

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

ISIS LIMA DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE RECONHECIMENTO E MENOSPREZO:

O Cotidiano de Usuários do CAPS II de Porto Seguro

Porto Seguro
2019

ISIS LIMA DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE RECONHECIMENTO E MENOSPREZO:

O Cotidiano de Usuários do CAPS II de Porto Seguro

Dissertação apresentada a Universidade Federal do Sul da Bahia, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Andrés Patiño Orozco.

Porto Seguro

2019

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia – Sistema de Bibliotecas

S586e Silva, Isis Lima da

Experiências de reconhecimento e menosprezo: o cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro. / Isis Lima da Silva. – Porto Seguro, 2019.

143 p.

Orientador: Rafael Andrés Patiño Orozco

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade.

1. Saúde Mental. 2. Reconhecimento Intersubjetivo. 3. Loucura. 4
Narrativas. I. Patiño Orozco, Rafael Andrés. II. Título.

CDD: 362.2938

AGRADECIMENTOS

Esta é sem dúvida a última parte que estou escrevendo e sempre pensei o que discorrer neste momento. Me peguei ensaiando mentalmente várias vezes, mas parece que todos os momentos que tentei escrever me faltaram as palavras oportunas.

Bem, vou tentar ser o mais simples e verdadeira possível. Imagino que não exista uma regra nem uma ordem para agradecer aos que de alguma forma contribuíram para o êxito deste trabalho. Quero marcar aqui como foi difícil este processo de pesquisa e escrita da dissertação, muitas vezes cheio de erros e desafios. Voltando ao início várias vezes, me desesperando muitas outras.

Meu primeiro agradecimento vai para os usuários do CAPS II de Porto Seguro (BA) pela motivação e em específico aos usuários entrevistados que possibilitou a realização deste trabalho atrelado à equipe de saúde mental pela parceria e apoio em momentos caóticos.

Agradeço a minha mãe Jaidê pelo amor e apoio irrestrito, a minha irmã Daniela e a meu irmão Alisson (in memoria) que colaboraram para que eu me tornasse o que sou. Agradeço a minha Vó Zeca e minhas tias Celi e Nanci e a meu cunhado José Carlos, pelo afeto depositado e a colaboração de uma vida. Por fim ao meu companheiro Gustavo e meu filho Ícaro pela paciência desses anos em que me dediquei mais intensamente ao estudo, abrindo mão de momentos importantes por um objetivo pessoal. Agradeço a compreensão, não conseguiria sem vocês.

Continuando meus agradecimentos, estendo toda a minha admiração e todo reconhecimento ao meu orientador Rafael Patiño, por ter me incentivado a ir além, por ter confiado que ia dar certo e sei que não conseguiria sem sua irretocável orientação. Obrigada mesmo!

Aos amigos, não é possível citar a todos, portanto agradeço em específico a Aldo, meu irmão de toda uma vida e a pessoa que mais me provoca a buscar mudança, conhecimento e me incentiva a me superar. Agradeço a Luciana, minha amiga e eterna revisora, que aceitou o desafio de ler várias vezes o meu trabalho.

Encerro meus agradecimentos torcendo para não ter sido injusta.

SILVA, Isis Lima. **EXPERIÊNCIAS DE RECONHECIMENTO E MENOSPREZO: O Cotidiano de Usuários do CAPS II de Porto Seguro.** 2019. Dissertação – Universidade Federal do Sul da Bahia, Porto Seguro, 2019.

RESUMO

O cuidado destinado a sujeitos com transtorno mental no Brasil foi prestado historicamente, por um modelo hospitalocêntrico de internamento e medicalização, este vem sendo questionado a partir da segunda metade do século XX, por atentar contra a dignidade dos sujeitos, limitar o exercício da cidadania e dos direitos e contribuir para a manutenção de estereótipos e valorações negativas da loucura. O presente trabalho se propõe analisar a experiência de cidadania de usuários do CAPS II de Porto Seguro - Bahia, nas suas narrativas do cotidiano, como participantes de uma política pública estimuladora do desenvolvimento e exercício da mesma através da restituição de direitos, questionando a negatividade socialmente construída do conceito de doença mental e a imagem de um indivíduo desprovido das características humanas mais essenciais e valoradas pela modernidade: sua razão e sua vontade. Assim, o estudo pretende descrever as práticas cotidianas dos participantes nos distintos espaços de sociais; identificar as formas de menosprezo e reconhecimento subjetivo, por eles experimentadas e analisar as significações a respeito da função do CAPS. Para tanto, aborda-se a modernidade como um período no qual a loucura passou a ser compreendida como doença mental. Tal condição subjetiva ameaçava o edifício moderno levantado nas bases da razão. O louco passou a ser visto como um ser inadequado socialmente, improdutivo e incapaz de responder às demandas dos ideais da época, sendo excluído da possibilidade do exercício de cidadania. Partindo deste panorama histórico-cultural é realizado um diálogo entre os conceitos de cidadania e subjetividade. Do ponto de vista epistemológico, trata-se de um estudo interpretativo de casos múltiplos. O método utilizado para a produção das narrativas foi a foto-provocação, uma modalidade que combina fotografias e entrevistas. Seguindo esse modelo, foi solicitado aos participantes que fotografassem o seu cotidiano, posteriormente foram realizadas entrevistas a partir das imagens selecionadas pelos sujeitos. As narrativas produzidas pelos participantes foram analisadas partindo de categorias orientadoras produzidas com base nos objetivos, no programa Atlas.ti 8 para análise de dados qualitativos. Entre os resultados da pesquisa, observou-se que os sujeitos vivenciam experiências ambivalentes e contraditórias nos distintos contextos de socialização. Assim, em algumas dinâmicas intersubjetivas a doença mental é uma marca negativa, um estigma ao qual estão relacionadas experiências de desrespeito que afetam a relação dos sujeitos consigo mesmos, ferindo a autoconfiança o autorrespeito e a autoestima. Por outro lado, as experiências de reconhecimento e valoração positiva de práticas e qualidades subjetivas contribuem para o desenvolvimento e fortalecimento da autonomia e a independência dos sujeitos. Paralelamente, os sujeitos desenvolvem estratégias e lutas pelo reconhecimento em distintos contextos sociais, procurando ocupar papéis sociais distintos ao de doente mental, como trabalhadores, estudantes cuidadores etc. Finalmente, reconhecem que os princípios que orientam as práticas no CAPS restituem sua dignidade em comparação com as práticas manicomiais, objetivização

e menosprezo subjetivo. No entanto a política pública de saúde mental ainda encontra-se predominantemente orientada pela medicalização e deve priorizar ainda mais as práticas orientadas ao fortalecimento de vínculos sociais que permitam a restituição de direitos e o reconhecimento da cidadania dos usuários.

.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reconhecimento intersubjetivo. Loucura. Narrativas.

SILVA, Isis Lima. **EXPERIENCES OF RECOGNITION AND LESS THAN: CAPS II Users Daily Porto Seguro**. 2019. Dissertation – Universidade Federal do Sul da Bahia, Porto Seguro, 2019. Portuguese.

ABSTRACT

The care given to subjects with mental disorder in Brazil was historically provided by a hospital-based model of hospitalization and medicalization, which has been questioned since the second half of the twentieth century, because it violates the dignity of the subjects, limits the exercise of citizenship and of rights and contribute to the maintenance of negative stereotypes and valuations of madness. The present work intends to analyze the citizenship experience of CAPS II users from Porto Seguro - Bahia, in their daily narratives, as participants in a public policy that stimulates the development and exercise of the same through the restitution of rights, questioning the socially constructed negativity of the concept of mental illness and the image of an individual devoid of the most essential human characteristics valued by modernity: his reason and his will. For this, the work intends to describe the daily practices of the participants in the different social spaces; identify the forms of subjective disregard and recognition they have experienced, and analyze the meanings of the CAPS function. In order to think this question, modernity is approached as a period in which madness came to be understood as mental illness. Such a subjective condition threatened the modern building erected on the bases of reason. The madman came to be seen as an inadequate social being, unproductive and unable to respond to the demands of the ideals of the time, being excluded from the possibility of exercising citizenship. Starting from this historical-cultural panorama, a dialogue is carried out between the concepts of citizenship and subjectivity. From an epistemological point of view, this is an interpretative study of multiple cases. The method used for the production of the narratives was the photo-provocation, a modality that combines photographs and interviews. Following this model, the participants were asked to photograph their daily life, and interviews were then made from the images selected by the subjects. The narratives produced by the participants were analyzed based on guiding categories produced based on the objectives. The analysis process was carried out with the help of the software Atlas.ti 8. This research resulted in the analysis of the experiences of recognition and deprecation that the interviewees go through, these experiences being contradictory and allowing the development of subjective aspects and characteristics of their personality linked to self-confidence, self-respect and self-esteem, and as the denial of this recognition generated marks in these individuals, but at the same time opened space for struggles for this intersubjective recognition, it also allowed for a reflection on the role of CAPS in the implementation of the principles which guide the public policies of mental health guided by the restitution of rights and the recognition of the citizenship of the users.

Key-words: Mental health. Intersubjective recognition. Madness. Narratives.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Foto de usuário com a esposa	64
Figura 02: Foto de usuário na escola.....	68
Figura 03: Unidade Básica de Saúde – Porto Seguro.....	72
Figura 04: Equipamento de trabalho de usuário.....	75
Figura 05: Igreja frequentada por usuário.....	77
Figura 06: Usuário participando de culto.....	77
Figura 07: Passeio no shopping.....	80
Figura 08: Passeio na praça.....	81
Figura 09: Passeio na praia.....	82
Figura 10: Viagens a lugares próximos.	83
Figura 11: Salão de beleza frequentado por usuário.....	88
Figura 12: CAPS II de Porto Seguro... ..	106
Figura 13: Oficina de Bonecas.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i II	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
Cecos	Centros de Convivência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	14
2.1	MODELO SUBSTITUTIVO E CIDADANIA	17
2.2	O CAPS II DE PORTO SEGURO	21
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
3.1	LOUCURA E MODERNIDADE	25
3.2	CIDADANIA E LOUCURA	30
3.2.1	Reconhecimento Intersubjetivo, Loucura e formas de menosprezo.....	34
4	OBJETIVOS	42
4.1	OBJETIVO GERAL.....	42
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
5.1	REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS.....	43
5.2	MÉTODO FOTO-PROVOCAÇÃO	4
5.3	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	49
5.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
5.5	LOCAL E PROCEDIMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO	51
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
5.7	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	55
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
6.1	DINÂMICAS DE RECONHECIMENTO E MENOSPREGO NO COTIDIANO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL	57
6.1.1	O âmbito das Relações Familiares	58
6.1.2	Reconhecimento, Educação e Escola.....	64
6.1.3	Acesso a outros espaços de saúde: a ambivalência do atendimento prioritário	68
6.1.4	Trabalho e Benefício de Prestação Continuada.....	72
6.1.5	Comunidades religiosas e práticas de reconhecimento	75
6.1.6	Práticas de lazer e ocupação dos espaços.....	78
6.1.6.1	Passeio urbano	78
6.1.6.2	Passeio na praia	81
6.1.6.3	Viagens a lugares próximos.....	82

6.1.7	Uso da <i>internet</i>	84
6.1.8	Impressões sobre si e cuidado com a aparência	86
6.2	INTERSUBJETIVIDADE E EXPERIÊNCIAS DE MENOSPREZO.....	89
6.2.1	Família: incompreensão e desconfiança.....	89
6.2.2	Comentários desrespeitosos de vizinhos e afastamento de conhecidos	94
6.2.3	Dificuldade de acesso à Rede de Ensino.....	97
6.2.4	Internações no hospital psiquiátrico: maus tratos, degradação e exclusão	99
6.2.5	A medicação ainda está no centro do cuidado?	101
6.2.6	Sentimentos de vergonha	102
6.3	RELAÇÕES COM O CAPS: SUA REPRESENTAÇÃO PARA O USUÁRIO	104
6.3.1	CAPS e Direitos	107
6.3.2	CAPS enquanto casa.....	109
6.3.3	Espaço de educação e cidadania	110
6.3.4	Lugar de acolhimento.....	112
6.3.5	Atividades realizadas no CAPS	113
6.3.6	CAPS serve para medicar?.....	115
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
7.1	O MÉTODO	119
7.2	REFLEXÕES SOBRE A PERSPECTIVA TEÓRICA E O CAPS	121
	REFERÊNCIAS.....	129
	ANEXOS	137

APRESENTAÇÃO

Ao pensar na assistência psiquiátrica no país devemos entender que, historicamente, o cuidado dado ao sujeito com transtorno mental foi prestado por um modelo hospitalocêntrico de internamento e medicalização. Esse modelo vem sendo questionado por profissionais da saúde, familiares e usuários de saúde mental desde a segunda metade do século XX, por atentar contra a dignidade dos sujeitos, limitar o exercício da cidadania e dos direitos, além de contribuir para a manutenção de estereótipos e valorações negativas da loucura. Dentro das críticas, surge a reforma psiquiátrica, demandando a necessidade de repensar a prática dos profissionais das equipes multidisciplinares de Saúde Mental em relação aos modelos de assistência adotados no Brasil, e restituir a dignidade e os direitos dos usuários da saúde mental.

O presente trabalho analisou a experiência de cidadania de usuários de um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial através das narrativas do seu cotidiano. Para a construção e descrição do problema de pesquisa, realizamos um percurso pelo histórico da Reforma Psiquiátrica no país, suas origens e desenvolvimento.

Para melhor situar o contexto histórico em que estas práticas sociais e os dispositivos de saúde mental surgem, discutimos o lugar que a loucura ocupou durante a modernidade em relação à cidadania e aos direitos. Posteriormente, foram descritas algumas tecnologias sociais derivadas das políticas de saúde mental que na atualidade tentam construir modelos alternativos de tratamento da loucura no Brasil. Em seguida fizemos uma breve reflexão epistemológica e descrevemos as estratégias metodológicas que orientaram o estudo.

Na etapa final fizemos a análise do material encontrado utilizando como base a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth para interpretação das narrativas dos usuários dos CAPS II participantes da pesquisa em relação ao seu cotidiano, ao exercício de direito, suas experiências de reconhecimento e de menosprezo, bem como suas impressões em relação ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Porto Seguro, instituição que eles realizam acompanhamento.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica tem buscado implementar uma estratégia de cuidado em Saúde Mental, questionando o modelo biomédico, implantando mudanças no campo assistencial com a criação de serviços abertos e comunitários, efetivando transformações no campo jurídico em relação aos direitos das pessoas diagnosticadas com doenças mentais severas; e promovendo questionamentos no campo sociocultural e no pensamento social em relação à loucura (Amarante, 1995). Para melhor compreender estas mudanças tão profundas, abordaremos, brevemente, a sua construção e seus desdobramentos.

Segundo Fassheber e Vidal (2007), os movimentos iniciais da Reforma Psiquiátrica no mundo surgem após a II Guerra Mundial, tendo como países precursores a Inglaterra, a França e os Estados Unidos, os quais elaboraram estratégias para a reorganização da assistência psiquiátrica. Estas mudanças não foram pensadas em um contexto de movimento antimanicomial, mas apenas preocupadas com a melhoria do cuidado em relação às pessoas com transtorno mental.

Ainda segundo os autores, somente nas décadas de 1960 e 1970 surgem os primeiros debates reais na tentativa de ruptura com a atividade psiquiátrica manicomial dominante até o momento, dando início a uma discussão sobre novas práticas e outras possibilidades de cuidado, tendo destaque a psiquiatria democrática italiana, com influência dos movimentos da área da saúde, nas quais a construção do pensamento crítico teve como base conceitual, sobretudo, as obras de Michael Foucault, Erving Goffman e Franco Basaglia.

Amarante (2007) advoga ter havido uma severa crítica aos espaços representados por manicômios lotados de internos, com assistência baseada na tutela de sujeitos desprovidos da possibilidade de se responsabilizarem por seu próprio devir e de exercerem sua cidadania, submetidos a técnicas e práticas que atentavam contra a sua dignidade e integridade física. Este momento sinaliza o início de um processo de discussão e questionamentos das práticas em saúde mental, marcado pelo uso de distintas formas de violência e que cerceavam a liberdade, a autonomia e os direitos dos usuários.

No marco desses questionamentos surge, na segunda metade do século XX, um movimento internacional que teve Franco Basaglia como um dos principais

representantes. Tal movimento “construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais” (Amarante, 1994, p. 61), propondo uma ruptura com as antigas práticas do modelo de internamento, por considerar imprescindível um tratamento digno e respeitoso dos loucos e das pessoas acometidas por doenças mentais. Basaglia, em seu trabalho sobre a saúde mental, buscou modificar as formas de tratamento da loucura, assumindo estratégias que objetivavam a reconstrução da dignidade e dos direitos dos sujeitos como cidadãos (AMARANTE, 1994).

Para Foucault (1979), a internação dos loucos produz uma relação de poder que procura controlar a existência dos sujeitos e retirar a influência de fatores externos, estabelecendo um poder terapêutico de controle e adestramento. Busca-se conter, dominar e excluir os indivíduos com transtorno mental, mantendo-os longe das relações sociais.

As mudanças, em relação a este modelo, implantadas primeiro na Itália, permitiram a reconfiguração das relações de poder entre pacientes e instituições, e a construção de novas estruturas de Saúde Mental que substituíram a internação no Hospital Psiquiátrico (ROTELLI, 2001). Não somente se deu uma reorganização do processo de cuidado nas instituições, mas a implantação de estratégias que pudessem impedir novas internações.

Franco Basaglia (1924-1980) foi um psiquiatra italiano, referência na Reforma Psiquiátrica deste país e forte influência na Reforma Brasileira. Ele realizou uma crítica importante ao modelo vigente de internação psiquiátrica e à psiquiatria, propondo alternativas para substituir a internação.

Segundo Heidric (2007), Basaglia compreende a loucura além da psicopatologia, advogando que além do transtorno mental, a doença carrega um estereótipo, representando muito mais características referentes aos processos de preconceito e exclusão que atributos da própria doença. E não só isso, a própria construção da psicopatologia reflete preconceitos, ideais e valorações negativas de certas subjetividades.

Para Basaglia (1985), a psiquiatria estava restrita de fato à definição das síndromes que marcavam o doente retirado do seu contexto social, forçado a se ligar a uma doença abstrata, simbólica e “ideológica”. O doente foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria para que pudesse se ocupar da definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem

temer eventuais possibilidades de desmentidos por uma realidade que, deste modo, vinha negada (BASAGLIA, 1985, p. 269).

O autor denuncia que os indivíduos submetidos a tratamento pela psiquiatria eram extraídos de suas relações sociais, tinham seus direitos negados e eram construídos por uma teia de sintoma e classificação psicopatológica. Ressaltou, ainda, o conceito de institucionalização, afirmando que é um “complexo de danos” derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre o princípio de autoritarismo e coerção (BASAGLIA, 1985).

Tais princípios, donde surgem as regras sobre as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA, 1985, p.259). O autor ressaltou os danos que o processo autoritário e coercitivo das instituições psiquiátricas causavam.

Basaglia (1985, p.420) refletiu que “para o homem móvel, sem um futuro, um objetivo, um projeto, uma espera, uma esperança em torno da qual se voltar: o melhor é a reconquista da própria liberdade”. O autor enfatiza, aqui, a importância da liberdade como condição de existência e estes ideais influenciaram diretamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para Valverde (2010), Basaglia sinalizava que a terapêutica mais importante era conhecer a pessoa em sofrimento, este ser sempre coberto por rótulos e conceitos de um sistema institucional. Ou seja, buscar ir ao encontro do outro e conhecer este sujeito tão marcado por definições e conceitos firmados por uma sociedade com tendência à exclusão dos que se encontram fora do padrão instituído.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe novas perspectivas, problematizações, questionamentos e objetos de análise em relação à saúde mental, permitindo a construção de novos saberes e práticas sociais e discursivas que passaram a legislar, delimitar e definir as estratégias e a organização da rede de serviços de saúde mental (NASCIMENTO, 2009). O país sofreu uma influência direta de Basaglia na construção da sua Reforma Psiquiátrica. Para Passos (2007), o bem-sucedido percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil mantém laços assumidos com a psiquiatria democrática italiana, sem desconsiderar as especificidades próprias do processo brasileiro.

A Reforma Psiquiátrica construída no Brasil tomou forma na década de 1970, levantando uma crítica sobre como estavam pautadas as políticas públicas de saúde mental e questionando o modelo hospitalocêntrico de assistência, com suas estratégias de exclusão. Tenório (2002) enfatiza que a década anterior foi marcada pela potencialização do processo de reclusão, com o desenvolvimento de fármacos e estudos do cérebro, criando novas abordagens para o tratamento de pessoas em asilos, forjando um sentido de humanização, mas sem efetivamente pensar no indivíduo internado como cidadão.

Segundo Goulart (2007), na década de 1970 iniciou-se a discussão sobre o fim dos hospitais psiquiátricos e o processo de desinstitucionalização. Esta discussão ocorre até os dias atuais no Brasil, com grupos que defendem a manutenção e fortalecimento dos hospitais psiquiátricos, em consonância com as propostas do atual governo federal.

Este movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início em concomitância à estruturação do “movimento sanitário”, pleiteando transformações na prática, na gestão e no cuidado em saúde (BRASIL, 2005). Ambas reclamando uma melhor forma de cuidar, na qual fossem respeitados os princípios de equidade e o protagonismo dos usuários e trabalhadores.

Entretanto, a caminhada da Reforma Psiquiátrica tem uma história própria, baseada na construção internacional da superação do modelo asilar e seu aparato de violência. Estabelecendo-se como luta contra o tratamento desumano, o movimento foi além da iniciativa governamental, se construindo a partir dos movimentos sociais, tendo como pressuposto a crise do modelo hospitalocêntrico

que era focado na psiquiatria, com histórico de violência e supressão do exercício de cidadania. O tema “cidadania dos loucos” vem a ser ponto de pauta em alguns movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil, propondo como finalidade, a inclusão social dos portadores de transtornos mentais na perspectiva de cidadão (BARRETO, 2009).

Estas construções reflexivas e práticas tomam força na década de 1980, com a consolidação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Composto por trabalhadores de saúde, associações de familiares, sindicalistas, e usuários de saúde. Este movimento passa a denunciar a violência dos manicômios, a comercialização da loucura e a alocação de recursos na rede privada de assistência, passando a construir uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Neste processo, a década de 1980 é grifada pelo processo de redemocratização do país, com a inclusão na Constituição Federal do princípio de saúde como direito de todos e dever do Estado. Em seguida, a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (8.080/90), que concebe o Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza a integralidade e universalidade de acesso à saúde, com igualdade de assistência, sem distinção de algum tipo, com direito a participação e informação da comunidade (Lei 8080/90).

Neste período de redemocratização, cresce a atuação do MTSM, que segundo Arruda (2011), tinha como uma das estratégias visibilizar as práticas de violência dos hospitais psiquiátricos, os vários abusos e desrespeito destinados ao sujeito em tratamento. Este processo marca a origem de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a aprovação de legislação específica que norteasse o tratamento e garantisse os direitos das pessoas com transtorno mental e o fechamento dos manicômios.

Com a Reforma Psiquiátrica, buscou-se tirar o foco de ação do transtorno mental e dos sintomas na sua simples corporalidade para uma a compreensão desse sofrimento por meio da conceituação “existência-sofrimento”, a qual é definida por Luzio & Yasui (2003) como sendo a transformação do imaginário social relacionado à doença mental e à anormalidade, buscando ressignificar esses sujeitos, percebendo-os como cidadãos que desejam e “almejam poder de contratualidade social” (LUZIO & YASUI, 2003, p.33).

Historicamente, o tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental foi baseado na limitação da dignidade e cidadania. A consolidação dos direitos de usuários de saúde mental começa oficialmente em 1989, com a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Entretanto, este projeto de lei só foi aprovado doze anos depois com a Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2005).

Este período de gestação para aprovação da lei ficou caracterizado por dois movimentos simultâneos: de um lado, a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na hospitalização e, de outro, a fiscalização e redução progressiva e programada dos 120 mil leitos psiquiátricos existentes na época. É neste período que a Reforma Psiquiátrica brasileira se caracteriza como política oficial do Governo Federal (GONÇALVES, 2001). Vários embates ocorreram durante a construção desse novo modelo no processo de substituição gradativa das formas de tratamento com internação e violação de direitos, dentre as referências, destaca-se o psicólogo Marcus Vinicius de Oliveira, que teve como marca de atuação a defesa das populações mais vulneráveis no campo da psicologia (CFP, 2017).

Neste processo, na década de 1990, passam a vigorar no país as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (VENÂNCIO, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde, no documento elaborado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas:

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL 2005, p. 06).

Este documento aponta a complexidade do processo e as implicações dos atores da Reforma Psiquiátrica, que inclui governo, universidades, conselhos de várias entidades representativas, como saúde e assistência social, usuários de saúde mental, familiares e sociedade civil, todos denunciando a necessidade de perceber a Reforma Psiquiátrica como uma mudança de lógica na política da Saúde Mental, com realinhamento das práticas, questionamento dos conceitos e das relações entre instituições e usuários, em um processo com muitos avanços e com enormes desafios.

Silva e Oliveira (2005) pontuam que a reforma psiquiátrica se manifestou em um contexto de crise do cuidado focado nos manicômios, com uma série de denúncias de maus tratos e o surgimento de movimentos de luta pelos direitos dos internos, que incluíam os trabalhadores de Saúde Mental. Assim, criou-se um campo de tensão pelos direitos e respeito das pessoas atendidas no âmbito da saúde mental, surgindo, uma nova rede de cuidado no campo da saúde mental, tendo os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como dispositivo central de atuação.

2.1 MODELO SUBSTITUTIVO E CIDADANIA

Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

Todos os dispositivos citados acima compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a teia de dispositivos de cuidado em saúde mental, que tem como propósito a construção, a expansão e a articulação de locais de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A construção da RAPS preconiza uma lógica de cuidado que respeite os direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade, o processo de inclusão social, o exercício de cidadania, o apoio de equipe interdisciplinar, tratamento com lógica comunitária e territorial (BRASIL, 2011).

Os documentos oficiais não delimitam claramente a distinção de conceitos como cidadania, autonomia, inclusão social, entre outros, o que sugere que todos estes construtos dialogam e compõem uma perspectiva mais humanizada de cuidado em saúde mental, com garantia de liberdade.

Amarante (2009) evidencia que o ato de fechar manicômios não é garantia da efetivação deste cuidado humanizado, nem é o suficiente para superar o tratamento construído na lógica da segregação e do isolamento. Entende ser necessário realizar um cuidado que permita a esses indivíduos a reorganização de subjetividades e que possam se reconhecer como sujeitos autônomos.

Trabalhando nesta lógica, a Rede de Atenção Psicossocial, como citado acima, tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos seus principais dispositivos. Os CAPS são as estratégias centrais do tratamento atual de pessoas com transtorno mental, vinculados à rede pública de saúde, estão inseridos na comunidade e têm um território de abrangência definido.

Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, foi constatado que em 2014 existiam 2.209 (dois mil e duzentos e nove) CAPS habilitados no Brasil, sendo 476 (quatrocentos e setenta e seis) CAPS II, atendendo pessoas adultas com transtorno mental (BRASIL, 2015). Foram instituídos a partir da portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, nas modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. O primeiro, CAPS I, é destinado a municípios com população entre vinte e setenta mil habitantes. Já o CAPS II é um serviço estabelecido em municípios com população entre setenta mil e duzentos mil habitantes. Por fim, o CAPS III é construído em municípios com população acima de duzentos mil habitantes, com a característica específica de funcionar vinte e quatro horas.

São serviços coordenados pelo gestor local, responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; atuam como regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito e supervisionam as unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território, além de acompanhar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental de seu território. Realizam atendimento individual, em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

Instituído pela portaria 336 de 2002, o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i II), se trata de um serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituídos em municípios com população de cerca de duzentos mil habitantes. Possui as seguintes características: serviços ambulatoriais de atenção diária destinada a crianças e adolescentes com transtornos mentais; capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território; tem responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes. Além disso, busca supervisionar unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes, bem como supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental.

Os CAPS i II também realizam atendimento individual ou em grupos, oficinas terapêuticas executadas, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social, desenvolvimento de ações Inter setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.

O outro serviço estabelecido pela portaria 336 é o CAPS ad II, que presta serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em municípios com população superior a setenta mil, possui características e atividades similares aos outro CAPS, com a especificidade de manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

Permanecem os desafios com relação à expansão de serviços destinados a populações específicas, como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção vinte e quatro horas. Destaca-se ainda a necessidade de aprofundar as discussões relativas à população indígena e população em situação de violência e vulnerabilidade social (BRASIL, 2012).

Os CAPS têm o objetivo de oferecer cuidados não só quanto à saúde, mas também alimentação, moradia, atenção psicológica, psicossocial, isto é, um atendimento às necessidades cotidianas dessas pessoas com transtornos mentais. Sempre pensando em relação a aspectos do cotidiano do sujeito com transtorno mental, estabelecem princípios de territorialidade, buscando promover e fortalecer os laços sociais dos usuários e seus territórios. Caracterizam-se como produtor e/ou reprodutor de autonomia, convidando o usuário ao protagonismo do seu tratamento,

assegurando-lhe saúde e cidadania (SAMPAIO, 2017). Ao permitir uma participação ativa do usuário em seu tratamento, o CAPS está promovendo a possibilidade do exercício de autonomia do sujeito.

É função dos CAPS prestar atendimento diário, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos, bem como a promoção da inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações Intersetoriais (BRASIL, 2005). Esta inserção social é construída a partir de ações no território do sujeito, onde ela possa realizar as trocas sociais. O cuidado psicossocial, lógica de trabalho nos CAPS, devem considerar as subjetividades dos sujeitos e ser pautada pela sua inclusão social como uma finalidade permanentemente almejada (NASCIMENTO, 2012).

Tais serviços trabalham com reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005) Os CAPS executam ações denominadas de reabilitação psicossocial que fortalecem os usuários e familiares, com projetos que articulam recursos do território nos campos da habitação, trabalho, lazer, educação, cultura, direitos humanos, garantindo o exercício de cidadania, buscando novas possibilidades para projetos de vida (BARRETO, 2009).

Barreto (2009) destaca o exercício da cidadania como estratégia de combate à exclusão, permitindo a inclusão dos de fora na formação igualitária da sociedade e sua participação nela. Assim, cidadania se alcança com participação social. Pensar nesta lógica nos traz a reflexão que a condição para a inclusão é o exercício da cidadania, com garantia de direito deste sujeito. No entanto, o CAPS e tudo que é preconizado em relação sua função, técnicas de reabilitação, de inclusão social, como potencializador do exercício e de cidadania e autonomia do sujeito, norteados pelo princípio da Reforma Psiquiátrica, possui muitos desafios e dificuldades para a implantação do modelo.

Nascimento (2009) coloca que parte dos serviços de saúde mental são apreendidos pelo sentimento manicomial, colocando-os serviços como representantes do manicômio, enclausurando o desejo. Nardi e Rammiger (2007) afirmam que não basta a desospitalização dos indivíduos com transtorno mental para a efetivação do modelo psicossocial, pois é necessário que ocorra a desinstitucionalização da loucura, através da reflexão ao que parece natural, questionando a noção que se tem de loucura. Complementa Saraceno (2001) que rever a loucura passa por deslocar o preceito de cura pelo de cuidado, da lógica do

reparo para a dos direitos; compreender que se convive não com loucos, mas com cidadãos; não mais sob a proteção dos muros de hospitais, mas na cidade.

Este olhar em relação ao indivíduo com transtorno mental como cidadão, como pessoa de desejo e de escolhas, com direito a exercer sua autonomia, sua liberdade de escolha, talvez represente um dos grandes desafios que acompanha os CAPS e todos os representantes do modelo substitutivo, com a responsabilidade de exercer o cuidado sem criar contenções simbólicas.

2.2 O CAPS II DE PORTO SEGURO

Dentro da reestruturação da saúde mental encontra-se o fortalecimento das relações entre o sujeito com transtorno mental, seus familiares e outros espaços sociais distintos do hospital, objetivando o respeito e exercício dos direitos destes. (Borba *et all*, 2011). Com a consolidação destas estratégias inovadoras comunitárias de tratamento crescem várias preocupações em relação aos serviços.

O CAPS, segundo Merhy (1997), é considerado uma nova tecnologia de cuidado na rede de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde, pautada no respeito aos direitos dos indivíduos e novas estratégias na atenção dos sujeitos em tratamento no campo da saúde mental.

Para Pereira (2017), o modelo substitutivo (dentro do qual estão os CAPS) cria uma alternativa à internação e favorece a realização de atividades comunitárias que visam à reintegração social e podem contribuir para a ressignificação da história pessoal dos usuários de Saúde Mental. As estratégias abertas, nas quais os indivíduos com transtorno mental se mantêm em convívio com seu ambiente social e familiar, favorecem a manutenção e formação de laços sociais, permitindo, assim, vivências mais autônomas. Questionar a experiência dos usuários a este respeito permite avaliar, ao mesmo tempo, a eficácia da política pública e repensar o modelo a partir dos seus princípios.

