coisas da vida. (Verde)

O relato de Vermelho mostra como ocorreu a vivência da sexualidade propiciada pela fotocomposição. Nesta, o processo de fotografar proporcionou uma experiência perceptiva na qual elementos da natureza, como o pé de acerola, que estava ali, já há algum tempo, sem produzir um sentido, tornou-se um dispositivo existencial de cuidado, à medida que o despertou para a valorização da vida. Isso revela as potencialidades do ser humano, que são muitas vezes ignoradas, e faz ver que a relação dialógica com o mundo pode desvelar tais potências e mobilizar transformações de olhares sobre o processo de saúde e adoecimento mental, bem como sobre a produção de cuidado que acontece nas vivências cotidianas.

Ao trazer à luz a necessidade de “buscar mais viver”, a descrição vivencial de Vermelho desvela, ainda, a importância que a construção de projetos de felicidade exerce, no contexto da atenção em saúde mental. O desejo de buscar coisas novas na própria experiência de vida surge como força propulsora para a construção desses projetos, os quais se constituem como dispositivo de cuidado e de reabilitação psicossocial, ao abrir novos horizontes e possibilidades para a melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, a qualidade do cuidado está relacionada, também, às condições que os dispositivos institucionais de atenção à saúde dispõem para orientar suas práticas pelos projetos de felicidade dos usuários, com vistas a aumentar o seu poder de contratualidade, nas relações estabelecidas, no processo de produção do cuidado (TEIXEIRA, 2009).

Ao assumir a atitude de ser “muito introspectivo, muito fechado para o mundo”, Vermelho mostra que o processo de sofrimento psíquico produz certa interrupção na vivência da sexualidade e, portanto, na experiência do *outro*, apesar do reconhecimento de que o cuidado emerge das interações sociais.

A limitação em exercer a sexualidade, apontada pelos participantes do estudo, tem um legado na própria história da “doença mental” e da institucionalização, em que a loucura significava uma perda da capacidade humana para gerir a própria vida. Com

o processo de institucionalização firmado pelo saber psiquiátrico, a pessoa em sofrimento psíquico tinha sua autonomia cerceada, em decorrência da quebra dos vínculos, e conseqüente morte social dos sujeitos, após o internamento, pois o próprio hospital o impedia de continuar a buscar o seu lugar, de projetar-se no futuro, de ter expectativas de vida, privando-o do crescimento pessoal, e das conquistas advindas das relações estabelecidas na vida em sociedade (BASAGLIA, 2005; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Suspender as teses constitutivas do aparato teórico e prático da psiquiatria clássica implica um processo de superação, o que exige abertura ao outro, como produto da transformação recíproca que ocorre nos espaços de intersubjetividade das realidades vivenciadas. Nesse sentido, os dispositivos de cuidado, no paradigma da saúde mental, devem conduzir à transformação dos modos de vivenciar o sofrimento da pessoa em seu cotidiano, com mobilização de todos os atores envolvidos e valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica, com o objetivo de enriquecer a existência global da pessoa em sofrimento psíquico (HIRDES, 2001).

As descrições vivenciais revelam, ainda, que apesar do desejo de construir projetos de felicidade, a vivência do sofrimento psíquico impõe limites à construção desses projetos, o que é potencializado pelo enraizamento da cultura manicomial no imaginário social, que produz estigma e isolamento, com conseqüente interrupção da experiência do outro. É exatamente a construção de projetos de felicidade o principal desafio da equipe de saúde mental, no contexto da reforma psiquiátrica, quando se propõe a fazer reabilitação psicossocial e reinserção nos diversos cenários sociais. Trata-se de suscitar dispositivos de cuidado, tanto institucionais como existenciais, utilizando-se do próprio cotidiano da pessoa como agenciador de valorização da vida e, nesse sentido, a produção de cuidado ocorre em um campo fenomenal no qual as vivências são atualizadas no presente e, simultaneamente, transformadas em projetos de felicidade.

O cuidado não deve se restringir apenas ao êxito técnico das ações de atenção à saúde, mas deve buscar um sucesso prático que mova o “encontro desejante dos sujeitos e seu mundo” (AYRES, 2001, p. 67), traduzido em produção de felicidade. Desse modo, para promover saúde, faz-se necessário indagar sobre o que as pessoas

sonham para a melhoria de sua qualidade de vida, conforme nos faz ver a seguinte reflexão do autor:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos [...]. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. (AYRES, 2001, p. 71).

O mesmo sucede na produção de cuidado em saúde mental, o qual deve vincular-se, também, à produção de vida por meio de ações que minimizem o sofrimento e promovam felicidade. Para tanto, podemos considerar a felicidade como “um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de prazer” (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007, p. 234). Assim, na construção de projetos de felicidade, deve-se considerar a natureza pessoal e impessoal que permeia as práticas cotidianas, produtoras de sentimentos prazerosos, e que podem ocorrer através de atividades como ler, ouvir música, caminhar, praticar atividade física, tocar violão, dirigir, conversar e outras, como desvelam os relatos a seguir:

Eu gosto de ler [...] então eu boto uma música de fundo, faço a leitura, e aí vou relaxando. (Verde)

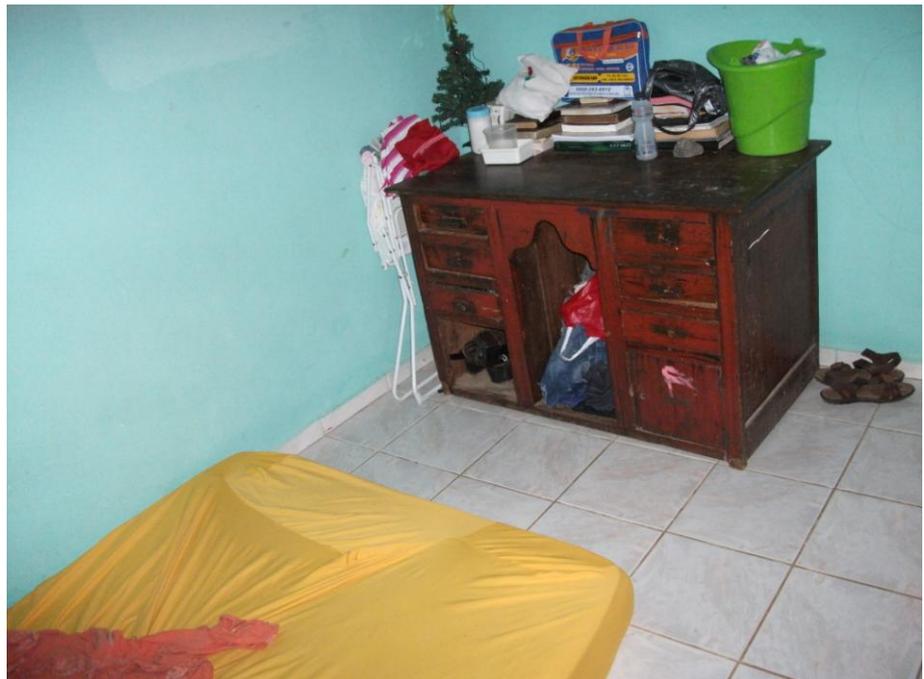


Figura 8: Imagem de livros no quarto de Verde, fotografado por Verde.

Cuidar é a gente fazer o que gosta [...]. E como é que eu vou cuidar da minha saúde? É me distraíndo, fazendo o que eu gosto que é tocar violão e guitarra, dirigir, [...] assistir televisão [...], gosto também de caminhar, [...] gosto muito de jogar bola, [...] me sinto muito bem em estar ouvindo música, é uma coisa que eu não sei explicar mais eu me sinto bem [...]. Então eu preparo o meu psicológico desse jeito [...], cuidar da saúde é isso [...]. (Azul)



Figura 9: Imagem da televisão, aparelho de som e DVD, fotografada por Azul.

[...] dia de domingo eu ligava para ela [...], quando eu pensava que não ela chegava, ia para cozinha comigo prosear, só ia embora à noite. [...]. Ela era alegre! Depois de tudo você já ficava sorrindo. Aí aquilo distraía a gente. (Laranja)

[...] a gente desce para essa pracinha e fica batendo papo, tomando um lanchinho, faz amizades por lá também. Aí desce mais pessoas, de fora [...]. A gente se reúne aqui, fica conversando. (Violeta)

Os relatos mostram que o cuidado em saúde mental está relacionado à produção de satisfação nas atividades cotidianas. Logo, vincula-se à noção de projetos de felicidade como “experiências vividas, valoradas positivamente, experiências estas que, frequentemente, independem de um *estado de completo* bem-estar ou de perfeita normalidade” (AYRES, 2005, p. 551). Para o autor, a felicidade não é um bem completo ou uma utopia, mas sim uma vivência concreta. Nessa perspectiva, pensar na construção de projetos de felicidade como um dispositivo de cuidado em saúde mental requer certa desterritorialização dos profissionais de saúde, para que possam percorrer

o território existencial das pessoas em sofrimento psíquico e reconhecer nele as vivências produtoras de vida.

Além disso, fazer aquilo de que se gosta relaciona-se, também, à produção de independência, o que significa dizer que os projetos terapêuticos devem centralizar-se na busca dessa autonomia como atributo desejável, decorrente do processo de reabilitação (HIRDES, 2001). Podemos observar a importância do exercício da autonomia nos cenários cotidianos, quando Violeta descreve a sua vivência, no espaço de lazer que costuma frequentar:

[...] tem coisas que só é bom quando você está com vontade. Se eu quiser ir eu tenho que ir hoje. Aí, vamos supor [...] que amanhã alguém me chama para ir e eu não estou com vontade, eu vou, mas não vai ser a mesma coisa. Eu não vou estar me sentindo bem, fui só para satisfazer a vontade de alguém, para não fazer feio [...]. É bom quando eu quero fazer. (Violeta)

O relato mostra a ambiguidade que engendra tal processo, sobretudo, por parte da pessoa em sofrimento psíquico. Por um lado, quando se tem autonomia para realizar algo que é motivado pela impessoalidade, ocorre bem-estar, ou seja, cuidado; por outro lado, quando apenas se atende a uma exigência social e não se tem liberdade de escolha, há constrangimento, e, portanto, descuido.

Nesse sentido, não basta descobrir os recursos do cotidiano que constituem dispositivos existenciais de cuidado em saúde mental, mas que se considere a ambiguidade característica da natureza humana. Assim, a percepção de tais dispositivos, substitutivos ao modelo manicomial, exige sensibilidade para a descoberta (saber ver) e abertura para novos aprendizados (saber usar). Tal percepção pressupõe a construção de um olhar transformador como condição necessária para a descoberta de recursos que já existiam, mas não eram vistos (SARACENO, 1999), como desvela o relato a seguir.