Esta desinstitucionalização é um dos objetivos almejados pelos CAPS e é sustentada pela desconstrução do modelo asilar, apresentando novas perspectivas de vivência para o sujeito com transtorno mental. No entanto, foi pertinente interrogar se o CAPS tem alcançado este objetivo ou tornou-se outra forma de institucionalização, sem grades visíveis, com práticas distintas às do manicômio, contudo, sem possibilitar ferramentas efetivas para o exercício de cidadania dos

usuários. Coube questionar ainda se as antigas técnicas de controle da subjetividade estão sendo substituídas por outras mais sutis e menos visíveis, mas inclusive mais eficazes.

Este estudo foi desenvolvido em um dos dispositivos centrais no modelo da política pública de saúde mental na atualidade: um CAPS II, localizado em Porto Seguro, Bahia. A realização do estudo neste CAPS II residiu, entre outros aspectos, no fato deste ser o serviço mais antigo do município, com quatorze anos de funcionamento e possuir a maior demanda de atendimento de saúde mental da cidade, com 1.148 (um mil e cento e quarenta e oito) usuários cadastrados, e com 619 (seiscentos e dezenove) prontuários ativos em 2017, sendo 347 (trezentos e quarenta e sete) mulheres e 272 (duzentos e setenta e dois) homens, segundo informações disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro.

Na minha prática urgiu a necessidade de realizar algumas reflexões sobre a experiência cidadã dos usuários. Esta questão tornou-se evidente no cotidiano da prática profissional dentro do CAPS, abrindo a porta para refletir a respeito da experiência dos usuários em relação aos princípios que orientam a política pública de saúde mental e o trabalho dentro dos CAPS.

Aparentemente, existem alguns assuntos que se tornaram mais importantes e outros menos significativos para os usuários. Ficou notório uma falta de interesse em temas como política, economia, governo e direitos, estando estes restritos ao acesso ao passe-livre, temas ligados a medicalização e ao benefício de prestação continuada.

Outra questão que nos chamou atenção foi o processo de medicalização dentro do atendimento, o qual não incorpora o usuário como sujeito autônomo e parte responsável do tratamento, prevalecendo sempre a vontade da equipe ou da família, mesmo quando o sujeito expressa o desejo de diminuir o uso de fármacos.

Ainda não há o exercício pleno de direitos cidadãos, estando muitos usuários atrelados ao benefício de prestação continuada, que lhe garante um salário mínimo mensal, mas que o impede de trabalhar, sugerindo uma sequência de dependência.

Diariamente, entre 60 (sessenta) e 100 (cem) pessoas são atendidas pelo CAPS II de Porto Seguro, muitas destas indo rotineiramente e permanecendo grande parte do dia. Neste sentido, o CAPS é um lugar fundamental na construção de relações e laços sociais para muitos dos usuários. Alguns sujeitos relataram tristeza quando o serviço está fechado. Com quais outras estratégias e espaços de

socialização e de exercício da cidadania contam estes sujeitos e qual sua significação? É um questionamento que permanece aberto, porque apesar da valorização da inserção comunitária, da família e de outros contextos e práticas sociais às quais podem ter acesso os usuários durante seu tratamento, o CAPS é um ponto de referência constante e permanente.

Atividades como a realização de grupos no território, acessibilidade ao mercado de trabalho e à educação, participação ativa nas reuniões dos conselhos de saúde, assistência social e educação para traçar estratégias de inclusão para o usuário de saúde mental se tornam escassas, estando a equipe dedicada ao cuidado dos usuários dentro da instituição.

A prática profissional no CAPS remete também ao questionamento em relação à capacidade do serviço como potencializador do desenvolvimento de práticas sociais, estratégicas e habilidades necessárias para uma vivência mais autônoma e ampla da cidadania. A abordagem destes questionamentos demandou a escuta dos próprios usuários e de suas experiências a respeito do cotidiano no CAPS, mas também de outros lugares do território no qual habitam como cidadãos, a partir de papéis sociais distintos ao de usuário do serviço de saúde mental.

Parece-nos, deste modo, que a prática profissional dentro dos distintos dispositivos de saúde mental e, especificamente no CAPS, implica um desafio a respeito da implementação efetiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, que inspiraram a criação de políticas públicas de saúde mental no Brasil, orientadas a restituir a condição de cidadãos, a sujeitos antes submetidos a práticas de exclusão e reclusão em hospícios e manicômios.

Para ter êxito, este dispositivo necessita vincular recursos clínicos e incluir tratamento medicamentoso, acesso a habitação através de programas sociais, inclusão em situação de trabalho, possibilitar situações de lazer respeitando as necessidades e escolhas dos sujeitos (BRASIL, 2004). Considerando estas características do CAPS, este trabalho procurou compreender a experiência dos usuários, como participantes de uma política pública que estimula o desenvolvimento e exercício da cidadania a partir da restituição de direitos, questionando a negatividade socialmente construída do conceito de doença mental e a imagem de um indivíduo desprovido das características humanas mais essenciais e valoradas pela modernidade: sua razão e sua vontade.

O Ministério da Saúde preconiza ser função dos Centros de Atenção Psicossocial fomentar a reabilitação social e o exercício da cidadania de forma autônoma. O estudo dialogou com estas diretrizes da política pública, colocando o usuário no lugar central ao indagar pela experiência subjetiva do exercício da cidadania na sua cotidianidade, nos distintos espaços do território pelo que transitam e desenvolvem práticas sociais as pessoas atendidas no CAPS II de Porto Seguro.

Refletir sobre as políticas públicas de saúde mental nos trouxe o questionamento da forma como estes sujeitos estão construindo seus cotidianos, quais são os elementos que fazem parte deste processo e quais são as dificuldades e limitações encontradas. Essa inquietação versou tanto por motivações acadêmicas, quanto por reflexões no âmbito profissional, vez que atuo como psicóloga do Centro de Atenção Social de Porto Seguro há treze anos e estes incômodos perpassam por minha prática profissional.

A pretensão de realizar uma prática libertadora e emancipatória em relação aos usuários, o interesse em compreender como estes indivíduos têm construído sua cidadania e quais são as dificuldades sinalizadas por eles em terem uma vivência mais autônoma, justificaram alguns interrogantes que orientaram esta pesquisa, que objetivou analisar a experiência subjetiva de cidadania de pessoas em acompanhamento no CAPS II Porto Seguro a partir das suas narrativas. Para tal fim, descrevemos as práticas cotidianas dos participantes em distintos espaços sociais dialogando com o exercício de direito; identificamos as experiências de menosprezo e de reconhecimento narradas pelos usuários e analisamos as significações elaboradas pelos entrevistados sobre sua experiência de adoecimento e sua relação com o CAPS II, como política pública.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Visando uma melhor compreensão conceitual de algumas questões emblemáticas para a abordagem deste estudo, optou-se em tratar em de forma separada a fundamentação teórica. Deste modo, ainda com vistas na fomentação do estudo, serão abarcados em subcapítulos alguns temas, cujas noções serão abalizadas por notáveis estudiosos pátrios, pormenorizando os aspectos conceituais.

3.1 LOUCURA E MODERNIDADE

Para discutir o lugar da loucura na modernidade, é necessário pensarmos algumas características culturais deste período e a forma em que o sujeito e a subjetividade é tratada, avaliada e valorada.

Álvarez (2001) descreve a Modernidade como um campo de tensão:

La Modernidad, con sus disparidades europeas y americanas, es el campo de tensión entre la diversidad que surge de formas plurales de vida y la propensión de los saberes a homogenizar y normatizar dicha pluralidad. Por un lado, es la nostalgia occidental de la totalidad —que toma el rostro del fascismo, el nazismo, el monismo metodológico de la ciencia, etc.— que tiene como efecto prácticas de exclusión; por otro, la Modernidad —como horizonte normativo, político y ético— posibilita el estallido de una diversidad que es a todas luces una amenaza para las pretensiones homogenizantes de este proyecto de origen europeo. (ÁLVAREZ, 2001)¹

Álvarez (2001) enfatiza que a Modernidade é um momento onde se pleiteia a diversidade e a liberdade de existência e, ao mesmo tempo, desponta um processo de construção de conhecimento para a homogeneização, gerando um controle normativo e processos de exclusão para os que fogem aos padrões estabelecidos e endossados pela ciência moderna.

Essa ruptura na concepção de mundo é percebida na afirmação do individualismo (o *eu* da modernidade) em contrapartida à perda do conteúdo sacro

¹ A modernidade, com suas disparidades europeias e americanas, é o campo da tensão entre a diversidade que surge das formas de vida plurais e a propensão do conhecimento para homogeneizar e regular essa pluralidade. Por um lado, é a nostalgia ocidental da totalidade - que enfrenta o fascismo, o nazismo, o monismo metodológico da ciência, - que tem o efeito de práticas de exclusão. Por outro, - como um horizonte normativo, político e ético - possibilita a explosão de uma diversidade que é claramente uma ameaça às pretensões homogeneizantes deste projeto de origem europeia).

nas instituições, nos desvelando uma nova concepção da relação entre o público e o privado. Dentro dessa ciência moderna, advêm as ciências sociais e os estudos sobre o sentido de uma cidadania universal, enaltecendo o poder econômico individual dentro das relações de classe. Esta gama de mudanças traz uma série de consequências que, sem dúvida, modificaram os modos de existência (BRANDÃO, 2007).

A Modernidade tem foco inicial no acúmulo de capital, em um viés mercantil e industrial, no qual é construído um pensamento baseado na racionalidade, superando a concepção mítica-religiosa do mundo pré-moderno e estruturando uma lógica ética-política pautada no pensamento burguês, que valoriza a liberdade e a justiça. (Alvaréz, 2001). Entretanto as organizações modernas erguem-se sobre uma estrutura de insegurança, sem descobrir em si uma estratégia que possibilite uma proteção, diferente das sociedades pré-industriais onde o alicerce do sujeito era construído pelo seu pertencimento à comunidade, com uma proteção de proximidade. No período pré-industrial, todos estavam juntos, havendo um cuidado coletivo e o indivíduo se sentia mais seguro e com o sentimento que não estava só para resolver suas adversidades. Esse sujeito do coletivo, a partir da modernidade, passa a ser reconhecido como um indivíduo, independente do grupo que faz parte, por se tratar de uma sociedade individualista com a propriedade privada como sua proteção e, assim, com o direito a uma vida privada (CASTEL, 2005).

O *eu* da modernidade é apontado como controlado através da razão e permite por meio desta razão estender esse controle à natureza e aos outros, sendo a loucura tida como a não razão, portanto o indivíduo insano representa o não controle de si e da natureza. De acordo com Rose (2001), esta perspectiva de um ser racional torna-se dominante partir do século XIX, passando o homem a ser considerado indivíduo, com vivências particulares e modos gerais do desenvolvimento humano, sendo esta vivência relacionada com os preceitos do mundo moderno. Estas vivências particulares concebem uma relação do indivíduo com ele mesmo, em uma posição mais individualista e um olhar voltado para suas próprias necessidades.

Foucault (1986, p. 28) aponta os tipos de atenção que os homens têm voltado a si mesmos e a outras pessoas em lugares e épocas distintas. Enfatiza que “essa é uma genealogia da ‘relação do ser consigo mesmo’ e das formas técnicas que essa relação tem assumido”. Realça a importância, na modernidade, da relação do

homem com ele mesmo e com os outros e como se dão estas relações e as técnicas intelectuais e práticas utilizadas para seu controle.

Estas técnicas e práticas não vêm ao homem de forma pronta, mas são criadas, aprimoradas e incorporadas através dos centros educativos, espaços sociais, ambientes de trabalho, família, sendo um processo de subjetivação com uma história específica. Estas técnicas são aprendidas e disponibilizadas pelos meios de convivência do ser humano e fazem parte de processos de subjetivação, de formas de gestão da própria subjetividade em função de ideais impostos ou pautados (ROSE, 2001).

Este ser moderno, agora regido pelos fundamentos de uma lógica racionalista, é condicionado a uma paradoxal existência: de um lado a liberdade e o individualismo preconizado pela modernidade, do outro, técnicas de controle e padrões de comportamento estabelecidos. Foucault critica esse sentido de liberdade dado pela modernidade ao considerar essa liberdade perdida, questionando a homogeneização nas esferas política, científica e social (ALVAREZ, 2001).

Ao submeterem os indivíduos a um padrão de comportamento, algumas condutas são valorizadas positivamente e outras desprezadas. Rose (2001) questiona o porquê de alguns aspectos do comportamento social dos indivíduos se tornarem controvertidos, quais os mecanismos que julgam determinado comportamento, o que acarreta a noção do patológico suplantando o normal, ressaltando ainda que foi a preocupação com condutas desviantes, pensamento e expressões inaceitáveis e perigosas que fez surgir a noção de normalidade.

Para Alvaréz (2001), os indivíduos que não se adequam ao padrão constituem-se em alteridades não reconhecidas. O projeto de racionalidade da Modernidade possui uma lógica individualista para o homem, mas com padrões de comportamento socialmente aceitos. Estes não são reconhecidos como sujeitos de alteridade, gerando práticas de exclusão da diversidade e de certas formas de subjetividade.

Entre os indivíduos que sofrem com a exclusão por serem considerados despossuídos de razão, podemos localizar os loucos. Alvaréz (2001) não nega a capacidade emancipadora da modernidade, mas enfatiza que estas alteridades não reconhecidas, acarretando, como consequência, numa vida reificada, coisificada, que leva a exclusão de certas subjetividades.

Sobre as alteridades não reconhecidas, podemos pensar no conceito de estigma a partir da construção de Erving Goffman (1988). Os gregos criaram o termo estigma como referência a sinais corporais reveladores de algo diferente ou ruim sobre o *status* daquele que o apresentava. Estes sinais eram cortes ou queimaduras no corpo que identificavam o sujeito como escravo, criminoso ou traidor.

Os cristãos consideravam o estigma como uma dádiva, mas também era concebido como sinais de alguma patologia física. Estas concepções se modificaram na Modernidade, passando o estigma a ser associado a uma desgraça que desqualifica as características sociais do sujeito. Assim, este passa a ser reconhecido por essa marca que o menospreza e o infecta, impossibilitando a atenção para seus outros atributos (GOFFMAN, 1988). As pessoas que possuem um estigma fogem do padrão preconizado na modernidade e passam a sofrer estratégias de controle, sem o reconhecimento da sua alteridade e buscando implantar adaptações ao sujeito através de uma autoridade.

Esta autoridade, para Foucault (2001), é uma estratégia de controle que compõe os mecanismos de dominação. Os comportamentos que vão de encontro ao preconizado, e isto inclui a loucura, começam a serem localizados em um misto jurídico e médico, ou seja, começa-se a utilizar a autoridade do juiz e do médico para definir o que é normal e o que é desviante.

A partir daí, o exame psiquiátrico coloca o sujeito em uma situação que fica responsável por tudo e por nada (Foucault, 1975). Uma contradição, na qual o indivíduo é tido como culpado de suas atitudes desviantes e, ao mesmo tempo, sem condição de responder por essas atitudes. Segundo o autor, é uma técnica de normalização que a partir de agora será investida no indivíduo delinquente, uma substituição do indivíduo juridicamente responsável por alguém que necessita de medidas corretivas para reajustamento. O processo de normalização surge como estratégia para exercer poder nos indivíduos e que estes se adequem aos padrões estabelecidos. Complementa, ainda, que para a efetivação desta normalização foi necessário o suporte de várias instituições da sociedade, estabelecendo relações de poder, executando uma soberania e determinando padrões de comportamento.

É assim criado o hospital psiquiátrico, uma instituição médico-jurídica destinada aos “indivíduos perigosos, isto é, nem exatamente doente nem propriamente criminoso, que esse conjunto institucional está voltado” (FOUCAULT, 1975, p.43). Uma construção de uma instituição que não define claramente a quem

é destinada, pois coloca o conceito de perigoso, sem um real desdobramento das características diferentes de quem foge às regras estabelecidas, não se sabe se aos doentes ou aos criminosos.

Os loucos, os ditos perigosos, passam a coexistir ao lado dos miseráveis a serem separados em bons e maus, iniciando um processo de internação. Os hospitais onde os loucos foram internados não tinham um viés terapêutico e não apresentavam intervenções em saúde, mas eram apenas instituições morais, com aparato jurídico e material para a coerção e controle.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. (FOUCAULT, 1979, p. 58).

Esta perspectiva assistencialista aliava a lei a uma obrigação moral, sem intenção de condenar, mas de internar, para que estes internos pudessem ser libertados “de um mundo que é, para a fraqueza dos que se revestem, apenas um convite ao pecado, trazê-los para uma solidão onde só terão por companheiros os anjos da guarda encarnados na presença cotidiana de seus vigias” (Foucault, 1997). Notamos a clara intenção de separar, de colocar os diferentes, destoantes em um lugar de isolamento.

O processo de normalização, a bem dizer, eram práticas de exclusão, de rejeição e refletem como o poder é exercido sobre os doentes, sobre os loucos, com efeito de desqualificação, de afastamento, dentro de um movimento no século XVII que se potencializou à perseguição de todo tipo de desviante (FOUCAULT, 1997).

Além desta perseguição agressiva citada acima, Foucault denuncia outra forma de controle, mais sutil, duradoura e maior, que não é a de expulsar, mas de definir e controlar lugares, não um processo excludente e, sim, uma inclusão, só que vigiada e controlada. Ele nos remete aos princípios de tratamento da loucura orientados a conter e controlar, para que estes não desestabilizassem a sociedade dita sadia. A tecnologia do poder que repele e exclui, passou a exercer um poder que constrói o sujeito, que observa e um poder que se fortalece cada vez mais a partir da dominação e controle meticuloso (FOUCAULT, 1975).

Foi elaborada uma arte de governar, pautado nas relações de poder, instaurando o governo das crianças, o governo dos loucos, o governo dos pobres e, logo depois, o governo dos operários (FOUCAULT, 1975, p. 60).

Ainda segundo Foucault (1988), o Estado Moderno não criou um governo acima dos indivíduos, mas um aparato sofisticado de cuidado do qual os indivíduos podem fazer parte, com a condição de que esta individualidade tenha uma forma específica e com características valorizadas positivamente pela sociedade, portanto, para fazer parte deste sistema faz-se necessário seguir as normas.

Toda a lógica construída até então se aproxima do percurso desenvolvido no Brasil, já que a maneira que nosso país construiu e ainda constrói o tratamento da loucura recebeu forte influência das práticas realizadas na Europa, buscando fazer uma leitura das experiências europeias, adaptando as peculiaridades sociais, culturais e econômicas. Neste sentido, podemos discorrer e analisar como se inscreve a Saúde Mental no Brasil, nos seus mecanismos de contenção, em suas políticas inovadoras que foram diretamente influenciadas por autores citados acima, e assim buscar narrar as vivências e experiências atuais, não somente através dos procedimentos exitosos, mas principalmente identificando os desafios para construir uma política pública humanizada de saúde mental.

Nesta reflexão sobre quem é realmente esse indivíduo com transtorno mental, torna-se necessário elucidar as compreensões no tempo de como as sociedades europeias trataram a sua presença dentro do construto social. O que realmente ele representava? Qual era, portanto, o lugar do louco no processo histórico de construção de direitos individuais? Ou seja, tentaremos delimitar uma análise de como foi construída na modernidade, o lugar do louco, e o seu papel na efetivação ou não do sentido da cidadania.

3.2 CIDADANIA E LOUCURA

A palavra 'cidadania' vem do vocábulo latino 'civitas', origem etimológica ainda dos vocábulos 'cidade' e 'civil', que encontra consonância com o sentido do grego clássico 'polis' (πόλις) (Da Matta, 1992). Para Rezende Filho e Câmara Neto (2001), cidadania é um termo relacionado à vida em sociedade, tendo sua origem na pólis grega, entre os séculos VIII e VII a.C.

A democracia grega pode ser considerada como referência para o conceito de cidadania, na perspectiva que cidadãos livres construíam uma sociedade de homens iguais. Esta compreensão de cidadão excluía crianças, mulheres, povos bárbaros e escravos, sendo, portanto, um conceito norteado pela exclusão de determinados grupos desse lugar social (NASCIMENTO, 2009).

Rezende Filho e Câmara Neto (2001) consideram importante o estudo das políticas que instituem a cidadania nas sociedades, compreendendo as mudanças nas relações socioeconômicas e como estas refletem diretamente na conceituação e prática da cidadania. É preciso considerar o momento sócio-histórico e as relações econômicas em cada época, para compreender o remodelamento do conceito de cidadania, com o objetivo de atender as necessidades do momento.

Realizando um salto proposital para a Idade Média, este foi um período de transformações econômicas, sociais e políticas. Para Arendt (1995), foi um momento em que as questões relacionadas à política perderam espaço, havendo uma perda do significado de cidadania, dando lugar às preocupações religiosas.

Na construção social do período medieval, duas classes, o clero e a nobreza, uma detentora do saber e a outra detentora do poder, obtinham os direitos referentes à cidadania enquanto os servos não possuíam os privilégios dos “cidadãos”: eram excluídos e não recorreriam ao poder público de forma direta (REZENDE FILHO e CAMARA NETO, 2001).

A partir da crise do sistema feudal, com os questionamentos da legitimidade dos preceitos da Igreja Católica Romana teve início duras críticas, conflitos e insurreições (Mondaini, 2005). Os preceitos religiosos católicos estavam enfraquecidos e juntamente com o renascimento urbano, surgiram novas ideias de sociedade e de cidadania atrelada a direitos políticos. Este momento de crise do sistema feudal permitiu um reordenamento dos direitos, com novas significações de sociedade e novas formas de perceber o conceito de cidadania, com um viés de participação política.

Com o advento do capitalismo e suas profundas mudanças sociais, a cidadania passou a ser rediscutida nas sociedades modernas. Houve a reformulação do antigo conceito de cidadania, que retomou o ideal liberal francês de igualdade entre os homens. Esta igualdade passou a ser construída na perspectiva dos direitos universais, mas sabemos que, na prática, ficou, para muitos, no campo das ideias;

certas subjetividades não estariam incluídas neste contrato e uma delas seria o louco que rapidamente será considerado doente, portador de transtorno mental.

Com a consolidação da burguesia que pleiteava direitos iguais em relação às classes privilegiadas, foram instaurados os princípios do Absolutismo Monárquico com um conceito moderno de cidadania. Pinsky (2005) sinaliza que a Independência dos Estados Unidos e a Revolução Francesa proporcionaram esta modificação no princípio dos direitos, que passam a serem considerados; direito civil, direito político e direito social.

Marshall, em 1967, aprofunda esta noção de direito ao analisar a evolução histórica da noção de cidadania na Inglaterra, a partir da Revolução Industrial, centrando-se em três elementos: 1) direitos civis, que representam a liberdade individual de escolha de pensamento, religião, etc., e o direito de defendê-los; 2) direitos políticos, que significam a liberdade de participação como eleitor ou autoridade política de uma dada organização social; 3) direitos sociais, que só passaram a fazer parte do conceito de cidadania em meados do século 20: o elemento social que se refere ao direito de viver como ser coletivo, de acordo com os padrões prevalecentes na sociedade.

A construção destes direitos se iniciou pelos direitos civis que representavam a liberdade de escolha religiosa, de expressão de ideias e de defender suas ideias perante a sociedade. Podemos refletir, assim, que não foi permitido às pessoas com transtorno mental a expressão destas ideias, muito menos a defesa destas, como sinalizado nos conceitos trabalhados acima, referentes a Modernidade e a valorização da razão.

O segundo direito situado por Marshall (1967) é referente ao direito político, Sabemos que, na prática, existe uma limitação da participação política dos usuários de saúde mental, visto que uma parcela deles não votam, por processos de interdição e outros por falta de incentivo ao exercício do voto, bem como não concorrem a cargos públicos.

A terceira colocação de Marshall é referente aos direitos sociais, que sem dúvida representam os direitos menos implementados, por se referirem ao direito de viver em comunidade e se relaciona aos direitos fundamentais, que até hoje é pauta de reivindicação dos movimentos sociais. Estes direitos, se comparados aos anteriores citados, para os usuários de saúde mental estão bem distantes de serem

efetivados. Estes sujeitos que fazem acompanhamento em saúde mental estão em constante luta para que seus direitos que sejam reconhecidos.

Nascimento (2009) coloca que a noção de direitos humanos se tornou fundamental apenas após as duas guerras mundiais e foi fundada a Organização das Nações Unidas, em 1945, e a reconfiguração contemporânea da noção de cidadania e direitos humanos, apresentados na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão (1798). Este conceito de cidadania foi atualizado e repactuado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (PIOVESAN, 2008).

Hoje, uma variedade de atitudes caracteriza a prática da cidadania. Assim, entendemos que um cidadão deve atuar em benefício da sociedade, bem como esta última deve garantir-lhe os direitos básicos à vida, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, trabalho, entre outros (Rezende Filho e Câmara Neto, 2001). Fica a reflexão se esta cidadania está sendo efetivada no decorrer dos anos, ou se é uma cidadania ideal, onde a garantia de direito é parcial ou mesmo precária.

Podemos perceber que o processo de construção de cidadania no Brasil possui uma configuração inicialmente distorcida, onde a disponibilidade de direito tem como estratégia o controle, evitando a mobilização social. Compreendemos, portanto, que não foi uma cidadania construída para o povo, mas para controlar o povo, através de várias instituições, como as instituições psiquiátricas, que tiveram o objetivo de controle, de normalização e precarização do exercício de cidadania para certos sujeitos.

São tidos como cidadãos os trabalhadores que produzem e cujas ocupações sejam reconhecidas e definidas por lei, promovendo o surgimento da cidadania hierarquizada, embutida na sua profissão, com os direitos restringidos ao lugar que ocupa no processo produtivo. Como visto em Foucault (1989), não existia lugar para os que não faziam parte do processo produtivo, portanto não havia lugar para o louco, considerado improdutivo e sem espaço neste mundo do trabalho construído sob a égide de uma cidadania capitalista.

A emergência e fortalecimento dos movimentos sociais ocorrem no período entre 1976/77 sinalizando para a ampliação do sentido de cidadania: estabeleceu-se plataformas de luta, como a reivindicação pelo direito à posse de terra, a igualdade entre homem/mulher, combate à discriminação racial, direito à creche, terras e reservas indígenas, pela liberdade de expressão social e política, por uma sociedade sem manicômio e por participação nas decisões do poder, entre outras questões

(Amarante, 1998). Surgem incômodos que começam a ganhar voz e força na sociedade que já não suportava viver em desacordo com princípios básicos que determinam o exercício da cidadania.

Partiremos para uma especificação em relação aos objetos de luta pela liberdade que foi consumada em contradição ao regime militar, que consiste na luta contra os manicômios e pela reordenação ao cuidado do paciente psiquiátrico e ao seu direito à cidadania. Nos perguntamos como essa construção ideal de cidadania é efetivamente experimentada por pessoas diagnosticadas com transtorno mental, consideradas loucas, tradicionalmente privados de direitos e submetidas a práticas de exclusão social. Tal interrogante é abordada aqui a partir das narrativas do cotidiano dos usuários do CAPS.

3.2.1 Reconhecimento Intersubjetivo, Loucura e formas de menosprezo

Na modernidade, segundo Barreto (2009), uma característica inquestionável do ser humano é o fundamento da razão, sendo a loucura entendida como o processo daquele que não está em sua racionalidade. Esta lógica que considera o louco como desarrazoado, o impediu de sua participação nas trocas sociais e conseqüentemente não foi considerado cidadão.

Pensar a relação do conceito de cidadania e sua relação com loucura é remeter ao seu caráter histórico e às conseqüências geradas pela revolução francesa e americana do século XVIII, onde emergiram a concepção moderna de democracia e de sua figura essencial, o cidadão, agora identificado a uma subjetividade fundada numa razão universal (Bezerra, 1992), e podemos acrescentar eurocêntrica. Podemos notar que toda a construção de cidadania na modernidade funda-se na razão que vai de encontro ao olhar em relação aos indivíduos com transtorno mental por ser este considerado sem razão.

Barreto (2009) afirma ser a subjetividade moderna construída em uma lógica racionalista e universal do ser humano, provido de razão, sendo a razão considerada fundamental a todos os sujeitos. A autora descreve a loucura como negatividade de uma razão, imposta como uma normativa, condenando o louco à condição de excluído daquilo que definiria a própria ideia de humanidade no homem. Revela, ainda, um questionamento sobre a própria humanidade do louco, vez que para ser

humano, o indivíduo deve possuir racionalidade, negada ao louco e retirada a possibilidade deste enquanto sujeito de direito.

Segundo Nascimento (2009), a discussão em torno da temática da cidadania trata alguns elementos, como participação política, a liberdade, a igualdade entre os homens e uma série de direitos e deveres, em cada tempo houve uma construção específica de práticas, reflexões e discursos muito distintos sobre esse conceito. Portanto, ao falar deste conceito de razão, ele representa o pensamento de um dado momento, neste caso, a Modernidade, com suas visões de mundo e expectativas em relação ao homem.

Buscando uma perspectiva de permitir o exercício de cidadania do louco, Amarante (1995) afirma que Pinel, no século XVIII, liberta o sujeito dito da desrazão das correntes que o prendiam, permitindo o registro destes em um lugar de liberdade. Contudo, fundou a ciência que os classifica e os acorrenta como objeto de saberes que são atualizados na instituição da doença mental.

Este gesto simboliza a criação da psiquiatria e de um lugar onde a mesma pudesse exercer seu poder, o hospital psiquiátrico. Desde sua criação, esse espaço se apresenta contraditório, buscando incluir para excluir (Barreto, 2009). Com o advento da psiquiatria surge um debruçar em compreender a doença mental, categorizá-la e tratá-la, com o artefato do cerceamento da liberdade, uma máxima de prender para tratar.

A loucura, até então objeto da filosofia, que, em resumo, tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passa, com Pinel, a ser objeto também da medicina (Amarante 1996). Desta forma, a loucura surge ainda como doença mental. “A possibilidade de aglutinar os loucos num mesmo espaço, para conhecer e tratar suas loucuras, permite o nascimento da psiquiatria” (Amarante, 1996). A psiquiatria afirma-se enquanto ciência e passa a imperar no processo de manutenção da ordem dos sujeitos, visto que, além de buscar a neutralidade, objetivava identificar o cerne do problema mental, sua casualidade (SAMPAIO, 2017).

A procura pela causa da doença em uma perspectiva organicista desconsiderava o contexto sócio histórico do sujeito adoecido, talvez colaborando para adoecer-lo mais a partir da exclusão, como garantia de manutenção da ordem.

Após a Revolução Francesa, com o fortalecimento da psiquiatria, o louco se tornou “insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de servir, não entra no circuito regulador das

trocas” (Castel, 1978 apud Amarante, 1996). Ao mesmo tempo em que ele não pode ser responsabilizado pelos seus atos nem sofrer punições por suas atitudes, também não pode trabalhar, não pode servir, mas, principalmente, não possui condição de realizar as trocas sociais, ou seja, fora considerado incapaz de estabelecer os vínculos sociais.

A estruturação da psiquiatria acarretou o incentivo ao uso dos fármacos e da hospitalização. Este local é denominado por Goffman (1961) como uma Instituição Total:

Um local de residência e trabalho onde um grande grupo de indivíduos, com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1961, p. 11)

Goffman (1961) revela um espaço que busca a manutenção da loucura e do controle sobre a mesma, não somente na perspectiva de manter o louco em um lugar específico, mas de exercer controle sobre este. Goffman (1961) é precursor na abordagem de considerar estas *instituições totais* como locais de violação de direito à autonomia, denunciando como um lugar onde havia a morte do eu, como uma associação de características negativas, que desqualificava o louco, com intuito de manter os sujeitos alienados, com retirada da liberdade, violação de direitos e impedimento de uma vivência cidadã.

Mas como conceituaremos esta cidadania? Nascimento (2012) nos dá uma direção ao afirmar da impossibilidade de representar a cidadania como uma definição fechada em si, mas como um conceito histórico, que varia no tempo e no espaço com diferentes regras para o exercício de cidadania. Podemos perceber que o autor considera a construção de exercício de cidadania que, na modernidade, foi decidido que o louco não possuía condição de exercer sua cidadania em suas distintas dimensões, que este era alguém sem razão, portanto incapaz.

Jaime Pinsky (2005) coloca que mesmo não podendo pensar em cidadania como uma cadeia evolutiva única, podemos vislumbrar uma evolução histórica de uma construção que inicialmente demonstra uma ausência de direitos para uma ampliação gradativa.

Ainda sobre cidadania, Vasconcelos (2006) pontua que a universalização do conceito de cidadania funciona como um potencializador de exclusão do diferente, mas, também, sugere como um tipo de inclusão dos indivíduos, aos quais se refere

aos “poderes disciplinares” construídos por Foucault, com controle das subjetividades. A cidadania também deve ser pensada na sua relação com a subjetividade, pois ela vai além dos direitos civis, políticos e sociais. Para Patiño (2009), remete também a proteção, proporcionando sentimento de pertença a algo, de identificações, gerando a crença da segurança.

Entretanto, as bases contemporâneas da sociedade em um discurso universalizado, sustentado por uma história oficial, com estratégias de homogeneização geram práticas de exclusão das minorias e limitação da subjetividade (PATIÑO, 2009).

Boaventura de Sousa Santos (1991) afirma que a sociedade moderna é permeada pela tensão entre a subjetividade individual e a subjetividade do Estado, tendo o princípio de cidadania como um mecanismo regulador, que tanto limita os poderes do Estado sobre o indivíduo, quanto universaliza as particularidades do sujeito, possibilitando um maior controle social.

Para Santos (1991, p.141):

A relação entre cidadania e subjetividade é ainda mais complexa. Para além das ideias de autonomia e liberdade, a subjetividade envolve ideias de auto reflexividade e de auto responsabilidade, a materialidade de um corpo (real ou fictício), e as particularidades potencialmente infinitas que confere o cunho próprio e único a personalidade. Ao consistir em direitos e deveres, a cidadania enriquece a subjetividade e abre-lhes novos horizontes de autorrealização, mas, por outro lado, ao fazê-lo por via de direitos e deveres gerais e abstratos que reduzem a individualidade ao que nela há de universal, transforma os sujeitos em unidades iguais e intercambiáveis no interior de administrações burocráticas públicas e privadas (...)

A subjetividade não é apenas o exercício do direito e da liberdade, passa por questões ligadas à capacidade reflexiva e de responsabilidade do indivíduo. A cidadania ao mesmo tempo potencializa a subjetividade e desconsidera as individualidades, colaborando para a homogeneização dos sujeitos e maior controle destes pelo Estado.

Para Santos (1991), este conflito entre a subjetividade individual e uma cidadania direta ou indiretamente com propósito regulado se mantém durante toda a modernidade. Neste sentido, Foucault analisou o desenvolvimento da cidadania em detrimento da subjetividade e concluiu que a primeira sem a segunda gera normalização, sustentada pelos poderes que exercem sobre os sujeitos.

Entretanto, esta emancipação e a permissão para uma vivência mais criativa e livre da cidadania não abarcou o paciente psiquiátrico. Pelo contrário, a

compreensão da loucura como doença mental legitimou práticas de exclusão dos doentes mentais e a supressão dos seus direitos sociais, consequentemente, a impossibilidade da prática de uma cidadania integral (BARRETO, 2009). A Reforma Psiquiátrica, como descrita antes, possibilitou pensar a resituação de direito do louco, o que reflete diretamente a questões ligadas a uma vivência cidadã.

Refletir sobre questões ligadas ao exercício de cidadania dos indivíduos que fazem acompanhamento em saúde mental nos convida a pensar em sua vida diária, em suas rotinas e em seus cotidianos. Para Berger e Luckman (1985), a vida cotidiana é uma interpretação da realidade, com uma gama de sentidos que trazem coerência ao mundo experimentado. Portanto, para compreender a construção da subjetividade destes indivíduos e suas vivências, estivemos atentos à forma em que narram sua cotidianidade.

Várias pesquisas, na área da saúde mental, tem se debruçado a compreender aspectos ligados ao cotidiano de usuários da saúde mental, afastando-se propositalmente de questões psicopatológicas e se vinculando a interrogantes relacionados ao processo de inclusão social e seus derivados.

Pereira (2017) realizou uma pesquisa em dois serviços abertos de um hospital dia e um NAPS em Ribeirão Preto – SP, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas com profissionais pertencentes às equipes técnicas destas unidades. Segundo Pereira, surge no discurso dos profissionais o conceito de reabilitação psicossocial atrelado ao de autonomia e individualidade dos usuários, sinalizando como conquista as mudanças ocorridas a partir dessa abordagem. No discurso dos profissionais surgem as dificuldades e desafios da prática da reabilitação psicossocial, em relação às condições técnicas dos profissionais, a própria política de saúde mental reforçadora do controle do usuário e a complexidade do trabalho que são agravadas pelos processos de exclusão social sofrido pelos usuários. A autora deixa uma reflexão sobre a importância de considerar aspectos subjetivos, entre eles a forma como os usuários avaliam os serviços em termos das melhorias de qualidade de vida que os mesmos lhes propiciam.

Concretamente, defende a necessidade de apreender a fala dos usuários de saúde mental em relação à forma como eles avaliam o serviço em termos de contribuição no aumento da sua qualidade de vida, o quanto estes serviços proporcionam este crescimento do bem-estar. A autora aponta para a falta de

pesquisas direcionadas a compreender o processo da saúde mental, as expectativas de melhora e qualidade de vida ou mesmo sobre temas do cotidiano a partir das impressões e falas dos indivíduos com transtorno mental, questão esta que pretendemos provocar em nossa pesquisa.

Compreendemos que escutar o sujeito em tratamento a respeito de sua experiência de adoecimento como cidadão e como usuário da política de saúde mental permite explorar e reconhecer um ponto de vista que, em alguns contextos, é negligenciado em função de concepções que ainda reduzem o sujeito diagnosticado com transtorno mental a um lugar desprovido de autonomia e de direitos.

Nesta mesma direção, Onocko Campos (2012) coloca que na saúde mental existem poucas pesquisas direcionadas a ressaltar a vivência dos usuários a partir da sua própria narrativa, revelando a urgência de mais estudos, vez que o motivo maior da construção de toda a política de saúde mental reside no usuário. Nada mais justo que ele possa falar sobre a eficácia destes serviços, possibilitando pensar a prática a partir do discurso do sujeito, pois o usuário de saúde mental é o mais afetado pelas vicissitudes desta política pública.

Entendemos que a experiência da cidadania e exercício de direitos não se limita a um processo abstrato e despersonalizado, mas é um processo intersubjetivo dentro de um marco institucional. Compreendida desta forma, a vivência da cidadania afeta diretamente a relação dos sujeitos consigo mesmos. Assim, cidadania e subjetividade são processos inseparáveis, inclusive no âmbito do exercício das políticas públicas em saúde mental.

Para compreender como os usuários entendem o lugar social que ocupam e as experiências vivenciadas as quais os usuários se sentiram reconhecidos como sujeitos amados, inseridos socialmente, com papéis sociais e detentores de direitos utilizaremos de forma mais central a teoria de Honneth (2003) e em seguida empregaremos da mesma maneira a teoria para compreender quando não existe este reconhecimento intersubjetivo, tendo como consequência as práticas de menosprezo. Compreendemos que as experiências de reconhecimento, sendo um momento que o sujeito se sente amado, respeitado e aceito socialmente, influenciam a construção da autonomia, refletem na maneira como este sujeito se percebe, gera confiança e conseqüentemente possibilita a construção de uma vivência cidadã. Por outro lado, a negação deste reconhecimento, através das experiências de

menosprezo, impossibilita a formação de segurança, autorrespeito e geram as não práticas de cidadania dos sujeitos.

Axel Honneth (2003) realiza reflexões sobre as formas de reconhecimento intersubjetivo e os efeitos das práticas de menosprezo na construção da subjetividade dos sujeitos, que serão úteis para a interpretação de algumas experiências relatadas pelos participantes.

Honneth (2003) coloca o reconhecimento intersubjetivo como condição para a vida social e só através deste processo o indivíduo pode chegar a uma concepção prática da sua relação com seus parceiros, estes seus destinatários sociais. Nesta interação, o indivíduo passa a se reconhecer como sujeito e como alguém que se relaciona com os outros. E é a partir do reconhecimento das suas características pelos membros da sociedade que os indivíduos passam a se sentirem reconhecidos e conseqüentemente esta condição possibilita que este realize as trocas sociais.

O autor descreve três formas de reconhecimento: o amor, representando na dedicação emotiva, simbolizada nos laços afetivos, como o amor e a amizade. Para desenvolver esta esfera de reconhecimento Honneth se apoia em Winnicott lembrando que a criança inicia sua vida em uma relação simbiótica com a mãe que pouco a pouco se transforma, permitindo que o sujeito se diferencie e construa sua independência. Esta primeira relação se fundamenta na dedicação emotiva que a criança recebe. Tal vínculo afetivo funda as bases da autoconfiança.

A segunda forma de reconhecimento é o direito, que concebe o indivíduo como sujeito através do reconhecimento jurídico como um igual diante dos seus semelhantes, com leis assegurando seus direitos civis, políticos e sociais, possibilitando o reconhecimento do indivíduo como autônomo e moralmente imputável. O reconhecimento jurídico nesta esfera é a base para do autorrespeito (HONNETH, 2003).

A última esfera de reconhecimento é a solidariedade e remete a aceitação recíproca das características individuais, sendo estas definidas de acordo com os valores vigentes da comunidade. Esta esfera proporciona a geração da autoestima, que representa a confiança em si, nas realizações pessoais e na aquisição de características estimadas na comunidade e esta valorização muda em cada período histórico. Desta forma, as três esferas de reconhecimento intersubjetivo fundamentam e afetam a relação que os sujeitos estabelecem consigo mesmos.

Segundo Honneth, a esfera de reconhecimento intersubjetivo denominada amor, somada a esfera do direito e a da solidariedade, geram nos sujeitos a autonomia, que possibilita a vivência independente baseada na certeza que é amado e aceito, gera ainda o autorrepeito, que permite a compreensão deste sujeito enquanto possuidor de direitos, o que traz o sentimento de se sentir igual aos demais membros da sociedade e a solidariedade gera a autoestima, pois o sujeito se sente reconhecido por atributos valorizados socialmente em cada um tem histórico, como casamento, trabalho, hábitos, formação educacional.

A falta de reconhecimento nestas esferas ocorre através das experiências de menosprezo, que perpassa pela privação do amor, que pode ser compreendida como maus tratos, violências diversas, não vivência da vida íntima-sexual, abandono pela família. Já na esfera do direito, ocorre quando estes são alijados, em situações de impedimento de vivências de direitos, desrespeito as leis de proteção, como moradia, saúde, liberdade, trabalho, que diminui o sentimento de autorrespeito, impedindo que o indivíduo se reconheça enquanto cidadão.

Em relação a última esfera, a solidariedade, a experiência de menosprezo pode ser compreendida como a falta de valorização social de atributos que vão de encontro ao preconizado socialmente, como formas de vida diferentes, outras relações de trabalho além do formal, relações afetivas consideradas destoante, ou seja, vivências subjetivas contrastantes ao ditado socialmente.

Refletindo sobre as colocações sobre as experiências de reconhecimento intersubjetivo e as situações de menosprezo, podemos inferir que esta teria resposta a questionamentos da pesquisa, pois consideramos que a vivência de cidadania e autonomia no cotidiano de usuários de saúde mental estão intimamente ligadas com as experiências de reconhecimento nas relações afetivas familiares, amigos e vizinhos. Além disso, as vivências em que seus direitos são respeitados refletem nas suas compreensões enquanto sujeitos inseridos na sociedade e a forma como a sociedade os reconhece influencia na sua autoestima. Também podemos pensar que as experiências de desrespeito e as formas de menosprezo determinam essa construção subjetiva de si, da noção de direito, de ocupação de espaço, influenciando a percepção que estes sujeitos tem de si.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a experiência de cidadania de usuários do CAPS II de Porto Seguro, Bahia, diagnosticados com transtorno mental, a partir das suas narrativas do cotidiano.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as práticas cotidianas dos participantes nos distintos espaços de socialização, identificando os papéis que ocupam em cada contexto social e indagando os sentidos construídos a respeito do exercício dos seus direitos como cidadãos.

Identificar as formas de menosprezo e reconhecimento subjetivo experimentadas pelos participantes nos distintos contextos sociais nos que exercem a sua cidadania.

Analisar as significações elaboradas pelos participantes da pesquisa a respeito da função do CAPS, na construção de práticas sociais pautadas pela autonomia e nos processos de reconhecimento subjetivo e restituição da dignidade, e da integridade física e social.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS

A reflexão epistemológica fundamenta a abordagem da subjetividade pela compreensão desta como algo complexo, que não se reduz a um ou poucos aspectos, pois segundo Morin (2000), qualquer situação só faz sentido nas relações de que faz parte. Compreendido o sentido da ação, entendendo que sua produção se dá na relação dialética entre momentos individuais e sociais de um sujeito comprometido permanentemente com suas práticas sociais, reflexões e sentidos subjetivos, Loriele (2008) reconhece que a subjetividade humana só pode ser entendida na compreensão de suas inter-relações, ainda que cada uma seja específica ao mesmo tempo.

Essa relação entre o momento individual e o social na produção da subjetividade sugere um realinhamento do papel da teoria com o método, valorizando o processo de construção na pesquisa, que revela o próprio objeto e sua peculiar abordagem epistemológica. Nesse sentido, a episteme, não é a “chegada”; nas palavras de Morin (2000, p.74), “é possibilidade de partida”, onde os resultados estão inexoravelmente ligados com as relações entre os sujeitos e o próprio processo de pesquisa.

Pensar estes sujeitos nos remete a compreender a subjetividade ao mesmo tempo como produto e produtora, pois é um produto das relações, mas, também, produtora destas mesmas relações. Morin afirma:

Contrariamente aos dois dogmas em oposição – para um o sujeito é nada; para o outro, o sujeito é tudo -, o sujeito oscila entre o tudo e o nada. Eu sou tudo para mim, não serei nada no Universo. O princípio do egocentrismo é o princípio pelo qual eu sou tudo; mas já que o meu mundo se desintegrará com a minha morte, justamente por essa mortalidade, eu sou nada. O “Eu” é um privilégio inaudito e, ao mesmo tempo, a coisa mais banal, porquanto todo mundo pode dizer “Eu”. Da mesma forma, o sujeito oscila entre o egoísmo e o altruísmo. No egoísmo, eu sou tudo, e os outros são nada; mas, no altruísmo, eu me dou, eu me devoto, sou inteiramente secundário para aqueles aos quais me dou. O indivíduo sujeito recusa a morte que o devora; e, no entanto, é capaz de oferecer sua vida por suas idéias, pela pátria ou pela humanidade. Aí está a complexidade própria da noção de sujeito. (2002, p.127).

Portanto, deve-se considerar a construção social do indivíduo nesta oscilação

entre o tudo e o nada, em espaços anteriores ao início da sua relação com equipamentos sociais como o CAPS II. Mais uma vez, devem-se levar em consideração as suas idiossincrasias, impressões de mundo, e, no mesmo sentido, como se vê enquanto indivíduo pertencente a uma classe social, a uma determinada cultura..

Esses modelos de inteligibilidade sugerem uma complexidade frente à estrutura da pesquisa qualitativa, conforme Morin (2003):

[...] complexus significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade (2003, p.38).

Considera-se, desse modo, o sujeito indissociável das construções sociais e culturais. Portanto, busca-se legitimar o conhecimento por meio da construção contínua de modelos de inteligibilidade sobre um problema, que se permitam estar em constante desenvolvimento e em construção.

A preocupação deste trabalho em compreender um fenômeno social complexo e multifacetado como a experiência de cidadania de usuários do CAPS II se apresentou adequado para a realização de um estudo de caso.

Para Marín (2004), o estudo de caso objetiva compreender o significado de uma experiência e implica o exame intenso e profundo de diversos aspectos de um mesmo fenômeno. O estudo de caso:

Se centra na individualidade, como uma conquista criativa, discursivamente estruturada, historicamente contextualizada e socialmente produzida e reproduzida e transmitida, ao se centrar na particularidade, pretende construir um saber em torno dela, ao mesmo tempo que reconhece na singularidade uma perspectiva privilegiada para o conhecimento do social. (MARIN, 2004, p.69).

Segundo Yin (2001), o estudo de caso é utilizado quando questões “como” e por que” são colocadas na pesquisa, esta é realizada com pouco ou nenhum controle dos eventos pelo pesquisador, sempre retratando situações cotidianas dos indivíduos. Para o autor (2001, p.19), “o estudo de caso contribui, de forma

inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos”.

Yin explica, ainda, que no “estudo de caso são generalizáveis as proposições teóricas, e não a populações” (2001, p.29). Portanto, não trabalha com “amostragem”, tem como objetivo generalizar teorias e não enumerar frequência. O estudo de caso compreende um método que abarca planejamento com estratégias específicas à coleta e à análise de dados, representa uma estratégia de pesquisa abrangente (YIN, 2001).

Esta pesquisa, como citado acima, foi um estudo de caso e a escolha dos sujeitos perpassou por tentar responder questões específicas. Segundo Yin (2001), cada caso deve se enquadrar na possibilidade de explorar aspectos específicos da experiências cidadã dos sujeitos.

5.2 MÉTODO FOTO-PROVOCAÇÃO

Partindo do pressuposto da necessidade de integrar dimensões emocionais, cognitivas e racionais em um processo de pesquisa complexo, este estudo foi uma pesquisa qualitativa de perspectiva interpretativa. Elegemos a foto-provocação como método, enfatizando a autonomia dos participantes para eleger seu ponto de vista sobre os temas explorados, mas não apenas no campo do visual, como também o do simbólico. A fotografia é o ponto de partida para um diálogo e faz parte da produção de sentido.

Esta perspectiva traz a importante ótica dos sujeitos de pesquisa e caracteriza-se por uma abordagem mais complexa, com a utilização de instrumentos que visam uma melhor apreensão das falas dos indivíduos pesquisados, utilizando-se de entrevistas a partir de fotografias produzidas pelos sujeitos da pesquisa, através de uma técnica chamada foto-provocação.

A utilização da fotografia na pesquisa representa mais uma estratégia de levantamento de dados, impressões, não ditos, sentimentos, afetos, dificuldades e potencialidades dos sujeitos entrevistados, sendo um instrumento potente, mas até algumas décadas foi pouco utilizado.

Mauren e Titonni (2007) colocam que a partir do ano 2000 houve um fortalecimento das questões ligadas ao uso de imagem na pesquisa em ciências

humanas. A experiência de colocar uma máquina fotográfica disponível aos pesquisados tem se tornado recorrente em áreas variadas, pois seu uso inserido como “parte da metodologia nas ciências sociais ganhou reconhecimento crescente, tanto por suas possibilidades técnico-metodológicas, como pelas possibilidades de novas formas de envolvimento entre pesquisadores e participantes” (CORREDOR ÁLVAREZ e IÑIGUEZ RUEDA, 2016, p.175).

Podemos citar a Antropologia Visual, a Comunicação Social, a Educação, a Psicologia e a Sociologia como áreas que vem empregando o uso da imagem como um recurso metodológico (Kirst, 2000). O uso das imagens nestes campos de conhecimento indica uma ampliação do uso da fotografia na pesquisa para além do fator ilustrativo, mas com a perspectiva de utilizá-la como dados a serem produzidos e analisados durante o processo.

Para Mattos *et.all* (2014), fotografar é um processo criativo que modifica a realidade. Ao mesmo tempo o indivíduo elege e elabora recorte, através do seu olhar e emoção. A utilização da fotografia em pesquisa abre para algumas reflexões no que tange ao imaginário e à gama de possibilidades que uma imagem fotográfica permite em relação a tradução da compreensão do sujeito em relação ao mundo (Maurent e Titonni, 2007). Esta compreensão do mundo nem sempre pode ser representada diretamente pela fala, sendo a fotografia uma estratégia para este desmembramento da realidade.

Neiva Silva e Koller (2002) nos ensinam que o uso da fotografia pode colaborar para a comunicação de indivíduos com o uso da expressão verbal de alguns temas, e possibilita assim, que o pesquisador compreenda determinados conteúdos. Constrói-se um mecanismo de expressão para os que não conseguem executar a fala de forma mais espontânea, sendo a utilização de imagens um facilitador da relação entre os indivíduos da pesquisa.

Segundo Maurent e Titonni (2007), com o trabalho de Margareth Mead e Gregory Bateson, em Bali, no ano de 1942, surgiram novas possibilidades da utilização da fotografia em Antropologia e são considerados os fundadores da Antropologia Visual.

Além da Antropologia visual, Mattos et al (2014) nos remete à utilização de estratégias de pesquisa com o uso da fotografia desde o início da pesquisa científica em Psicologia, no século XIX. Entretanto, o uso desta estratégia de pesquisa foi sendo modificada no decorrer dos anos, surgindo uma nova forma de pensar a

fotografia em psicologia e outras ciências que utilizam a técnica, pois ela já não aparece como um mero registro do real, mas uma construção e uma forma alternativa de linguagem em pesquisa (NEIVA SILVA E KOLLER, 2002).

Ainda segundo Neiva Silva e Koller (2002), surge o método denominado auto fotográfico, onde cada indivíduo recebe câmera e é sugerido tirar determinada quantidade de fotos buscando responder a uma questão específica, em seguida é analisado o conteúdo e realizada uma entrevista para a observação das impressões do sujeito em relação às fotografias. Este tipo de pesquisa permite que o sujeito explore o ambiente e perceba suas escolhas no ato de fotografar e dá significado a temas específicos, com suas especificidades e sua realidade social.

Para Fernando de Tacca (1991), a fotografia oportuniza uma apreensão instantânea da realidade, mas ao fotografar o mundo, cria-se a possibilidade de um registro individualizado do mundo, com as formas de ver do sujeito em relação a uma determinada realidade sociocultural, ao mesmo tempo que representa uma realidade objetiva, que perpassa pela natureza da compreensão de quem tira a fotografia mediado por uma realidade onde o sujeito está inserido.

O autor efetuou uma pesquisa com a utilização de fotografia em quatro fábricas de calçados em São Paulo, na cidade de Franca. Foram distribuídas câmeras fotográficas para treze trabalhadores e requisitado que retratassem o seu cotidiano em um esquema definido, durante dois meses. A cada semana, focaram em um tema, que eram: família, casa, objetos pessoais, bairro, caminho da fábrica e a fábrica. Foi analisado o próprio sujeito e em seguida o cotidiano dos indivíduos e a relação com o trabalho utilizando as imagens.

Este tipo de pesquisa permite que os participantes percebam uma produção coletiva de saberes e sua participação ativa na produção de conhecimento científico. Ao produzir relatos fotográficos do seu cotidiano e formas de viver, expressam significados sociais (Maurent e Titonni, 2017). Ao mesmo tempo, esta técnica permite que o sujeito saia do lugar passivo de quem apenas traz a informação que interessa ao pesquisador, tornando-se, também, um pesquisador dentro deste processo, filtrando e sinalizando os aspectos importantes da sua realidade.

Para Neiva-Silva e Koller (2002), no momento que uma pessoa mira uma câmera fotográfica para um objeto, símbolo, evento, pessoa ou lugar e capta esta imagem através da fotografia, é naquele instante que ela passa a mostrar algo de si.

Esta escolha representa aspectos ligados ao próprio sujeito; algo que os representa, de alguma forma, é captado naquela imagem.

A percepção dos autores a respeito de suas próprias fotos pode ser apreendida de diferentes maneiras. Pode-se pedir aos participantes que escolham as imagens percebidas como mais importantes; que estabeleçam uma ordem para as fotos consideradas mais significativas; ou que escrevam uma legenda para cada foto ou um parágrafo sobre o conjunto delas. Pode-se, ainda, realizar entrevistas, alcançando com maior profundidade a percepção dos participantes a respeito das fotografias (NEIVA SILVA E KOLLER, 2002).

Entre os vários métodos e usos da fotografia na pesquisa existe o da foto-provocação, denominado por Corredor Álvarez e Iñiguez Rueda (2016). Esta modalidade combina fotografias e entrevistas, tendo sido utilizada em uma pesquisa sobre autonomia e vida profissional de pessoas diagnosticadas com Transtorno Mental Severo (TMS), realizada na Espanha. Na sua pesquisa, os oito participantes realizaram uma sessão de fotos e no momento posterior, uma entrevista baseada nessas fotografias e orientada por um roteiro. Para os autores, as imagens agiram como forma de acessar o que não pode ser dito com palavras e o uso da fotografia vem em concomitância com o uso da interpretação nas ciências sociais.

A técnica da foto-provocação consiste no desenvolvimento de entrevistas utilizando fotos para provocar (obter) respostas sobre o assunto em questão, mas esta provocação deve gerar reflexão (Corredor Álvarez e Iñiguez Rueda, 2016). Deste modo, a busca incitar à reflexão, não somente à apresentação das fotos com descrição.

Os autores distinguem três elementos necessários de uma fotografia: quem tira a foto (operador); quem vê a foto (expectador) e o que é fotografado (spectrum), sinalizando que o impacto da fotografia é pessoal, podendo despertar distintas emoções em quem vê (CORREDOR ÁLVAREZ e IÑIGUEZ RUEDA, 2016).

No nosso trabalho, os entrevistados foram os operadores, pois tiraram as fotografias, o que permitiu uma escolha de espaços, pessoas e momentos significativos para estes. A pesquisadora se colocou na situação de expectadora, construindo a entrevista baseada nas fotos selecionados pelo sujeitos da pesquisa. As imagens causaram reações diversas nos entrevistados no momento da entrevista. Dois usuários tiraram em médias 50 fotos e foi necessário fazer uma seleção para a

entrevista e esta escolha foi dos sujeitos entrevistados. Os demais trouxeram 20 imagens e todas foram utilizadas na entrevista.

No caso da foto-provocação, este conteúdo fotografado foi interpretado durante a entrevista pelo sujeito que tirou a foto, permitindo a análise do sujeito sobre suas escolhas registradas nas fotografias. Coube à pesquisadora estimular o entrevistado através de questionamentos, observações e impressões, o que favoreceu uma fala livre construída através das fotografias por eles tiradas (CORREDOR ÁLVAREZ e IÑIGUEZ RUEDA, 2016).

As fotografias foram tiradas com instruções ambíguas, ou seja, a pesquisadora não deixou claro o que o entrevistado deveria fotografar, o tipo de entrevista proposto foi a individual semiestruturada, por esta possuir uma flexibilidade em relação aos objetivos. A entrevista teve pequena carga de termos teóricos e com o propósito de relatar o cotidiano dos entrevistados com questões pertinentes associados a temas como famílias, atendimento em saúde, práticas de lazer, autonomia, trabalho, medicação e outros.

Consideramos que o uso desta técnica permitiu a integração de dimensões sociais, afetivas, cognitivas, históricas e culturais da subjetividade, ao mesmo tempo que possibilitou a construir narrativas visuais e simbólicas pautadas pela autonomia e a escolha dos participantes da pesquisa. Por esses motivos, esta técnica foi utilizada para facilitar a produção das narrativas da cotidianidade dos usuários. Em um caso piloto foi pedido a um sujeito participante que tirasse fotos de um dia da sua rotina, incluindo aspectos positivos e negativos do seu dia, sem especificar temáticas e nem limitar quantidade de fotos

5.45.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram selecionadas pessoas em acompanhamento no CAPS II, a escolha dos participantes se justificou por se tratar de um estudo de caso múltiplos, que parte do princípio de uma investigação em profundidade. Não foi considerada uma amostra representativa, do ponto de vista estatístico, em relação ao número de pessoas acompanhadas no CAPS II, mas o número respondeu a necessidade de aprofundamento na análise com um recrutamento intencional, seguido o critério da homogeneidade. Neste caso todos os participantes da pesquisa selecionados são usuários do CAPS II e o critério da heterogeneidade, com seleção de usuários com

diagnósticos, idades, rendas diferentes e a determinação da quantidade de entrevistados seguiu o critério da saturação de informação (NICOLACI-DA-COSTA, 2007).

Os participantes foram selecionados com o intuito de responder aos objetivos da pesquisa. Separamos indivíduos que possuíam como característica o envolvimento em situação de trabalho (formal ou informal), frequência escolar, a utilização do tempo livre nos equipamentos disponibilizados nas instituições de saúde, experiência de lazer, relações afetivo-sexuais, e experiências de reconhecimento e menosprezo. Estas informações foram colhidas com a equipe multidisciplinar e a decisão de compor a pesquisa foi tomada em discussão com os pesquisadores, atrelado ao desejo do usuário do serviço, este tido como fator determinante.

Ao tomar esta decisão em utilizar casos múltiplos, Yin (2001) sinaliza a preocupação com a quantidade de casos, mas como não se tratou de amostragem, não se fez necessário à seleção de vários sujeitos, mas uma quantidade que teve como reflexo o número de replicações teóricas e literais. O autor sinaliza que “qualquer utilização de projetos de casos múltiplos deve seguir uma lógica de replicação, e não de amostragem, e o pesquisador deve escolher cada caso cuidadosamente” (YIN, 2001 p.70).

Esta pesquisa teve suporte da equipe multidisciplinar do serviço, portanto, foram excluídos da pesquisa indivíduos que a equipe compreende que não possuía condições de participação, levando em consideração os aspectos psicossociais, preconizados na política pública de saúde mental, considerando as limitações e dificuldades e especificidades de cada indivíduo em acompanhamento no equipamento.

5.5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram selecionados cinco sujeitos da pesquisa por participarem de distintos espaços de socialização como a escola, o trabalho, espaços de lazer, ter uma relação de casamento e ter distintos papéis sociais. Para preservar a identidade de cada participantes, foram estabelecidos nomes fictícios aos mesmos.

Quadro 01 – Critérios de participação na pesquisa.

SUJEITOS SELECIONADOS	IDADE	DIAGNÓSTICO	BPC	TEMPO NO CAPS	JUSTIFICATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
João	36	Esquizofrenia CID10-F20	Sim	08 anos	Retorno escolar, participação política
Pablo	32	Transtorno Afetivo Bipolar CID 10- F31	Sim	10 anos	Exercício de cuidado com a mãe, ocupação dos espaços
Tadeu	60	Esquizofrenia CID 10F20	Sim	15 anos	Papel social na Igreja, casamento
Lia	38	Transtorno Afetivo Bipolar CID 10- F31	Não	04 anos	Ocupação dos espaços, cuidado com os filhos
Caio	44	Esquizofrenia	Sim	15 anos	Atividade laborativa informal

Fonte: Dados próprios.

Estes sujeitos foram convidados a tirar fotografias exclusivamente dos ambientes do seu cotidiano e alertados que não poderiam fotografar as pessoas. Caso o participante desejasse tirar uma fotografia de alguém considerado importante, deveria ser solicitada assinatura da autorização do uso de imagem.

Após a captura das fotografias, foi realizado um diálogo utilizando as imagens, com perguntas abrangentes sobre o significado das fotos, quais lugares foram representados por eles, o que os motivaram a retirar fotografias daquele lugar. Assim, as imagens provocaram as narrativas produzidas.

5.65.5 LOCAL E PROCEDIMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO

Foi solicitada junto à Secretaria de Saúde de Porto Seguro a autorização para a realização da pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Porto Seguro, que atende pessoas com transtorno mental. Após confirmação da liberação, houve o primeiro contato com os participantes para a explicação dos objetivos do estudo, no qual fizemos a apresentação das atividades que serão realizadas para coleta de dados e um convite formal para a participação, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos usuários que participarão da pesquisa.

A pesquisa de campo foi efetivada no próprio Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), onde foi realizada a entrevista de forma individual, após a realização da coleta de fotos através da técnica de foto-provocação citada acima.

Foi aplicado um estudo de caso piloto para auxiliar a aprimorar os procedimentos do trabalho de campo, o guia e as orientações dadas aos participantes. O caso-piloto é utilizado de uma maneira mais formativa, ajudando o pesquisador a desenvolver o alinhamento relevante das questões, possivelmente até providenciando algumas elucidações conceituais para o projeto de pesquisa. (YIN, 2001, p.100). A partir do caso piloto, foi percebido que era preciso limitar a quantidade de fotos, visto que poderia ficar uma quantidade impossível para a realização das entrevistas e percebemos, também, a necessidade de explicar melhor o que deveria ser fotografado, mas sem dar uma orientação diretiva.

Então, passamos a solicitar que fossem tomadas entre 30 a 50 fotografias e que estas fotos precisavam ser de lugares que eles frequentam, de momentos importantes, com pessoas importantes, que representassem experiências positivas ou negativas.

Os usuários trouxeram imagens variadas e foi solicitado que eles selecionassem as fotografias que fariam parte da pesquisa. João, Pablo e Lia trouxeram mais de 50 fotografias e foi necessário um encontro para seleção das imagens que fariam parte da entrevista e esta escolha foi feita pelo entrevistado. Caio e Tadeu trouxeram menos de 30 fotografias e pela quantidade menor todas foram utilizadas para levantamento de dados.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, em uma sala de atendimento do CAPS. Para visualização das fotografias, utilizamos um tablet com tela de 12,2 polegadas, pois decidimos não imprimir as fotos mas sim utilizá-las de forma digitalizada por questões de preservação ambiental e evitar impressão em papel. Já para a gravação das entrevistas, foi utilizado o celular da pesquisadora. Com duração média de 80 minutos, as entrevistas ocorreram em dois momentos, com cada entrevistado em separado, numa sala reservada, sem presença de terceiros.

Os questionamentos foram elaborados com base nas imagens trazidas pelos sujeitos. A partir da visualização da fotografia, as questões variavam entre o lugar escolhido, a razão de ter sido evidenciado dentre tantos outros, qual a relação desenvolvida com aquela imagem, quais os sentimentos em relação aquelas

peças (quando apareciam pessoas), dentre outras. Além disso, no decorrer da entrevista, indagamos acerca das relações familiares, bem como da visão do entrevistado no que diz respeito ao transtorno mental, com o exercício de direito, com as experiências de reconhecimentos e em situações que não sentiram seus direitos reconhecidos. Foram momentos em que surgiram falas bastantes variadas, momentos que os entrevistados ficaram emotivos, choraram, relataram situações do passado e do presente.

5.75.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O primeiro contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) para explicação dos objetivos da pesquisa ocorreu mediante a assinatura da carta de anuência (Apêndice 3) por parte de um responsável da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para ter acesso ao serviço. O acesso às informações dos sujeitos da pesquisa foi feito exclusivamente pelo pesquisador e se deu somente no próprio CAPS II.

O presente projeto de pesquisa seguiu a Resolução 196, de 10 de outubro de 1986 e a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que tratam das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Todos os sujeitos convidados a participar da pesquisa foram informados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que tinham liberdade de se recusar a participar e que, mesmo aceitando participar inicialmente, podiam recusar-se a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que frequentam. Adicionalmente, eles foram informados que o preenchimento do questionário sociodemográfico seria anônimo, bem como todas as informações coletadas, inclusive as por meio de entrevista, seriam estritamente confidenciais e que somente o pesquisador teria conhecimento das respostas.