Quando eu olhei para as fotos eu revivi, recordei. [...] Recordei o que passa na minha vida, no meu cotidiano, aqui é como se eu tivesse vivendo cada lugar desses. Quando eu olho. [...] Fico emocionado. Mais alegre, mais esperançoso. [...] fiquei com aquele bem-estar de perceber que eu tenho ali tudo isso, é como se eu tivesse voltando a viver cada momento desses. (Vermelho)

A descrição de Vermelho faz ver que a descoberta de dispositivos existenciais, de cuidado em saúde mental, ocorre pela dinâmica da experiência perceptiva, em que as vivências se movimentam por meio da estrutura de horizontes - estrutura figura-fundo, possibilitando a resignificação da própria existência. Essa perspectiva considera a transitoriedade da percepção que se inscreve em um campo ambíguo, em que o visível e o invisível coexistem, e no qual os dispositivos existenciais de cuidado aparecem como perfis que atualizam, no presente, um horizonte de passado e outro de possibilidades. A fotocomposição revela-se como a experiência de observar uma paisagem, em que as figuras vão emergindo de um fundo repleto de outras, e é nesse sentido que o mundo aparece parcialmente como um fenômeno que arrasta consigo todos os outros (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006). Sobre esse pressuposto, Merleau-Ponty afirma:

Basta que eu veja alguma coisa para saber juntar-me a ela e atingi-la, mesmo se não sei como isso se produz na máquina nervosa. Meu corpo móvel conta com o mundo visível, faz parte dele, e por isso posso dirigi-lo no visível. Por outro lado, também é verdade que a visão depende do movimento. Só se vê o que se olha. [...] Tudo o que vejo por princípio está ao meu alcance, pelo menos ao alcance de meu olhar, assinalado no mapa do “eu posso”. Cada um dos dois mapas é complexo. O mundo visível e de meus projetos motores são partes totais do mesmo Ser. (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 16)

Essas reflexões merleau-pontyanas sustentam as descrições dos participantes do estudo na experiência da fotocomposição, cuja produção de cuidado apareceu como entrelaçamento existencial entre o mundo e o corpo. Ao olhar o mundo visível que aparece na fotografia, os participantes vivem uma experiência perceptiva que os mobiliza em direção a *outros*, que aparecem como figuras. Essa vivência produz efeitos em seu próprio corpo, desvelando-se como dispositivos de cuidado existenciais. Assim, a produção de cuidado em saúde mental aparece nos cenários cotidianos como vivências intersubjetivas. Vejamos as descrições seguintes:

Eu tirei essas fotos por que elas estavam relacionadas ao meu modo de viver, então elas fazem parte de mim, do meu dia a dia [...]. Aqui dentro dessas fotos está mostrando como eu tenho cuidado comigo e como é. (Vermelho)

[...] eu ficava com meu primo conversando aqui, botava as cadeiras na frente da casa de minha tia, minha mãe e minha tia ficavam jogando baralho e a gente tocando violão, falando sobre música, olhando o movimento [...]. O campo de futebol

também fica ali ao lado [...], às vezes eu dava uma olhada no jogo [...]. Às vezes botava um som e ficava ouvindo [...], era muito bom, eu me sentia melhor. (Azul)



Figura 10: Imagem externa da casa da tia de Azul, fotografada por Azul.



Figura 11: Imagem do campo de futebol, fotografado por Azul.

Quando eu vejo os alunos passando, eu recorro o momento de estudante, [...] aquele bom tempo de escola que a gente brincava um com o outro, descontraía um com o outro, vivia uma vida mais leve do que na fase adulta [...]. Eu sinto falta disso hoje. (Vermelho)



Figura 12: Imagem de uma escola, fotografada por Vermelho.

Eu nunca mais tinha ido nessa quadra, nem para olhar [...]. Na verdade desde 2007 [...], quando comecei o tratamento medicamentoso [...]. Às vezes eu sentia até vontade, sentia e sinto vontade de assistir, de olhar os outros jogando, de jogar também, apesar de não estar em condições ainda [...]. (Azul)



Figura 13: Imagem da quadra de futebol que azul jogava bola no período anterior ao tratamento, fotografada por Azul.

As descrições revelam que os contextos de intersubjetividade permitem sempre uma abertura ao outro com produção de experiências vivificadoras, especialmente porque nossa construção como sujeitos ocorre sempre na relação, e “o sentido

existencial dessa relação configura-se como um encontro desejante com a circunstância – o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado.” (AYRES, 2001, p. 67).

Ao retomarem algumas vivências, os participantes as percebem como produtoras de bem-estar e de trocas afetivas, configurando-se, na perspectiva do presente estudo, como dispositivo existencial de cuidado, como apareceu na descrição vivencial de Azul ao relatar sobre os jogos, as conversas, a música, o esporte e, até mesmo, a observação dos cenários cotidianos, e de Vermelho ao descrever as brincadeiras e descontração, próprios de sua adolescência, como fatores que promovem mais leveza na vida.

Tais descrições vivenciais, apontadas como experiências que antecederam à manifestação do sofrimento psíquico, revelam que este produz interrupção nas vivências da sexualidade, como abertura à relação dialógica e à intersubjetividade. Não obstante, os participantes desvelaram o desejo de reviver as experiências relatadas. Ainda, em relação a esse aspecto, Azul relata o início do tratamento medicamentoso como o marco do processo de inibição da *experiência do outro*, fazendo ver que os efeitos colaterais da medicação podem afastar a pessoa em sofrimento psíquico de algumas práticas cotidianas que poderiam trazer benefícios psicossociais significativos. Logo, percebemos a importância de se considerar as práticas cotidianas, dos usuários dos serviços de saúde mental, na elaboração de seu projeto terapêutico, bem como na avaliação contínua do tratamento medicamentoso, tendo em vista os riscos e benefícios que este produz, em termos de melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

Nessa perspectiva, ao olhar a paisagem cotidiana, muitas figuras podem aparecer como dispositivos de cuidado em saúde mental, a partir da valorização do território existencial de cada sujeito, o que inclui o reconhecimento de redes sociais significativas e de recursos próprios do cotidiano. Dessa forma, o cuidado à saúde mental apresenta-se diretamente relacionado às dimensões que promovem qualidade de vida, como lazer, educação, trabalho, segurança pública, cultura, prática de esportes, e outros. Logo, tem a ver, também, com a melhoria das condições socioculturais, políticas e econômicas, como podemos ver nos relatos:

[...] a prática de esportes é importante para você ter uma vida melhor. E uma vida melhor está envolvida com o cuidado. [...] você tem que buscar um lazer para sua vida, ninguém vive só para o trabalho, o ser humano tem que procurar ser completo em tudo, tem que trabalhar, se relacionar com outras pessoas, ter uma religião. E também tem que ter lazer, ninguém é uma máquina que está ali só para produzir [...]. Eu sinto falta de espaços de lazer. [...] o que falta no bairro, por exemplo, é uma biblioteca para você buscar novas coisas, novos aprendizados [...]. Ali, por exemplo, onde era o campo ia ser duas piscinas quando o projeto do colégio foi autorizado [...]. Seria importante para o bairro, já ia fazer outra atividade física. [...] Seria bom também um posto policial. [...] dá mais uma sensação de paz, de tranquilidade, de segurança. (Vermelho)

A foto do rio é porque eu gosto [...] de ficar no rio, tomando banho. [...] Me sinto bem. [...] Chega domingo é muito calor, fica muito abafado. O calor de Jequié é calor demais. [...] eu não tenho lugar de lazer, porque eu não tenho condições de pagar o clube. [...] Eu não tenho condições de ir para praça, por que chega lá tem tanta coisa para comer e não tenho dinheiro para pagar. [...] No rio, eu fico à vontade e não pago nada. [...] eu me divirto. Agora não posso mais [...] entrar no rio, por causa do Schistosoma. Já tive quatro vezes. [...] Na verdade, eu ia sabendo que ia me prejudicar, que eu podia pegar aquilo. Mas, é um lazer que eu gosto. Me fazia bem. [...] assim que eu melhorar do fígado eu vou. [...] Aí eu faço o exame novamente. (Violeta)



Figura 14: Imagem do Rio de Contas, fotografado por Violeta.

Nessas descrições vivenciais, o acesso e a participação junto aos diversos setores da sociedade aparecem como componentes essenciais à produção de cuidado em saúde mental e à reabilitação psicossocial. Esta última deve ser entendida como um

processo de reconstrução que ocorre através do exercício da cidadania nos cenários do *habitat*, da rede social e do trabalho, desdobrada em direitos civis, políticos e sociais, sendo que estes devem favorecer o exercício da contratualidade e a capacidade de negociação nesses cenários (SARACENO, 1999; HIRDES, 2001; SARACENO, 2010).

Sabe-se que “a comunidade na qual se encontra o serviço é uma fonte inesgotável de recursos existentes e potenciais, tanto humanos quanto materiais” (SARACENO, 1999, p. 101), que podem permanecer inativados ou serem ativados pelo serviço. Contudo, para a concreta ativação, os muros que impedem a utilização de outros saberes e recursos precisam ser demolidos, o que exige dos profissionais o abandono da centralização no seu fazer biomédico e a disposição em “assumirem outras posições nos *settings* de tratamento e reabilitação” (HIRDES, 2001, p. 124). Para a autora, um programa reabilitativo tem de estar articulado com as dimensões reais da vida das pessoas envolvidas e, por isso, necessita de articulações territoriais.

Para tanto, o serviço deve buscar ativar os dispositivos de reabilitação psicossocial que perpassem os vários setores da sociedade, tanto do campo da saúde, quanto das políticas públicas e da sociedade em geral, “buscando na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes” (AMARANTE, 2007, p. 86). O autor segue afirmando que as políticas de atenção psicossocial devem organizar-se de forma a consolidar a rede de atenção em saúde mental, através de encontros e cooperação com outros setores e da promoção de simultaneidade de iniciativas entre os atores sociais envolvidos.

As descrições vivenciais de Vermelho e Violeta desvelam a importância de políticas públicas para a promoção da saúde mental e para a melhoria da qualidade de vida. O lazer, a prática de atividade física, o trabalho, as trocas sociais, o acesso a lugares públicos, como bibliotecas, praças e clubes, e o exercício da contratualidade, nesses cenários, apareceram como dispositivos de reabilitação psicossocial. Assim, o desenvolvimento social e o bem-estar subjetivo das pessoas podem ser otimizados quando há o cumprimento de necessidades humanas fundamentais, dentre elas, a inclusão social pelas vias da competência, do pertencimento e da autonomia, pois, nessas condições, as pessoas estariam motivadas para expressar suas potencialidades e

perseguir desafios progressivamente maiores. (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007)

Ao mesmo tempo, os participantes fizeram ver a ausência de tais dispositivos, bem como a dificuldade de acesso aos espaços de lazer existentes no território, o que ocorre em função da desigualdade social e da ausência de recursos financeiros. A ambiguidade referente à importância do lazer para a produção de bem-estar aparece na persistência de Violeta em continuar frequentando o rio, mesmo sabendo que vai contrair esquistossomose. Por outro lado, observa-se a inativação de espaços de lazer ou o seu aproveitamento inadequado em função da ineficiência de políticas públicas locais, que possam garantir o desenvolvimento urbano na perspectiva da criação e manutenção de ambientes públicos para atividades de lazer e prática de esportes.

Na literatura, há evidências de que o tédio, a alienação e a falta de conexão com atividades sociais podem aumentar o nível de infelicidade das pessoas e, nesse sentido, o desenvolvimento de atividades esportivas e artísticas poderia favorecer a motivação pessoal e o envolvimento em atividades produtoras de maior satisfação (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007). As descrições vivenciais corroboram essa perspectiva, à medida que os participantes desvelam a prática de atividade física e de esportes como um dispositivo de cuidado em saúde mental, como mostram os seguintes relatos:

[...] eu gosto do futebol porque faz amizades, [...] amizade sincera, você vê que praticando esportes não tem nenhum colega que é desleal com você, para te machucar, não vai nessa intenção, [...] e também você praticando um esporte está movimentando o corpo, exercitando o corpo. [...] Eu jogo desde pequeno [...] naquele campo ao lado de minha casa. [...] Mas achei melhor dá um tempo [...]. Mas sinto falta hoje das amizades. (Vermelho)

Aqui foi na época que eu fui o melhor goleiro, eu ganhei esse troféu, meu time foi vice-campeão. [...] Eu tenho algumas medalhas de natação também. [...] Já lutei caratê, boxe, capoeira. [...] Agora, no momento, não estou fazendo nenhum esporte. [...] Mas eu gosto de esporte [...], gosto de futebol [...]. Às vezes, a mente fica pensando coisas ruins, aí eu falo sabe de uma, eu vou evitar ficar pensando. Eu saio, vou ali ao estádio ver o treino do Jequié. Agora mesmo a gente criou uma torcida organizada, a gente botou o nome Império Solar. (Anil)



Figura 15: Imagem de troféu e medalha obtidos em campeonatos esportivos, fotografado por Anil.

[...] eu queria trocar minha carteira de motorista para categoria E [...]. Então, psicologicamente, eu tenho que estar bem para trocar a carteira, tranquilo, não estar nervoso, não estar estressado. Então, a ideia é começar a andar de bicicleta para depois praticar esporte, jogar bola, preparar o físico e trabalhar o psicológico, porque, quando a gente faz atividade física, o organismo libera várias substâncias que tranquilizam, substâncias antidepressivas. [...] Produz sensação de prazer, então eu estava querendo me preparar psicologicamente e fisicamente. [...] Para voltar a jogar e a trabalhar também. (Azul)

Podemos ver, nessas descrições, que os participantes do estudo reconhecem os diferentes benefícios da prática de atividade física e esportes para os aspectos psicológicos e sociais, relacionados à melhoria da qualidade de vida. Dentre eles, destacam-se a melhora da autoestima e da imagem corporal, que contribui no desenvolvimento da autoeficácia; a diminuição do estresse e da ansiedade; a melhora da tensão muscular; a melhora do humor e também das funções cognitivas e de socialização. Tais efeitos justificam-se pela proximidade entre o córtex motor (parte do cérebro que capacita o indivíduo ao exercício) e o córtex pré-frontal (camada que abriga sentimentos e emoções); logo, quando o córtex motor é exercitado, há efeitos paralelos sobre o estado emocional, cognitivo e psicológico (GUISELINI, 2006).

Alguns autores referem que a participação em exercícios físicos influencia, positivamente, percepções de capacidades físicas, promove emoções e

comportamentos positivos, proporciona interação social, favorecendo o aumento da disposição, comunicabilidade e formação de vínculos socioafetivos, resultantes do sentimento de aceitação e acolhimento, junto ao grupo; outro aspecto refere-se ao aumento dos opioides endógenos e o efeito analgésico das encefalinas e endorfinas que são importantes analgésicos químicos, cujos receptores são encontrados em áreas do cérebro que se acham associadas à emoção, ao prazer, à dor e aos comportamentos, o que proporciona sensação de bem-estar (ROEDER, 1999; MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000; GUISELINI, 2006).

Dentre os efeitos psicológicos, a diminuição da tensão emocional pode ser considerada como um dos mais importantes. Assim, torna-se pertinente salientar que a atividade física pode ser um dispositivo de cuidado em saúde mental efetivo para a manutenção da habilidade funcional e para a promoção de bem-estar, bem como para a prevenção de sintomas depressivos e transtornos de ansiedade. Entre os fatores psicológicos que influenciam os efeitos antidepressivos e ansiolíticos da atividade física, destacam-se autoeficácia, sublimação, mudança comportamental-cognitiva, efeitos da interação social, relaxamento físico e melhora na qualidade do sono (ROEDER, 1999). É possível, portanto, que os efeitos benéficos da atividade física para a saúde mental e para o humor possam ser mediados por mecanismos psicossociais e fisiológicos.

Ao lado desses fatos, convém fazer referência à Ciência da Motricidade Humana, que foi fortemente influenciada pelo pensamento fenomenológico, e que “estuda o homem em seu movimento intencional de transcendência ou de superação” (MOREIRA; NÓBREGA, 2008, p. 354). Nessa perspectiva, os autores afirmam que:

A motricidade, partindo do corpo próprio, indica não haver significado que não se refira ao corpo, nem sentido que o corpo não realize ou manifeste. Ela, partindo do estritamente corpóreo, pode alargar-se até ao entendimento da percepção, sendo esta a consciência de uma articulação corpo-mundo (MOREIRA; NÓBREGA, 2008, p. 355).

Assim, toda tentativa de fazer da existência e do cotidiano um projeto de felicidade passa pelo investimento no corpo como palco de muitos dos esforços para a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, o exercício desportivo-corporal deve ser

valorizado e integrado em políticas de saúde, pois, nas práticas desportivas, o corpo desvela suas possibilidades e limites, e pode exercer o diálogo entre nossa natureza pessoal e impessoal, com a vida e com o mundo. O desporto contribui, ainda, para a promoção da felicidade, considerando que sua prática favorece o entrelaçamento entre intuições e sensações, biológico e espiritual, pré-reflexivo e reflexivo, imanente e transcendente, no qual os dois polos da ambiguidade humana se fundem no próprio corpo, oferecendo-nos um índice substancial de concretude da felicidade (MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Na perspectiva merleau-pontyana, “antes de ser um fato objetivo, a união entre alma e corpo devia ser então uma possibilidade da própria consciência” e, assim, faz-se premente a descoberta do sujeito que percebe e sente o corpo como seu (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 142). Segundo o autor, “ser uma consciência, ou, antes, *ser uma experiência*, é comunicar interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros, ser com eles em lugar de estar ao lado deles” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 142). O autor prossegue, afirmando:

[...] meu corpo inteiro não é para mim uma reunião de órgãos justapostos no espaço. Eu o tenho em uma posse indivisa e sei a posição de cada um de meus membros por um *esquema corporal* em que eles estão todos envolvidos. Mas a noção de esquema corporal é ambígua [...]. Em última análise, se meu corpo pode ser uma “forma” e se pode haver diante dele figuras privilegiadas sobre fundos indiferentes, é enquanto ele está polarizado por suas tarefas, enquanto *existe em direção* a elas, enquanto se encolhe sobre si para atingir sua meta, e o “esquema corporal” é finalmente uma maneira de exprimir que o corpo está no mundo. No que concerne à espacialidade [...], o corpo próprio é o terceiro termo, sempre subentendido, da estrutura figura e fundo, e toda figura se perfila sobre o duplo horizonte do espaço exterior e do espaço corporal (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 143-147).

Nesse sentido, ao relacionar a movimentação do corpo decorrente da prática de esporte com o cuidado com sua saúde mental, Vermelho atribui sentido ao termo corporeidade, fazendo ver que todo movimento é também consciência de movimento, o que reforça o pensamento de Merleau-Ponty de que “[...] todo movimento tem um *fundo*, e que o movimento e seu fundo são ‘momentos de uma totalidade única’” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 159).

Logo, a definição de corporeidade perpassa o sentido da vida, da própria existência e da forma como o ser pensa o mundo, o outro e a si mesmo na tentativa de

compreender a intersubjetividade que o habita, nesse entrelaçamento entre vida e mundo. Dessa forma, a corporeidade “busca ver os seres que se mostram, pois estes estão escondidos uns atrás dos outros ou atrás de mim” (MOREIRA; NÓBREGA, 2008, p. 357). Além disso, em sua existencialidade, a corporeidade busca olhar os objetos, habitando-os, o que exige transcendência, através do aprendizado ou da incorporação das coisas em suas diversas perspectivas.

Assim, no contexto da reabilitação da pessoa em sofrimento psíquico, abordar os aspectos psicossociais de uma teoria da corporeidade pode significar o estabelecimento da mediação entre o mundo da vida e o mundo da cultura, entre a natureza pessoal e impessoal do processo de saúde-adoecimento mental, ao considerar o corpo em movimento e sua existencialidade na busca de superações e de engajamento social, como desvela o seguinte relato:

[...] quem está assistindo o jogo, está com aquela adrenalina, aquela vontade de ver o time vencer, dá aquele bem-estar, principalmente quando tem gol, dá aquela euforia, [...] você passa a semana mais tranquilo, mais leve. [...] e quando você está jogando é diferente, porque você é capaz de produzir algo para o time, você é capaz de desenvolver uma jogada, de fazer um lançamento, de fazer até um gol, de contribuir com o time, e quando você está torcendo você não pode entrar em campo e resolver a partida, e ajudar o time, levar o time para cima. Mas jogando não, você a qualquer hora pode decidir a partida. [...] Entre os dois eu gosto mais de jogar. (Vermelho)



Figura 16: Imagem interna do Estádio Municipal de Jequié, fotografada por Vermelho.

Acreditamos que trabalhar a dimensão da corporeidade, na produção do cuidado em saúde mental, pode contribuir para o redimensionamento das práticas de atenção psicossocial, favorecendo uma nova compreensão do ser humano, em sua realidade existencial corpórea. Para tanto, os profissionais de saúde devem estar abertos a reconhecer a ambiguidade da natureza humana, considerando a sensibilidade e a linguagem como polos constituintes da percepção que emerge do movimento do corpo no mundo.

Além do esporte, as atividades que envolvem expressão artística também podem favorecer a motivação e a valorização pessoal, bem como promover maior satisfação e felicidade no caminhar cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico, o que desvela o desenvolvimento de habilidades artísticas como dispositivos de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, de acordo com as seguintes descrições vivenciais:

[...] eu gosto muito de tocar violão e guitarra [...], desde criança sou apaixonado por música [...]. Meu primo me chamava para tocar em festinhas, decidimos fazer uma bandinha, [...] quase todo dia a gente ia para a casa dele, reunia os amigos, ia até para o estúdio ensaiar, mas acabou, não deu certo, a gente não tinha recurso para investir [...]. Depois ganhei minha guitarra e meu primo me chamou para tocar na igreja, a primeira vez que eu toquei foi na ordenação de um padre, lá na matriz, [...] e depois disso só parei esses tempos que eu estou tomando o medicamento, e, às vezes, quando tenho uma recaída, aí deixo de tocar alguns dias [...]. Mas já estou voltando a tocar na igreja, não como antes [...]. Hoje em dia eu ainda não posso assumir um compromisso para tocar, [...] porque tem dias que eu acordo bem e dias que não. Mas é uma coisa que me faz bem. (Azul)

A gente inventa algumas artes. Eu também sei fazer artesanatos de papel, caixinhas, mandalas [...]. Eu faço umas flores dentro da mandala, vou criando. Esse aqui mesmo foi eu que fiz (mostrou a foto de um coração de gesso na parede). [...]. Só que esse coração aqui não tem nada! Só que hoje eu já estou vendo tipo um passarinhozinho. [...] É que no dia eu tava meio chateado com algumas coisas, aí veio na mente logo [...]. Ficou escurinho. [...] Esse vermelho foi para as pessoas verem que é um coração. Só que dentro eu joguei azul, preto, fui misturando as tintas [...]. É uma forma beleza de aliviar a tensão. Isso aqui a gente vai tirando até pensamentos da mente, vem os pensamentos, só que o que não presta a gente tem que botar para trás, só olhar pra frente. Hoje eu me apego mais nisso. (Anil)



Figura 17: Imagem de um coração de gesso, fotografado por Anil.