Além disso, foram informados que não teriam nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa, da mesma forma que não receberiam remuneração por sua participação. Também lhes foi assegurado que os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e na instituição onde os dados foram obtidos. A eles foram dados os contatos de telefone e e-mail do pesquisador

principal do Projeto, para que em caso de dúvida, sentissem-se à vontade para solicitar informações.

A gestão de riscos da pesquisa, baseada na resolução 466/2012, contou com o contexto de acompanhamento por equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, médico psiquiatra, assistente social, enfermeira, fisioterapeuta e farmacêutico, que compõe o equipamento onde será realizado o estudo. Esta equipe acompanhou o indivíduo participante da equipe para evitar qualquer dano no processo de tratamento do sujeito. A pesquisa representou um risco potencial mínimo deste. Foi realizado, assim, acompanhamento psicossocial, evitando potenciais riscos e incômodos, como citado no capítulo II da resolução 466/2012.

Vale ressaltar que caso houvesse desestabilização, a equipe multidisciplinar do CAPS II iria solicitar a retirada do sujeito da pesquisa, após a ponderação entre os riscos e benefícios, com a execução do compromisso do máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, como citado no terceiro capítulo da resolução 466/2012.

Consideramos risco de pesquisa a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente” (resolução 466/2012). A partir do descrito, consideramos que poderia existir um risco mínimo no processo de realizar as fotografias pelos participantes no ambiente. Com objetivo de dirimir estes riscos, os sujeitos foram orientados a realizarem as fotografias exclusivamente em lugares do seu cotidiano, evitando espaços que os sujeitos não tivessem uma convivência.

Ainda considerando a segurança dos indivíduos, estes foram orientados a tirar fotografias exclusivamente dos espaços e de pessoas conhecidas e não dos indivíduos que compõem a paisagem, evitando eventuais situações de desconforto acarretada por insatisfação de quem for fotografado sem prévia autorização.

Tendo presente que esta pesquisa teve como sujeitos indivíduos que tem um diagnóstico em transtorno mental usuários do CAPS II de Porto Seguro, a pesquisa foi realizada com sujeitos em acompanhamento psicoterápico com a pesquisadora e com sujeitos considerados estáveis no acompanhamento.

A pesquisa poderia ter sido suspensa, a qualquer tempo, caso fosse constatado qualquer tipo de risco ou incomodo para os participantes e esta interrupção seria avaliada pela multidisciplinar caso houvesse expressão de incomodo, sofrimento, desconforto nos participantes e que seja detectado pela equipe, o que não foi detectado em nenhum dos participantes. Todos tiraram as fotos

e participaram das entrevistas e afirmaram não terem sentido incomodo em executar tal tarefa.

Outro critério de suspensão seria a partir da expressão do participante de algum incomodo e o desejo de não mais participar do estudo, o que também não ocorreu, em nenhum momento.

5.85.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para compreensão das informações, utilizamos a análise de conteúdo que, segundo Moraes (1999), constitui uma estratégia para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. E esta técnica colaborou para a compreensão das narrativas dos sujeitos entrevistados, sendo válida para o aprofundamento dos fenômenos investigados. A partir destes princípios foram analisadas as narrativas dos participantes compostas pelas falas e as fotografias. Para Patiño (2013), as entrevistas devem ser compreendidas como um sistema conversacional, que objetiva conduzir o sujeito a significados de sua experiência.

Para a análise das informações, utilizamos a Teoria do Reconhecimento Intersubjetivo de Axel Honneth como suporte por entendermos que esta responde aos interrogantes da pesquisa, a qual consiste em analisar as experiências de reconhecimento interubjetivo e a falta deste como condição para o exercicio de direito e, conseqüentemente, uma vivência mais autônoma e cidadã dos sujeitos.

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada a análise através da construção de uma Unidade Hermenêutica no Software Atlas.ti 8.0, composta pelas fotografias e as falas de cada um dos participantes. As entrevistas foram transcritas e enviadas ao programa para iniciar o processo de categorização, para tal foram definidas as categorias norteadoras, que serão descritas abaixo.

As falas foram agrupadas pelo programa tendo como referências as categorias norteadoras contruídas a princípio, que foram: Experiência de Reconhecimento, Experiência de Menosprezo, Práticas Cotidianas, Exercício de direito, Experiência com o Transtrono Mental e Relação com o CAPS. Mas durante a análise dos dados, foram sendo reconfiguradas através da análise das aproximações e distanciamentos entre elas.

Consideramos que o exercicio de direito está inserido nas práticas cotidianas e estas práticas são marcadas pelas experiências de reconhecimento e de

menosprezo que estes sujeitos vivenciam, as quais afetam a construção da sua subjetividade e as suas relações sociais. Portanto, as Categorias Práticas Cotidianas e Exercícios de direito foram diluídas nas Categorias Experiências de Reconhecimento e Experiências de menosprezo.

Apreendemos também que a Categoria Experiência com o Transtorno Mental dialogava claramente com a Categoria referente às Experiências de Menosprezo, visto que estes sinalizaram vivências negativas como consequência de ter um transtorno mental. Todavia, ao falarem do transtorno mental, os entrevistados remeteram estas experiências à relação que eles desenvolvem com o CAPS, o que nos levou a diluir a Categoria Experiência com o Transtorno Mental entre as duas categorias citadas.

Estes elementos permearam pela fala dos cinco entrevistados e a forma de condução dos trabalhos, através da técnica da foto-provocação, permitiu uma maior autonomia dos sujeitos por esta fala ter sido construída a partir das fotografias produzidas por eles, limitando a intervenção da entrevistadora.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciamos a análise aqui apresentada pelo exame das experiências de reconhecimento, utilizando as falas referentes ao cotidiano que buscam compreender o exercício de direito e cidadania através das práticas do diárias. Deste modo, visando escutar suas construções habituais, seus desafios diários e quais táticas utilizadas para uma vivência cidadã, foi realizada a análise das experiências de menosprezo narradas pelos entrevistados, as quais ocorrem de forma contraditória nas relações sociais, sendo impossível dissociá-las. A decisão de examiná-las em separado versa apenas por uma escolha de estruturação do trabalho.

Por fim, analisaremos a compreensão destes usuários em relação ao CAPS II de Porto Seguro, atrelado a uma tentativa de discutir esta instituição enquanto representante da política pública de saúde mental.

6.1 DINÂMICAS DE RECONHECIMENTO E MENOSPREZO NO COTIDIANO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

Compreendemos que na cotidianidade nos deparamos com situações de reconhecimento intersubjetivo, que estão sendo tratadas nesta configuração subjetiva. Tais experiências envolvem uma ou mais esferas do reconhecimento, por isso, fizemos a escolha de dividir por temáticas amplas, como situações de reconhecimento em vários núcleos e situações:: nas relações familiares, na escola, em experiências de trabalho, em espaços de saúde, práticas de lazer e na Igreja. Estes temas dialogam com uma ou mais das esferas de reconhecimento citadas acima.

Surgiram dois tópicos específicos que não remetem a espaços nem a núcleos, mas chamaram a atenção por remeterem a sentimento de reconhecimento: as impressões que estes usuários têm de si e cuidados com a sua aparência. Tratam-se de são tópicos ligados à forma como são vistos socialmente e quais estratégias construídas para auxiliar no seu reconhecimento social, os quais podemos discutir com a esfera da solidariedade de Honneth.

6.1.1 O âmbito das Relações Familiares

Honneth (2003, p. 159) esclarece que:

Como relações amorosas devem ser entendidas aqui todas as relações primárias, na medida em que elas consistam em ligações emotivas fortes entre poucas pessoas, segundo o padrão de relações eróticas entre dois parceiros, de amizades e de relações pais/filho.

Estas relações primárias são fundamentais para a construção da autoconfiança, já que a mesma se constrói a partir das relações de confiança que estabelecemos com os outros. Nesse sentido, também ensina Honneth (2003, p. 159) que “a relação amorosa é um cuidado dispensado ao indivíduo desde a infância que permite que este fundamente a construção da autoconfiança para sedimentar sua autonomia, acompanhada pela dedicação do outro”.

Para Schrank e Olschowsky (2008), com a implantação dos CAPS houve diminuição das internações de extensa duração, justamente por realizar um cuidado que não coloca os indivíduos em condição de segregação. Pelo contrário, a implantação do serviço almeja reinserir as pessoas em sofrimento psíquico nos meios sociais, em convivência com sua família, numa vida produtiva através da reestruturação de vínculos. A seguir, transcrevemos alguns desses relatos para melhor compreensão de todas essas relações.

Pablo, um de nossos entrevistados, sugere um processo de reconhecimento dele enquanto executor de um determinado papel social como alguém que resolve as tarefas da casa no cotidiano. Perguntamos se ele se sente respeitado nas relações desenvolvidas com sua família e como se estabelece os vínculos de confiança. O mesmo respondeu que se sente respeitado, que as pessoas confiam nele, sinalizando esta autoconfiança que Honneth (2003) sinaliza que é construída a partir das relações primárias de amor e segurança.

Me respeitam. Eles me tratam bem graças a Deus, eu não dou motivo pra as pessoas desconfiarem de mim. Mas quando vou comprar uma coisa a gente anota pra comprovar que foi aquele preço[...] Acordo 6:30h, pra cuidar de mim, para cuidar dela e depois vou pro CAPS. (Pablo)

Pablo sinalizou claramente a responsabilidade que ele tem com a mãe idosa que sofreu amputação em uma das pernas como consequência da diabetes. Afirmou levá-la na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) quando não se sente bem, vai à

farmácia comprar medicamentos e confere a glicemia. Pareceu muito envolvido nestas atividades e quando questionado, afirmou se sentir muito bem em realizar essas tarefas.

A UPA! Aí é quando mãe não tá muito bem assim, tá sentindo alguma coisa, tá se queixando de alguma coisa levo ela na upa, eu e meu outro irmão...eu pego ela, ponho na cadeira e vou com ela no médico, fico horas lá aguardando. A indiana [farmácia], compro nela também, pra comprar as fitas, as lancetas, as agulhinhas de botar insulina de mãe... O remédio da pressão, afiro pressão e a glicose, faço a glicemia. (Pablo)

Sugere uma rotina nas suas relações familiares, dentro das quais desenvolve várias tarefas de pagamento de contas, desempenha cuidados com a mãe, responsabilidades financeiras e sente-se respeitado nas suas relações familiares.

Pichon- Rivière (1988) desenvolveu um trabalho em um hospital psiquiátrico no qual os pacientes menos comprometidos ajudavam os pacientes mais comprometidos e percebeu que este tipo de relação colaborava para a melhora do quadro dos internos. Começou a trabalhar com grupos na medida em que observava a influência do grupo familiar em seus pacientes e como atividades definidas e desempenhadas por cada membro tinham um aspecto positivo para os envolvidos. Aparentemente, Pablo se sente confortável ao exercer o cuidado em relação à mãe, por ser uma tarefa que desempenha no seu grupo social e tem uma função terapêutica para o mesmo. Tal tarefa lhe permite mudar do papel de doente ao papel de cuidador com responsabilidades. Nesta troca de lugares, Rivière observou propriedades terapêuticas.

Honneth (2003) afirma que o êxito das relações do sujeito com as outras pessoas depende da preservação entre a tensão da relação simbiótica estabelecida com seus objetos de amor e autoafirmação individual, gerando um reconhecimento recíproco.

Portanto, é importante para Pablo cuidar da mãe, habitar no mesmo espaço que ela, mas também colaborar com despesas da casa, pagar contas, levar a mãe aos médicos, como prova de sua autoconfiança, desenvolvida através as relações de amor. Pablo relata que entrega uma parte do dinheiro à irmã pelo empenho que a mesma teve na época de conseguir o benefício.

O salário não é só pra meu uso, é assim eu dou uma ajuda lá ao meu irmão pra ajudar nas despesas, dou um pouco também pra minha irmã, pelo trabalho que ela teve nessa época que foi feito. (Pablo)

Lia também narrou suas relações familiares, especificamente sobre alguns parentes que ela não conhecia e teve primeiro contato há pouco tempo. Relata que este primo e sua família passou a ter uma atitude carinhosa em relação a ela, enviam mensagem de carinho e ela se sente feliz e valorizada com tal atitude.

Ele manda, todo dia ele manda mensagem para mim perguntando se eu tô bem, perguntando se eu tô ótima, me chamando, fala que eu tô linda na foto, aí ele falou que um dia vai convidar eu para almoçar na casa dele, para fazer um almoço. (Lia)

Perguntamos se ela comentou com estes primos que faz acompanhamento em saúde mental, ela nos deu uma resposta afirmativa e que eles tiveram uma reação muito boa. A usuária afirma que eles não têm preconceito e que ela se sentiu feliz com esta atitude.

A reação foi muito boa, eles não têm preconceito não. Eles falou que eu tenho que procurar a melhora para mim. Falou que eu tou bem, me elogiou, falou que eu tou bonita. Que quando me viu, eu tava bem doente. Aí falou: prima agora você tá bem, agora você tá muito linda viu? Parabéns! Continue assim (Lia)

Aparentemente, Lia se sente respeitada quando estes familiares compreendem que ela realiza um acompanhamento em saúde mental e deve procurar melhorar. Relata a relação com os filhos e o menino mais velho consegue compreender o momento que a mesma está vivendo, bem com a necessidade do acompanhamento em saúde mental.

O mais velho fala com ele assim: André você tem que ter paciência com mainha, que mainha as vezes quer ficar deitada lá no quarto, aí que mainha não tá bem. (Lia)

Esta relação de amor associada ao cuidado, mas sem uma relação de dependência, como a que foi estabelecida na infância, permite que o sujeito estabeleça a autoconfiança, utilizando desta dedicação afetiva para desenvolver a certeza que possui o reconhecimento de quem o ama enquanto importante.

Para Honneth (2003), esta independência se constrói na confiança afetiva da continuidade da dedicação comum. A experiência mútua de liberação e ligação emotiva simultânea à outra pessoa é o que permite a afirmação da autonomia,

sendo o reconhecimento um elemento constitutivo do amor, como fica claro na relação desenvolvida entre Lia e os filhos de amor e cuidado mútuo.

A usuária ficou sempre emocionada ao falar dos seus filhos e colocou que mesmo ficando muito deitada, sempre vai à escola dos filhos e é sempre elogiada pelos funcionários por sua dedicação.

Os professores me dão parabéns, ontem mesmo fui lá e o professor me deu parabéns diretora: Parabéns mamãe, você tá de parabéns mesmo porque você é frequente aqui na escola[...] mesmo se a gente não chamar, você vem, aí eu falei: eu venho para saber como é que tá' agora o André tá bem tá fazendo atividade do quadro não tá conversando muito. (Lia)

Lia se sente reconhecida como uma mãe dedicada e isto perpassa pela terceira esfera do reconhecimento de Honneth, a solidariedade, que se refere à aceitação recíproca das qualidades individuais, avaliadas a partir dos valores da comunidade. Para Honneth (2003), esta esfera de reconhecimento intersubjetivo fundamenta é determinante para a autoestima, entendida como a confiança do sujeito nas suas realizações e no reconhecimento enquanto membro de uma sociedade.

Os membros de uma comunidade valorizam determinadas características do sujeito de acordo com o contexto sócio-histórico. Neste caso, Lia se sente valorizada na escola do filho por ter uma participação ativa na educação das crianças e isto é reconhecido por professores e diretores. Não podemos esquecer que o louco perdeu, durante a Modernidade, o papel social que ocupava em outros momentos históricos, no qual era valorizado como possuidor de uma saber ao qual outros sujeitos não tinham acesso. Durante a Modernidade, torna-se um doente a ser tratado no hospício, excluído do convívio social.

Ainda em relação à família, Lia revelou passagens da sua relação com o companheiro e supostos conflitos no seu relacionamento. Afirma que as brigas ocorrem porque ela fica nervosa e o companheiro sinaliza sempre sua falta de paciência.

O cuidado dispensado a pessoas com transtorno mental se traduz em desafio para o núcleo familiar, pois configura uma gama de acontecimentos imprevistos e preconceitos que norteiam estes sujeitos, demandando a necessidade de visualizar o ser humano em suas possibilidades, capacidades e potencialidades e não apenas as limitações causadas pelos transtornos (Borba *et all*, 2011). Este exercício de

compreensão demanda tempo e disponibilidade por partes dos familiares e Lia afirmou que o companheiro não tem tido paciência com a mesma.

(...) ele fala que eu tô muito nervosa que eu que eu, tô lá muito ignorante[...]
Aí ele fala que eu tô muito ignorante, ele fala que eu tenho que mudar que se não vai ficar difícil a situação. (Lia)

Conviver com pessoas com diagnóstico de um transtorno mental configura uma sobrecarga que pode ser representada por problemas no relacionamento familiar, estresse pelo convívio com a instabilidade do sujeito diagnosticado com o transtorno, situações de dependência, o medo das recaídas e o constante medo do comportamento deste durante a crise, que pode causar tensão nas relações familiares (WAIDMAN, 2004).

Surgiram ainda falas ligadas a relações afetivo-sexuais. Dentre os cinco entrevistados, Lia e Tadeu são casados. A entrevistada é casada há doze anos e tem quatro filhos, dois filhos adultos do primeiro casamento e duas crianças (11 e 06 anos) do casamento atual. Pontuou os conflitos no casamento que, segundo ela, ocorrem basicamente pela violência dela dirigida aos filhos.

Mora eu, ele e os meninos. A gente vive bem. Tem briga quando ele perde a paciência porque eu bato nos meninos. (Lia)

Tadeu é casado há três anos, mora apenas ele e a esposa. Colocou a satisfação em ter uma casa e morar com a companheira.

Mora eu e minha mulher, me sinto feliz de eu ter uma casa emocionado, [choro]. Ela tem transtorno mental também. (Tadeu)

Tadeu veio de várias internações e inúmeras outras violações e se emociona ao dizer que mora ele e a esposa, que também tem um transtorno mental. Podemos perceber que o entrevistado considera estar exercendo cidadania, que segundo Barreto (2009), passa pelo acesso a habitação e novos projetos de vida, como a efetivação deste casamento. Cidadania revela ao sujeito, como afirma Santos (1991), a necessidade de se responsabilizar e de reflexão, pois Tadeu, ao assumir o cuidado com sua casa e sua família, adquiri responsabilidades diversas sobre si e sobre o outro.

Os demais entrevistados são solteiros. Pablo relatou que a maioria das namoradas que teve foi por iniciativa da garota, informa ser muito tímido e acredita

que isso pode limitar suas conquistas amorosas. Afirmou, em outra passagem, que o fato de habitar com a mãe dificulta, em alguma medida, seus relacionamentos afetivos-sexuais.

As namoradas que eu já tive, eu num assim, num tô dizendo que eu sou bonito, mas assim elas que chegaram até mim a maioria, eu era muito tímido, eu não sei mudei a timidez, aí eu fui, eu tive poucas namoradas. (Pablo)

João, que também habita com a família, possui uma filha de sete anos de um relacionamento anterior e hoje é solteiro. Afirmou sentir falta de uma pessoa para conversar e enfatizou a falta de companhia em detrimento da carência sexual.

O relacionamento entre duas pessoas é muito bom, eu sinto muita falta, nem é do sexo, sexo pra mim não é muito importante. É questão de ter uma pessoa pra conversar, quando eu for dormir ter alguém. (João)

Possas et All (2008) salientam que na percepção dos direitos humanos, devemos tomar a sexualidade como algo saudável e desejável, na população com transtorno mental e em qualquer outra, com aceitação da diversidade e sem discriminação. Inclusive as políticas públicas referentes à saúde mental estabelecem a proteção destes usuários de qualquer tipo de discriminação (Brasil, 2004).

Caio afirmou ter frequentado muitos lugares de prostituição, mas não considera mulheres que se prostituem como as adequadas, colocou ainda que apenas uma vez teve uma namorada e este relacionamento foi de apenas uma noite. Podemos pensar que Caio utiliza este recurso da casa de prostituição para alcançar o objetivo sexual, vez que não possui uma parceira.

Já fui muito em bordel, bordel [pausa] a mulher que se vende não é mulher bom não. Só uma vez que eu fui dançar no Porto Magia [Clube], aí eu arranjei uma namorada, uma noite só. (Caio)

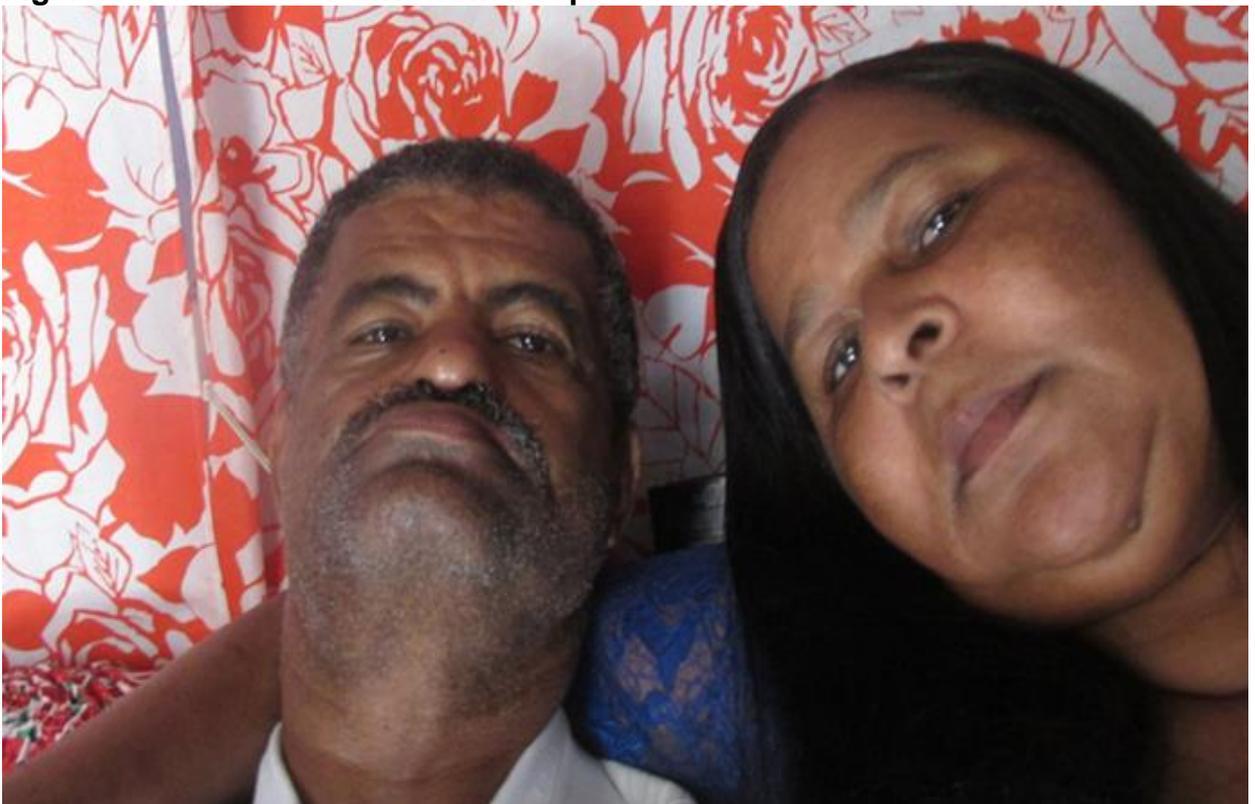
Ao serem questionados como estão sendo trabalhadas as temáticas sobre relações afetivo-sexuais no CAPS II de Porto Seguro, os entrevistados não souberam responder em que medida era realizado o trabalho de discussão acerca de temas referentes à sexualidade e somente um deles sugeriu a distribuição de camisinhas e teste rápido de HIV. O que corrobora com Detomini e Rasera (2016), que afirma em seus estudos sobre a sexualidade e saúde mental que existem questões salutaras ligadas à discriminação e o despreparo dos profissionais de saúde que atuam com usuários da saúde mental em relação à sexualidade desta

população. Entretanto, existe um reconhecimento por parte dos profissionais em relação ao direito dos usuários de saúde mental de vivenciar sua sexualidade.

Estas situações de reconhecimento intersubjetivo na família geram a autoconfiança no sujeito, que passa a acreditar na sua capacidade de viver de forma autônoma, vinculando-se aos seus familiares, parceiros e amigos, mas sem perder sua autonomia.

Destarte, além das relações familiares para a constituição da personalidade do sujeito, segundo Honneth (2003), este reconhecimento deve existir em outras esferas, como já discutido acima, e que vamos continuar discutindo reconhecimento em ambientes diversos e no próximo tópico faremos considerações sobre o processo de reconhecimento no cotidiano escolar.

Figura 01 – Foto de usuário com a esposa



Fonte: Acervo de usuário, 2018

6.1.2 Reconhecimento, Educação e Escola

Desde 2003 o Ministério da Educação (MEC) assumiu o compromisso de fomentar e disseminar a política de construção de sistemas educacionais inclusivos, com o propósito de garantir o acesso e a permanência de todas as crianças, jovens

e adultos, com necessidades educacionais especiais, no sistema regular de ensino (Brasil, 2004). Sanches e Oliveira (2011) defendem a necessidade de um processo de inclusão que se inicie em casa, pois as famílias necessitam compreender a importância da participação das pessoas com deficiência e diagnosticadas com transtornos mentais nos espaços de sociabilidade.

Entretanto, existem inúmeras dificuldades no processo de inclusão nos espaços escolares e a persistência de preconceitos dirigidos a pessoas com transtorno mental, tornando-se um desafio o acesso e manutenção de usuários de saúde mental em espaços formais de aprendizagem. Pietro (2003) afirma, em seus estudos, que mesmo com o movimento de inclusão das pessoas com transtorno mental e deficiências diversas, iniciado no Brasil na década de 1990, verificou-se pouco ou nenhum avanço no sentido de efetivar a construção de contextos educacionais inclusivos.

Dos cinco usuários do CAPS II que foram entrevistados, apenas João frequenta a escola. Ele está concluindo o ensino médio e almeja ingressar na faculdade de direito. O usuário Pablo estudou até o segundo ano do ensino médio, a usuária Lia terminou o ensino fundamental, o usuário Caio foi apenas alfabetizado e Tadeu não é alfabetizado.

Pablo afirmou ter estudado até o segundo ano e não associou ao transtorno mental a desistência, mas a falta de compromisso dos colegas e ao adoecimento da mãe. Portanto, Pablo não relatou falta de acesso à educação, mas impossibilidades de outra ordem. Podemos sugerir, neste caso, que o usuário teve acesso à educação, não podendo concluir o ensino médio por motivos diversos.

Assim, eu estudei até o 2º ano do ensino médio, eu ia fazer o 3º em 2016, mas não consegui tipo assim a escola é, porque assim, eu acho que a escola foi, é feita pra gente buscar conhecimento, não ficar brincando, agora tinha uns lá que ficavam só com brincadeira e tudo, aí tiravam minha atenção. Aí juntou isso e a crise da minha mãe, pedi pra fechar, assim que eu ia desistir pra dar a vaga pra outro. (Pablo)

Na mesma direção da inclusão, João expressou uma passagem do seu processo educacional e o bem-estar em frequentar a escola novamente, que afirmou sentir-se cidadão e ser humano com o retorno a escola.

Muito legal, eu me sinto... eu me sinto além de ser humano, eu me sinto cidadão, eu me sinto uma pessoa que está fazendo novas amizades, eu me sinto uma pessoa que[...] ta olhando pro futuro, ta olhando pro futuro, não ta olhando pro passado, ta olhando pro futuro porque eu pretendo não só

estudar no ensino médio e sim entrar na faculdade se Deus me permitir. Então pra mim o ensino médio de escola é tudo de bom que me aconteceu na vida. (João)

Considerando a sequência de falas e a ênfase dada de João à temática, podemos pensar que este retorno tem uma grande importância para o usuário. Em diversos momentos, João teceu comentários sobre o tema. Iremos discutir aqui as mais relevantes e como, aparentemente, ele sente sua subjetividade reconhecida ao frequentar a escola e ser respeitado neste ambiente.

Falar de acesso à escola nos leva a discussão sobre o segundo padrão de reconhecimento que é o direito, o qual, para Honneth (2003), resvala na possibilidade de o homem de chegar a uma compreensão de si enquanto portador de direito quando este possui um saber sobre os direitos dos outros. Em face da perspectiva de um “outro generalizado” é que o indivíduo reconhece os elementos do coletivo como portadores de direito, para então se compreender como uma pessoa de direito.

Segundo o autor, a esfera do direito representa o reconhecimento jurídico e propriedades particulares que geram estima social. É através deste reconhecimento que o sujeito desenvolve o autorrespeito (Honneth, 2003). Este autorrespeito gerado pela garantia de acesso à educação ainda é uma dificuldade no processo de inclusão de pessoas com transtorno mental nos espaços de educação formal, como afirma Sanches e Oliveira (2011).

João afirmou se sentir cidadão, bem como expressou planos de dar seguimentos aos estudos e ficou claro o sentimento de realização por estar inserido na escola. Sentiu-se respeitado e afirmou ter amigos, o que sugere a solidariedade, que é o terceiro padrão de reconhecimento, que representa que o sujeito é valorizado socialmente.

Me respeitam, me respeita muito, eu tenho um amigo chamado Zé. Também em sala, ele...nossa, ele também foi um cara que me ajudou bastante, me ajuda bastante lá ne, e não só ele como todos, o colégio inteiro pra mim. (João)

Informou-nos, ainda, que foi muito bem recebido pela equipe da escola e que tem uma relação cordial com os professores e colegas, que há muito respeito.

Sente-se bem acolhido e reconhecido como alguém que tem direito de estar naquele espaço.

Eu fui recebido muito bem, a equipe de lá é muito boa, todo mundo lá gosta de mim; claro no sentido de gosta de tudo mas aquele respeito limite, chamo elas de tia chamo meus professores de tio brincando e tal, mas eles lá me receberam muito bem e me recebem muito bem. Acolhido por pessoas que eu não conheço, que eu to começando a conhecer e que se sentiram e realmente se preocuparam, se preocuparam e se preocupam comigo, e eu realmente estou muito feliz em estar em sala de aula e em estar com essas pessoas que se preocuparam e se preocupam comigo ne então me sinto muito feliz em estar na sala de aula e em estar com essas pessoas. (João)

João expressou nas suas falas contentamento por frequentar a escola, uma experiência que possibilita que ele se reconheça como sujeito de direito e de valores sociais a partir do reconhecimento social, o que Honneth chama de reconhecimento intersubjetivo.

O entrevistado tem uma importante prática cotidiana de leitura e busca de locais de cultura. Frequenta a feira de livro, localizada no centro do município, e coloca o seus interesses de leitura, apontando para uma propriedade nas suas escolhas. É possível notar um processo de tentativa de emancipação, apontado por Santos (1991), pensando que João está em busca do exercício de cidadania associado a uma boa relação com os elementos da cultura e da sociedade, indo na contramão do que foi decidido para pessoas com transtorno mental durante a modernidade, quando foram considerados sujeito da não razão (BARRETO, 2009).

Então essa feira de livros eu fui ver se eu encontrava algum livro relacionado a direito, e não tinha nenhum livro relacionado a direito, aí eu tentei ver se tinha algum livro de Augusto Cury, não tinha também. Aí é onde eu paro para ler um livro. Eu tenho mania de levar livro na rua para mim sentar na praça no cais e no pôr do sol também. (João)

Em outra passagem, o entrevistado reafirmou esta vivência cidadã e criativa, que talvez sinalize uma relação harmônica com as possibilidades sociais, que é a busca pela cultura, por locais que permitam vivenciar outras experiências.

Toda vez que eu vou pro colégio eu passo no centro de cultura. Eu gosto de teatro, peças assim, entendeu? [...] eu gosto de cultura, que nem agora vai ter o dia da consciência negra. (João)

Este interesse pela leitura e pela cultura aparentemente é consequência também de uma política pública de saúde mental. Está respaldada por conceitos e

práticas que privilegiam a valorização da vida, o incentivo a autonomia e cidadania e a inclusão social, que perpassa pelo acesso a cultura (Bezerra Júnior, 2007). O CAPS II de Porto Seguro atuou de forma definitiva, como já foi discutido mais acima, para o retorno de João ao ambiente escolar, colaborando com a possibilidade deste desenvolver uma vivência mais autônoma e cidadã, congruentes as suas expectativas de vida ao processo de reconhecimento como alguém que possui direito de frequentar a escola, ter acesso a cultura a ao lazer

Figura 02 – Foto de usuário na escola



Fonte: Acervo da autora, 2018

Continuado a busca de escutar as narrativas dos entrevistados, durante estas falas surgiram experiência e relação a experiências de reconhecimento atreladas aos espaços de saúde, que iremos discutir no próximo tópico.

6.1.3 Acesso a outros espaços de saúde: a ambivalência do atendimento prioritário

Considerando os princípios norteadores do SUS, que determinam o direito à saúde, torna-se necessário que a Estratégia de Saúde da Família e os demais programas de saúde sejam frequentemente repensados. É necessário incorporar ações que favoreçam um modelo de clínica ampliada na Atenção Primária, pautada no respeito às singularidades do sujeito (Cunha, 2005).