[...] aqui são as artes. [...] Eu peguei algumas tintas que eu tenho em casa e saí pintando. Foi coisa de horas. [...] No dia eu tive tipo uma discussão com minha mãe. Só que a discussão é assim, eu pego e fico quieto. [...] ao invés de eu responder ela eu fui fazer isso. (Anil)

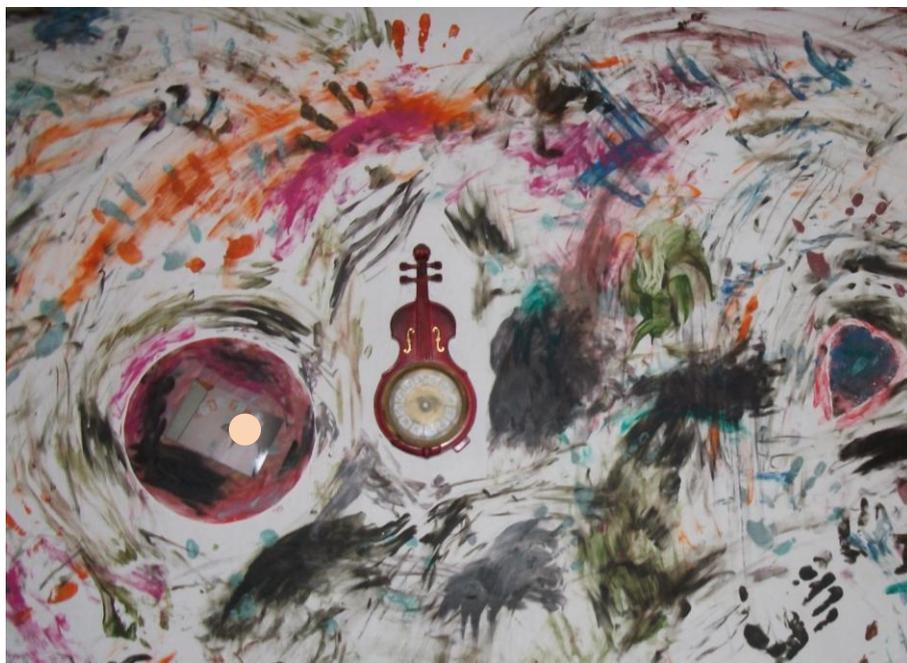


Figura 18: Imagem da parede do quarto de Anil, fotografada por Anil.

Tais descrições desvelam os benefícios da expressão artística para a saúde mental, em duas perspectivas: a primeira refere-se à sua capacidade de promover reabilitação nos cenários sociais, com produção de trabalho com valor social; e a

segunda refere-se ao seu potencial clínico como prática terapêutica. Portanto, o campo da reabilitação é social e clínico, por se constituir como um conjunto de procedimentos que procuram aumentar as habilidades e diminuir as deficiências, com intervenções que visam colocar o sujeito em condições (SARACENO, 1999; MERHY; AMARAL, 2007).

Nesse sentido, a arte não pode ser vista pelos serviços de saúde mental como forma de entretenimento, não deve se restringir às oficinas terapêuticas, nem a uma ocupação mecânica do tempo; antes, devem ser-lhe atribuídos sentidos na própria existência da pessoa em sofrimento, como fonte de linguagem e expressão, podendo revelar-se como uma forma de comunicar ao mundo suas vivências, e, desvelar o que esse mesmo mundo lhe comunica, por favorecer o diálogo entre a natureza pessoal e impessoal de quem a faz existir para si e para outros.

A arte se constitui, portanto, fonte de acesso à natureza ambígua da percepção que as pessoas têm sobre sua vida, sua inserção no mundo, o processo de adoecimento, a produção do cuidado e as formas de promoção da saúde mental. À medida que o *artista* cria a arte, através de seu esquema corporal, em uma relação de transcendência com o mundo, ele desvela a si mesmo e abre-se à experiência do outro em seu processo de criação, como ocorre no exemplo do pintor, apresentado por Merleau-Ponty:

Como se houvesse na ocupação do pintor, uma urgência que excede qualquer outra urgência. Ele está ali, forte ou fraco na vida, mas, incontestavelmente, soberano em sua ruminância do mundo, sem outra “técnica” senão a que seus olhos e suas mãos oferecem à força de ver, à força de pintar, obstinado em tirar desse mundo, onde soam os escândalos e as glórias da história, *telas* [...]. O pintor “emprega seu corpo”, diz Valéry. E, de fato, não se percebe como um Espírito poderia pintar. É oferecendo seu corpo ao mundo que o pintor transforma o mundo em pintura (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 15-16).

Assim, a relação entre equipe e usuários, nos espaços de expressão artística, não deve ser mediada apenas pelos significantes do campo da saúde ou da reabilitação, mas pautar-se na liberdade e na criatividade da diversidade artística e cultural, produzidas nos encontros entre sujeitos desejantes, o que não requer técnicas ou habilidades específicas. Entretanto, faz-se necessária a criação de espaços de

convivência e fala, mediados por tecnologias mais leves, que ativem o desejo de aprender diferentes formas de expressão artísticas, a fim de despertar a imaginação (MERHY; AMARAL, 2007).

Tais espaços, como os centros de convivência e arte, podem articular “um discurso com a Arte, com o Outro da Cultura e da sociedade” (MERHY; AMARAL, 2007, p. 216), ocupando mais o lugar de endereçamento da produção intersubjetiva do sujeito do que os serviços assistenciais. Nessa perspectiva, a assistência assume bases mais complexas, com ampliação da clínica em suas formas de intervenção e valorização de serviços diversificados e criativos, que privilegiam os espaços gerais de saúde ou de vocação social, pela ação inclusiva e terapêutica que a heterogeneidade destes proporciona (LOPES, 1999).

Nesse contexto, o autor afirma que as práticas substitutivas devem ter o foco na promoção da saúde e na expressão intersubjetiva, aspirando, como interlocutor privilegiado, à arte. Nesse exercitar expressivo, a linguagem artística tem, no campo de criação, um laboratório de agenciamento de desejos, como um elemento de atração, vinculação e terapêutica.

Além disso, a qualidade da atenção em saúde mental depende da multiplicidade de lugares em que oportunidades, recursos e ocasiões negociáveis encontrem-se continuamente à disposição dos usuários e, nessa perspectiva, o serviço caracteriza-se como o conjunto de lugares comunicantes e de recursos intercambiáveis presentes em um território. Os serviços de qualidade devem, portanto, ter alta integração interna e externa, ou seja, um serviço em que a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevaleça sobre a separação dos mesmos (SARACENO, 1999).

Dessa forma, faz-se necessário valorizar os recursos próprios do território existencial dos sujeitos, considerando tratar-se de dispositivos de cuidado que estarão sempre à disposição dos mesmos. Para tanto, os profissionais de saúde mental devem buscar conhecer os contextos e as relações interpessoais promotoras de bem-estar que cada usuário dispõe, a fim de incluí-los nos projetos terapêuticos, como dispositivos de cuidado não-institucionais. Podemos ver, nas descrições vivenciais, a seguir, que, em alguns momentos de conflito existencial ou interpessoal, com potencial de desencadeamento de crise, os participantes desvelam os cenários e as relações

estabelecidas no território, muitas vezes, como o único dispositivo de cuidado de que dispõem na emergência de uma necessidade:

Às vezes, eu saio de casa [...]. Eu quero esfriar a cabeça eu vou sento ali no campo, ou então vou ali no bar, na mercearia. Aí chego lá, vou ajudar. Eu chego lá as pessoas já percebem logo [...]. Aí a dona da mercearia vem (risos), começa a brincar comigo, vai passando o tempo ali, a gente vai se distraindo, aí aquela mágoa vai saindo. (Anil)

Às vezes, se eu tiver varrendo a casa, e me der àquela coisa ruim no juízo, o coração fica acelerado, aquela agonia, de eu pensar que vou morrer naquela hora. Aí eu solto a vassoura da mão e saio. Eu tenho que sair, porque se eu continuar em casa eu passo mal. [...] Vamos supor ligam um som alto, domingo agora foi isso, eu tentando fazer comida e ele (o filho) com o som ligado altão, e aquilo me azoou, [...] porque eu não podia brigar com ele, eu não sabia se eu lavava roupa, se botava comida no fogo ou se limpava a casa. Aí o que foi que eu fiz? Parei tudo, saí para o bar, fiquei bebendo mais o pessoal conhecido lá. Foi o único jeito que eu tive foi esse! [...] No bar eu me senti bem, parou o coração de acelerar, isso tudo. Fiquei calma. (Violeta)



Figura 19: Imagem da rua, fotografada por Violeta.

[...] aqui também é amigo da gente, do mercadinho [...]. É um dos ambientes que eu ando. Quando eu estou com a cabeça meio quente eu vou ali nele e fico conversando. [...] É um lugar que só vai as pessoas que querem ver o bem do outro. (Anil)

[...] se eu tivesse tempo [...] eu ia prosear mais ela direto. [...] Para mim ela é uma pessoa de confiança para a gente conversar [...]. Ela presta atenção no que você está conversando. Se ela puder te ajudar ela ajuda. [...] Tem vezes que eu vou lá comprar banana, abacate na mão dela. [...] se tem um lugar que eu ia prosear era mais ela, de noite, dia de domingo de tarde, dia de feriado. [...] (Laranja)

[...] eu sinto tranquilidade no rio, de respirar um ar tranquilo, sem barulho de som, sem bombinha azoando o juízo. Para mim é como um descanso, [...] em um lugar sem ninguém perturbar, sossegado, só ouvindo os passarinhos cantar, o barulho da

água. E eu ali tranqüila [...]. Pronto! Para mim eu estou ótima, não precisa comida, não precisa nada, só ali está ótimo. (Violeta)

As descrições corroboram o pensamento de que, não obstante haja pobreza ou ineficiência de dispositivos institucionais para atender às necessidades existenciais daqueles que vivem situações de sofrimento psíquico, as pessoas da própria comunidade podem tornar-se recursos valiosos na produção do cuidado em saúde mental, caracterizando-se como dispositivos não-institucionais (SARACENO, 1999).

Nessa perspectiva, o cuidado no contexto da atenção psicossocial sugere a capacidade de manejo ali no seu acontecer, a produção de saberes e práticas “cuja alma seja a produção de relações disparadoras de redes sociais vivificadoras, no plano individual e coletivo” (MERHY; AMARAL, 2007, p. 16). Assim, a consolidação das práticas substitutivas e do processo de reforma da atenção em saúde mental requer dos profissionais a habilidade para criar contextos de intersubjetividade e expressão da sexualidade, e que sejam capazes de articular os dispositivos institucionais e os existenciais na construção dos projetos terapêuticos, dos projetos de felicidade e produção de vida, no cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico.

5.3 CATEGORIA 3: A (RE)SIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO E A VALORIZAÇÃO DA NATUREZA HUMANA.

Toda técnica é “técnica do corpo”. Ela figura e amplifica a estrutura metafísica de nossa carne (MERLEAU-PONTY, 2004, P. 22).

Essa categoria mostra vivências em que o trabalho aparece para as pessoas em sofrimento psíquico como um dispositivo de cuidado em saúde mental, à medida que produz valorização da natureza humana nas suas duas dimensões: a impessoal, que se refere aos sentimentos, e a pessoal relacionada aos caracteres sócio-antropológicos. Logo, fundamenta-se na filosofia merleau-pontyana, que valoriza tanto as necessidades afetivas que se busca satisfazer na relação com o outro, como os aspectos

culturais que envolvem a reflexão e a linguagem (SENA, et al., 2010; MERLEAU-PONTY, 2002).

Desse modo, reconhecemos que a natureza humana é sempre ambígua, pois como vivência essencial, toda experiência vai consistir em um movimento de reversibilidade entre os dois pólos que a constituem. Na categoria em questão, os participantes do estudo desvelaram que a percepção da atividade laboral caracteriza-se por essa ambiguidade, que se mostra como experiência de campo.

Portanto, o sentido atribuído ao trabalho apresenta-se como dispositivo de cuidado, tanto por seu potencial terapêutico referente à valorização da natureza impessoal da pessoa em sofrimento psíquico, através da percepção de auto-eficácia e de auto-estima; quanto por seu potencial reabilitativo, referente à capacidade que a inserção no mundo do trabalho possui para efetivar o processo de reabilitação psicossocial, à medida que produz contratualidade nos cenários sociais, o que se configura como valorização da natureza pessoal por favorecer a produção de novos sentidos nas relações que a pessoa em sofrimento psíquico estabelece na sociedade.

Assim, o trabalho possibilita, às pessoas em sofrimento psíquico, o compartilhamento de afetividade e trocas materiais, o que lhes proporciona o atendimento de necessidades sentimentais e sociais, como podemos perceber nas descrições seguintes.

[...] começando aqui pelo trabalho com a arte. Eu me identifiquei em tirar essas fotos pela questão de me sentir bem em estar trabalhando com esse tipo de trabalho. Esse trabalho com arte é uma coisa que é uma terapia para mim. Devido até mesmo aos problemas que eu já enfrentei, que passei. Foi uma terapia [...]. (Rosa)

O trabalho [...] é um meio de você estar mostrando um pouco de você para cada um, o que você é, do que você é capaz, do que você pode fazer. E a questão do cuidado, porque é uma coisa que não só me faz bem, como me traz também o bem. Porque a gente tem nossas necessidades do dia-a-dia, de comprar. Então é uma forma de estar ajudando porque não só eu trabalho como eu recebo do meu trabalho para estar fazendo outras coisas que eu preciso. [...] o trabalho me traz o bem de duas formas. (Rosa)



Figura 20: Imagem do produto do trabalho de Rosa, fotografado por Rosa.

Quando eu vi essa foto (da casa) tive um sentimento de felicidade, de realização, porque eu tenho uma casa, consegui uma casa [...]. As minhas crises eram sempre por medo de ir viver na rua depois que meus pais morrerem, todo mundo me abandonar, e eu ficar na rua [...] Mas hoje eu vejo que o meu trabalho foi um milagre, porque pela lei, como quando eu entrei no Estado eu já era esquizofrênico, eu não podia estar trabalhando como esquizofrênico. Só que o meu médico mandou um atestado dizendo que eu era esquizofrênico, mas estava em condição de trabalhar [...], senão no máximo eu estaria agora aposentado pelo INSS, com um salário mínimo. E o trabalho foi bom, é claro que teve o lado bom e depois teve o lado ruim. (Verde)



Figura 21: Imagem da casa própria de Verde, fotografada por Verde.

Como percebemos nas falas, o trabalho satisfaz a natureza sensível, na medida em que traz sentido à vida e conduz à valorização do ser. Além disso, quando há uma identificação com a atividade laboral e seu produto, ocorre produção de felicidade e sentimento de realização. Logo, o potencial terapêutico do trabalho que Rosa faz ver em seu relato, relaciona-se com os sentidos que o trabalho produz na existência.

Esta compreensão encontra sustentação, também, no pensamento marxista de que a essência do ser humano encontra-se no trabalho, e as pessoas são o equivalente àquilo que são capazes de produzir e ao modo como produzem (BRAVERMAN, 1987). A importância da produção de sentidos no processo de trabalho consiste em seu potencial para a construção de vínculo entre o homem e o produto do seu trabalho, pois “no trabalho humano está, ou deveria estar, algo que não podemos encontrar em nenhuma atividade animal: a consciência e a intencionalidade.” (CALDANA; FIGUEIREDO, 2002, p. 20).

Nesse entendimento, o trabalho apresenta-se como um processo intencional, no qual ocorre a transcendência das capacidades e potencialidades de cada sujeito, transformando os sentimentos de inutilidade social, consolidado pela cultura manicomial, em sentimentos de valorização e reconhecimento de sua força produtiva. É esse processo transcendental que confere valor terapêutico ao trabalho no âmbito da saúde mental, pois possibilita mudanças de sentimentos e percepções da pessoa em sofrimento psíquico sobre si mesmo, suas limitações e potencialidades. Isso é desvelado na fala de Rosa, quando diz que além de produzir bem-estar, o trabalho “é um meio de você estar mostrando um pouco de você para cada um, o que você é, do que você é capaz, do que você pode fazer”.

Ao lado disso, Rosa relata, ainda, que a relação do trabalho com o cuidado de si “não só me faz bem, como me traz também o bem”. Ela tenta explicitar a afirmação em função do trabalho prover outras necessidades do dia-a-dia, principalmente, no que se refere à aquisição e consumo de bens, por meio da remuneração financeira, advinda do trabalho. A produção de novas perspectivas de vida e de inclusão, no sistema capitalista contemporâneo, faz ver a força que o poder de contratualidade social exerce no processo de reabilitação da pessoa em sofrimento psíquico.

Com base nas descrições vivenciais do estudo, percebemos que o trabalho revela-se como dispositivo de produção de cuidado em saúde mental, uma vez que produz sentido e contribui para ressignificar o processo de viver. Esta afirmação encontra suporte em diversos estudos, cujos autores reconhecem o potencial reabilitativo que a inclusão no mercado de trabalho proporciona na perspectiva da inserção social e exercício pleno da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2002; JORGE; BEZERRA, 2004; DELEVATI; PALAZZO, 2008; LUSSE; MATSUKURA; HAHN, 2010; RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010; LUSSE; PEREIRA, 2011; LEÃO; BARROS, 2011).

As estratégias de reabilitação psicossocial devem ser diversificadas conforme as características e necessidades pessoais e as condições culturais e socioeconômicas do contexto territorial. Os principais objetivos da reabilitação consistem na emancipação do sujeito, na redução da discriminação e na reinserção social. Sendo assim, o trabalho pode fornecer, além da recompensa financeira, outros “benefícios não-financeiros, que incluem o sentimento de identidade e o desenvolvimento de oportunidades para as pessoas com transtornos mentais de participação na sociedade como cidadãos ativos.” (DELEVATI; PALAZZO, 2008, p. 241).

Os autores observaram que as pessoas em sofrimento psíquico incluídas no mercado de trabalho apresentavam melhor qualidade de vida, em comparação aos que não exerciam atividade laboral, principalmente quando se sentiam satisfeitos com a situação empregatícia e financeira. Destacaram, ainda, que muitas dessas pessoas estão excluídas do mercado de trabalho, apesar de a maioria delas manifestar o desejo de trabalhar.

A descrição de Verde mostra que a atividade laboral remunerada contribuiu para a realização de um dos seus projetos de vida: a aquisição da casa própria, o que, certamente, proporcionou melhoria em sua qualidade de vida. Não obstante, faz referência aos entraves legais, no Brasil, para a inclusão da pessoa com esquizofrenia no mercado de trabalho.

Outro aspecto que Verde faz ver é a contingência ambígua do processo de trabalho, que se apresenta sob duas faces, conforme observamos em seu relato: “o trabalho foi bom, é claro que teve o lado bom e depois teve o lado ruim”. À luz do

pensamento de Merleau-Ponty acerca da percepção humana, não podemos considerar as nuances vivenciadas no campo do trabalho como experiências que se opõem, pois o fato de o processo de trabalho ora aparecer como produtor de satisfação, ora como fator de risco para a ocorrência de sofrimento psíquico, constitui dois pólos de uma mesma vivência, e essa ambiguidade favorece a experiência do outro (*outro eu mesmo*).

Outras descrições dos participantes, também, contribuem para essa percepção ambígua sobre a relação do trabalho com o cuidado à saúde mental, ou com a produção do adoecimento, como podemos observar.

Eu acho que a diferença desse trabalho para o antigo é que esse é melhor pela questão do horário, a questão de que você pode estar trabalhando em casa e fazer alguma outra atividade. E o outro não, eu tinha que estar na fábrica, na presença do líder, de outros funcionários, do próprio dono, e muitas vezes a gente trabalha sobre aquela carga de pressão. Em casa você não tem ninguém para está muito ali, lhe incomodando, você até desenvolve melhor o seu trabalho. Então eu achei bem melhor, a diferença é grande. (Rosa)

O carro é por que eu trabalhava como mecânico e gosto muito de mexer, apesar de não estar com aquela disposição, às vezes tem alguma coisa quebrada e a gente manda até para oficina para consertar, coisa que eu posso fazer ou que eu poderia fazer se não estivesse tomando o medicamento mais forte. (Azul)



Figura 22: Imagem do carro de Azul, fotografado por Azul.

[...] você tem que mostrar que você é mais capaz para as coisas. [...] No meu trabalho mesmo, já aconteceu isso muitas vezes, quando eu trabalhava de vendedor eu era muito pressionado, como alguns outros colegas também, para que a gente vendesse. Às vezes a venda estava baixa e o patrão exigia muito da gente, que a

gente vendesse além da capacidade do momento, isso me sobrecarregou muito [...]. Eu não diria o físico, mas sim o emocional, porque você vive muito pressionado, você tem que bater metas, ou às vezes o seu colega está se destacando mais do que você, você tem que ter o mesmo desempenho dele, e quando você não tem o padrão já olha de maneira diferente [...]. Esse problema mesmo que eu tenho [...] eu acho que foi gerado no trabalho, porque eu fui muito sobrecarregado e o estresse do dia-a-dia me envolveu muito, aí eu acho que afetou meu psicológico. (Vermelho)

[...] na vida [...], quando você tá sobrecarregado é sinal de que você não está bem. [...] na maioria das vezes a sobrecarga para o ser humano não é bom, por que às vezes você está sobrecarregado nem percebe que você está além daquilo que você é capaz de dar [...]. Falta tempo de fazer outras coisas, às vezes a gente se dedica, mas dá conta só sobre uma coisa e esquece de viver outras coisas. (Vermelho)

Entre outros aspectos, a ambiguidade relativa ao trabalho e seu vínculo com o processo saúde-doença, podem estar associados ao conflito de interesses que mobiliza as relações entre os determinantes organizacionais do processo produtivo e as necessidades e expectativas dos trabalhadores, que dizem respeito, a sua natureza impessoal e social. Essa política mercantilista e utilitária do trabalho, característica do sistema capitalista, vigente na sociedade contemporânea, tem como foco a capacidade produtiva dos trabalhadores e não os interesses destes, o que implica em sobrecarga emocional e conseqüente prejuízo à integridade física e mental (CALDANA; FIGUEIREDO, 2002; JORGE; BEZERRA, 2004; LEÃO; BARROS, 2011).

Nesse contexto, a existência de relações de submissão no processo organizacional do trabalho, que se apresenta cindido entre a execução do trabalho e os sentidos produzidos por ele, interferem na subjetividade do trabalhador (CALDANA; FIGUEIREDO, 2002). Para os autores, os trabalhadores passam a vivenciar uma intensa pressão para manterem-se integrados ao contingente ativo da força de trabalho, o que requer investimento contínuo no aperfeiçoamento, dentro de uma perspectiva de aptidão. Em relação à pessoa em sofrimento psíquico que, geralmente, está excluída do mercado de trabalho, o desemprego passa a produzir maior desqualificação para sua inserção no cenário produtivo, o que potencializa os processos de estigmatização e culpabilização, e marca o trabalhador com o sinal da incompetência, o que dificulta, ainda mais, sua reinserção no mercado de trabalho formal (CALDANA; FIGUEIREDO, 2002).

Entre outras barreiras encontradas para a inclusão profissional, das pessoas em sofrimento psíquico, no mercado de trabalho, estão as atitudes dos empregadores,

associadas ao estigma da loucura, à idéia de periculosidade e à crença na incapacidade cognitiva e de produção (DELEVATI; PALAZZO, 2008; LEÃO; BARROS, 2011).

Desse modo, quando o trabalho encontra-se destituído do caráter histórico do trabalhador, traduz-se apenas como atividade, e o sujeito passa a não se reconhecer naquilo que realiza. Esse desgaste de identidade leva ao sofrimento psíquico e pode, inclusive, gerar transtornos psicossomáticos, alcoolismo, entre outros (CALDANA; FIGUEIREDO, 2002). Como observamos no seguinte relato de Rosa.