Pensando nisso, os entrevistados foram provocados a pensar no seu acesso aos seus “postos de saúde” e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Considerando um direito, passa pelo descrito por Honneth (2003) em relação às experiências de reconhecimento através da compreensão de que os indivíduos têm direitos garantidos por uma lei, mas não necessariamente estes direitos são efetivados.

Tadeu afirmou que é bem atendido no posto de saúde e quando questionado como se sente ao ir lá, disse se sentir bem recebido e que tem suas necessidades alcançadas.

Sempre vou bem atendido no meu posto e ele é perto da UPA. Sempre me senti respeitado nos dois. Freqüento o dentista do posto também e ele sempre me atende bem. (Tadeu)

Afirmou, ainda, nunca ter passado nenhum tipo de constrangimento no posto de saúde. Quando falou da UPA, disse, também, nunca ter passado nenhum tipo de problema.

Não, sempre fui atendido bem no posto. Na UPA também. Acho que é o próximo, se não me engano. (Tadeu)

Caio diz pegar as receitas, às vezes, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e ouve a médica reclamar, pois ele não pode atrasar para não ficar sem remédio. Revela uma possível relação apenas medicamentosa com a unidade. Quando questionado se faz outras coisas na UBS, informa que não, embora se sinta acolhido, o que nos sugere que ele se sinta também reconhecido.

Já Pablo relata ser bem acolhido pelo dentista da sua unidade de saúde, o profissional sabe que ela faz acompanhamento no CAPS II e usa medicamentos controlados.

Eu me sinto bem acolhido pelo dentista do posto, eu sou atendido direitinho, assim independente da ordem, se eu for o primeiro ou o último a ser atendido, eu espero, e ele me atendeu super bem graças a Deus aí já, ontem eu expliquei que eu tinha consulta ontem e eu pensei que era hoje, a mulher perguntou se eu tinha usado o remédio, se eu tive convulsão, aí eu expliquei pra ela que eu tomo remédio, falei os remédios que eu tomo e falei o motivo. (Pablo)

Pablo, como já discutido, exerce o cuidado da mãe idosa e relatou que ambos são bem acolhidos na UPA, informou que leva a mãe quando esta fica indisposta pelas crises hiperglicêmicas e relata satisfação com o atendimento dispensado a

eles. Na mesma direção, João afirma que nunca foi atendido de forma negativa por ser usuário do CAPS II.

Não houve relatos de falta de acesso aos espaços de saúde além CAPS. Este processo de inclusão dos usuários em saúde mental, segundo Nascimento (2012), deve ser percebido como uma finalidade permanentemente almejada. Podemos pensar que os serviços de saúde estão efetivando o processo de humanização que, para Pessini (2003), representa considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e facilitar a pessoa vulnerabilizada a enfrentar positivamente os seus desafios.

Quando se pensa em acesso à saúde, naturalmente surgem reflexões acerca do direito a atendimento prioritário. Ao serem questionados, os usuários colocaram seus pontos de vista em relação à temática. O atendimento prioritário foi regulamentado pela lei nº 10.048/00 e definiu que pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário. Este atendimento prioritário gera controvérsia, visto que os usuários do CAPS II de Porto Seguro, em sua esmagadora maioria, não possuem diagnóstico de deficiência intelectual.

As falas de Lia revelaram que ela realiza acompanhamento de um problema na coluna, em Salvador, por não haver este tipo de tratamento em Porto Seguro, sendo este tratamento subsidiado pela prefeitura municipal. Lia informa não ter prioridade no atendimento e apresenta dúvida se acredita que tem este direito.

Lá a gente não tem prioridade. Ela fala que pessoas do CAPS lá não tem prioridade porque tem que levar um relatório daqui pra lá e a médica falou que tem muitas pessoas lá que tem problema pior do que eu e não tem prioridade. (Lia)

Lia coloca que tem dificuldade com barulhos e que fica muito nervosa quando precisa esperar no hospital, pois esse local é muito cheio e possui muitos pacientes em tratamento ortopédico. Acredita que deveria ter direito ao atendimento prioritário, pois segundo ela, por ter um transtorno mental não deveria esperar muito para ser atendida. Mas quando confrontada a pensar que naquele local tem idosos, crianças, grávidas, pessoas com deficiências variadas e transtornos mentais, Lia fica em dúvida se deveria ter prioridade.

As atividades realizadas no CAPS II, alinhadas ao preconizado nas políticas públicas de saúde mental referente à cidadania, não incentivam esta suposta prioridade no atendimento, o suporte preferencial ocorre somente em casos específicos. Esta temática é sempre colocada durante a realização dos grupos terapêuticos do CAPS II de Porto Seguro, como fomento a prática da espera para uma melhor convivência social.

Já o participante João apresentou uma dicotomia, pois ao mesmo tempo em que acha que não deve ter atendimento preferencial, ele afirma em seguida que é um direito dele. Em outras falas, orgulha-se de ser usuário do CAPS e acredita que usuários de serviço de saúde mental não devem ser enxergados como loucos, nos remetendo a uma construção ainda dúbia. Tenta se afirmar enquanto usuário de Saúde Mental, mas por ainda serem reconhecidos de forma negativa, pode abrir espaço para sentimentos de vergonha.

Eu não acho porquê[...] tipo assim eu vou tá tirando o direito do outro porque por mais que eu sou um doente, entre aspas né, porque eu sou um doente, eu creio que a preferencial é pra pessoas com mais dificuldades do que é[...] o que é doente em mim não é meu corpo nem meus membros e sim um problema mental, agora logicamente que vai ter situações que eu vou preferir ser preferencial porque um direito, exigir um direito de ser preferencial por eu portar certo tipo de doença mas eu não acho isso legal, acho meio ruim aí eu vou tá assumindo, dizendo pra todo mundo “Ah você é um louco?”. Entendeu? então isso que eu tento lutar contra as pessoas que tem olhar nós do CAPS de maneira diferente, o rapaz tem um problema, não é um louco, só tem um problema vamos respeitar o problema dele.
(João)

Segundo Alvares (2001), este processo de valoração negativa de determinadas subjetividades, neste caso a loucura, perpassa pelas construções normativas da Modernidade, que limitam a explosão da diversidade.

Na mesma direção, Foucault (2001) percebe estratégias de controle que compõem os mecanismos de dominação. Portanto, quando João fica em dúvida se tem orgulho de ter um transtorno mental ou não, podemos pensar que é uma consequência deste processo de controle, em que algumas subjetividades são valoradas positivamente enquanto outras são valoradas negativamente. No caso em questão, a loucura representa a perda da razão, que precisa ser controlada e as pessoas com transtorno mental passam a sentirem vergonha da sua condição, em determinadas situações.

É função dos CAPS trabalhar questões ligadas ao acesso a direitos como a saúde e ao atendimento prioritário. Deste modo, tornou-se importante fazer umas reflexões de como os usuários compreendem a importância do CAPS enquanto potencializador da efetivação dos seus direitos.

Nesta categoria os usuários mostraram se sentirem acolhidos nas suas Unidades de Saúde, reconhecidos enquanto sujeitos de direitos e com possibilidade de qualidade de vida. Assim como acesso a saúde é um direito, deve-se considerar que o acesso ao trabalho também é e está posto na Constituição Federal de 1988, bem como o benefício de prestação continuada que parte dos usuários do CAPS tem acesso, temática discutida no próximo tópico.

Figura 03 – Unidade Básica de Saúde – Porto Seguro



Fonte: Acervo da autora, 2018

6.1.4 Trabalho e Benefício de Prestação Continuada

A inclusão pelo trabalho de usuários de saúde mental é um desafio das Políticas Públicas de Saúde Mental, um dos princípios norteadores desta política (BRASIL, 2010).

Honneth (2003) refere à solidariedade a aceitação recíproca das qualidades individuais, avaliadas a partir dos valores da comunidade, gerando, assim, a autoestima, que é a confiança do sujeito nas suas realizações e no reconhecimento enquanto membro de uma sociedade. As relações de trabalho colaboram para este

reconhecimento social, fato que, conseqüentemente, colabora para o desenvolvimento desta autoestima.

Dos cinco usuários entrevistados, Caio é o único que desenvolve atividade remunerada, o que nos sugere a dificuldade da inclusão pelo trabalho, que é uma dos pilares das políticas públicas de saúde mental e a realização de projetos que articulem recursos do território em diversos campos, inclusive em relação a trabalho (BARRETO, 2009).

Caio, que ajuda o pai na venda de côco verde, afirmou se sentir bem com esta condição, como ele definiu, no meio da sociedade, corroborando a explicação de Honneth (2003) sobre o reconhecimento enquanto membro da sociedade, aumentando sua autoestima. O usuário se sente valorizado pela família, que o considera esforçado por tomar remédio de uso restrito e, ainda assim, trabalhar. Isto nos remete a pensar os princípios de racionalidade e produtividade valorizados na modernidade e colocados como condição para as trocas sociais.

Fico alegre. Me sinto melhor, no meio das pessoas, porque tem muita gente (pausa) aí eu me sinto no meio da sociedade. Eles acham que eu sou esforçado, que eu faço ate muito, uma pessoa doente, tomando remédio controlado, trabalhando. (Caio)

Pensando ainda nas conseqüências sociais do trabalho, Tadeu realizou algumas colocações em relação a um reconhecimento passado, remetendo a um tempo anterior, no qual trabalhava e se sentia valorizado e afirmou se sentir menos valorizado hoje por não mais trabalhar.

Aí eu tinha comercio, eu tinha venda, bom emprego, trabalhava de serraria, ganhava dois salários, depois fui pra roça tomar conta de gente, depois eu voltei pra outra carpintaria, foi de onde que eu sair pra vim cá. Hoje não trabalho mais. (Tadeu)

Compreendemos talvez existir um descontentamento pela não possibilidade de trabalho e isto dialoga com o conceito de Honneth (2003) sobre o que é valorizado socialmente e que passa a ser característica reconhecida nas pessoas, neste caso, o trabalho.

Quatro dos cinco entrevistados recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este benefício foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e consiste na garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais e que, comprovadamente, não tenha meios de

prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família. O BPC/LOAS foi regulamentado pelo Decreto de nº 1.74411 em 08/10/1995 e, segundo o artigo 2º, inciso II, pessoa portadora de deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho (BRASIL, 1995).

A fala dos entrevistados deixou claro a importância do benefício como recurso de subsistência. Os quatro utilizam o recurso para pagamento de aluguel, compra de remédio, mas sinalizaram conflitos familiares em função do dinheiro e a possibilidade da perda do benefício por um deles desenvolver atividade remunerado.

Ajudo no aluguel e o resto eu compro roupa, tem 'vez" quando falta remédio eu compro o remédio. (Pablo)

É nítida a importância do benefício para a manutenção dos usuários do CAPS II, como sinalizado por Pablo, que compra roupa, medicamento, sendo para alguns e suas famílias a única fonte de renda e este afirmou não possuir mais condição de trabalho.

Caio afirmou que o benefício é bom, é importante, mas que não tem preocupação em perdê-lo, vez que desenvolve atividade remunerada, vendendo côco nas ruas da cidade. O usuário consegue associar seu acompanhamento em saúde mental a uma atividade produtiva, trabalhando sua autonomia. Na frase abaixo, Caio deixa claro que o benefício é bom e lhe ajuda, mas que não tem medo de perdê-lo, ou seja, não se vê dependente do benefício.

Muitas vezes é bom, mas também não faço muita questão não, porque eu tenho esse trabalhinho, se chegar a cortar eu sei me virar. (Caio)

Para Rodrigues *et al* (2010), a (re)inserção social, especificamente pela via do trabalho, é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica, considerando que fazemos parte de um modelo de produção capitalista que exclui os considerados improdutivos, havendo pouca consideração as diversas subjetividades, inclusive das pessoas com transtorno mental.

Percebemos que o BPC tem uma função para os que recebem para ajudar nas despesas da casa, para a compra de medicamentos e as reflexões de um usuário que recebe benefício, mas desenvolve atividade remunerada. Notamos que é uma questão complexa, pois o recebimento deste recurso pressupõe a incapacidade de trabalho e ao mesmo tempo as políticas públicas de saúde

trabalham na perspectiva da inclusão social das pessoas com transtorno mental, também pela via laboral.

Apesar de Tadeu não trabalhar, desempenha uma função que lhe traz uma experiência aparentemente prazerosa e lhe gera reconhecimento, é uma função desenvolvida na igreja que frequenta, iremos discutir esta questão na próxima zona de sentido.

Figura 04 – Equipamento de trabalho de usuário



Fonte: Acervo de usuário, 2018

6.1.5 Comunidades religiosas e práticas de reconhecimento

Tadeu desempenha uma função específica na igreja que frequenta, colocou a importância deste hábito para ele e se sente reconhecido pela função ocupada. Todas às vezes falou da igreja, de forma muito respeitosa, expressou felicidade em ter uma função nesta instituição. Informou ser diácono e ao ser questionado sobre o significado disto, explicou ser responsável por recolher o dinheiro da oferta nos dias de culto.

Eu sou diácono. Eu me sinto ...eu me sinto feliz em ser diácono. Então, eu queria ter aquele cargo. Eu me sinto feliz de ser, de todo mundo me reconhecer como diácono. Me sinto bem porque fui batizado e realizou o meu casamento aí eles me botaram (para ser diácono) que eu não tava tendo essa oportunidade de ir na frente porque eu tava em pecado. Aí ele fez o casamento, o pastor e desse tempo pra cá ele me deu a oportunidade de ser diácono de novo...eu era diácono, toda a vida ...toda vida fui diácono. (Tadeu)

Explicou que se batizou e casou nesta igreja, pois não poderia ter função na sem estas condições. Somente após regularizar sua situação, ou seja, cumprir os preceitos da igreja, passou a ser reconhecido como um integrante daquela religião e começou a ter funções específicas. Afirmou se sentir satisfeito com sua situação perante a igreja e seu papel social desempenhado.

Para Henriques et al (2015), as práticas religiosas estão relacionadas à construção da cidadania do sujeitos com transtorno mental. Segundo os autores, há uma relação entre a busca a serviços biomédicos e a procura por serviços religiosos. E esta busca pela igreja acontece com objetivo de solucionar problemas ou quando os sintomas já não desaparecem com o uso de medicamentos. Ainda segundo os autores, os usuários de serviços de saúde mental relatam a importância da religião no tratamento destes e a denúncia que temas ligados à religião muito pouco discutidos e considerados nestes espaços.

Ao ser questionado se este assunto ligado é discutido no CAPS em reuniões e grupos, o usuário afirma que não, inclusive informa que as pessoas do CAPS não sabem que ele desempenha uma tarefa na igreja. Mostra-se satisfeito por executar um papel social e ter responsabilidades.

Sou diácono. Levo uma cesta e vou recolhendo o dízimo e a oferta. Foi o dirigente que me botou lá. Nunca falei aqui no CAPS não. (Tadeu)

Henrique *et al* (2015) afirmam, ainda, que temas referentes à sexualidade, violência, religião, política, dentre outros, são geralmente velados, negados e excluídos do cotidiano no interior dos CAPS. Em seu lugar, privilegiam-se discussões em torno da clínica psiquiátrica, concentrada em conteúdos do tipo: uso de medicação, internação, crises psicóticas, atendimento clínico e especializado.

Aparentemente, nos CAPS predominam discussões em torno do processo psicopatológico, tratamento, aspectos ligados ao sofrimento, sem muito espaço para discutir questões ligadas ao cotidiano dos sujeitos, suas aspirações, inseguranças, desejos e projetos, que se situam no campo da vida exterior ao serviço. E concluem que é importante ressaltar a necessidade de construir novas práticas nos serviços de saúde mental, fundamentadas em estudos críticos e contextualizados, capazes de possibilitarem a escuta dos sujeitos em uma perspectiva acolhedora, ou seja, que estes indivíduos sejam realmente ouvidos e respeitados em seus desejos e saberes.

Estas afirmações de Tadeu nos trouxeram algumas reflexões acerca da importância dada a temáticas da vida dos sujeitos que não correspondem as vivências no CAPS. Nos chamou atenção um assunto tão relevante para o usuário não estar sendo discutido e valorizado pelos profissionais da instituição. Fica a reflexão de que talvez este CAPS não esteja concentrado seu diálogo em questões psiquiátricas, como sinalizado por Henrique *et al* (2015).

A igreja é uma prática que faz parte do cotidiano de Tadeu, mas que tem um desdobramento na experiência de reconhecimento, enquanto alguém aceito socialmente, respeitado pelos seus iguais. Trabalharemos essa temática de forma mais alargada na categoria referente às experiências de reconhecimento, utilizando da teoria do reconhecimento (Honneth, 2003) como norteadora.

Como parte fundamental das narrativas dos usuários em relação às práticas cotidianas, tivemos o exercício de lazer, que também pode representar uma experiência de reconhecimento e o desempenho de um papel social como discutido acima.

Figura 05 – Igreja frequentada por usuário



Fonte: Acervo de usuário, 2018

Figura 06 – Usuário participando de culto



Fonte: Acervo de usuário, 2018

6.1.6 Práticas de lazer e ocupação dos espaços

Esta categoria foi subdividida em tópicos pela gama de atividades que engloba. Organizamos em passeio urbano, passeio na praia, viagem a lugares próximos e acesso a internet.

Pondé (2000) analisa o papel do lazer na promoção de bem-estar e sua importância ao se discutir fatores de proteção em saúde mental, devendo-se levar em consideração os aspectos socioculturais, além das questões biológicas e psicológicas. Consideramos que a concepção de lazer é variada e para os nossos usuários terá caminhos distintos.

Podemos analisar as práticas de lazer a partir das esferas de reconhecimento de Honneth (2003), no que se refere ao exercício de direito que ocorre quando o homem compreende a si mesmo enquanto alguém portador de direitos, como os demais sujeitos da comunidade. Isto gera autorrespeito, já que executar atividades de lazer perpassa pela ocupação de espaços sociais e atuação na comunidade. Estas ocupações também podem ser pensadas como pela via da solidariedade, terceira esfera de reconhecimento, que representa a aceitação das características individuais dos sujeitos.

6.1.6.1 Passeio urbano

Foram narrados tipos distintos de passeios urbanos. João ressaltou as idas ao *shopping* e prática de refeição na praça de alimentação, defendendo o direito de frequentar estes lugares como gerador de autorrespeito para o entrevistado.

O shopping eu vou por hobby, tipo assim eu gosto de ir pro shopping pra gastar. Jantar, eu amo jantar em shopping gente, meu Deus. Se eu tivesse dinheiro todo dia eu jantava no shopping (João)

Sampaio (2017) resalta que cabe ao modelo de atenção psicossocial promover a integração e reinserção social dos seus usuários, superando preconceitos, modificando hábitos, possibilitando o convívio social e familiar, mas sem perder de vista a autonomia destes usuários, que devem ser protagonistas de suas vidas. Levando-nos a uma reflexão que João, talvez, esteja conseguindo esta inclusão social defendida pelo modelo vigente de saúde mental através destas vivências.

Lia também, em relação a passeio urbano, relatou que adora sair, informou que frequenta o SESC (Serviço Social do Comércio) com os filhos e que se sente muito bem em realizar esta atividade de lazer.

Vou. Eu sou sócia do SESC, tenho uma carteirinha. Me sinto muito bem, eu conheço gente lá, converso com meus amigos que eu não conhecia, que eu não via há muito tempo, aí nós brinca, nós se diverte. (Lia)

A entrevistada relata, em outra passagem, que adora sair, dançar e que acompanha o esposo em shows.

Adoro sair pra passear. Me sinto muito bem, me sinto alegre, me sinto feliz quando eu saio. Meu marido canta né, aí no sábado retrasado eu fui no show dele. Eu fiquei bem eu dancei, dancei até umas horas. (Lia)

Lia faz referências a atividades que sugerem satisfação em estar nos espaços e nas relações de trocas sociais, como preconizado pela política nacional de saúde mental. Estas trocas sociais se incluem no processo exercício de cidadania e inclusão social, que representa aumento de contratualidade das pessoas com transtorno mental (Saraceno, 2001), que deve ser preocupação central do modelo psicossocial.

Pablo pontuou que sua atividade de lazer urbana é assistir futebol em um bar e relatou que consome bebida sem álcool. Ao ser questionado o que sente ao frequentar, informou que gosta de estar naquele lugar, mas que não vai lá com frequência.

Eu sento aqui nesse barzinho aqui pra tomar uma agua, uma agua de coco ne? e pra assistir o jogo, o jogo de futebol, e de vez em quando eu faço isso. (Pablo)

Outra estratégia potente de inclusão social é através do lazer. Caio coloca que frequentava semanalmente um grupo de lambada, mas que atualmente o evento se tornou quinzenal. Entretanto, continua a frequentar e parece bastante confortável em exercer a atividade.

De primeiro tinha lambada duas vezes por semana, não toda semana, de domingo em domingo, tinha lambada na praça do relógio, aí eu ia lá pra dançar e agora tem só uma vez só por quinzena, aí nessa vez eu vou lá dançar. (Caio)

O depoimento de Caio remete à dança como recurso de lazer, que o mesmo desenvolve há vários anos e que essa prática, inclusive, é incentivada no CAPS de Porto Seguro. No Centro, por intermédio de grupos de música e dança, há a nítida compreensão dos funcionários de que é função dos CAPS trabalhar a inclusão social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

Pondé e Caroso (2003) desenvolveram um trabalho bibliográfico sobre o lazer como fator de proteção da saúde mental e apontam que vários autores fazem uma associação positiva entre lazer e indicadores positivos de saúde mental, considerando o lazer como fonte de apoio social. Mediante as narrativas acima, constatamos que a inclusão tem sido efetivada e consideramos muito importante que os usuários do CAPS II consigam realizar estas atividades além serviço de saúde mental, compreendendo que a inclusão é dinâmica, sendo um processo em constante construção.

Existiram relatos de lazer na praia, mais em menor proporção do que as atividades urbanas, sugerindo que talvez estes usuários não estejam acessando este recurso de lazer de forma tão intensa. Em seguida vamos fazer uma breve consideração a respeito do tema.

Figura 07 – Passeio no shopping



Fonte: Acervo de usuário, 2018

Figura 08 – Passeio na praça



Fonte: Acervo de usuário, 2018

6.1.6.2 Passeio na praia

João relatou que gosta de ver o sol nascer, que tem uma rotina de acordar cedo e realizar caminhadas com a mãe. Afirma se sentir agradecido em poder ver este nascer do sol. Aparentemente, esta experiência é agradável ao entrevistado, somado ao fato de ser uma atividade desenvolvida em companhia da sua genitora, que podemos associar a esfera de reconhecimento denominada amor, a qual representa estas relações de afeto desenvolvidas entre familiares, amigos ou parceiros sexuais.

Gosto muito de ver o pôr do sol nascer porque eu acho que ver o pôr do sol todo dia de manhã eu vou me fortalecer com o pensamento positivo. Esses dia eu tava de manhã eu acordo muito cedo e de vez em quando eu ando com minha mãe até a orla e volto. Eu vi esse pôr do sol, olhei e falei que Maravilha, tanta coisa boa nesse mundo. (João)

O usuário Caio fez um relato diferente, de certa forma, contrariado. Informou que ia muito a praia, jogava bola e dançava à beira-mar, embalado pelas músicas das cabanas, embora hoje não frequente mais. Mostra-se chateado por não ir mais a orla e relata um acidente que ocorreu na beira-mar há muitos anos, fator que, provavelmente, foi preponderante para que deixasse de frequentar o local.

De primeiro, eu, tinha vez que eu ia pra praia cinco da manhã e só voltava as cinco de tarde, eu gostava, num pensava nem em comida, só era jogando bola na beira da praia, dançando reggae, dançando forró que passava nas cabanas das praias, depois as cabanas queimou e eu não frequento mais não. (Caio)

Ao fazer referência a atividade que realizava no passado, pôde sinalizar o desinteresse por atividades de lazer, que Ponde e Cardoso (2003) afirma ser característico em quadros psicóticos (especificamente a esquizofrenia), por conta dos transtornos do afeto e do pensamento.

Figura 09 – Passeio na praia



Fonte: Acervo de usuário, 2018

Ainda pensando na perspectiva da prática de lazer, temos um subtópico referente às experiências relacionadas às viagens.

6.1.6.3 Viagens a lugares próximos

Algumas respostas dos usuários remetem a visitas que fazem a parentes que residem em municípios próximos e a dificuldade de dormir durante viagens. Estas situações nos evidenciam o fato que estes indivíduos têm experiências próximas a sujeitos não diagnosticados com transtorno mental, demonstrando a urgência de reconhecê-los como sujeitos de direitos e com papéis sociais, para que consigam se reconhecer cada vez mais enquanto pessoas com garantias e funções sociais (HONNETH, 2003).

Lia relata a viagem que fez para conhecer um tio que não tinha tido oportunidade de se relacionar antes. Afirma ter sentindo prazer neste encontro e que foi bem recebida.

Esse aí é meu tio, não tinha conhecido ele, eu vim conhecer ele domingo, eu fui lá ver ele mora em Itabela. (Lia)

João, como citado anteriormente, possui uma filha, portadora da síndrome de down, o que limita a possibilidade dela ficar em companhia exclusiva dele. O mesmo faz viagens sistemáticas a um município próximo (cerca de 350 quilômetros) para visitar a criança, mas sempre em companhia da mãe, pois esta tem medo que ele tenha uma crise ou necessite de algum tipo de cuidado durante a viagem. Iremos ver

em um tópico subsequente que João se incomoda com esta suposta proteção da mãe. Relatou, também, que estão com uma viagem marcada para a cidade Vitória, no estado do Espírito Santo.

Costumo viajar com minha mãe pra Ubaitaba pra ver minha filha. A gente está com uma viagem marcada pra Vitória ano que vem se tudo dar certo pra passar apenas três dias, que é um final de semana e voltar. (João)

Caio afirma não ter medo de viajar. Ele vai para a romaria do Santuário de Bom Jesus da Lapa, na Bahia, todos os anos. Afirma não ter medo da viagem, mas não consegue dormir direito. Durante a entrevista, fez vários relatos desta viagem mostrando ser um momento importante da sua vida. Faz esta viagem em companhia da mãe e do outros familiares.

Tenho medo não, só quase não durmo quando viajo. Só duas horinhas três horinhas de relógio, mesmo tomando remédio. (Caio)

Estas viagens proporcionam momentos de diversão e possibilitam que os usuários se sintam exercendo o direito de se locomover no território, bem como permite a vivência de situações de estarem próximos de familiares e de outras pessoas que gostam.

Durante as narrativas dos entrevistados surgiram falas referentes ao uso da internet e esta temática surgiu de forma recorrente tornando-se importante discutir como estes utilizam esta tecnologia e quais as impressões que têm deste uso.

Figura 10 – Viagens a lugares próximos



Fonte: Acervo de usuário, 2018

6.1.7 Uso da *internet*

O uso da internet para o estabelecimento de relações interpessoais, inclusive de forma afetivo-sexual, tornou-se uma prática cotidiana. Três usuários entrevistados utilizam a internet em *lan house*, em casa ou no aparelho celular, por isso vamos discutir o tema no próximo tópico. Pablo possui uma namorada virtual, sendo uma estratégia de relacionamento bastante utilizada na atualidade.

Eu tenho uma virtual, eu acho que da menos trabalho que uma real, porque na internet a gente não tá vendo a pessoa mas sabe que existe, pode ser fake ou não, mas a minha que é virtual e real na verdade também, ela eu já vi, conheço já a algum tempo por enquanto e é só na internet por causa dos horários de um e de outro do trabalho dela, essas coisas, aí não acaba acontecendo. (Pablo)

Ao ser questionado o que representa para ele ter uma namorada virtual, o mesmo responde que é mais fácil se relacionar assim e brinca com a situação. Ressalta que é prazeroso se relacionar desta forma, alegando ser menos trabalhoso do que ter uma namorada real. Questionamos se ela sabe que ele faz acompanhamento no CAPS II, ao que ela responde positivamente, complementando que isto não é um problema.

Afirma, em sua entrevista, que utiliza a internet para ter acesso às notícias, mas tem seu interesse preferencial pelos *sites* de interação social. Informou-nos,

ainda, que pouco sai à noite e não frequenta festas e bares, sendo a internet uma grande distração. Este usuário apresenta no CAPS II bastante facilidade com mídias sociais e tecnologias, colaborando com manuseamento de som e computadores em festas e eventos do serviço, passagem de recados e confecção de folders de eventos para o WhatsApp dos colegas. Mostrando-se bastante solícito quando desenvolve estas tarefas.

Assim quando eu quero ver, ler, visualizar alguma notícia, mas ultimamente eu fico mais no bate papo do Facebook, no Whatsapp e tem jogos lá também que jogo online. (Pablo)

Ao ser perguntado se sofreu algum tipo de preconceito na internet por ter um transtorno mental, o mesmo respondeu que nunca foi vítima de discriminação. Mas as possíveis discriminações, exclusões e preconceitos por eles sofridos serão discutidos no momento da discussão acerca das experiências de menosprezos.

Alguns virtuais e alguns que eu conheço pessoalmente [Amigos] [...] nunca, pela internet nunca aconteceu de me discriminar não. (Pablo)

João se interessa por temáticas variadas na internet, mas volta sua atenção para situação de injustiças e maus-tratos a animais. Vale lembrar que este usuário está concluindo o ensino médio e pretende cursar o curso de direito, o que talvez justifique seu interesse por estas temáticas.

É porque eu posso ver até uma coisa que eu acho interessantes, nas redes sociais[...] coisas ali tristes, algumas coisas que da indignação, pessoas maltratando animais[...] as vezes eu compartilho e deixo algum comentário para as outras pessoas verem. (João)

É objetivo da política pública de saúde mental a reinserção social destas pessoas através do acesso ao lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2005). Sendo a internet uma possibilidade de fortalecimento de laços sociais e acesso ao lazer, pudemos notar na fala dos entrevistados o uso da internet para fins variados, como acesso a informação, interação social, jogos e outros.

Assim quando eu quero ver, ler, visualizar alguma notícia, mas ultimamente eu fico mais no bate papo do Facebook, no Whatzapp e tem jogos lá também que jogo online (Pablo)

Alguns (amigos) virtuais e alguns que eu conheço pessoalmente (Lia)

O entrevistado João se posiciona enquanto alguém com responsabilidade social, que administra um blog e, neste espaço, compartilha suas experiências de adoecimento em uma perspectiva informativa e reflexiva. Defende o direito de compartilhar os mesmos lugares, sugerindo um processo de se sentir incluído e se reconhecer enquanto sujeito de direito.

Quer dizer, o que eu faço na internet é tentar mostrar que nós não somos louco, nem doído e sim temos um problema. Mas o que eu tento mostrar que nós podemos viver no mesmo espaço, conviver no mesmo espaço e cada um tem seu espaço. (João)

A internet é uma estratégia de inclusão, como sinalizada por Lobato et al (2015), que realizou um relato de experiência de uma oficina de inclusão digital, realizada em um CAPS II de Grão Pará (Santa Catarina), que tinha como objetivo resgatar a autoestima, autonomia e socialização através das aulas práticas e dinâmicas de integração realizadas semanalmente. Segundo os autores, foi percebido, ao longo das oficinas e do depoimento dos usuários, que houve aumento da autoconfiança e da autoestima, visto que alguns conquistaram independência em determinadas tarefas, além de terem ampliado suas relações sociais com alguns colegas.

A ocupação dos espaços por usuários de saúde mental perpassa por diversas estratégias para estar no mundo. Esta ocupação dos espaços remete também ao lazer, tal como a utilização da internet, a lambada, shopping e cinema, como apontada pelos usuários. Nos depoimentos dos entrevistados, pudemos perceber um percurso que eles têm construído para que a vivência de um transtorno mental não seja um impeditivo na realização das trocas sociais.

Nos relatos houve, também, passagens sobre as impressões que eles têm de si mesmo e o que fazem para ter uma boa aparência. Podemos fazer algumas associações com a vontade de serem aceitos e reconhecidos socialmente.

6.1.8 Impressões sobre si e cuidado com a aparência

Ao discutir processo de reconhecimento, podemos pensar como os entrevistados se percebem nas relações sociais. Nesse sentido, surgiram algumas falas sinalizando como eles acreditam que se relacionam com os espaços sociais e com as pessoas.

Tem gente que pensa, “ah fulano ou cicrano é, faz isso só pra se mostrar, não sei o que tal tal ta” mas o pessoal que me conhece há muito tempo sabe que eu sou prestativo, dentro dos meus limites ne, eu não vou fazer coisa errada pra agradar alguém. (Pablo)

Pablo se considera uma pessoa prestativa, acredita fazer a coisa certa, é dessa forma que ele se reconhece, acredita que as pessoas que o conhecem de verdade sabem que ele é uma pessoa assim. Também acha que o sucesso das relações sociais é saber respeitar, não invadir o espaço do outro e isso evita conflitos e violência. Sente-se reconhecido socialmente por ter estas características.

Se a pessoa ser amigável com todo mundo, respeita, saber, se tão conversando ali, não interessa então eu me afasto e vou pra outro lugar, aí a pessoa assim tem mais chances de ganhar uns dias a mais ne? Por causa da violência e tudo. (Pablo)

Outra maneira de se sentir reconhecido socialmente está ligada aos cuidados com a aparência. Dois usuários sinalizaram como uma forma de se sentir melhor. Colocaram cuidados estéticos como forma de sentirem mais aceitos socialmente, conseqüentemente reconhecidos nas relações sociais. Lia sinalizou que gosta de se cuidar, se sente bem ao fazer as unhas, gosta de cuidar dos cabelos, assim podemos sugerir que isto afeta o seu processo de reconhecimento intersubjetivo, na perspectiva de ser aceita nas relações sociais.