[...] depois que saí do outro emprego foi que eu adoeci, e depois fiquei em casa. Para não ficar sem nada para fazer eu peguei esse trabalho (de caráter autônomo e artesanal). Mas requer atenção, você tem que ter realmente garra, ter amor pelo que faz, [...] você tem que fazer com muita dedicação. (Rosa)

Apesar de Rosa referir que o desemprego favoreceu a instalação do sofrimento psíquico, seu relato mostra que essa vivência possibilitou, também, a produção de novos sentidos para seu processo de trabalho. Antes, ela submetia-se ao rigor organizacional do setor industrial, consolidado pela normatização das atividades laborais e centralização de poder, o que produzia insatisfação profissional e prejuízos emocionais; com a situação de desemprego ela passou a constituir e ser responsável por seu processo produtivo, o que, por sua vez, possibilitou o desenvolvimento de autonomia, emancipação, e poder de negociação no cenário do trabalho com valor social.

A oportunidade das pessoas em sofrimento mental vivenciarem o trabalho na qualidade de autônomas, não obstante mobilizar o processo de reabilitação psicossocial, sinaliza a dificuldade que encontram para a efetiva inserção no mercado de trabalho formal, o que garantiria seus direitos previdenciários e o exercício pleno da cidadania. Essa dificuldade foi explicitada, também, por outros participantes, conforme mostram os relatos a seguir.

De primeiro eu ia para a Cidade Nova para aventurar viagem [...]. Às vezes tinha viagem, ficava até quinze dias fora de casa. E agora eu com esses problemas [...], não posso assumir certa responsabilidade com carro dos outros. Aí dentro de casa eu ganho muito mais [...]. (Amarelo)

[...] hoje eu faço e vendo meu desinfetante. Isso aí a comunidade está vendo [...], todo mundo hoje já me dá credibilidade [...], dinheiro nem é nada [...], antes amizade

na praça que dinheiro no banco. [...] eu saio vendendo pimenta também. [...] Porque sempre gostei de trabalhar. Eu era moto taxi. E eu nunca gostei de ficar dentro de casa parado, é tanto que pelos centros que eu passei, pelo CAPS, pela comunidade terapêutica, depois pela Psiquiatria, eu sempre ajudei, sempre fiz alguma coisa. [...] e também aprendi muitas coisas. (Anil)

[...] se eu tivesse o meu estudo completo, talvez [...] eu tinha um trabalho, para eu poder cuidar melhor de mim. Porque [...] eu ainda posso fazer alguma coisa, não posso pegar pesado, de ocupar muito a mente, mas outras coisas a gente pode. [...] Lá em casa mesmo quem resolve tudo sou eu. Tudo! (Branca)

A discussão sobre o direito à inclusão da pessoa em sofrimento psíquico, no mercado de trabalho, teve início no movimento italiano de desinstitucionalização. O trabalho passou a ser visto como recurso promotor de auto-afirmação, além de gerar possibilidades para a realização de trocas e construção de redes sociais, o que favoreceu a diminuição do estigma relacionado à doença mental e a reinserção social (LUSSI; PEREIRA, 2011).

A intervenção reabilitadora em saúde mental deve ter como um de seus objetivos o combate à falta de acesso ao mercado formal de trabalho e ao desemprego vivenciado pela pessoa em sofrimento psíquico, aspecto que caracteriza a questão da desocupação, como fator de risco à ocorrência de transtornos mentais (LUSSI; PEREIRA, 2011).

As descrições mostram a ausência de qualificação profissional e seus prejuízos, o que confirma a necessidade de gestores do setor saúde e trabalhadores da área buscarem a articulação de ações transversais com outras políticas, principalmente de geração de renda, que possam incluir no mercado de trabalho as pessoas consideradas desabilitadas ou que estejam em situação de desvantagem social, e que, por isso, “são excluídos do mundo da produção e confiados ao mundo da assistência.” (LUSSI; PEREIRA, 2011, p. 516).

Atualmente, existem muitas iniciativas de oficinas de trabalho realizadas nos CAPS, na perspectiva de estimular o desenvolvimento de habilidades cognitivas e funcionais, bem como promover a valorização pessoal do usuário, para que se sinta com competência para a produção do trabalho com valor social e que contribua para a inserção no mercado de trabalho (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2002; LUSSI; PEREIRA, 2011; LEÃO; BARROS, 2011).

O médico mesmo falou o seguinte: você vai aposentar e você vai fazer o que agora? Eu falei: vou me dedicar as minhas pesquisas. [...] Para mim é bom continuar trabalhando, mas de qualquer forma eu pretendo ter algum vínculo com a universidade, pelo menos de passar, dar palestra, fazer alguns cursos, participar de eventos. (Verde)

As descrições revelam que o trabalho sempre produz intersubjetividade, e é a experiência de interatividade que faz com que o trabalho se torne um dispositivo existencial de cuidado. Logo, não é o trabalho em si mesmo que constitui o dispositivo, mas seu potencial de gerar sentidos nas relações sociais. Por um lado, quando se está realizando uma atividade laboral, a pessoa sempre retoma vivências, articula pensamentos, constrói idéias, que envolvem a participação de outrem; por outro, o produto desse trabalho pode conduzir ao estabelecimento de contratualidades e negociações no contexto do território, apresentando-se com potencial de reabilitação e reinserção social (SARACENO, 2010; LUSSI; PEREIRA, 2011).

Diante do exposto, percebemos que as pessoas possuem a necessidade de compartilhar com o semelhante seu potencial produtivo, que ocorre em função da satisfação produzida pela valorização social. Nos relatos percebemos que os sentidos produzidos na experiência do trabalho constituem-se dispositivo existencial de cuidado em saúde mental, pois contribui tanto para a resignificação da vida pessoal e social, como para a estabilização das funções psíquicas, melhorando o estado global de saúde.

6. A DESCOBERTA DE UM OLHAR QUE RENASCE

O estudo consistiu em compreender a percepção de pessoas em sofrimento psíquico sobre os dispositivos de produção de cuidado em saúde mental no contexto do território, à luz do pensamento de Maurice Merleau-Ponty. Este filósofo fundamenta-se na noção de que o conhecimento é construído na intersubjetividade que se estabelece na relação dialógica, a partir da dinâmica da experiência perceptiva.

Sob esta ótica, o estudo permitiu descrever as vivências dos sujeitos desveladas por meio da fotocomposição, que possibilitou a interação dos mesmos com os diversos espaços comunitários onde estão inseridos, e a reflexão sobre os recursos disponíveis no território que podem favorecer a criação de redes de cuidado, a reabilitação e a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico, o que contribui para a consolidação das políticas de saúde mental no país.

Embora o discurso fenomenológico não permita estabelecer definições, um trabalho de natureza acadêmica, especialmente uma pesquisa de campo, requer a articulação e a formulação de pensamentos e proposições que revelem, objetivamente, os resultados do estudo. Assim, os textos constitutivos das descrições vivenciais dos sujeitos, submetidas à *analítica da ambiguidade*, que se fundamenta na filosofia merleau-pontyana, resultaram na aceção de três categorias que se configuram como respostas à questão norteadora da pesquisa. Tais categorias são: *a vivência da espiritualidade e a experiência do outro eu mesmo; o cotidiano como dispositivo de expressão da sexualidade e produção de vida; o trabalho como dispositivo de cuidado para a valorização da natureza humana.*

As descrições vivenciais que integraram a primeira categoria fizeram ver que o exercício da espiritualidade constitui um dispositivo existencial de cuidado em saúde mental, pois se trata de uma prática intersubjetiva que apareceu em duas direções. A primeira refere-se à relação que a pessoa em sofrimento mental estabelece com Deus, no intuito de preencher suas faltas e suprir a necessidade de aceitação da condição em que se encontra. A segunda ocorre em companhia do semelhante, com o compartilhamento de sentimentos que não são apenas de uma pessoa, mas de um conjunto, na tentativa de suprir uma necessidade coletiva, a de pertencimento a um

grupo social. Nas duas direções, a relação implica vivências de entrelaçamento e as pessoas envolvidas são mobilizadas para a experiência do *outro* ou transformação em um *outro eu mesmo*. Logo, aparece como um dispositivo, pois abre caminhos para a ressignificação do sofrimento e das histórias de vida.

A segunda categoria mostra as possibilidades de cuidado que permeiam a cotidianidade dos diversos cenários constitutivos do território geográfico-existencial, onde vivem as pessoas em sofrimento psíquico. Considerando a noção de sexualidade, presente na filosofia de Merleau-Ponty, como uma abertura à experiência do outro, percebemos que esta é a dimensão humana que mobiliza e orienta a produção de vida, e tem a ver com a maneira como transcendemos na relação intersubjetiva. O cotidiano constitui o campo em que as vivências de cuidado se mostram, desvelando os dispositivos existenciais que promovem expectativas de vida e melhoria da saúde, especialmente, no que refere à produção de sentimentos prazerosos e construção de relacionamentos saudáveis. Nesse contexto, a produção de cuidado em saúde mental requer a capacidade de olhar as multiplicidades de acontecimentos e experiências que ocorrem no cotidiano, considerando as potencialidades de ação e valorização de olhares e modos de fazer das pessoas em sofrimento, o que significa pensar o cuidado como um compromisso com a produção de projetos de felicidade.

Na terceira categoria, o sentido atribuído ao trabalho apresenta-se como dispositivo de cuidado, tanto por seu potencial terapêutico referente à valorização da natureza impessoal (sentimentos) da pessoa em sofrimento psíquico, através da percepção de auto-eficácia e de auto-estima; quanto por seu potencial reabilitativo, referente à capacidade que a inserção no mundo do trabalho possui para efetivar o processo de reabilitação psicossocial, à medida que produz contratualidade nos cenários sociais, o que se configura como valorização da natureza pessoal (reflexão), por favorecer a produção de novos sentidos nas relações que a pessoa em sofrimento psíquico estabelece na sociedade.

Neste sentido, percebemos que os dispositivos de produção de cuidado em saúde mental no contexto do território, objeto da pesquisa, apareceram nas descrições como dispositivos existenciais, que são as vivências que se constroem na relação com o semelhante, com produção de sentidos e significados. Aqueles sujeitos que antes da

instalação do sofrimento psíquico já experimentavam certa inserção no território, agora, na vivência do sofrimento podem retomar seus vividos e ressignificá-los no contexto da inserção social. Os dispositivos existenciais de cuidado são exatamente os sentidos que se constituem na existência, os sentidos para o viver cotidiano, e são eles que mobilizam a construção de projetos de vida e de felicidade. Uma vida sem sentido é a experiência mais radical do ser humano, pois interrompe a experiência do outro, na perspectiva merleau-pontyana, a experiência de tornar-se um *outro eu mesmo*.

No início da produção das descrições vivenciais, os participantes do estudo pareciam absorvidos pela vivência de alienação no contexto do sofrimento e deixavam transparecer que não percebiam os dispositivos de cuidado que os rodeavam, isto é, as possibilidades de construir relações dialógicas e vivências de sexualidade (abertura ao outro), com as quais poderiam ressignificar suas vidas. A fotocomposição permitiu despertá-los à descoberta desses dispositivos. Ao interagir com os diversos lócus em seu território geográfico puderam retomar os vividos e refletir sobre eles; ao refletir sobre as fotografias perceberam, diante de si, as potências de seu cotidiano para a produção de vida e, nesse sentido, a fotocomposição corresponde a uma prática fenomenológica, pois fez ver os diversos contextos de intersubjetividade presentes no território.

Nos últimos 30 anos tem sido formuladas e implementadas políticas públicas no campo da saúde mental, implicando na reorganização do modelo de atenção, porém, a reabilitação e a reinserção social dos usuários constituem o maior desafio. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) do Ministério da Saúde (MS) preconiza que as ações nesse campo devem ser organizadas sob a lógica de redes de cuidados territorializadas, o que sugere uma atuação transversal com outras políticas específicas, na perspectiva de que o usuário possa construir vínculos sociais (família, igreja, trabalho, clubes de lazer, organizações civis e outras) no ambiente onde vivem. Embora os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam considerados dispositivos institucionais estratégicos para a organização do modelo de atenção, marcando avanço indiscutível na política do Sistema Único de Saúde (SUS), a articulação das ações sob a forma de rede de cuidado ainda constitui um grande desafio, pois os recursos

comunitários não têm sido explorados e incluídos devidamente nos cuidados em saúde mental.

Frente ao exposto, o despertar para o saber ver e o saber fazer na perspectiva dos dispositivos existenciais de cuidado constituem um caminho a ser trilhado para o avanço no campo da saúde mental, na medida em que contribuem para a retomada da lógica da organização do cuidado territorial proposta pela PNSM, e do fundamento básico que norteia a transição do modelo hospitalocêntrico, cujo foco era a doença e a medicalização, para o modelo da saúde mental, que valoriza o sujeito em sua integralidade.

No campo da enfermagem na atenção em saúde mental o estudo contribuirá para repensar o cuidado, na perspectiva da desconstrução de conceitos e dogmas do modelo psiquiátrico, historicamente arraigado, que tem dificultado a efetivação do modelo substitutivo de base comunitária. Favorece, ainda, a invenção de novos modos de saber-fazer, pautado no reconhecimento do ser humano como contexto de intersubjetividade, o que se configura como mudança na forma de ver a pessoa que experimenta o sofrimento psíquico, reconhecendo-as como seres capazes de superar as limitações impostas pela cultura manicomial e participar da construção de uma nova cultura, que resgate e valorize a cidadania e a inclusão social.

Essa intenção de contribuir para uma mudança concreta nas formas de pensar, ver, agir e sentir em relação ao sofrimento psíquico foi o que nos mobilizou a buscar compreender a função dos *dispositivos* de cuidado no contexto da saúde mental. Neste sentido, surpreendemo-nos ao desvelar que tais dispositivos não podem ser descritos de forma objetiva, como um recurso, estratégia ou técnica que se utiliza de forma sistematizada, pois estão vinculados à própria existência humana, como tudo àquilo que faz sentido à vida da pessoa que se encontra imersa na experiência do sofrimento. Exatamente por esse sentido existencial que os dispositivos de cuidado podem impulsionar o ser à transcendência em um *outro eu mesmo*.

Esta noção encontra eco na concepção de dispositivo presente na literatura, que o considera como um conjunto de caminhos que conduzem a processos de visualização, de enunciação, de força, de subjetivação e de fuga. Logo, os dispositivos desvelados no decorrer do estudo caracterizaram-se como caminhos que conduzem à

resignificação existencial do sofrimento, e por isso, constituem processos em devir, que podem possibilitar a construção e consolidação de projetos de vida que promovam esperança, felicidade, realização pessoal, valorização do ser, e a crença no *eu posso*.

A experiência de trilhar caminhos no território existencial dos participantes, e com eles, possibilitou-nos, não somente perceber os dispositivos de cuidado, mas, principalmente, a oportunidade de fazer fenomenologia com eles, de nos reconhecer como coexistentes, de construirmos juntos novas percepções sobre o cuidado e a própria existência. Mesmo porque, o sofrimento psíquico faz parte da ambiguidade inerente à percepção que o ser humano tem de si mesmo e do mundo, faz parte da existência; vivenciamos a todo instante em nosso próprio corpo alguma espécie de sofrimento, o que nos faz acreditar que todo sofrimento é, também, sofrimento psíquico.

Por fim, entendemos que tais dispositivos de cuidado não são de outrem, mas do próprio ser humano em sua generalidade, o que significa dizer que também são *nossos*. Portanto, basta questionarmo-nos: quais são os dispositivos de que dispomos, ou desejaríamos, para cuidar de nossa saúde mental? Se encontrarmos respostas para a inquietação, é porque em essência somos cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, A. J. de.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. de A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p.158-65, 2009.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, p.47-57, 1999.

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

ARANHA e SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n.4, p.358-66, 2002.

_____. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 800-6, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BARROS, M. M. M. A.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. A. S. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.

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

BERRY, D. - Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. **Int J Psychiatr Nurs Res**, v.8, n. 1, p. 875-890, 2002.

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

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

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

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_2001/110216.htm>. Acesso em: 4 nov. 2010.

_____. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários.** Coordenação Geral de Saúde Mental/ Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, p.1-7, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde mental.** Brasília, 2007.

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.471-480, 2001.

CALDANA, A. C. F.; FIGUEIREDO, M. A. C. Desemprego e subjetividade: estratégias de inclusão social e sobrevivência. **Saúde Paidéia**, v. 12, n. 22, p. 19-26, 2002.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, P. A. L. de C. **Vivências de cuidado à família e intersubjetividade: percepção de familiares de usuários do CAPS II.** 2010. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

CATECISMO da Igreja Católica. São Paulo: Loyola, 1998.

CORRÊA, D. M. A. Religião e Saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, p. 134-41, 2006. Suplemento.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.183-193, 2009.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Vega, 1996.

DELEVATI, D. M.; PALAZZO, L. S. Atitudes de empresários do Sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n 4, p. 240-246, 2008.

DELFINI, P. S. S.; SATO, M. T.; ANTONELI, P. P.; GUIMARÃES, P. O. S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p.1483-92, 2009. Suplemento 1.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

FARIA, J. B. de; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão de Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

FERRAZ, R. B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. L. Felicidade: uma revisão. **Rev. Psiq. Clín.**, vol. 34, n. 5, p. 234-242, 2007.

FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D.; ANDRADE, F. B.; LIMA, E. A. R.; RIBEIRO, F. F.; SILVA, M. S. S. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11, n.4, p.964-70, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GUISELINI, M. **Aptidão física, saúde e bem-estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos**. 2ª ed. São Paulo: Phorte, 2006, 272p.

GRANDESSO, M. **Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GRAÇAS, E. M. das; SANTOS, G. F. dos. Metodologia do cuidar em enfermagem. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.1, p.200-207, 2009.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim, RS: EDIFAPÊS, 2001.

HUSSERL, E. **A idéia da fenomenologia**. Tradução de Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 1907.

_____. **Meditações cartesianas**: introdução à fenomenologia. Tradução: Maria Gorete Lopes e Souza. Porto, Portugal: RÉS, 1983.

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: 10 de setembro de 2010.

JORGE, M. S. B.; BEZERRA, M. L. M. R. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. **Texto Contexto Enferm**, Fortaleza, v.13, n.4, p.551-8, out-dez, 2004.

KANTORSKY, L. P.; PINHO, L. B. de; SAEKI, T.; SOUZA, M. C. B. M. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n.3, p.317-24, 2005.

KLEIN, O. J. A gênese do conceito de dispositivo e sua utilização nos estudos midiáticos. **Estudos em Comunicação**, n.1, p. 215-231, 2007.

LACCHINI, A. J. B.; NOAL, H. C.; PADOIN, S. M. M.; TERRA, M. G. 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, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011.

LOPES, C. H. A. de F.; FROTA, M. A.; MELO, F. N. de P.; NOGUEIRA, R. A.; MOREIRA, R. V. O. Contribuições de Merleau-Ponty para a ciência. In: MOREIRA, R. V. O.; BARRETO, J. A. E. (Org.). **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José de Alencar, p.103-121, 2001.

LOPES, I. C. Centros de convivência e cooperativas: reinventando com arte agenciamentos de vida. In.: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999.

LUSSI, I. A. O.; MATSUKURA, T. S.; HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.2, p.284-90. 2010.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.2,p. 515-21, 2011.

MACÊDO, A. M. B.; JORGE, M. S. B.. 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. p. 125-48.

MACIEL, M. E. A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: Relato de uma experiência. **Cogitare Enferm**, v.13, n.3, p.453-6, 2008.

MAIA, E.A.; SOUZA, R. C. de. **O cuidado de enfermagem em saúde mental: recortes das práticas assistenciais ao longo do tempo**. Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. Ilhéus-Bahia, 2008.

MALCHER, M. N. **Redes sociais significativas na saúde mental: (des) cobrindo relações no sofrimento psíquico grave e (redes) cobrindo elos de encontro**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2010.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 5, n. 2, 2000, p. 60-76.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.

MARTINS, J.; FARINHA, F. S.; DICHTCHEKENIAN, B. **Temas fundamentais de fenomenologia**. São Paulo: Moraes, 1984.

MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 165-72, out./dez, 2009.

MAURENTE, V. S. **A experiência de si no trabalho nas ruas através da fotocomposição**. 2005. 99 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

_____. **Imagens do hospício vazio: fotografia, pesquisa e intervenção**. 2010. 208 f. Tese (Doutorado em Informática na Educação) – Programa de Pós-Graduação em Informática na Educação, Centro Interdisciplinar de Novas Tecnologias na Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MAURENTE, V.; TITTONI, J. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.3, p. 33-38, 2007.

MENDES, V. L. F. A invenção de dispositivos clínicos. In: MENDES, V. L. F. **Uma clínica no coletivo: experimentações no Programa de Saúde da Família**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERLEAU-PONTY, M. **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, 2002.

_____. **O olho e o espírito: seguido de a linguagem indireta e as vozes do silêncio e a dúvida de Cézanne**. Tradução: Paulo Neves e Maria Ermantina Galvão Gomes. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

_____. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONDIM, B. **O homem: quem ele é?: elementos de antropologia filosófica**. 10. ed. São Paulo: Paulus, 1980.

MONKEN, M. PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M.; GONDIM, G. M. M.; GRACIE, R. O Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C., et. al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOREIRA, W. W.; NÓBREGA, T. P. Fenomenologia, educação física, desporto e motricidade: convergências necessárias. **Cronos**, Natal, v. 9, n. 2, p. 349-360, 2008.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, S. H. O uso da fotografia na pesquisa em psicologia. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.2, p. 237-250, 2002.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das

reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, A. G. B. de; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 330-40, mai./jun. 2003.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa, UFPB: Editora Universitária, 2002.

OMS/OPAS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

_____. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. 2001.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev psiq. Clín.**, São Paulo, v. 34, p. 136-145, 2007. Suplemento 1.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pelas famílias. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PEREIRA, M. A. O.; BELLIZZOTI, R. B. 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.

RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C. Homens-carrapatos e suas mulheres: relato de experiência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 133-142, 2008.

RIBAS, D. L.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. de S. 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.

RIBEIRO, P. R. M. Da psiquiatria à saúde mental: um esboço histórico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n. 2, p. 53-60, 1999.

RIBEIRO, C. C.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, A. G. B. A construção da assistência à saúde mental em duas Unidades de Saúde da Família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.13, n.4, p.548-57, 2008.

RIBEIRO, L. M.; MEDEIROS, S. M. de; ALBUQUERQUE, J. S. de; FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p.376-82, 2010.

RIOS, I. C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p.251-263, 2007.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 1615-25, 2010. Suplemento 1.

ROEDER, M. A. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Revista Brasileira Atividade Física & Saúde**, Londrina, PR, v. 4, n. 2, 1999, p. 62-76.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; DIANA, M. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F. et. al. **Desinstitucionalização**. São Paulo, HUCITEC, 2001.

SANCHEZ, Z. V. der M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. Psiq Clín.**, São Paulo, v. 34, p. 73-81, 2007. Suplemento 1.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1999.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SENA, E. L. S. **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) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto & Contexto. Enfermagem**, v. 17, p. 232-240, 2008.

_____. Intercorporeidade na experiência do cuidado: familiar cuidador e portador na doença de Alzheimer. In: SILVA, A. L.; GONÇALVES, L. H. T. (orgs.). **Cuidado à pessoa idosa: estudos no contexto luso-brasileiro**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T.; MÜLLER GRANZOTTO, M. J.; CARVALHO, P. A. L. de; REIS, H. F. T.; Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 31, n.4 3, p. 769-75, dez. 2010.