Eu me sinto bem, me sinto feliz, me sinto alegre, eu gosto de fazer minhas unhas só que eu tô sem dinheiro para fazer minhas unhas fazer meu cabelo. (Lia)

Pablo fala do corte de cabelo, que realiza sempre quando está grande, o que também sugere uma necessidade de se sentir bem e reconhecido nas relações sociais a partir da intervenção estética.

Ah, aí é minha autoestima, quando eu to com cabelo longo assim ou alto, eu percebo se ta grande ou não, aí esse homem aqui o dono dessa...desse

salão ele eu marco com ele antecipadamente, ou pra amanhã ou pra antes da hora, eu pago, ele corta certinho, é assim eu falo pra não cortar muito baixo, porque assim ta muito baixo, aí eu vejo o tamanho. (Pablo)



Figura 12 – Salão de beleza frequentado por usuário

Fonte: Acervo do usuário, 2018

As narrativas sobre as experiências de reconhecimento foram variadas, os usuários colocaram questões ligadas às relações familiares, como são vistos por estes familiares e como

estas relações são desenvolvidas. Para tal tópico, buscamos um diálogo com as esferas de reconhecimento de Honneth, mais especificamente a esfera do amor e da solidariedade.

Houve falas sobre a experiência de reconhecimento na escola e na saúde e para tais tópicos dialogamos com a esfera de reconhecimento de Honneth, denominada direito. Nos tópicos funções na igreja, impressões de si e cuidados estéticos, buscamos dialogar mais com a esfera da solidariedade e processo da autoestima, colocados pelo autor.

Segundo Honneth (2003), as três esferas de reconhecimento geram autoconfiança, autorrespeito e autoestima, as quais permitem que o sujeito se coloque no mundo a partir de uma relação harmônica dele com ele mesmo e dele com o mundo, o que, conseqüentemente, permite a experiência de cidadania. Estes elementos possibilitam a inserção do sujeito na sociedade de forma autônoma.

A teoria de Honneth (2003) permite refletir acerca da possibilidade do exercício de cidadania a partir do reconhecimento destes indivíduos pelas esferas citadas acima e questionamentos em relação a parcela da população que teve seu

reconhecimento negado a partir da modernidade, onde como discutido, passou-se a cultivar a razão, o individualismo e a propriedade privada, nesta parcela se inclui o indivíduo considerado louco. Seria possível, portanto, analisar as formas de menosprezo às quais os sujeitos foram expostos e as consequências nas suas subjetividades.

6.2 INTERSUBJETIVIDADE E EXPERIÊNCIAS DE MENOSPREZO

Da mesma forma como o sistema de relações sociais pode contribuir para o reconhecimento de sujeitos e grupos sociais em cada uma das dimensões descritas, as dinâmicas sociais podem estar fundamentadas no desrespeito de subjetividades não valorizadas positivamente. Tais experiências intersubjetivas de menosprezo afetam, por sua vez, a relação do sujeito consigo mesmo, ferindo a autoconfiança, o autorrespeito e a autoestima. No entanto, o desrespeito, que é considerado o resultado da não efetivação do reconhecimento intersubjetivo, pode, em alguns casos, motivar lutas e batalhas pelo reconhecimento (Honneth, 2003).

Segundo o autor, as formas de menosprezo na esfera do amor são as ameaças à integridade física e psíquica a partir de maus-tratos; o menosprezo na esfera do direito consiste na privação de direitos e nas práticas de exclusão, impedindo a vivência na comunidade enquanto cidadão; finalmente, as ofensas e humilhações afetam a esfera da solidariedade e abalam os sentimentos de dignidade do sujeito em relação a sua comunidade.

Na continuação do trabalho, analisaremos algumas destas experiências vividas no cotidiano dos participantes da pesquisa.

6.2.1 Família: incompreensão e desconfiança

A família tem um papel fundamental na vida das pessoas com transtorno mental, visto que muitos assumem o cuidado em relação ao acompanhamento em seus espaços de tratamento, o que inclui os CAPS.

Para compreender como familiares e usuários constroem o discurso em relação ao transtorno mental, Cirilo e Oliveira Filho (2008) realizaram um trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial de Campina Grande, Paraíba, com quinze usuários e familiares sobre as causas das doenças mentais e foram detectados em

seus discursos cinco fatores determinantes para o adoecimento: biológicos, socioeconômicos, psicossociais, psicológicos e sobrenaturais. Nos discursos sobre os sintomas da doença mental, predominaram descrições de um ser incapaz de autonomia, caracterizado pelo descontrole e pela periculosidade. Segundo os autores, estes discursos reforçam o imaginário do preconceito e as internações em hospitais psiquiátricos, dificultando procedimentos mais humanizados de cuidado em saúde mental.

João relata que seus familiares não compreendem seu adoecimento e remetem sua doença a questões religiosas. As explicações mágico-religiosa da loucura aparecem em outros trabalhos. Cirilo e Oliveira (2008) colocaram que esta temática surgiu na fala de familiares entrevistados como algo mediúnico e necessita de medicamentos para controle.

Eu vou dizer que não nem ela nem toda minha família, minha família acha que esse problema veio de uma brincadeira, veio de coisa de satanás e tal, coisa religiosa. Então quer dizer nesse sentido eles não me ajuda, eles apenas complicam a situação mais e mais eles não têm conhecimento do fato que é a doença realmente. (João)

Preocupa-nos que este tipo de colocação possa trazer, como pontuado por Honneth (2003), uma lesão que desmorse a identidade do sujeito. Pois esta experiência de desrespeito traz, como descrito por João, sentimento de tristeza para ele. Ainda refletindo sobre essas possíveis lesões na identidade, Lia apresenta uma situação complexa em relação à ex nora, mãe do seu neto de três anos. Relatou ser impedida de ver a criança, por ser considerada violenta e incapaz, por ter um transtorno mental. Este relato reflete a representação do louco como um sujeito perigoso.

Ela fala agora ela não quer deixar levar meu neto para casa por causa do meu problema, ela fala que se acontecer alguma coisa com meu neto a culpada vai ser eu. (Lia)

Honneth (2003) coloca que quando certos direitos são negados a alguém, isso atinge diretamente o autorrespeito, pois representa a limitação da autonomia e gera o sentimento de incapacidade de juízo de valor. A tentativa de impedir que Lia veja o neto atrelado ao fato da justiça não se posicionar, pode produzir uma perda do autorrespeito pela usuária em questão.

Cirilo e Oliveira (2008) enfatizam que houve entre os familiares entrevistados o discurso da desrazão, do descontrole e do medo e estes posicionamentos

colaboram para a manutenção dos preconceitos e dificulta o trabalho comunitário. A narrativa de Lia deixou clara a situação e que esta não colabora para a melhora do quadro da usuária.

Ela é muito preconceituosa sobre esse assunto, ela fala porque que eu sou doída que eu tomo remédio controlado e que eu não tenho direito de pegar meu neto pra tomar conta. (Lia)

Fica claro o discurso do medo, colocando a usuária como perigosa e a mesma sente-se infeliz, relatando tentativa de suicídio associado à situação com o neto e a falta de acesso, sendo um direito negado.

É uma relação assim muito difícil, a mãe dele não deixa eu muito ver. Só me deixa ver ele com pai dele por causa do meu problema, aí ela falou que eu tenho problema psiquiátrico e aí não posso ficar perto do meu neto não que ela tem medo de fazer alguma coisa com meu neto. Eu me sinto assim infeliz, já tentei até me suicidar por causa disso. (Lia)

Ainda caminhando pela retirada de direitos, Tadeu atualmente habita com a esposa, mas durante muitos anos morou com a mãe e exerceu o cuidado dela, pois esta já apresenta idade avançada. Em um determinado momento a mãe passou a habitar com a irmã, parente que Tadeu desferiu comentários pouco cordiais.

Eu morava mais mãe. Toda vida sempre eu morava com ela. Todo mundo abandonou mãe, e eu acolhi quando eu era são. Eu sinto que não posso fazer mais nada por mãe...quando mãe não tinha direito nenhum, pensão né, ela não era aposentada todo mundo deixou ela, eu que segurei a barra...hoje em dia não posso ter ela dentro de casa. (Tadeu)

Tadeu se referiu a mudança de morada da mãe à aquisição da pensão por idade, mas fica claro na fala uma referência ao período em que era “são”. Ao ser questionado sobre isto, entendemos que na medida em que as crises foram aumentando e a mãe ficando mais idosa, os irmãos, de forma mais específica esta irmã, decidiram que Tadeu não tinha mais condição de cuidar da genitora.

Quando questionamos mais sobre a relação de Tadeu com a irmã, surgiram respostas intrigantes. Ele diz não se sentir respeitado pela irmã e o cuidado que ela expressa por ele no serviço não é real.

Não me respeita não. Minha relação ali, o que ela quer é me tirar de ser feliz. Ela faz tudo aquilo (choro), aquela confusão na presença da pessoa pra saber que ela é boa pessoa, mas ela não é. (Tadeu)

Tadeu não se sente valorizado pela irmã, não é reconhecido como alguém capaz de cuidar da mãe e diz merecer ser feliz. Ficou sempre emocionado e se apresentou alterado quando falou deste assunto específico.

Relatou ainda ter tido um casamento desfeito por intervenção desta irmã, segundo ele, foi colocada sua condição de saúde como um impeditivo para o matrimônio e o mesmo foi posto como alguém incapaz, o que denota a impossibilidade de exercer direitos, mas também a de executar papéis sociais possibilitadores de estima social, como colocado por Honneth (2003).

A mulher que eu arrumei que eu ia me casar, aí ela que não casasse não, nós já tava faltando dias pra casar, aí que não casasse não que eu era maluco, que eu não sabia de nada, quem resolvi as coisas pra mim era meu irmão. Aí eu me senti humilhado. (Tadeu)

Ao falar de exercício de direitos de papéis sociais, como já discutido em outros momentos deste trabalho, é função dos CAPS trabalhar para que esta inclusão social seja efetivada e para tanto se faz necessário o vínculo com a família, nem sempre aliada ao processo de cuidado do usuário. Segundo Lia, familiares indicam que a mesma abandone o acompanhamento no serviço.

Assim, ele, ele fala que é pra mim sair do CAPS, que é para mim parar de tomar o remédio que remédio vai fazer eu ficar tentando ficar gorda, às vezes eu boto um vestido, aí o vestido faz eu ficar, aí fala que eu tô com a barriga muito grande. E aí ele não sabe o tanto que ele me machuca com isso, aí esses dia eu falei com ele eu falei olha painho você não sabe o quanto você me machuca com isso. (Lia)

Lia relata que o pai acredita que ela não deve frequentar o CAPS, que este serviço vai deixá-la pior e mais gorda, a usuária relata se sentir desvalorizada e triste, afirma ter uma relação difícil com a família. Questionamos como foi construída esta relação ao longo dos anos, visto que a mesma estava visivelmente afetada e nos relatou passagens significativas da sua infância.

Eu fiquei morando com ele até uns 12 anos, dos 12 anos eu saí de casa porque (pausa), eu tive um tio que abusou de mim, aí eu fui falar para ele e para minha mãe, minha mãe me bateu, não acreditou em mim, acreditou no meu tio, (pausa) aí com 12 anos saí de casa e vim morar em Porto para tomar conta de um menino, aí não voltei mais para dentro de casa, casei cedo tive meus filhos cedo. (Lia)

Completa que se sente triste e sem apoio familiar. Atualmente os pais de Lia moram em um bairro próximo a casa dela e ao CAPS II de Porto Seguro, mas nunca

compareceram na unidade. O acompanhante de Lia sempre foi o esposo, frequentador do grupo da família e comparece em outras situações.

Ai isso me deixa muito, muito triste sabe, porque ele não ele não ele me dá um apoio só que o apoio é do jeito dele do jeito dele assim eu me sinto muito infeliz aí ele fala “você tem que parar de tomar o remédio, tá muito gorda”. Quem me acompanha no CAPS é Marcelo. (Lia)

Esta mesma usuária socializa, nas citações abaixo, dificuldades com a maternidade, relata desconforto em ser mãe após o processo de adoecimento e que provavelmente tem gerado consequências na subjetividade de Lia. Quando questionada os motivos do descontentamento, Lia esquiva em responder, mas depois afirma que é pela falta de paciência e pelo julgamento das pessoas das capacidades dela enquanto mãe.

Olha antes de eu ficar doente eu me sentia muito bem, muito bem mesmo. Eu era feliz, eu passeava com meus filhos, depois que eu fiquei doente eu não me sinto mais bem como ser mãe não. (Lia)

Na mesma direção, Caio relata que familiares também colocam em dúvida a real necessidade dele frequentar o CAPS, insinuando que o mesmo dirige-se ao serviço apenas por desejo. Isso nos sugere a necessidade de enfatizar a comunicação com estes familiares para que compreendam melhor a função do CAPS II, visto que o mesmo expressou sentir incomodo quando os familiares colocam esta situação.

Sei lá (pausa) até, muitas vezes até meus parentes “fala” [...] fala que eu...meus parentes “fala” que eu[...] fala daqui do CAPS, que eu eu frequento o CAPS por querer, porque muitas vezes eu não tou mais doente. Fico chateado. (Caio)

Já Pablo relata um tom jocoso dos irmãos quando ele faz algo que os desagrada e eles “brincam” ser preciso aumentar a dose da medicação e reflete que os irmãos não aguentariam tomar o mesmo medicamento. Ao ser questionado como se sente em relação as brincadeiras dos irmãos, afirma não se importar mas queria que eles respeitassem mais o fato dele ter uma doença.

Sim, as vezes um ou outro fala assim, fala que o remédio, que o meu remédio não ta fazendo efeito, vamos dar outro, vamos dar o sossega leão, queria ver se eles tomasse um só desse pra ver se consegue. (Pablo)

Os usuários relatam a falta de compreensão da doença por parte de familiares e amigos, tornando-se urgente o atendimento à família com intuito de colaborar com o processo educativo-reflexivo por parte destes, para um melhor entendimento do transtorno mental e seus desdobramentos, bem como o trabalho territorial buscando diminuir o preconceito e possibilitando uma vivência mais harmônica dos usuários de saúde mental com seus familiares e amigos (BRASIL, 2002).

Percebemos, nos relatos dos usuários, diversas situações de não reconhecimento destes, dos seus direitos e das suas subjetividades por parte dos seus familiares. Acreditamos que mobilizados por preconceitos, mas muito mais por desconhecimentos, tornando-se cada vez mais urgente a necessidade de uma política de saúde mental que alcance aos familiares dos usuários, porque só assim poderemos pensar em mudanças efetivas na qualidade de vida destes usuários e familiares. Mas estes sujeitos não vivenciam relações sociais exclusivamente no ambiente familiar, ao serem questionados sobre situações de menosprezo surgiram falas referentes aos seus vizinhos, como vamos discutir em seguida.

6.2.2 Comentários desrespeitosos de vizinhos e afastamento de conhecidos

Salles e Barros (2011) realizaram uma pesquisa com egressos de hospitais psiquiátricos, com o objetivo de conhecer a rede social desta população e analisar as possibilidades de inclusão social. Segundo os autores, este emaranhado que compõe as relações sociais é formado pela família, como discutido acima, mas, também, por amigos e colegas e aí estão incluídos os vizinhos, que possuem uma função central na vida destes sujeitos. Entre outros resultados encontrados, os autores detectaram uma dificuldade de interação social dos usuários de saúde mental com esta rede e a necessidade de intervenção dos serviços de saúde mental.

Tadeu teve uma crise em 2018 e foi questionado como foi à reação dos vizinhos, pois há alguns anos ele se mantinha estável. Neste momento de crise, houve muito barulho na casa, várias intervenções do SAMU e do CAPS. Informou que todos comentaram que ele era doido, passando a ser reconhecido como louco e foi muito difamado. Ao ser questionado sobre seu sentimento e atitude, o mesmo disse se sentir humilhado, depois apenas orava. Vale lembrar que Tadeu é evangélico, bastante atuante nas atividades da igreja.

Rapaz sinto mais pela marmorização [humilhação], que todo mundo reconhece que eu sou doido. O pessoal da rua que disse que eu era doido. Eles me agiram me difamando. Eu me sentia humilhado, naquele momento. Mas quando eu chegava em casa colocava a minha bíblia e ia orar (Pablo)

Para Honneth (2003), a falta de solidariedade são as degradações e as ofensas que afetam a dignidade. Como no caso supra, Tadeu se sentiu humilhado em um momento que esteve vulnerável e foi pouco acolhido por seus vizinhos.

Lia ressaltou a falta de solidariedade das pessoas ao criticarem o seu aumento de peso e nos relatou que estas pessoas associam a mudança corporal ao uso do medicamento. Pudemos notar que a queixa desta usuária ao aumento do peso foi recorrente durante este estudo, devemos levar isto em consideração, pois aparentemente é algo de grande incômodo para a usuária.

Porque eles sabem que a gente tem um problema e fica perguntando, aí fica falando: você tá muito gorda, você tá engordando, você tá muito isso, você tá muito aquilo. Que é pra eu sair do CAPS, que o CAPS tá me drogando. (Lia)

Ao ser questionada como se sentia em relação a estes comentários, a entrevistada foi enfática e nos informou, se sentir incomodada.

Ah, tá me incomodando mesmo muito. Ainda mais quando a pessoa chega para mim e fala: Nossa, cê tá grávida de novo? (Lia)

Caio relatou que, há algum tempo atrás, quando habitava em outro município, ficava agitado e as pessoas da cidade achavam que ele usava drogas. O usuário explica que se sentia muito triste, pois o problema dele era de “mente”.

De primeira quando eu atacava, que eu morava em Camacã, eu ficava nu, corria, rasgava roupa e perdia documento. Os pessoal falava que eu tava fumando droga, usando droga aí eu ficava triste com isso e não era droga que eu tava usando, era problema da mente mesmo. (Caio)

Perguntamos ao entrevistado qual a impressão que ele acha que as pessoas têm de usuários de saúde mental. O mesmo acredita que não é uma boa impressão, que a loucura representa descontrole, que se alguém souber que ele faz acompanhamento no CAPS não vai querer anda com ele.

Acho que as pessoas não pensam muito bom não, e que muitos deles não se controla. A loucura não deixa a pessoa controlada. Pra mim vão me achar que eu sou um louco, num quer andar mais eu. (Caio)

Podemos reparar como as situações de preconceito e humilhação deixaram marcas na subjetividade de Caio, que acredita que as pessoas tem um pensamento negativo em relação ao usuário de saúde mental e se preocupa que as pessoas não queiram sua companhia se tiverem esta informação. Este medo de Caio pode ser associado ao conceito de estigma de Goffman (1988), que representa características que desqualifica socialmente os sujeitos e por isto, talvez, há uma necessidade de tentar escondê-las, como o transtorno mental.

Lia comunga da mesma aflição e socializou apreensão das pessoas não quererem mais falar com ela caso saibam da sua condição de saúde. Contou, inclusive, que sua vizinha não deixa o filho com ela porque ela faz tratamento no CAPS II de Porto Seguro.

Eu tenho vergonha das pessoas ter esse preconceito, não querer mais falar comigo, que eu tenho uma vizinha lá que ela que ela não deixa o filho dela comigo porque eu faço tratamento aqui no CAPS; Aí ela não deixa ela tem medo dos filhos dela ficar comigo, o marido dela também.

Relatou também ter perdido amizades depois que adoeceu, que pessoas se distanciaram quando souberam que ela tinha se afastado do trabalho por ter apresentado sintomas de transtorno mental e passado a ter comportamentos diferentes. Este assunto passou a ser comentado por pessoas conhecidas que se afastaram dela. Quando questionada de estas pessoas eram realmente suas amigas, a entrevistada ficou em dúvida e não respondeu.

Eu fico com medo de falar para a pessoa quando que me conhece recente e sabe que eu tenho um problema aí eu não conto, eu tenho medo da pessoa se afastar de mim, porque muitas amizades que eu tinha quando descobriu que tava doente se afastou de mim, não conversa comigo, mal mal me cumprimenta na rua e pronto, outros passei ter zap me bloqueou no Zap e eu acho por causa disso. (Lia)

Como citado por Salles e Barros (2011), há uma dificuldade na vinculação das pessoas com transtornos mentais com amigos e em atividades sociais, tendo as políticas públicas de saúde mental à função de potencializar estas relações. Podemos perceber várias citações onde os entrevistados não se sentiram reconhecidos por amigos e vizinhos, sendo este mais um desafio das políticas públicas de saúde.

Podemos, ainda, reconhecer relatos de discriminações sofridas pelos entrevistados por vizinhos e pessoas conhecidas em virtude da condição de possuir

um transtorno mental e realizar acompanhamento no CAPS, o que nos faz pensar que perpassa pela representação social que se tem em relação a estes indivíduos.

Dentre os espaços sociais de convivência, não deixou de aparecer relatos referentes à escola, visto que alguns dos entrevistados estabelecem vínculos com esta instituição. Discutiremos estes relatos a seguir.

6.2.3 Dificuldade de acesso à Rede de Ensino

Lia fez uma colocação interessante em relação a direção da escola de um dos filhos e, mesmo sendo uma posição apenas dela, consideramos relevante e decidimos discuti-las, visto que nos pareceu uma situação típica de retirada de direito e de falta de solidariedade dirigidas a entrevistadas por parte das corpo diretivo desta instituição. Disse, ainda, que a diretora da escola solicitou que o esposo passasse a acompanhar o desenvolvimento pedagógico e comportamental do filho do casal, sob a justificativa de o genitor compreende melhor as coisas.

A diretora da escola de André falou que que tem que acompanhar André é o Marcelo porque ela fala como eu tenho problema, aí eu falei: Não, mas eu sou mãe, eu tenho que acompanhar". Aí ela falou: Não, mas, Marcelo entende mais. Aí eu falei: O Marcelo trabalha. (Lia)

Perguntamos a ela o motivo pelo qual a diretora fez esta solicitação e ela respondeu que acredita que foi por preconceito. Afirmou seu sentimento de incômodo, pois antes de ter um transtorno mental resolvia, segundo ela, problemas dos filhos e dos enteados, sem nunca ter escutado nada parecido.

Para mim ficou como preconceito da diretora ela quer que Ronaldo vai lá. Eu me sinto muito mal, porque quando eu não tinha nenhum problema, as pessoas não falava essas coisas para mim, que eu ia resolver problema do meu enteado, dos meus filhos, dos meus outros filhos mais velhos, dos meus enteados que eu criava. E aí ninguém nunca falou isso e o pai lá eu que ia. Depois que a escola, que Ronaldo falou que eu ti... que eu faço tratamento no CAPS, aí agora ele fala que Ronaldo tem que ir, que eu não, que Ronaldo entende melhor. (Lia)

Lia relata um sentimento de vergonha e humilhação pelo tratamento dispensado pela direção da escola, pois sempre executou o acompanhamento escolar dos filhos. Para a entrevistada, a partir do momento que desenvolveu um transtorno mental passou a ser desacreditada como alguém em condição de executar a tarefa de acompanhar a vida escolar dos filhos. Acredita, ainda, que foi

vítima de preconceito por parte da direção da escola. Expressou descontentamento ao ser colocado que o esposo compreende melhor as coisas, fato este que ela discorda. Lia se sentiu injustiçada, pois lhe foi retirado o direito de atuar enquanto alguém que acompanha o desenvolvimento dos filhos. Esta impossibilidade teve consequências negativas na forma em que Lia se percebe nas relações sociais, que para Honneht (2003), este sentimento é uma consequência da falta de reconhecimento.

João, como citado anteriormente, retornou a frequentar a escola e afirmou ter tido dificuldade de efetuar matrícula em unidades escolares, em virtude do seu transtorno mental, por ser considerada uma doença perigosa. Foucault (1975) infere que as construções referentes à loucura é um texto do medo, representando-a como algo que devemos nos proteger, pois a loucura representa um risco e o louco é perigoso, um discurso pueril, que refere à loucura dentro de um imaginário de perigo. Uma percepção de que o louco é perigoso, que remete ao medo, sendo uma manifestação de regras morais e frágil, que não se sustenta.

Os colégios ficaram com medo de me matricular porque eu apresentava[...] Apresento uma doença a qual era muito arriscado pra eles, só que, o único que me aceitou foi o Ricaldi [Escola Estadual de Porto Seguro], por eu conhecer e tal e eles confiaram não só em mim, confiaram em vocês (CAPS), vocês que foram lá e que falaram. (João)

João nos informou que foi necessária a intervenção do CAPS II para garantir seu acesso à educação, que representa uma das funções deste serviço, como promotor de inclusão social (Brasil, 2005). Deste modo, devemos estar em constante avaliação das reais funções do CAPS enquanto incentivador de uma construção mais autônoma por parte dos indivíduos com transtorno mental.

Podemos pensar, então, que foi negado a João um exercício de direito que reflete diretamente no autorrespeito, visto que não há um impeditivo para a não efetivação da matrícula deste em uma unidade escolar que não seja o desconhecimento e as práticas de exclusão.

Uma prática de exclusão muito comum na vida de usuários de saúde mental são as internações psiquiátricas, que foram muito comuns há algumas décadas atrás. Houve uma diminuição na atualidade, mas está presente nas experiências de vida de quatro dos cinco entrevistados, como discutiremos no próximo tópico.

6.2.4 Internações no hospital psiquiátrico: maus tratos, degradação e exclusão

Quatro dos cinco entrevistados já passaram por hospitais psiquiátricos e relataram vivências desagradáveis nestes locais, os quais Basaglia (1985) descreve como espaços causadores de “danos” derivados da permanência dos usuários, visto que estes se baseiam no princípio do autoritarismo e coerção.

No São Judas Tadeu. Eu vim amarrado três dias de caminhão, aí me internaram, mãe e os parente, ai me internou lá no São Judas Tadeu... me doparam, tanto de remédio, que eu ficava babando, assim soltando, ficava igual a robô, sem ter condições nem de comer...a boca não abria pra poder comer. (Caio)

No depoimento de Caio fica claro o desconforto causado pelo uso do medicamento, ainda, segundo o mesmo, estes medicamentos administrados de forma excessiva, que o deixava sem atitude, sem condição de se alimentar. Que podemos associar aos maus tratos físicos que Honneth (2003) pontua como uma consequência da não efetivação do reconhecimento intersubjetivo na esfera do amor e na esfera do direito com a supressão destes.

Aguiar (2004) realizou uma pesquisa que esclarece que o excesso de medicalização reside, entre outros, no fato da compreensão biológica para os transtornos mentais, sem haver uma descrição das causas e os sentidos dos sintomas.

Era ruim Uma vez eu tomei oito injeção de vez pra poder eu voltar ao normal. (Tadeu)

Tadeu coloca como era ruim a utilização dos medicamentos no Hospital Psiquiátrico São Judas Tadeu, relatando que tomou, em determinado momento, oito ampolas de medicamentos. Para Guarido (2007, p. 154), “atualmente a psicofarmacologia e a neuropsiquiatria ganham espaço hegemônico no tratamento de sofrimentos severos”, o que corrobora com a fala do entrevistado ao citar o excesso do medicamento e o desconforto causado.

Fica nítida a experiência de violência que Tadeu e Caio vivenciaram através de uma assistência hospitalar que tinha como característica central o tratamento desrespeitoso dispensado aos seus internos e que desprovia o sujeito de exercer sua cidadania, submetidos a práticas que atentavam contra a dignidade (Amarante, 2007), ao referirem o excesso de medicamento, a impossibilidade de se alimentar e

de executar movimentos de forma adequada pelo excesso de medicamento (Provável quadro de impregnação medicamentosa).

Torna-se importante frisar que ambos os entrevistados foram internados em momentos anteriores a frequência no CAPS II de Porto Seguro, quando faziam acompanhamento em outros dispositivos de saúde. João foi internado duas vezes em Porto Alegre (RS) e informou que acabou perdendo o emprego por conta das crises, relata que foi muito difícil ficar preso.

Aí eu voltei pra cá, eu fui internado, aí eu saí do hospital e voltei a trabalhar, aí eu surtei de novo e não teve o que fazer me mandaram embora, fui internado pela segunda vez na Clínica São Pedro lá em Porto Alegre. Foi muito difícil ficar preso, lá era muito ruim, me tratavam mal, eram violentos, não me deixavam livre me controlavam todo o tempo e tomava remédio demais da conta. (João)

Foi observada, em seu discurso, a mesma violência denunciada pela Reforma Psiquiátrica que, conforme Amarante (1994), os manicômios dispensavam tratamento desumano aos internos e estas instituições fechadas que Goffman (1961) definiu como espaços sociais destinados a um determinado tipo de pessoas, entre eles: cegos, incapazes, loucos, criminosos, militares e tipos de religiosos. Tais instituições possuíam características comuns, como a ruptura com o mundo externo, atividades realizadas em grupo e no mesmo horário, uma política de extrema vigilância e imposição de uma lei rígida. Os hospitais psiquiátricos fazem parte deste modelo de institucionalização.

Ao falar sobre o hospital psiquiátrico, os entrevistados deixam claro o uso desenfreado de medicamentos. O uso de fármacos é um fator central no acompanhamento de pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental, que remete ao processo de normalização que, segundo Foucault (1975), surge como estratégia de exercício de poder sobre os indivíduos com objetivo que estes se adequem aos padrões estabelecidos.

Eu acho melhor aqui, que aqui não tem presidio né? Lá tinha presidio, trancado no cadeado por fora e o portão era quase de ferro lá. (Pablo)

Pablo associou o hospital psiquiátrico ao presídio, como uma instituição que impedia a sua liberdade. Ressalta os portões de ferro e o cadeado, deixando claro que prefere o acompanhamento no CAPS, que o deixa livre, sem portões trancados. Fazendo-nos pensar que esta liberdade de acompanhamento é positiva para o

usuário em um cuidado humanizado, como regulamento na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental.

Podemos perceber que o hospital psiquiátrico fez parte da vida destes usuários, mas todas as situações de internação vieram antes do acompanhamento no CAPS. Tal fato corrobora com as colocações de Pereira (2017), ao ensinar que o modelo substitutivo (dentro do qual estão os CAPS) cria uma alternativa à internação e incentiva a realização de atividades comunitárias que visam a reintegração social, as quais podem favorecer a ressignificação da história pessoal dos usuários de Saúde Mental.

Refletir sobre a internação psiquiátrica e o modelo substitutivo nos remete a uma tópica central, bem como no acompanhamento dos usuários de saúde mental, que é o uso do medicamento.

6.2.5 A medicação ainda está no centro do cuidado?

O uso de medicamentos nas instituições é um dispositivo de controle sobre os sujeitos, os quais não vem ao homem de forma pronta e, sim, são criados, aprimorados e incorporados através dos centros educativos, espaços sociais, ambientes de trabalho, família, sendo um processo de subjetivação com uma história específica. Estas técnicas são aprendidas e disponibilizadas pelos meios de convivência do ser humano e fazem parte de processos de subjetivação, de formas de gestão da própria subjetividade em função de ideais impostos ou pautados (ROSE, 2001).

Seguindo a lógica de Nikolas Rose (2001), consideramos que talvez o medicamento seja utilizado de forma estratégica em instituições de cuidado em saúde mental, com intuito de manter os usuários controlados e com uma perspectiva de contenção de certos comportamentos para enquadrar as subjetividades dentro de parâmetros tidos como ideais.

Nesse sentido, Pablo afirma que o medicamento ajuda a deixá-lo controlado e, conseqüentemente, mais aceito socialmente. Há um aparente discurso dos médicos em relação à importância do uso do medicamento como condição de controle da doença.

[...] em questão dos remédios que eu tomo, mantem a paliativa ne, nós sabemos disso, segundo o que os médicos falam, tomo esses remédios e eu me sinto mais aceitável na comunidade[...] (Pablo)

Na mesma direção, Caio colocou que o medicamento o controlou, afirmando que era descontrolado e tinha pensamentos negativos. Tendo em vista sua dificuldade em, acredita que a solução exclusiva é tomar o remédio. Além disso, ao explicitar sua relação com o CAPS no tópico anterior, sinalizou que o único motivo de frequentar a unidade era por conta da distribuição do medicamento. Podemos notar que ele não dá outro significado ao acompanhamento no CAPS que não seja o acesso ao remédio.

[...] quando eu tomo esse remédio já me controlou bastante né? De primeira eu não me controlava, não dormia nem nada, aí eu ficava fazendo coisa pra não ficar pensando coisa ruim, não deixava mãe dormir nem pai. Eu não dormia também, só virando na cama e acendendo a luz. Hoje em dia ela (a mãe) até manda vim pro CAPS que é a única solução tomar o remédio. (A.)

Ferrazza et al (2013) sinaliza que o modelo de atendimento em saúde mental ainda segue o modelo tradicional, centrado na figura do médico e, assim, na medicalização, mesmo com todos esforços para a consolidação do modelo psicossocial como determinado pela atuais diretrizes nacionais de políticas públicas de saúde mental. O que talvez justifique esta relação próxima dos usuários e o respeito em relação à medicação, como sinalizado por Tadeu a seguir.

[...] eu parei rapaz, eu parei que pensava eu tava sã. (O remédio) (N.)

Percebemos, nos relatos acima, que todos colocam o medicamento como importante no processo de se manter controlado. Dessa forma, associamos ao conceito de normalização de Foucault (1975) e o medicamento como dispositivo de controle, discutido por Nikolas Rose (2003). Intriga-nos a possibilidade destes usuários do CAPS não estarem visualizando outras estratégias de cuidado que não somente o uso do medicamento.

6.2.6 Sentimentos de vergonha

A falta de controle, citada pelos usuários, aparentemente gera sentimentos de vergonha, como percebido nas falas seguintes, o que nos sugere que para estes a

doença carrega um estigma. Segundo Goffman (1988), isto representa uma desgraça que desqualifica as características sociais do sujeito, neste caso o transtorno mental é o infortúnio.

Caio colocou que esconde que faz acompanhamento em saúde mental de algumas pessoas por ter medo destas não quererem mais andar com ele. Vale sinalizar que, como dito antes, Caio desenvolve atividade laborativa junto a sua família, o que pode justificar seu medo de que as pessoas saibam que ele possui um transtorno mental e passe a evitá-los no seu ambiente de trabalho, podendo representar um estigma para ele ser considerado como alguém que possui um transtorno mental.

Tem vez que escondo. Pra mim vão me achar que eu sou um louco, num quer andar mais eu. (Caio)

Lia relatou sentir vergonha, que sente muito incômodo e houve tentativa de suicídio como consequência de ter um transtorno mental. Santos et al (2009) afirma que o transtorno mental é um fator de risco para suicídio e dentre estes destaca-se os quadros depressivos. A entrevistada pode ter este sentimento também pelo estigma que o transtorno mental carrega.

Eu acho que eu tenho vergonha... Me incomoda, muito... Eu me sinto assim infeliz, já tentei até me suicidar por causa disso (Lia)

João colocou que não reconhece as pessoas quando esta em surto. Ressaltou a mudança em suas expressões e que não fica normal. Afirmou se sentir envergonhado por ter estas crises.

Quando eu tou em surto eu não reconheço ninguém, simplesmente se eu olhar para você eu não te reconheço, porque a feição minha muda logo... eu fico totalmente diferente, não fico normal. (João)

Este sentimento de vergonha pode ser pensado, segundo Honneth (2003), pelo transtorno mental configurar uma característica não valorizada socialmente, um atributo não passível de ser reconhecido pela esfera da solidariedade, portanto gerador de vergonha e passível de se escondido, disfarçado como condição de convívio social.

Em uma perspectiva contrária, o entrevistado João afirma não sentir vergonha de ter um transtorno mental, mas vale ressaltar que em uma passagem mais acima,

o mesmo fica em dúvida se deve ser considerado louco, revelando uma insegurança em relação aceitação da doença. Outro fator importante é que João tem uma postura mais politizada e voltou a frequentar a escola, o que talvez possa potencializar sua aceitação em relação ao transtorno mental.

Não tenho vergonha, não tenho nenhum tipo de vergonha. (João)

Já a entrevistada Lia relata em várias passagens sua relação de desconforto por causa do peso, que segundo a mesma aumentou após a doença, o que representa também um processo de estigma, sinalizado por Goffman (1988) e uma associação do tratamento com aumento de peso, o que aparentemente reflete na sua autoestima.

Assim porque eu tinha 65 kg, agora quando eu vou pesar eu tô com 75 kg e isso está me incomodando muito. Aí eu visto as roupas e as roupas não dar em mim, aí eu tenho que comprar roupa número 44, aí isso deixa lá embaixo na autoestima. As pessoas fala que é pra eu sair do CAPS, que ele vai me drogar de tanto remédio e o remédio da me engordando. (Lia)

Segundo a entrevistada, as pessoas criticam seu peso e o associam ao acompanhamento em saúde mental usualmente fazem parte da sua família ou são amigos.

Percebemos que as relações de não reconhecimento intersubjetivo nos sujeitos entrevistados acontecem nas três esferas e que tem consequências na subjetividade destes. Houve bastante ênfase nas relações familiares, mas compreendemos que são as relações primárias e mais intensas destes usuários o que naturalmente traz mais conteúdo de fala. Houve outros relatos significativos com uma carga de sofrimento alta. Passaremos agora para nosso último momento do trabalho que são os relatos sobre o CAPS e uma tentativa de reflexão desta política pública de referência para estes usuários.

6.3 RELAÇÕES COM O CAPS: SUA REPRESENTAÇÃO PARA O USUÁRIO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são as estratégias centrais do tratamento atual de pessoas com transtorno mental, são vinculados à rede pública de saúde, estando inseridos na comunidade com um território de abrangência determinado. Para Merhy (1997), estes serviços são considerados uma nova

tecnologia de cuidado na rede de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde, pautada no respeito aos direitos dos indivíduos e novas estratégias na atenção dos sujeitos em tratamento no campo da saúde mental.

Os entrevistados demonstraram boas impressões em relação ao serviço prestado no CAPS e se referem a sua importância enquanto instituição. Enfatizaram, em suas entrevistas, a importância do tratamento medicamentoso, o CAPS enquanto casa, como espaço de educação e cidadania, um local de acolhimento. Relataram, também, quais atividades realizam no serviço, sobre os momentos que foram internados em instituições psiquiátricas e compararam com o cuidado executado no CAP II.

Santos (2000) realizou um interessante trabalho sobre a autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira e nos mostra que ficou para os anos 2000 a “função efetiva de implementar novos dispositivos, com o compromisso da reflexão e do fluxo constante de avaliações, sem os quais corre-se o risco de produzir novos enclausuramentos e novas hegemonias” (p. 5).

A pesquisa de Santos (2000) reflete sobre as práticas substitutivas em saúde mental, especificamente em um CAPS de Minas Gerais. Trata sobre a questão da produção de autonomia dos sujeitos psicóticos atendidos na unidade, observando como o CAPS vem lidando com impasses sobre a construção da cidadania do louco, e de uma nova concepção de clínica, discutindo a questão da alta e como lidar com as novas demandas dos usuários.

A autora coloca o cuidado ao consolidar o modelo substitutivo, sem perder a noção do que esta política se propõe, evitando novos processos de contenção do paciente, com novas estratégias de cerceamento da liberdade. Defende que abordar a autonomia dos sujeitos psicóticos é pôr em discussão a alta e a cura em saúde mental, é pensar como lidar com autonomia quando se trata de sujeitos destituídos de valor ao receber o atributo de doente mental e se as instituições que utilizam novos dispositivos assistenciais conseguem proporcionar a possibilidade de construção de autonomia para os usuários que se beneficiam do tratamento.

Os sujeitos deste estudo foram os usuários, técnicos e familiares do CAPS em questão, utilizando-se a pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; observação participante de oficina terapêutica, grupo terapêutico, assembleia e reunião técnica; realização de entrevistas semiestruturadas com familiar e com profissionais da instituição. Segundo a autora, falar de autonomia dos sujeitos

psicóticos não é pensar em algo que se acumula, sendo fundamental considerar o tempo de cada sujeito, já que este processo não ocorre apenas de uma maneira. Refere também que o serviço seja capaz de absorver demandas que exigem as mais diversas abordagens. Neste sentido, podemos pensar que o transtorno mental é um problema que não se restringe ao campo da clínica e que, por esse mesmo motivo, exige muito mais que mudanças técnicas.

De acordo com Santos (2000), para a equipe participante da pesquisa, tais vantagens se manifestam no âmbito do aumento da qualidade de vida, o acesso a novos espaços e papéis sociais, possibilitando a construção de laço social. Sinalizaram o fato positivo do usuário não retornar à internação psiquiátrica após iniciar tratamento no CAPS, inferindo que o serviço tem colaborado na promoção do desempenho social, ocupacional e em ganho de autonomia.

Isso dialoga com nosso estudo que utiliza as narrativas de usuários do CAPS II de Porto Seguro como recurso de compreensão como estes percebem o CAPS e quais os tipos de relação estabelecidas destes com serviço.

Nesta categoria surgiram várias zonas de sentidos, foram: CAPS e direitos, CAPS como “casa”, CAPS como espaço de educação e cidadania, espaço de acolhimento, atividades realizadas no CAPS.

Figura 13 – CAPS II de Porto Seguro



Fonte: Acervo da autora, 2018

6.3.1 CAPS e Direitos

Utilizamos as falas de João para iniciar a discussão sobre CAPS e direitos, temática recorrente nas explicações dos usuários para compreender como os entrevistados percebem este serviço.

O CAPS é muito importante, porque é aqui que vocês me acolheu, é aqui que eu tenho liberdade, é aqui que eu voltei a estudar com ajuda de vocês, eu creio que o CAPS não tem que acabar, o CAPS tem que ficar. Temos que lutar pra ficar. (João)

O entrevistado colocou a importância do CAPS e os avanços da sua vida ao frequentar o serviço, pois voltou a estudar, tem liberdade e ressalta a importância que o CAPS não deixe de existir. Este retorno à escola nos faz pensar que o serviço tem implantado estratégias de (re)inserção através do acesso à educação como preconizado nas diretrizes orientadoras dos CAPS elaborados pelo Ministério da Saúde (Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002), colaborando para o exercício de cidadania. Quando questionado o que representa esta liberdade, João refere que já esteve internado em hospital psiquiátrico, tópico este que foi discutido no decorrer da análise.

Rezende Filho e Câmara Neto (2001) consideram que várias atitudes caracterizam a prática da cidadania e o indivíduo deve atuar em benefício da sociedade, mas esta deve garantir direitos básicos, que inclui acesso à educação, não estando o usuário de saúde mental isento deste direito. Cabe aos CAPS potencializar esta garantia e a fala de João deixa clara este processo de inclusão, tendo o serviço buscado ser um espaço de acolhimento, mas também de garantia de direitos.

João também colocou seu posicionamento político de luta pela garantia de direitos dos usuários de saúde mental, referindo-se a direitos que estão na lei, como transporte, moradia, alimentação e que o governo não os efetiva, como assegurado pela Constituição Federal de 1988 e na lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Esta fala representa um exercício de cidadania de João, que tem claro seus direitos e de seus colegas e acredita que é necessário lutar para que seja assegurado o respeito ao usuário de saúde mental.

Eu falo, pacientes que muito sofrem com questão de transporte, questão de alimentação, questão de moradia e tudo isso é um direito que está na lei. O governo não dá esse direito à gente, então a minha luta quando eu me formar é para o menos favorecido, principalmente pelos pacientes do CAPS. (João)

Pablo também relaciona o CAPS ao seu exercício de cidadania, ressaltando grupos realizados no serviço com a temática, os remédios que toma e a crença que o CAPS o tornou uma pessoa mais útil.

Ajuda [o CAPS], a exercer a cidadania porque teve um grupo falando sobre exercícios de cidadania, sobre a prioridade, assim, eu acho assim que eu nas fila de bancos de coisa assim eu não tenho prioridade, eu pelo menos, penso assim, mas tem os que pensam ao contrario tranquilo, mas é graças a deus o remédio que eu tomo e atenção de vocês aqui eu tenho, assim, mais um pouco útil, assim, tanto na minha vida quanto na vida da minha família (Pablo)

Barreto (2009) afirma que o movimento para a manutenção da exclusão social das pessoas com transtornos mentais ainda perdura na contemporaneidade. Contudo, as novas práticas de cuidado na saúde mental vêm apresentando outra posição social para a loucura, questionando a abordagem e o olhar em relação a estes indivíduos e a possibilidade do exercício da cidadania das pessoas com transtorno mental, estando o CAPS envolvido neste projeto de garantia de direito, como pontuado pelo usuário.

Pablo ressalta a função que os grupos terapêuticos do CAPS têm na sua vida, os quais abordam temáticas ligadas a cidadania, especificamente o direito a prioridade. O entrevistado acredita que não tem este direito, mas reconhece que outros usuários acreditam que tem este direito. Afirma, também, que este serviço colabora com a medicação, além de lhe dispensar atenção. Sente-se útil em frequentar este local, pois o mesmo desenvolve várias tarefas na unidade, inclusive de monitoria, por fim coloca o apoio que este serviço dá a ele e a sua família.

É função dos CAPSs prestar suporte aos indivíduos em acompanhamento e a seus familiares, mas incentivar que estes usuários acessem o território e ocupem os espaços sociais, como questionamos durante o estudo e fizemos algumas colocações no tópico subsequente. Os usuários desenvolvem uma relação muito próxima com o CAPS e muitas vezes referem este espaço como uma espécie de casa, como veremos no tópico seguinte.

6.3.2 CAPS enquanto casa

Várias são as funções do CAPS descritas pelos usuários entrevistados e pudemos perceber a relação positiva que estes desenvolvem em relação à instituição, o que nos traz algumas reflexões e questionamentos. Dois usuários, Tadeu e Caio, relacionam o serviço a “casa”, que denota acolhida, sentir-se protegido, mas também abre espaço para a forma em que está sendo construída a relação CAPS- usuário, podendo haver confusão dos papéis sociais e o exercício de papéis que cabem à família.

Vale lembrar que os CAPS devem executar ações que fortalecem os usuários e familiares (BARRETO, 2009), o que inclui a reestruturação destes vínculos afetivos não sendo função dos CAPS substituírem esta relação.

O CAPS é [pausa] a casa aonde eu encontro apoio [pausa] com vocês.
(Tadeu)

Tadeu afirma que o CAPS é a casa, o lugar que encontra apoio. Quando questionado sobre este apoio, o mesmo afirma, como citado anteriormente, tem inúmeros conflitos com os familiares.

Caio também informa esta função de casa do CAPS II de Porto Seguro, mas diferente de Tadeu, reforça as relações de amizade existentes no serviço, ressaltando que todos gostam dele, que não possui inimigos e que lá se sente bem. O usuário não frequenta o serviço diariamente, visto que exerce atividade de geração de renda, externo ao CAPS.

CAPS pra mim é uma segunda, é uma segunda casa. Todo mundo gosta de mim, nunca tive inimigo dentro do CAPS, aí eu me sinto bem. (Caio)

O usuário João também colocou o CAPS como sua “primeira casa”, mas diferente dos usuários citados acima, dá ênfase aos funcionários, colocando-os como família, associado aos usuários. João, que frequenta a escola à noite, frequenta o CAPS todos os dias, de acordo com o seu projeto terapêutico singular (PTS).

Então CAPS é muito importante, quer dizer quero deixar bem claro que o CAPS para mim é como se fosse uma segunda, não, minha primeira família é o CAPS, entre tudo, paciente, profissionais, todos pra mim é uma família.
(João)

Os sujeitos sinalizam a importância do CAPS por ser um lugar de desabafo, o que ressoa positivo, por ser um espaço de acolhimento e de exercício da fala, com respeito às subjetividades distintas, como preconizado na política pública de saúde mental, através da portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

Para a minha saúde [murmúrio]. Na minha saúde né, porque eu converso com vocês que tá acontecendo e eu me desabafo [olhos marejados].
(Tadeu)

Preocupa-nos o estabelecimento de uma relação de dependência, mas ainda uma relação de controle e de poder, como colocada por Foucault (2001) com a perda de autonomia destes indivíduos. Este processo de dominação pode ser denunciado pela fala de alguns usuários sobre o se “reeducar”, que iremos discutir no próximo tópico.

6.3.3 Espaço de educação e cidadania

Ainda pensando neste processo de dominação citado acima, surgiram outras falas relevantes sobre a função do CAPS enquanto instituição com finalidade educativa não formal. Nesse sentido, Pablo ressalta que o CAPS é um espaço onde ele se reeduca, na tentativa de aceitar o outro nas suas diferenças.

Sim, um lugar pra eu me reeducar, eu acho que assim tentando aceitar a pessoa, o outro, como ele é. (Pablo)

O conceito (re)inserção, segundo Sampaio (2017), perpassa pela promoção de integração dos usuários de saúde mental, inclusive modificando hábitos, o que inclui o processo de se reeducar, de executar mudança para um melhor convívio social, mas sem abandonar ao respeito a diversidade e a subjetividade dos sujeitos. Sendo o CAPS um instrumento potente que colabora com a libertação, mas que pode atuar como um mecanismo de controle.

Lia ressalta esta função do CAPS, como discutido acima, como um lugar que a fez mudar após sua frequência lá, passando a viver melhor, afirmando que hoje consegue refletir antes de falar e tomar atitudes.

O CAPS me ajudou muito, me ajudou a ver, a pensar melhor, a viver bem. Que antes era muito, muito ignorante, era muito desafortada agora não sou

mais eu penso antes de falar as coisas, às vezes eu fico muito nervosa em casa. (Lia)

O entrevistado João aponta que o CAPS colabora na construção de sua cidadania, que perpassa pelo exercício de direito e ocupação dos espaços, como colocada nas diversas atribuições do CAPS, enquanto um dos representantes do modelo antimanicomial.

Então o CAPS ensinou a ter esse olhar de cidadania. O CAPS é um espelho de cidadania. (João)

Ao ser questionado o que significa o termo cidadania, o mesmo especificou que é respeitar os outros, as regras, mas ter direitos também. Neste trabalho, compreendemos que a cidadania deve ser pensada na sua relação com a subjetividade, pois ela vai além dos direitos civis, políticos e sociais. Para Patiño (2009), a cidadania remete também à proteção, proporcionando sentimento de pertença a algo, de identificações, gerando a crença da segurança. Este sentimento de pertença e segurança aparentemente é esclarecido pelos usuários quando se referem ao CAPS II como um lugar que se sentem bem e se sentem seguros.

Pablo relata a falta de controle financeiro, que gasta além das suas possibilidades. Explicou a falta de condição de gerenciar seu dinheiro quando está em crise e que o CAPS ajudou para que ele não tenha mais o comportamento de falta de controle financeiro em virtude da doença.

[...] nesse tempo de crise eu ficava muito mão aberta... quando eu tô em crise ne, aí eu vou gastando além da conta. O CAPS me ajuda a ter controle (Pablo)

Corroborando com o pensamento de Pablo, Tadeu também afirma que a pessoa descontrolada não pensa, ou seja, afirma falta de julgamento por parte das pessoas com transtorno mental que estão em crise, o momento do descontrole.

[...] quando a pessoa fica descontrolada, não pensa por si, quer quebrar tudo, não vê nada na frente. Depois que estou no CAPS não fico mais assim.(Tadeu)

Estes usuários colocaram que o CAPS os educa, o que nos sugere uma necessidade de se manter controlado, talvez como estratégia de estar inserido nas relações sociais, conseqüentemente em padrões de comportamento.

Ao submeterem os indivíduos a um padrão de comportamento, algumas condutas são valoradas positivamente e outras desprezadas. Rose (2001) afirma que alguns aspectos se tornam controvertidos e reflete na construção o que acarreta a noção do patológico e conseqüentemente valorado negativamente, como sinalizado nos depoimentos sobre uma gama de comportamentos que eles consideram inadequados e remetem a falta de controle. Ainda nesta perspectiva, houve a fala da Lia em relação a atitude violenta com os filhos e sinaliza tristeza e choro durante o relato.

[...] quando eu fiquei doente, mal mesmo eu tentei sufocar eles (os filhos) com travesseiro, eu morava numa casa que tinha prédio, eu tentei jogar ele do prédio embaixo, aí ele segurou. Fiquei muito triste. (Lia)

Os entrevistados associam à doença à falta de controle, como também o gasto excessivo de dinheiro e a falta de condição de pensar de forma organizada. Estes resultados coincidem com os encontrados por Cirilo e Oliveira Filho (2009) em uma pesquisa com usuários e familiares de um CAPS sobre a compreensão destes usuários e familiares em relação ao adoecimento em saúde mental. Este estudo teve como resultado, segundo os autores, uma compreensão destes usuários enquanto sujeitos da desrazão e, por isso, perigosos. Na contramão da Reforma Psiquiátrica, esta questão limita estratégias de acompanhamento com uma abordagem mais comunitária em que possa dar maior garantia de direitos às pessoas com transtorno mental.

Podemos perceber a vontade dos usuários entrevistados em se manterem controlados como uma perspectiva de aceitação social; estes descrevem que a falta de controle vai de encontro ao preconizado socialmente e o CAPS enquanto um espaço de acolhimento como veremos no próximo tópico.

6.3.4 Lugar de acolhimento

Pablo relata pontos positivos do CAPS, valorizando o serviço, que sugere está cumprindo o previsto na política de saúde mental, que é criar um espaço de acolhimento.

Acho que tem muitas, muitas coisas boas aqui, porque o tratamento de você, o próprio jeito de atender de recepcionar e ser recepcionado, mas

assim eu creio que eu tenho que vim nos dias que acharem conveniente, mas assim eu gosto de vim “praqui” porque aqui eu sou a vontade. (Pablo)

Nasi e Scheineder (2011) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de compreender o cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Porto, com a participação de 13 usuários. Segundo os autores, os usuários apontaram o CAPS como uma dimensão significativa do seu cotidiano, relatando o serviço como muito bom, como um local que obtém ajuda e que se sentem seguros, o que corrobora com nossos achados baseado nas narrativas dos nossos usuários entrevistados, como reconhecido na fala acima.

Costa e Figueiredo (2014) afirmam que os CAPS possuem um papel central na rede de assistência á saúde mental, produzindo cuidado, autonomia e inclusão social. Os autores realizaram um estudo cartográfico que problematizou as práticas de cuidado que incentivam uma grande interdependência do usuário junto ao serviço e encontraram como resultado outras estratégias de gerar institucionalização, através da tutela, isolamento em relação ao meio social e as despolitização dos usuários. O que nos deixa atentos em relação as práticas implantadas pelo CAPS II de Porto Seguro, inclusive na realização de oficinas e grupos, como discutiremos a seguir.

6.3.5 Atividades realizadas no CAPS

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários nos quais os usuários deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de acordo com seu projeto terapêutico singular (Brasil, 2004).

Na organização do serviço de Porto Seguro há a disponibilização de algumas atividades, incluindo artesanato (costura, confecção de bonecas, pintura e outros), atividades corporais (alongamento, piscina e futebol), grupos terapêuticos (escuta, família, direitos e cidadania e mulheres), lúdicas-reflexivas (filme e debate, música) e somente de cunho lúdico (dominó, bingo). A participação nestas atividades é decidida pelo usuário e seu técnico de referência, baseado nos interesses do sujeito e seu desejo/necessidade de frequentar o CAPS.

Dentre os entrevistados houve pouco interesse pelas atividades de artesanato e oficinas, como descrito nas falas abaixo, o que sugere a necessidade realizar sempre modificação neste elenco de ações a partir das demandas dos usuários.

Eu não gosto de fazer artesanato não, eu gosto de observar. Lá em Camacã [outro município] eu tinha mais facilidade de fazer porque era mais coisa dinâmica, lúdica, oficina[...]. (Pablo)

Pablo relatou que não se interessa pelo artesanato do CAPS II de Porto Seguro, que estimava mais as oficinas em outro município, porque eram mais dinâmicas, mais lúdicas. Deste modo, o usuário nos fazendo refletir a importância de escutar sempre os interesses dos usuários em relação as atividades realizadas no CAPS II.

[...] O CAPS era lá no Barramares [outro bairro], o de lá era mais melhor pra mim, lá tinha oficina, aqui tem oficina, mas não é igual às de lá, a gente fazia esteira, fazia mais coisa, desenho, um bocado de coisa. Aqui também tem, mas só que eu não tenho, a turma não é a mesma de lá, mudou. (Caio)

Caio afirmou que o CAPS mudou, são outros usuários e demonstrou sentir falta de um tempo passado do serviço. Afirmou que neste antigo lugar havia atividades diversas e eram mais interessantes. Apresenta sentir falta deste antigo CAPS em suas falas e aparentemente a estruturação de atividades atual não chama a atenção do usuário.

Figura 14 – Oficina de bonecas



Fonte: Acervo da autora, 2018

Noronha (2016) afirma que entre as diversas estratégias de tratamento oferecidas no CAPS, as oficinas terapêuticas configuram uma ferramenta potente de ressocialização e integração tanto no campo individual quanto no coletivo porque possibilita o pensar, agir de forma conjunta, respeitando a diversidade e as várias subjetividades. Portanto o baixo interesse em relação às oficinas nos faz refletir sobre a necessidade de estar sempre repensando estas atividades para que atendam as necessidades dos usuários.

6.3.6 CAPS serve para medicar?

Outra questão que surgiu no relato dos usuários esta relacionado ao uso de medicamentos, que merece reflexões, pois há uma hegemonia da medicalização

como forma prioritária de tratamento terapêutico utilizado (Zanela *et al*, 2016) e ainda segundo as autoras existe uma crescente tendência na área da saúde mental de considerar o sofrimento habitual como condição médica a ser tratada com medicamento.

Ferrazza *et all* (2013) realizaram uma pesquisa de campo sobre a prescrição de psicofármacos no atendimento psiquiátrico de um serviço público de saúde mental a partir das anotações dos prontuários e teve com resultado que a psiquiatria do serviço mantém sob prescrição de psicofármacos praticamente todos os seus usuários e que as altas são raríssimas. Os autores deste estudo criticam esta prática medicamentosa pela inadequação frente aos objetivos de promoção de cuidados personalizados voltado à autonomia e aos princípios das diretrizes nacionais de saúde mental. Estes resultados dialogam com o nosso estudo, visto que todos os entrevistados utilizam medicamentos e aparentemente valorizam esta prática.

Lia revelou que usa medicamento no CAPS II de Porto Seguro e que o uso destes o impede de ter um ataque, que podemos pensar que existe, para ele, uma associação do uso do remédio como estratégia de controle.

Tomou, mas aí (pausa) eu nunca tive um ataque aqui. (Lia)

Para Pablo, o CAPS II de Porto Seguro o ajuda em relação aos medicamentos e considera que seu transtorno mental não tem cura e esta certeza foi colocada pelos médicos que o acompanharam no processo do adoecimento. E a forma de se manter controlado é tomando o medicamento, pois assim se sente mais aceitável. Percebemos aqui que o usuário delega ao medicamento a possibilidade de controle e percebe este como uma forma de estar melhor no mundo e valoriza o fato do CAPS disponibilizar os medicamentos.

Eu acho que o CAPS tem ajudado muito... em questão dos remédios que eu tomo, mantem a paliativa né, nós sabemos disso, segundo o que os médicos falam, ai eu tento tomar, tento não, tomo esses remédios e eu me sinto mais aceitável na comunidade. (Pablo)

Caio colocou que frequenta o CAPS em virtude do medicamento, que sem estes não iria aos serviços. O que nos chama atenção nesta fala é a possibilidade do serviço, para ele ter esta função exclusiva e tão distante do que é preconizado nas

políticas públicas de saúde mental, que perpassa pelo cuidado humanizado e integral (BRASIL, 2011).

O CAPS ajuda[...] mais por causa do remédio, se não tivesse os remédios aqui no CAPS eu não vinha, né? Porque [...] eu tomo esses remédios há muitos anos, ai muitas vezes se não tivesse remédio eu não vinha aqui pro CAPS, porque [...] muitas vezes atrapalha, atrapalha até eu, eu passar o meu dia tranquilo. (Caio)

Finalizando este tópico, Tadeu afirma que não pode parar de tomar o medicamento e que não consegue mais trabalhar em virtude do uso dos fármacos. Entendemos que este tipo de discurso do usuário deve ser percebido com atenção pela equipe multiprofissional.

Eu tomo remédio... eu não posso parar de tomar mais esses remédios e eu não tenho mais força para trabalhar, esse remédio tira a opção (trabalho) da gente. (Tadeu)

Segundo Rose (2013, p. 268):

Nessa nova explicação da personalidade... A mente é simplesmente o que o cérebro faz. E patologia mental é simplesmente a consequência comportamental de um erro ou anomalias identificáveis, e potencialmente corrigíveis, e alguns daqueles elementos agora identificados como aspectos daquele cérebro orgânico... Implica novo jeito de ver, julgar e agir sobre a normalidade ou anormalidades humanas. E possibilita-nos gerenciar-nos diferentemente.

Esta concepção da psiquiatria de não distinção do orgânico e do funcional, permite pensar que todo sofrimento psíquico é da ordem da psicopatologia, sendo importante a identificação e a intervenção medicamentosa. Reflete-se, então, o pensamento dos sujeitos entrevistados acima, demonstrando ser a medicalização como a mais importante e quiçá, a única estratégia de tratamento, devido talvez a uma prática manicomial dos profissionais da saúde mental, explicitada por Kinoshita (1996).

As pessoas que frequentam os CAPS tendem a ter diagnósticos considerados graves e usualmente demandam medicalização. Mas não devemos deixar de observar o excesso destas quando houver e a exclusividade farmacológica com estratégia de acompanhamento em saúde mental, pois o sofrimento vai além do orgânico.

Nesta categoria, denominada “Relação com o CAPS”, pudemos perceber que os entrevistados permearam por diversos temas. Iniciaram falando desta função

protetiva e de suporte que eles percebem na unidade, como: segunda casa, família, espaço de acolhimento, de aprendizagem, o que nos sugere que, para eles, este serviço cumpre o que está disposto nos documentos, como a portaria 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta a criação dos CAPS no território e determina suas funções.

No decorrer das entrevistas, surgiram outros pontos relacionados ao CAPS e atividades desenvolvidas na unidade, que nos foi sinalizado um baixo interesse pelas atividades de artesanato e oficinas, que nos abre uma prerrogativa para a necessidade de repensar estas atividades por parte da equipe.

Também surgiram falas sobre medicamentos e internação psiquiátrica e os entrevistados relataram os incômodos vividos nos momentos em que foram internados e a preferência pelo acompanhamento no CAPS II de Porto Seguro. Tal fato nos aponta para uma congruência do serviço disponibilizado nesta unidade aos preceitos da reforma psiquiátrica e a política nacional de saúde mental. Entretanto, a valorização dada ao uso do medicamento feita pelos usuários entrevistados nos faz refletir uma possível prática manicomial, como sinalizado acima.

Os usuários entrevistados têm uma relação extremamente afetiva com o CAPS, que, por sua vez, busca atender as prerrogativas das políticas públicas de saúde mental, mas com algumas estratégias que sugerem o princípio de tutela dos que lá frequentam.

Não foi sinalizado, por estes usuários, atividades de cunho mais territorial, que segundo (Santos e Nunes, 2011) o CAPS deve ampliar a teia de cuidados, sair da invisibilidade para facilitar o acesso e buscar a equidade. Tendo sempre o cuidado para não assumir responsabilidades do sujeito ou da família, realizando escuta das demandas, fazendo orientações, mas principalmente confiando na capacidade de escolha dos indivíduos, no exercício de direito e na possibilidade de uma vivência cidadã.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, usamos as narrativas dos participantes como caminho para compreender os significados que eles próprios constroem sobre as suas dinâmicas intersubjetivas. É desta forma que se torna possível identificar e analisar como se dão as experiências de menosprezo, mas, também, de reconhecimento subjetivo nos campos das relações afetivas, jurídicas e sociais, no cotidiano dos usuários do CAPS.

Organizaremos as considerações finais em dois momentos. O primeiro, concentra-se no método da foto-provocação, sua aplicabilidade, possibilidades e as dificuldades encontradas. Em seguida, conclusões a respeito da utilização da teoria do reconhecimento intersubjetivo como perspectiva psicossocial de análise das experiências cotidianas dos sujeitos e algumas considerações sobre a política pública de saúde mental, em específico o CAPS.

7.1 O MÉTODO

A escolha do método da foto-provocação se deu em função de vários aspectos, destacando-se que esta técnica já havia sido empregada também em sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, possibilitando uma participação ativa dos sujeitos de pesquisa na escolha das situações relevantes da sua vida cotidiana.

Um primeiro fenômeno que nos chamou atenção durante a aplicação da técnica foi o fato de que apesar dos entrevistados terem sido orientados a usar uma máquina fotográfica disponibilizada no CAPS, três deles optaram por utilizar a câmera do seu próprio celular e enviaram as fotos para o WhatsApp da pesquisadora. Os outros dois utilizaram a máquina digital, sendo que um deles solicitou que outra pessoa tirasse as fotos, pois não compreendeu a utilização do instrumento.

A questão central que merece destaque gira em torno da facilidade e habilidades que a maioria dos entrevistados tem no uso do celular como dispositivo eletrônico, mostrando fazer parte do cotidiano destes indivíduos, como na vida de uma parte considerável da sociedade, sinalizando que os usuários do CAPS não estão alheios às inovações tecnológicas. Estas informações sobre o uso da internet surgiram durante as entrevistas e vamos pontuar no decorrer destas considerações.

Quanto às fotografias, os entrevistados fizeram escolhas variadas de lugares como pontos turísticos, lojas, farmácias, representações de viagens de ônibus, postos de saúde, *shopping*, igrejas, além de familiares e amigos. Isto revela um tipo de entendimento das instruções das pesquisas e uma imersão em atividades cotidianas variadas. Tais imagens provocaram sentimentos e falas diversas, fazendo com que os participantes das pesquisas fossem a lugares que trazem lembranças com cargas afetivas significativas para eles.

Durante a aplicação da técnica da foto-provocação, os participantes afirmaram o quão se sentiam bem e valorizados por terem tido a oportunidade de mostrar um pouco sua vida e seu cotidiano. Entendemos que mostrar (nas fotografias) e falar sobre seu cotidiano representou a possibilidade de reconhecimento de esferas das suas experiências, normalmente desconsideradas no âmbito dos lugares de tratamento, os quais privilegiam temáticas diretamente ligas ao transtorno mental. Desta forma, podemos concluir que esta estratégia possibilitou que participantes pudessem refletir e se pensar como sujeitos em distintos papéis sociais.

Por outro lado, a escolha das fotografias esteve dominada por experiências positivas. Assim, situações de desrespeito ou menosprezo foram excluídas pelos participantes, motivo pelo qual este tópico, que era central no processo da pesquisa, precisou ser questionado e apontado durante as entrevistas. Este fato deve ser considerado em futuras pesquisas que se apropriem do método proposto, enfatizando-se a necessidade de fotografar lugares que remetam experiências de reconhecimento e de menosprezo. Notadamente, acreditamos que o método empregado foi válido e possibilitou responder aos objetivos da pesquisa.

Finalmente, entendemos que esta estratégia facilitou a emergência da dimensão afetiva durante o trabalho de campo. No decorrer das entrevistas, os usuários do CAPS II de Porto Seguro expressaram diversas emoções associadas a temas como: relações familiares, internação em hospital psiquiátrico, solidão, abuso sexual, doença e tratamento. Esta dimensão afetiva foi considerada durante a análise e, ao mesmo tempo, foi objeto de atenção em relação ao cuidado dos participantes, enquanto usuário do CAPS. Desta forma, a estratégia metodológica escolhida se mostrou útil para pesquisas que consideram a dimensão emocional dentro da análise.

7.2 REFLEXÕES SOBRE A PERSPECTIVA TEÓRICA E O CAPS

A teoria do reconhecimento intersubjetivo de Honneth permitiu analisar a relação que as dinâmicas intersubjetivas possuem como desenvolvimento da autoconfiança, da autoestima e do autorrespeito. Ao mesmo tempo, possibilitou identificar as consequências das experiências de menosprezo sobre essas mesmas dimensões da autorrelação dos sujeitos. Finalmente, usando esta lente foram identificadas as estratégias por eles usadas na busca de reconhecimento nos distintos espaços sociais ocupados.

Notamos mais relatos de situações que consideramos de reconhecimento do que de menosprezo, o que nos sugere uma melhora na qualidade de vida destes usuários, a qual pode ser considerada como resultado das mudanças na política de saúde iniciada na década de 1970, no Brasil, com a Reforma Psiquiátrica. Também a técnica da foto-provocação pode ter levado os entrevistados para situações mais agradáveis que desagradáveis, fato que nos fez deixar, portanto, esta reflexão em aberto para estudos posteriores.

As narrativas sobre as experiências de reconhecimento permitem concluir que os participantes da pesquisa estão tendo acesso a diferentes espaços sociais, exercendo sua cidadania em distintas práticas cotidianas, embora de forma precária e com evidente necessidade de aprofundar o acesso a direitos. Algumas destas experiências às quais nos referimos são: acesso à educação, trabalho, BPC e a outros espaços de saúde, práticas religiosas, práticas de lazer, entre outras.

Sobre as relações familiares, os usuários, em sua maioria, afirmaram se sentirem respeitados por seus familiares dos quais recebem cuidados. Houve relatos também de usuários que cuidam de seus familiares como mãe idosa, filhos, esposa. Estas narrativas evidenciam que assumir responsabilidades e distintas funções sociais gera autoconfiança, conseqüentemente facilitando o desenvolvimento de relações pautadas pela autonomia com seus familiares. Esta observação indica a promoção de ações de empoderamento e fortalecimento de papéis sociais, nos quais os usuários ocupem alguma responsabilidade e podem ser estratégias terapêuticas dentro dos processos dos sujeitos.

Também houve relatos de problemas familiares por falta de compreensão em relação ao transtorno mental. Estes familiares insistem em explicações « mágico-religiosas» do transtorno mental. Em tais situações, os usuários não se sentiram

respeitados como sujeitos e perceberam seus direitos cerceados. Afirmaram que foram considerados incapazes ou “pessoas que não se devem confiar”, o que afeta diretamente a autoconfiança e é um fator que não contribui com a construção de uma vivência autônoma suportada na autoestima.

Por esse motivo, a participação da família é central no cuidado adequado do usuário de saúde mental. Cabe aos serviços de saúde mental atenção a estes conflitos, prestar cuidados em saúde mental às famílias, disponibilizar informações com intuito de diminuir preconceitos e potencializar o reconhecimento dos usuários como pessoas e sujeitos nos distintos contextos de interação social.

Outro ponto significativo foi a narrativa de práticas de reconhecimento dentro da escola. A possibilidade de participar e ser respeitado nestes espaços social contribui para o fortalecimento da autoestima e no autorrespeito. No entanto, este é um fato isolado, o qual aponta para a necessidade de aprofundar ações de inclusão e acompanhamento dos processos educacionais dos usuários do CAPS.

A inclusão social é um grande desafio das políticas públicas de saúde mental e esta enfrenta obstáculos nas escolas, necessitando a intervenção do CAPS para efetivação da matrícula. A partir desta constatação, foi sugerido que em 2019 o CAPS implemente ações de acompanhamento para os usuários interessados em retornar à escola.

Uma das indagações norteadoras deste trabalho era a respeito do acesso a outros equipamentos de saúde distintos do CAPS, pois acreditávamos através das falas de outros usuários dos serviços que eles não se sentiam confortáveis e bem recebidos nestes espaços de saúde. Em nossas entrevistas, esta informação não se confirmou e os usuários entrevistados afirmaram ter acesso às redes de saúde e serem bem tratados nestes espaços. Fica a reflexão se este tratamento dispensado aos usuários de saúde mental tem mudado por parte das políticas de incentivo ao cuidado de saúde mental na atenção básica, que tem sido feitas de forma intensa nos últimos anos no município.

Ao falar de acesso a direitos e papéis sociais, indaga-se, também, o acesso ao trabalho, vez que sabemos que grande parte dos usuários de CAPS II recebem BPC e não exercem atividade laboral. Apenas um entrevistado realiza atividade laboral informal e quatro recebem benefício; o usuário entrevistado que trabalha se sente reconhecido nas relações sociais pelo atributo do trabalho. Mas a indagação que nos trouxe através dessa fala é como incentivar a inserção pela via do trabalho,

bem como se a condição para receber benefício é a impossibilidade do trabalho? Imaginamos que o usuário sempre terá receio de buscar uma relação de trabalho e perder este benefício. E se não der certo o trabalho? Estas indagações podem ser importantes para um estudo futuro centrado na inserção laboral dos usuários.

Existiu um ponto específico que não nos foi pensado de forma anterior às entrevistas, mas surgiu no decorrer destas e achamos relevante, porque traz um não dito importante. Um usuário desempenha uma função na igreja, a qual podemos considerar como laboral, e ficou claro que gera no entrevistado um sentimento de reconhecimento de seus atributos e habilidades pela comunidade onde o sujeito está inserido.

Esta relação com uma determinada igreja não representa nada inédito, visto que muitos pacientes do CAPS frequentam igrejas. Destarte, ao ser questionado se o CAPS discute esta temática com os usuários do serviço, Tadeu foi categórico em afirmar que não. Este fato nos chamou atenção, pois talvez este serviço não esteja discutindo assuntos da cotidianidade dos usuários e que são considerados importantes por eles, mas apenas assuntos ligados à psicopatologia, medicalização e tratamento. Precisamos estar atentos à importância dos CAPS trabalharem temáticas do cotidiano dos usuários, que façam parte das suas vidas e sejam representativas, pois o contrário pode incidir no risco de um afastamento em relação a estes usuários e favorecer práticas manicomiais, onde os temas tratados sejam sempre referentes a tratamento, diagnósticos e afins.

Partindo do princípio que muitos serviços de saúde mental privilegiam temáticas ligadas a psicopatologia, podemos entender que temas direcionadas ao lazer e às ocupações de espaços ainda não tem a ênfase necessária. Percebemos, nas narrativas, que os usuários entrevistados nas suas atividades cotidianas têm uma rotina dinâmica, conseguem se utilizar do território para executar tarefas diversas, tem desenvolvido atividades de lazer, que inclui passeios na cidade, na praia, pequenas viagens e o uso da internet.

Estes usuários vão ao *shopping*, passeiam nas ruas, assistem jogos de futebol em bares, vão a clubes com a família, frequentam lambadas, viajam, vão à praia e nestes espaços se sentem felizes e sabem que têm direito de frequentá-los. Temos que pensar uma política de saúde mental para um usuário conhecedor dos seus direitos e esta política deve ser potencializadora destas práticas sociais. Ao falar de lazer, notamos também que eles não associam ao CAPS, nos fazendo

refletir que este lugar, para os entrevistados, o que nos sugere que estes usuários compreendem e utilizam outros locais para seu lazer, sinalizando uma possível relação de autonomia em relação ao CAPS.

Houve relatos de usuários que acreditam não estar ocupando da melhor forma os espaços sociais, nos alertando para a necessidade de redobrar esforços para a efetiva inclusão social tão enaltecida nos espaços de discussão, mas que na prática tem um longo percurso ainda a fazer. Percebemos, ainda, uma carência de acesso a espaços de inclusão ligados ao esporte, à cultura, à assistência social, às oficinas de geração de renda, acesso a trabalho e educação. Compreendemos que a política de inclusão é construída apoiada em muitos desafios e os recursos comunitários ainda são escassos, tanto para a população em geral como para os usuários do CAPS que, em sua maioria, pertence a um grupo socioeconômico em vulnerabilidade.

Ainda tecendo comentários sobre práticas de lazer, surgiu outro tema relevante que foi o uso da internet. Pudemos perceber que os entrevistados utilizam a internet para jogos, acesso a notícias, além de fortalecer os laços sociais, constituindo-se como sujeitos e mantendo vínculos relacionais e afetivos, livres de preconceito e desconfiança naturalmente atrelados à doença. Perguntamo-nos, então, se as interações sociais realizadas via da internet não seria uma estratégia para a proteção da identidade destes usuários como pessoas com transtorno mental, evitando que os outros soubessem da sua condição de saúde e o estigma, dialogando com o conceito de estigma de Goffman (1988). Reflexão esta que necessitaria de aprofundamento em um momento posterior e que, talvez, configure uma temática pertinente de estudo.

Esta aceitação social é muito importante para os sujeitos e a forma como eles são aceitos pelos outros é determinante para a própria percepção de si. Surgiram várias falas com grande carga afetiva dos entrevistados sobre atitudes de discriminação e preconceito de amigos e vizinhos. Afirmaram que são chamados de “doido”, que não são respeitados durante as crises, que as pessoas fazem comentários maldosos, acham que são usuários de drogas. Ao serem questionados sobre o sentimento que essas reações lhe acometem, claramente explicitaram sua tristeza. Tais episódios geram sentimentos de vergonha e humilhação, afetando a dignidade dos sujeitos.

Os participantes associam as internações, o manicômio e o hospital psiquiátrico à violação de direitos, violências, controle dos corpos, maus trato físicos, privação da liberdade e medicalização excessiva. Todos ressaltaram o quanto preferem o tratamento dispensado no CAPS, identificando-o como um lugar de acolhimento, onde seus direitos são respeitados e no qual recebem um tratamento digno. Este fato vai ao encontro da tentativa do atual governo de potencializar os hospitais psiquiátricos com o aumento de leitos nestas instituições, como colocado na nota técnica 11/20119 intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”². Se efetivada, esta mudança ameaça tanto os ganhos das lutas encampadas na Reforma Psiquiátrica, quanto a centralidade do CAPS como modelo de cuidado em saúde mental.

Os usuários colocaram o CAPS como um potencializador de direitos, valorizando a importância deste equipamento em suas vidas e ressaltaram a ocupação de outros espaços sociais como condição de exercício de direitos e vivência cidadã, como preconizado pela política pública de saúde mental. Descreveram um vínculo estreito com a unidade, alguns colocando o serviço como sua casa, nos deixando em alerta em relação a possíveis práticas de tutela e controle que levam os sujeitos a desenvolverem uma dependência em relação ao serviço. Não podemos esquecer que o cuidado em saúde mental deve estar pautado na autonomia, no respeito e na valorização do usuário nas suas especificidades.

Podemos compreender, por outro lado, que o CAPS se constitui para alguns sujeitos como uma referência de espaço familiar e de lar onde são construídos vínculos afetivos e de respeito que ausentes em outros contextos. O CAPS remete também a um sentimento de proteção e cuidado.

Em síntese, o CAPS II de Porto Seguro, para os entrevistados, é um espaço importante no processo de garantia de direitos, na busca de uma prática de saúde inclusiva, norteadas pela política nacional de saúde mental que traz as seguintes diretrizes: respeito aos direitos humanos; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e aos preconceitos; promoção da autonomia e o exercício de cidadania.

²

Esta nota encontra-se atualmente suspensa.

Lembrando que a efetivação destas diretrizes é sempre um processo em construção, pois versa por mudanças não somente na lógica de cuidado em saúde mental, mas perpassa pela inclusão social e mudança na cultura da sociedade que representa o louco durante a Modernidade como um sujeito perigoso. Neste sentido, devemos permanecer atentos ao processo contraditório de construção de cidadania que o CAPS oferece, já que se pretende incentivar a inclusão e o respeito dos direitos, bem como as dinâmicas próprias das relações de poder modernas tendem a excluir e normalizar certas subjetividades.

Noutras palavras, devemos estar atentos para que as práticas da saúde mental não estejam pautadas predominantemente pela contenção das subjetividades destoantes, sem as amarras visíveis dos hospitais psiquiátricos, mas com a efetividade e centralidade do medicamento como estratégia de controle e normalização.

Adicionalmente, os questionamentos levantados pelos participantes a respeito das atividades terapêuticas e lúdicas promovidas na unidade convidam a considerar a necessidade de repensar os objetivos das práticas de cuidado e sua significação. Consideramos pertinente ouvir a sua demanda em relação à inclusão de temáticas associadas à sua vida cotidiana em distintas dimensões sociais e afetivas, retirando o foco de atividades pautadas por uma orientação psicopatológica e de relação com a doença. Neste sentido, por exemplo, destaca-se o lugar que a internet ocupa para alguns usuários como espaço de trocas sociais, utilizado como estratégia que lhes permite construir um “eu” isento dos estigmas da doença mental. Reconhecemos que este é um campo que precisa ser amplamente explorado em futuras pesquisas.

Como último tópico, tratamos da medicalização e o CAPS. Percebemos que os entrevistados colocaram como prerrogativa do acompanhamento em saúde mental o uso de medicamentos psiquiátricos. Sabemos que o público do CAPS é composto de usuários diagnosticados com transtorno mental e a avaliação e tratamento psiquiátrico indicam o uso de medicação específica, segundo o tipo de transtorno identificado.

No entanto, o estudo permite abrir alguns interrogantes em relação ao lugar de privilégio que a medicação ocupa no tratamento da saúde mental. Tanto para profissionais como para os usuários, esta parece ser a estratégia central do processo de acompanhamento, sem a qual as outras ações não poderiam funcionar.

Talvez seja necessário rever o papel que cumprem as estratégias psicossociais no processo amplo de acompanhamento dos usuários.

A medicalização poderia ser uma ação dentro de outras no tratamento. Todavia, o estudo permitiu identificar que esta ocupa um lugar central e encontra-se associada à ideia dos usuários de se manter “controlados”. O que entendemos, então, é que eles interiorizam o discurso dos profissionais que ainda privilegia uma perspectiva biomédica orientada ao governo e agenciamento da subjetividade de “desajustados”, os quais precisam ser mantidos dentro de certos padrões de comportamento.

Compreendemos, por fim, que nossos usuários acreditam estarem exercendo seus direitos em variadas esferas. Colocaram o CAPS como um potencializador de direitos, deixaram clara a importância deste equipamento em suas vidas e em suas construções de cidadania. Além disso, ressaltaram a ocupação de outros espaços sociais como condição de exercício de direito e vivência cidadã. Coletamos relatos significativos de situações de reconhecimento, nos possibilitando perceber que tiveram como consequência uma melhor relação destes sujeitos com eles mesmos, com aumento das suas capacidades de se relacionar com o mundo, com o desenvolvimento da autoestima, do autorrespeito e da autoconfiança.

Pudemos perceber que as experiências de menosprezo tocaram na subjetividade destes sujeitos entrevistados, afetando autonomia, autoestima e autorrespeito. Notadamente, observamos a capacidade que os participantes têm para criação de estratégias na luta pelo reconhecimento intersubjetivo em distintos contextos sociais.

Os CAPS, em específico o do nosso estudo, têm buscado trabalhar na lógica da inclusão social e garantia de direitos, sendo um espaço de acolhimento social e de valorização da autonomia dos sujeitos. Percebemos a carência de práticas territoriais e atividades de cunho social e cultural, sendo este um desafio da política pública.

Finalmente, a garantia de direitos dos usuários de saúde mental não se limita a acesso políticas públicas, mas, também, são necessárias mudanças culturais e sociais orientadas ao reconhecimento e respeito das diferenças subjetivas, inclusive daqueles que às vezes não conseguimos compreender ou que não se enquadram nos padrões da racionalidade dominante da nossa época.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: A psiquiatria no divã entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALVARES, O. A. **Enfermidad mental y participación normativa.** In: CONGOTE, Joana Catalina; CASAS, Alvaro (Org.). **Salud y salud publica: aproximaciones históricas e epistemológicas.** Antióquia: Medellin, 2013.
- AMARANTE, P. **Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica.** In: **Saúde em Debate**, 1994.
- _____. **Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
- BARBALET, J. M. **A Evolução do conceito de cidadania.** Cyro de Barros Rezende Filho. Isnard de Albuquerque Câmara Neto. Universidade de Taubaté. Lisboa: Editorial Estampa, 1989.
- BARRETO S. M. G. O. **Processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas em um CAPS.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia. (2009)
- BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BAUER, M. W & GASKELL, G. (org). **Pesquisa qualitativa com texto e imagem e som: Um manual Prático.** 2º ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, Mariluci. **A família e o portador de transtorno mental: a dinâmica e sua relação familiar.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo-SP: Atlas, 2011.
- BRANDÃO, Carlos Antônio. **Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global.** Campinas: Editora da Unicamp, 2007.
- BRASIL, Presidência da República. **Lei 8742 de 7 de dezembro de 1993: dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm> acesso em 24 de março de 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390.
- _____. **Portaria 336, de 19 de Fevereiro de 2002.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>.
- _____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde: 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: 2005.

_____. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento:** Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Saúde Mental em Dados – 12,** ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 01/10/2017).

_____. **Lei 8742 de 7 de dezembro de 1993 que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm> acesso em 24 de março de 2018.

CASTILLO VEGA, C. M. **Construcción de Subjetividad en Relatos Biográficos en torno a la Enfermedad y el Tratamiento de Usuarios de un Hospital de Día para Trastornos Psiquiátricos Severos.** Universidad de Chile, 2011.

CASTEL, R. **A Insegurança Social:** o que é ser protegido? Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano 2.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

CHAVES, J. C. **Os amores e o ordenamento das práticas amorosas no Brasil da belle époque.** *Análise Social*, XLI, 180. 2006

COSTA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. (2003). **Atenção Psicossocial:** rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, Paulo Duarte (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: NAU Editora, 2015.

COSTA, M. G. S. G.; FIGUEIRO, R. A.; FREIRE, F. H. M. A. **O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial:** um estudo de caso. *Temas psicol. Ribeirão Preto*, v. 22, n. 4, p.839-851, dez. 2014. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo> >. Acessos em: 01 fev. 2019.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. de. **Discursos de usuários de um centro de atenção psicossocial-CAPS e de seus familiares.** *Psicol. cienc. prof.* Brasília, v. 28. Rev Esc Enferm. São Paulo: USP, 2002.

CORREDOR-ÁLVAREZ, F.; ÍÑIGUEZ-Rueda, L.. **La foto-provocación como método.** Su aplicación en un estudio de la autonomía en personas con diagnóstico

de Trastorno Mental Severo. EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales, núm. 35, 2016, pp. 175-204.

DETOMINI, V. C.; RASERA, E. F.; PERES, R. S. **Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas.** Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 81-95, 2016. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. **Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica.** Psicol. cienc. prof. Brasília. v. 27, n. 2. São Paulo, 2007.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C; LUZIO, C. A. **Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos.** Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Belo Horizonte , v. 6, n. 2, p. 255-265, jul. 2013 . Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

FOUCAULT, M (1975 d). **Os Anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **A História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **A casa dos loucos.** In: R. Machado (Org.). A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal. 1982

_____. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1961.

_____. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

GOULART, M. S. B. **A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica.** Pesquisas e práticas psicossociais. São Paulo, 2006.

GUARIDO, Renata. **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação.** Educ. Pesqui., São Paulo, v. 33, n. 1, p.151-161.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

HENRIQUES, H. I. B.; OLIVEIRA FILHO, P. de; FIGUEIREDO, A. A. F. de. **Discursos de usuários de CAPS sobre práticas terapêuticas e religiosas.** Psicol. Soc. Belo Horizonte: 2015.

HONNETH, A. **Luta por Reconhecimento: A gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed.34, 2003.

KINOSHITA, RT. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-59.

KIRST, P. **Fotográfico e subjetivação**: hibridização, multiplicidade e diferença. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MATTOS, L. K. de et al (2014). **Entre olhares e (in)visibilidades**: reflexões sobre fotografia como produção dialógica. Fractal: Revista de Psicologia, 26 (3), 901-918.

LORIERI, M. A. **Educação e Subjetividade na Cultura Globalizada**: idéias a partir da Teoria da Complexidade de Edgar Morin. Notandum Libro 11, CEMOROC – Feusp/ IJUUniversidade do Porto, 2008.

MANCINI, M. & ROGERS, R. **A Critical Discourse Analysis of Narratives of Mental Health Recovery**. Critical Approaches to Discourse Analysis across Disciplines 1 (2): 35-50, 2007.

MARQUÉZ-ROMERO, M. I. (2010). **De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí?** Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. Revista de recerca i formació en antropologia, 12, 1-25.

MAURENTE, V. & TITONNI, J. **Imagens como estratégia metodológica em pesquisa**: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. Psicologia e Sociedade, v. 19, nº 3, p. 33-38, 2007.

MEDEIROS, S. M. de; GUIMARAES, J. **Cidadania e saúde mental no Brasil**: contribuição ao debate. Ciênc. saúde coletiva. São Paulo, 2002.

MERHY, E. E. **Em Busca do Tempo Perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONDAINI, M. **O respeito aos direitos dos indivíduos**. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.). História da cidadania. São Paulo: Contexto, 2005.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22. n. 37, p. 7-32, 1999.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo. Cortez; Brasília. UNESCO, 2000.

NARDI, H.C.; RAMMIGER, T. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v.17. n.2. p. 265-287. 2007.

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. **O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano de seus usuários**. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, out.2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 01 de fevereiro de 2019.

NASCIMENTO, R. C. do. **Loucura e Cidadania: Avanços e Impasses da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro-RJ, 2009.

NEIVA-SILVA, L. e KOLLER, S. H. **O uso da fotografia na pesquisa em Psicologia**. *Estud. psicol. Natal*. v. 7, n. 2, p. 237-250. July, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

NICOLACI-DA-COSTA, A M. O campo da pesquisa qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 65-73, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 01 abr. 2019.

NORONHA, Arlete Aparecida et al. **Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil**. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e56061, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 Jan. 2019.

OLIVEIRA, C. L. de – revistatravessias@gmail.com. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9.

ONOCKO CAMPOS, R. T. **Clínica: a palavra negada** - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2001.

PATIÑO OROZCO, R. A. **Configurações subjetivas de familiares de vítimas de desaparecimento forçado na Colômbia**. Salvador, 2013.

PASSOS, E. **Quando um grupo é a afirmação de um paradoxo**. In R. B. Barros (Org.), *Grupo: a afirmação de um simulacro* (pp.11-19). Porto Alegre, RS: Sulina, 2007.

PEREIRA, M. A. O. **A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [en linea] 2007, 15 (Julio-Agosto): Fecha de consulta: 17 de agosto de 2017.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2005.

PONDÉ MP, CAROSO C. **Lazer como fator de proteção da saúde mental.** Rev Cienc Med. 2003.

Pondé M. **Lazer e saúde mental:** uma abordagem semântica e pragmática no campo da Saúde Coletiva [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2000.

POSSAS, C. A., SIMÃO, M. B. G., DELGADO, P. G., GALBINSKI, K., & SÁ, M. **Políticas públicas de prevenção e atenção às DST/HIV/AIDS nos serviços de saúde mental no Brasil.** In: Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Prevenção e atenção às DST/aids na saúde mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas (pp. 13-17). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

REY, G. F. L. **Sujeito e Subjetividade:** uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

RICCI, E. **Entre serviços e experiências de adoecimento:** Narrativas e possibilidades de Recovery em saúde mental. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 2017.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patricia. **Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1615-1625, junho de 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. acesso em 29 de dezembro de 2018.

ROSE, N. **Como se deve fazer a história do eu.** Porto Alegre: Educação & Realidade, 2001.

_____. **A política da própria vida:** biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

_____. **Psicologia como uma ciência social.** Psicol Soc. Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 155-164, agosto de 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. acesso em 04 jan. 2019.

ROTELLI F. (2001). **A instituição inventada.** In: Nicácio, Fernanda (org.). Desinstitucionalização (2ª edição). São Paulo: Hucitec.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. **Relações do cotidiano:** uma pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 561-579, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. acesso em 20 de fevereiro de 2019.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial:** uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 13-18.

SANTOS et all, N. S. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** Psicol. cienc. prof. Brasília. v. 20. n. 4. p. 46-53, Dec. 2000 .

SANTOS, Simone Agadir et al. **Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, Sept. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. access on 05 Feb. 2019.

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. **Território e saúde mental:** um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

SCHRANK G, OLSCHOWSKY A. **O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família.** Rev Esc Enferm USP. 2008;41(1):127-34.

SILVA A., B. S, O. M. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil:** a exclusão/inclusão social. Rev. Escola da Enfermagem da USP, São Paulo, vol. 36, n.1, Mar. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. acesso em 11 de fevereiro de 2019.

SOARES, M. V. B.; CARVALHO, A. M. P. **Mulheres portadoras de transtornos mentais e maternidade.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 632-638, out. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. acesso em 11 de fevereiro de 2019.

TACCA, F. **O sapateiro.** Revista Studium. 1991.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. **O Usuário De Caps:** Quem É Esse Sujeito?. Revista Psicologia e Saúde, [S.l.], dez. 2009. ISSN 2177-093X. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

TENÓRIO, F.: **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:** história e conceito. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VALVERDE, D. L. D. **Reforma Psiquiátrica:** Panorama Sócio-histórico, Político e Assistencial. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial>> Acesso em: 12 maio de 2017.

VASCONCELOS, E. M. (2000). **Saúde Mental e serviço social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez.

WAIMAN M. **O cuidado as famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização.** [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

ZANELLA, M., Luz, H. H. V., BENETTI, I. C., & Junior, J. P. R. (2016). **Medicalização e saúde mental:** Estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (15), 53-62.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de um Projeto de Pesquisa intitulado Experiências de reconhecimento e menosprezo: o cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro-Bahia, sob a responsabilidade da pesquisadora Isis Lima da Silva. Essa pesquisa tem como objetivo analisar a experiência de cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro – Bahia a partir das suas narrativas. Este estudo se justifica pela necessidade de avaliar a eficácia da política e saúde mental.

Os participantes da pesquisa serão escolhidos a partir de uma avaliação da equipe multidisciplinar do CAPS II de Porto Seguro e da vontade expressa do indivíduo acompanhado pelo equipamento.

Ao aceitar participar voluntariamente desse estudo, será pedido que você tire fotografias relacionadas ao seu cotidiano. Além disso, você também será convidado a participar de uma entrevista, na qual serão feitas perguntas e suas respostas serão gravadas em áudio. O tempo estimado para realizar as fotografias é de uma semana e para a participação na entrevista, será de 1 hora.

Consideramos a pesquisa com baixo risco potencial e para diminuir este risco solicitamos que os participantes não fotografem pessoas, mas apenas ambiente e que este ambiente sejam lugares que vocês frequentam.

As informações que você der ao responder as perguntas na entrevista serão mantidas em absoluto sigilo, de modo que somente os pesquisadores terão acesso a elas, e sua identidade e privacidade serão preservadas, uma vez que você não precisará se identificar em nenhum momento que fornecê-las.

Você tem plena liberdade de se recusar a responder a entrevista. Além disso, mesmo aceitando participar, pode recusar-se a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo pessoal.

Você não terá nenhum tipo de despesa ao participar da pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Caso você, por alguma razão não prevista, tenha gastos decorrentes da pesquisa, ele será ressarcido pela pesquisadora responsável.

Esperamos que esta pesquisa permita uma compreensão da eficácia das políticas públicas de saúde mental, supomos que estas reflexões sobre cidadania trarão novos significados para os participantes.

Vocês receberão assistência da equipe de pesquisa através da pesquisadora Isis Lima da Silva, também psicóloga do serviço, em forma de orientação e suporte.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi impresso em frente e verso, em duas vias iguais, e uma delas ficará com você. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do e-mail isisls@hotmail.com, da pesquisadora responsável. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa.

Isis Lima da Silva

TITULO: Experiências de reconhecimento e menosprezo: o cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista as explicações constantes nesse termo, eu, de forma voluntária e esclarecida, afirmo que compreendi do que se trata e aceito participar da pesquisa intitulada: Experiências de reconhecimento e menosprezo: o cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro

Porto Seguro, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura Datiloscópica

ANEXO 2 - GUIA DE CAMPO

Título: Experiências de reconhecimento e menosprezo: o cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro-Bahia,

Objetivo: Este estudo busca analisar a experiência do cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro – Bahia a partir das suas narrativas.

Características-chave do método: Será utilizado o estudo de caso como método de pesquisa, por este responder a questões complexa e relacionadas a fenômenos sociais.

Procedimentos:

- Autorização da secretária de saúde de Porto Seguro
- Contato inicial com a coordenação do serviço
- Contato com os sujeitos participantes do projeto piloto
- Clara explicação do projeto piloto aos participantes
- Assinatura do termo de consentimento livre-esclarecido (tcle)
- Aplicação da pesquisa através do método da foto-provocação.

Instrumentos:

- Máquina fotográfica digital
- Fotografias reveladas
- Gravador
- Papel
- Lápis

Categorias orientadoras de e aspectos a serem explorados nas entrevistas com base nos objetivos.

- Atenção ao relato dos participantes sobre o cotidiano nos espaços sociais
- Identificação de papéis que ocupam em cada contexto social
- Percepção em relação do exercício dos seus direitos como cidadãos
- Relato sobre situações de menosprezo

- Significações elaboradas pelos participantes da pesquisa a respeito da função do CAPS
- Estratégias, sentimentos, significações relacionadas a práticas de exclusão social.
- Exercício dos sujeitos como cidadãos autônomos ou não.
- Respeito ou experiências de desrespeito da dignidade, e a integridade física e social.
- Identidade, família, trabalho, escola, lazer, tempo livre, relacionamentos amorosos, pacientes, medicalização

Estudo de caso Piloto

O piloto será realizado com três sujeitos, todos frequentadores do CAPS II do município de Porto Seguro e inseridos em processos sociais congruentes com os objetivos da pesquisa.

Os sujeitos serão orientados de forma individual sobre o objetivo e procedimentos da pesquisa, em seguida será solicitado que este fique em posse de uma máquina fotográfica durante 24 horas. Neste período os sujeitos farão fotos dos seu cotidiano. Utilizaremos a seguinte frase explicativa:

- *Solicitamos que você tire fotografias durante um dia dos seus momentos importantes ou não, inclusive de situações agradáveis ou desagradáveis.*

Não será colocado um número máximo de fotografias, mas será pedido que os sujeitos selecionem entre 20 e 30 fotografias no momento da entrevista. Em seguida será realizada uma entrevista a partir das fotografias, prestando especial atenção aos conteúdos listados acima e a outros emergentes.

ANEXO 3 - Questionário Sociodemográfico

Qual é a sua idade?	
Gênero	
Masculino ()	Feminino ()
Quanto tempo você realiza cuidado no CAPS II?	
Recebe benefício de prestação continuada (BPC)?	
Caso receba, há quanto tempo?	
Quais medicamentos você utiliza?	
Estado Civil (Marque apenas uma resposta):	
Solteiro (a) ()	Viúvo (a) ()
Casado (a) ()	Divorciado (a) ()
União estável ()	Outros ()
Quantas pessoas moram em sua casa? (Marque apenas uma resposta):	
Vivo sozinho ()	Oito a dez; ()
Uma a três; ()	Mais de dez ()
Quatro a sete; ()	
A casa onde mora é	
Própria ()	
Alugada ()	
Cedida ()	
Qual é o seu nível de escolaridade?	
Ensino Fundamental I (antigo primário) ()	

Ensino Fundamental II (antigo ginásio)	()
Ensino Médio (antigo 2º grau)	()
Ensino Superior	()
Não estudo atualmente	()
Nunca estudei	()
Ainda estudo	Série (_____)
Atualmente, como esta sua situação em relação a trabalho?	
Trabalho de carteira assinada	
Trabalho sem carteira assinada	
Trabalho como autônomo	
Trabalho fazendo “bico”	
Não trabalho	
Outros:	
Quanto é, aproximadamente, a sua renda pessoal //mensal? (Marque apenas uma resposta)	
Nenhuma renda. ()	De 3 a 6 salários mínimos ()
Até 1 salário mínimo ()	De 6 a 9 salários mínimos ()
De 1 a 3 salários mínimos ()	Acima de 10 salários mínimos ()