SENA, E. L. S.; REIS, H. F. T.; CARVALHO, P. A. L. de; SOUZA, V. S. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n.1, p. 181-8, jan./mar. 2011a.

SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O.; CARVALHO, P. A. L. de; REIS, H. F. T.; MARQUES, A. M. N. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm. Florianópolis**, v. 20, n. 2, p. 310-8, out./dez. 2011b.

SILVA, L. W. S.; FRANCIONI, F. F.; SENA, E. L. S.; CARRARO, T. E.; RANDÜNZ, V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, 2005.

SILVEIRA, C. H. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Orgs.). **Saúde Coletiva: um campo em construção**. Curitiba: IBPEX, p. 30-69, 2006.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.139-148, 2009.

SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n.4, p. 391-5, 2007.

SOUZA, A. I. J.; ERDMANN, A. L. Contribuições para o conhecimento em enfermagem à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 27, n.2, p.166-75. 2006.

SOUZA, R. C. de; SCATENA, M. C. M. 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.

SOUZA, R. C. de; SCATENA, M. C. M. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.31, n.1, p.147-160, 2007.

SOUZA, R. C. de; PEREIRA, M. A.; KANTORSKY, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 11, p. 92-7, 2003.

TEIXEIRA, R. R. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface: comunicação, saúde, educação**, vol. 13, supl. 1, p. 781-795, 2009.

TERRA, M. G.; SILVA, L. C. da; CAMPONOGARA, S.; SANTOS, E. K. A. dos; SOUZA, A. I. J. de; ERDMANN, A. L. 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, M. G.; GONÇALVES, L. H. T.; SANTOS, E. K. A. dos; ERDMANN, A. L. 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.

VASCONCELOS, E. M. As transformações da clínica psicológica convencional e o uso/apropriação de dispositivos grupais e institucionais. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **Abordagens psicossociais, v. 1: história, teoria e prática no campo**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

VOLCAN, S. M. A.; SOUSA, P. L. R.; MARI, J. J.; HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 440-445, 2003.

WALDOW, V. R. Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v 33, n 2, p. 182-188, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 “**Dispositivos de cuidado em saúde mental no território: percepções das pessoas em sofrimento psíquico**”, sob responsabilidade da mestranda **Viviane dos Santos Souza**, 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: conhecer os dispositivos existentes no território que constituem produção de cuidado, na percepção de pessoas em sofrimento psíquico;
- ❖ Específicos: *i*) descrever a percepção das pessoas em sofrimento psíquico acerca dos dispositivos de produção de cuidado em saúde mental; e *ii*) desvelar os dispositivos potenciais para o cuidado na perspectiva da reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental, a partir da descrição de suas vivências no território.

➤ **PROPÓSITO DO ESTUDO:** Consiste na possibilidade de apontar novos dispositivos de cuidado em saúde mental, com potencial de uso no setor saúde, que considerem e valorizem a experiência de vida daqueles que demandam por tais cuidados. Desvelar as percepções das pessoas que vivenciam o adoecimento mental acerca dos cuidados por elas recebido em seu território existencial, e que efetivamente lhes proporcionem bem-estar, pode fazer ver novas formas de produção de cuidado e de promoção à saúde mental, iluminando os modos de pensar/agir dos profissionais de saúde nesta área de atuação.

➤ **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: Profª DSc Edite Lago da Silva Sena e Viviane dos Santos Souza.

➤ **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:** Esperamos contribuir com a construção de conhecimento que favoreça a reorientação do processo de trabalho em saúde, e auxilie o planejamento e a gestão da atenção em saúde mental, em busca de melhoria na qualidade do cuidado prestado às pessoas em sofrimento mental. Intentamos, ainda, fornecer subsídios para a produção de cuidados que considerem a integralidade do ser humano e possibilite a consolidação dos ideais, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, através da invenção de práticas pautadas num cuidar criativo e solidário. Além disso, pretendemos despertar os profissionais e gestores de saúde para a necessidade de inclusão das pessoas com transtornos mentais e familiares na construção de seus projetos terapêuticos e das políticas de saúde mental, considerando a eterna necessidade de aprender a aprender, aprendizado proporcionado, principalmente, no encontro cotidiano com o outro e suas formas de *ser* e de *ver* a vida.

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.



Impressão digital

Assinatura do Participante

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, **VIVIANE DOS SANTOS SOUZA**, discuti as questões acima representadas com este participante do 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 Principal: VIVIANE DOS SANTOS SOUZA. (73) 8855-8905

Assinatura: _____

Viviane dos Santos Souza
Av Artur Moraes, 460, Jequezinho
Jequié-Ba / CEP 45200-000
Tel: (073) 8855-8905
E-mail: vivi_verona@hotmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____,

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Prof^a DSc Edite Lago da Silva Sena e Viviane dos Santos Souza**, do projeto de pesquisa intitulado “**Dispositivos de cuidado em saúde mental no território: percepções das pessoas em sofrimento psíquico**” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Jequié - BA, ____ de _____ de 200__

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável pelo projeto

ANEXO

ANEXO A: CÓPIA DO PARECER CONSUBSTANCIADO CEP Nº 223/ 2010



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 223/2010
CAAE: 0057.0.454.000-10

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: *Dispositivos de cuidado em saúde mental no território: percepções das pessoas em sofrimento psíquico.*

Pesquisador Responsável: Viviane Dos Santos Souza

Instituição onde se realizará: UESB

Área de Conhecimento: Ciência da Saúde

ii - Objetivos:

Geral: Conhecer dispositivos existentes no território que constituem produção de cuidado, na percepção de pessoas em sofrimento psíquico.

Específicos:

- a) Descrever a percepção das pessoas em sofrimento psíquico acerca dos dispositivos de produção de cuidado em saúde mental;
- b) Desvelar os dispositivos potenciais para o cuidado na perspectiva da reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental, a partir da descrição de suas vivências no território.

III – Sumário do projeto:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira apresenta-se como um dispositivo estratégico para a mudança no modelo de atenção em saúde mental, nas relações estabelecidas historicamente entre a sociedade e as pessoas com transtorno mental, nos saberes e práticas em saúde mental, e nos contextos político, institucional, científico, social e cultural. Para tanto, surge a necessidade de criação de outros dispositivos, abrindo um arsenal significativo de possibilidades de abordagens atuais de atenção psicossocial. Neste contexto, se faz necessária a constante invenção de dispositivos clínicos, que surgem a cada acontecimento que ocorre no território e no processo de trabalho em saúde. Isso sugere que os profissionais de saúde promovam experimentações na direção da criação de novos territórios existenciais, se disporão a incluírem-se no processo de transformação. Este estudo apresenta a possibilidade de apontar novos dispositivos de cuidado em saúde mental, com potencial de uso no setor saúde, que considerem e valorizem a experiência de vida daqueles que demandam por tais cuidados. Desvelar as percepções das pessoas que vivenciam o adoecimento mental acerca dos cuidados recebidos em seu território existencial pode fazer ver novas formas de produção de cuidado e de promoção da saúde mental, iluminando os modos de pensar/agir dos profissionais de saúde nesta área de atuação. O presente estudo será realizado no município de Jequié, Bahia, tomando por base o território de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família, em sua área urbana de cobertura. A Unidade de Saúde da Família (USF) Drº Aurelio Sciarretta possui uma equipe mínima de saúde da família, composta por oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira de saúde da família e um médico. A referida USF está cadastrada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº 3649229, localiza-se na Rua Manoelito Rebouças, nº 1, bairro Mandacaru, Jequié-BA e será utilizada como referência territorial para a identificação dos informantes da pesquisa. Contudo, em função das estratégias de coleta de dados adotadas neste estudo, a qual será mais bem descrita posteriormente, o contexto da pesquisa será composto por três cenários, sendo estes: a residência dos informantes; o território geográfico do bairro Mandacaru, localizado no referido município; e, o espaço físico da USF do mesmo bairro. Para justificar os diferentes cenários descrevemos a seguir os três momentos referentes à coleta de dados.

O primeiro momento ocorrerá na residência dos informantes selecionados para a participação neste estudo, onde será realizada a entrevista em profundidade, de acordo com a aceitação voluntária e disponibilidade de cada informante.

O segundo momento será destinado para a produção de fotografias a partir de uma questão norteadora, de acordo com a estratégia de coleta de dados denominada "fotocomposição". A fotografia



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

enquanto recurso metodológico é utilizado em pesquisa de campo na área da Psicologia Social e demais áreas e pressupõe que as mesmas sejam produzidas no território geográfico onde será desenvolvida a pesquisa de acordo com os objetivos de cada estudo (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002; MAURENTE; TITTONI, 2007). Nesse caso, as fotografias serão produzidas pelos informantes da pesquisa, no território do bairro Mandacaru, onde os mesmos residem, de acordo com os critérios de inclusão adotados.

O terceiro momento ocorrerá em uma sala da USF referida, onde será realizada outra etapa da técnica de fotocomposição. Esta etapa ocorrerá coletivamente, por meio de reuniões grupais com os informantes da pesquisa, para reflexão acerca dos sentidos e significados atribuídos às imagens produzidas. A princípio definir-se-á uma reunião apenas, contudo apresentamos a possibilidade de realizarmos quantas reuniões se façam necessárias para que os participantes explicitem suas percepções sobre os dispositivos de cuidado em saúde mental no território, a partir da técnica adotada e de acordo com o objetivo deste estudo.

Os informantes desta pesquisa serão as pessoas com transtorno mental referenciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e cadastradas na ESF de seu território, com história de tratamento psiquiátrico, sejam estes usuários ou não dos serviços de saúde mental. Não excedendo o número de 10 informantes, tendo em vista tratar-se de um estudo qualitativo que pretende considerar a vivência e experiências perceptivas dos sujeitos da pesquisa acerca do objeto de estudo.

Para a seleção dos informantes serão adotados os seguintes critérios de inclusão: o fato de serem indicados pelos ACS; residirem no território de abrangência da Unidade da Saúde da Família do bairro Mandacaru; estarem cadastrados na referida ESF; possuírem história de tratamento psiquiátrico severo e persistente; apresentarem condições de comunicação efetiva; serem maiores de 20 anos, de ambos os sexos; consentirem com a participação voluntária na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão, além do não atendimento aos critérios de inclusão supracitados, foram definidos: casos de transtorno mental grave e persistente que se apresentem em crise ou surto psicótico no momento da coleta de dados; àqueles casos indicados pelos ACS, mas que não haja uma confirmação de história de tratamento psiquiátrico; casos duvidosos, nos quais mesmo havendo história de tratamento psiquiátrico, subsista a possibilidade de outros diagnósticos, como deficiência mental, doenças neurológicas, síndromes congênitas, e outros.

Para atender aos objetivos propostos nesta pesquisa, optamos por utilizar como estratégias de coleta de dados a entrevista em profundidade e a fotocomposição. A análise dos dados obtidos nas entrevistas e na estratégia de fotocomposição será feita por meio da técnica desenvolvida por Sena (2006), a *análise da ambiguidade*, esta se baseia na teoria da intersubjetividade de Merleau-Ponty (1999), e busca fazer ver o vivido intencional a partir do processo pré-reflexivo, desvelando no decorrer da análise a essência do fenômeno, por meio da suspensão das teses de que as coisas já são em si mesmas (SENA, 2006).

IV – Comentários do relator:

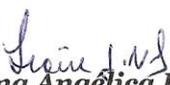
O projeto apresenta toda a documentação necessária para a apreciação do mesmo pelo CEP/UESB, está bem elaborado e estruturado. Além disso, possui relevância social.

V – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 02 de dezembro de 2010


 Prof.ª Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB