**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CINTIA ADRIANA VIEIRA GONÇALES

**COTIDIANO DE CUIDADOS À PESSOA
COM DEPRESSÃO NA PÓS-MODERNIDADE:
UMA CARTOGRAFIA**

São Paulo

2009

CINTIA ADRIANA VIEIRA GONÇALES

**COTIDIANO DE CUIDADOS À PESSOA
COM DEPRESSÃO NA PÓS-MODERNIDADE:
UMA CARTOGRAFIA**

**Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Enfermagem.**

**Área de Concentração:
Enfermagem Psiquiátrica**

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Machado**

São Paulo

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gonçales, Cintia Adriana Vieira

Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia. / Cintia Adriana Vieira Gonçalves.

– São Paulo, 2009.

209 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia Machado

1. Saúde mental 2. Cartografia 3. Depressão 4. Pós-modernidade
I. Título

Nome: Cintia Adriana Vieira Gonçalves

Título: Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade:
uma cartografia

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À Deus.

Ao Dr. Celso Charuri, Mestre querido.

Ao André, Amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe - Manoela e meu pai - José Carlos (i.m.), por terem me dado a vida e me ensinado os primeiros passos nesta jornada.

Aos meus irmãos: Elena, Luciana e Júnior, pela convivência amorosa, solidária e descontraída.

Aos meus amados sobrinhos: Ana Beatriz, Alice, Luana, Pedro Henrique e Geovanna, por me darem alegria com sua pureza.

Aos Amigos da Pró Vida que caminham comigo com o objetivo de Construir um Mundo Bem Melhor.

À Zélia, Avelino, Roger, Ronny, Rosana e Evandro que me ajudaram e demonstraram compreensão e aceitação da minha ausência nos momentos em que estive totalmente envolvida na elaboração desta tese. .

À Alcione, por ter me dado a possibilidade de conhecê-la.

Às trabalhadoras do CAPS, por terem me recebido de braços abertos e ter permitido a realização da pesquisa em seu local de trabalho.

À Prof^a Dra. Ana Lúcia Machado, pela brilhante orientação, acolhimento, compreensão, constante incentivo e amizade, por ter compartilhado sua experiência e seu conhecimento com tanto desprendimento.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde, pelo apoio, solidariedade e amizade. Nossos momentos foram muito terapêuticos.

Às Professoras Doutoras Luciana Colvero e Débora Kirschbaum, por ajudarem a clarear o caminho da pesquisa no exame de qualificação.

Às Professoras Doutoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Sônia Barros e Ana Luisa Aranha e Silva pela inspiração e disponibilidade.

Aos vários pensadores que me acompanharam em forma de livros, artigos, conferências e conversas.

Aos funcionários da EEUSP pelo apoio prestado.

Às amigas que fiz durante esse processo. A vocês que estiveram a meu lado, estudando, lutando, rindo e chorando. Muito obrigada!

EPÍGRAFE

*Depois que a experiência me ensinou
que todas as coisas que frequentemente
ocorrem na vida ordinária são vãs e
fúteis; quando vi que todas as coisas
que eu temia e que me temiam não
tinham nada de bom ou mau em si
exceto na medida em que o espírito era
afetado por elas, decidi finalmente
investigar se poderia haver algo
verdadeiramente bom e capaz de
comunicar sua bondade, e pelo qual o
espírito poderia ser afetado com
exclusão de todas as outras coisas:
decidi investigar se posso descobrir e
adquirir a faculdade de usufruir por
toda a eternidade e de modo contínuo a
suprema felicidade.*

Baruch de Spinoza (1632-1677)

Gonçales CAV. Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

O ser humano vive uma época de transição nominada por alguns autores de pós-modernidade, com vários paradigmas convivendo concomitantemente. Neste panorama mundial, o campo da saúde mental vem passando por transformações e com ele o processo de trabalho em seu cotidiano também. O objetivo desta tese foi descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão. O cuidado dentro de seu aspecto molar, o instituído, está presente representado pelas políticas públicas. Mas e o cuidado como força instituinte tem se manifestado ou não? É uma pesquisa cartográfica que buscou com os trabalhadores de um CAPS do município de São José dos Campos mapear o cotidiano de cuidados de uma pessoa com depressão, incluindo o estudo de seu caso, análise documental, observação participante e entrevistas com o usuário, com os membros da equipe de saúde mental e com as demais pessoas que participaram ativamente de seu cotidiano. Como ferramenta de coleta e análise de dados, utilizou-se o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde descrito por Merhy. A análise teve como norte a produção da autoanálise e da autogestão, os trabalhadores produzindo análises a respeito de seu trabalho, gerindo seus próprios processos e construindo suas respostas. Na perspectiva do cotidiano de cuidados, foram construídos três territórios de análise: o fazer, o pensar o fazer e as capturas. No território do fazer, são apresentadas as ações dos trabalhadores, desde o primeiro dia do usuário no CAPS, incluindo a construção do primeiro projeto terapêutico, as alterações que foram realizadas e seu porquê. O território do pensar o fazer apresenta os momentos em que os trabalhadores discutem os casos (reuniões formais e informais). São momentos em que fazem uma reflexão sobre seu trabalho, suas técnicas, suas metodologias, suas personalidades, suas dificuldades e facilidades, o que deu certo e o que não deu e como poderão entrar em ressonância com o usuário. São momentos tensos, mas também descontraídos. Nestes momentos, o usuário está ausente, a equipe inteira pode estar reunida ou apenas duas pessoas conversando. No último território, são trabalhados os momentos de captura do instituinte pelo instituído, do trabalho vivo em ato pelo trabalho morto, as desterritorializações, mas também as reterritorializações e as linhas de fuga. O método foi assertivo e cuidadoso por acompanhar a equipe por um semestre, fornecendo um resultado mais abrangente, evitando interpretações rápidas e consequentes rotulações. Os trabalhadores usaram o fluxograma com coragem, percorreram todo o processo, desde o início, pensando, analisando, tendo *insights*. Perceberam como é importante o parar e o pensar sobre o fazer. O cotidiano de cuidados prestado pela equipe de saúde mental deste CAPS mostrou-se direcionado às necessidades e singularidades do usuário. O projeto terapêutico

singularizado foi sendo construído aos poucos, adequando-se à sua história de vida, seu contexto familiar, seus pontos fortes, suas dificuldades e limitações. Não ficou totalmente capturado por questões instituídas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Cartografia. Depressão. Pós-modernidade.

Gonçalves CAV. Routine care to the individual suffering from depression in postmodernity: cartography [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

ABSTRACT

The human being is living a transition period called by some authors postmodernity, in which several paradigms coexist concomitantly. In this world scenario, the mental health field has been undergoing changes, which in turn have brought about changes to work routine process as well. This dissertation aimed at describing and analyzing the routine care provided to the individual suffering from depression. Care within its molar aspect, that is, the institutionalized individual, is represented by the public policies. But has care as an instituting force been manifest or not? This is a cartographic research work, carried out with workers from a CAPS (Center of Psychosocial Attention) from São José dos Campos County. It attempted to map the routine care provided to an individual suffering from depression, including his/her case study, document analysis, observant participation and interviews with the users, the mental health care team and all the other individuals who took an active role in his/her care. For data collection, the analytic flowchart of the attention model of a health service described by Merhy was used. Analysis aimed at producing self-analysis and self-management – in other words, the workers' producing analyses about their work and managing their own processes and building their answers. In the routine care perspective three analysis territories were built: doing, thinking about doing and captures. In the doing territory, the workers' actions are presented since the user's first day at CAPS, including the construction of the first therapeutic project, changes made and the reasons for that. The thinking about doing territory presents the moments when the workers discuss cases (formal and informal meetings). This is the time when they critically reflect on their work, their techniques, their methodologies, their personalities, their difficulties and facilities, what worked out and what did not and how they can resonate with the user. These are tense but at the same time relaxed moments. In such moments, the user is absent and the whole team or just two members may be talking. In the last territory, the moment the institutionalized is captured by the instituting is approached. It also encompasses the live work in the act for defunct work, deterritorializations, but reterritorializations and escape lines as well. The method was assertive and careful as the team was followed for a semester, thus providing a more comprehensive outcome and avoiding quick interpretations and consequent labeling. Workers used the flowchart courageously, going through the whole process since the beginning, thinking, analyzing and having insights. They realized how important it is to stop to think about doing. The routine care provided by the mental health team from this CAPS was guided by the user's needs and singularities. The customized therapeutic project was gradually built, adapting itself to the individual's life history, his/her family context,

his/her fortes, his/her difficulties and limitations. It was not captured by instituted questions.

KEYWORDS: Mental Health. Cartography. Depression. Postmodernity.

LISTA DE SIGLAS

AVAI	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGD	Carga Global de Doenças
CDHU	Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano
CID	Classificação Internacional de Doenças
CTA	Centro Técnico Aeroespacial
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EMBRAER	Empresa Brasileira de Aeronáutica
EMDR	Dessensibilização e Reprocessamento pelo Movimento Ocular
HD	Hospital Dia
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PTS	Projeto Terapêutico Singularizado
SJC	São José dos Campos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAISM	Unidade de Atenção Integral a Saúde Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	28
1.2 MUNDO PÓS-MODERNO.....	35
1.3 DEPRESSÃO	41
1.4 PROCESSO DE TRABALHO, SUBJETIVIDADE E COTIDIANO...	54
2 OBJETIVO.....	65
3 O CAMINHAR.....	69
3.1 MÉTODO.....	71
3.1.1 Cartografia: uma viagem singular.....	72
3.2 “PREPARATIVOS”	75
3.2.1 Procedimentos éticos	75
3.2.2 Campo de estudo	76
3.2.3 Participantes.....	82
3.3 COLETA DE DADOS	84
3.4 COMO FOI EXPLORADO O MATERIAL PARA A ANÁLISE	93
4 MAPA	97
4.1 CONHECENDO ALCIONE	99
4.2 CONHECENDO AS TRABALHADORAS	108
4.3 CARTOGRAFANDO O COTIDIANO DE CUIDADOS	110
4.3.1 Fluxograma Analisador.....	110
4.3.1.1 Descrição do Fluxograma Analisador	112
4.3.2 Cotidiano de Cuidados	118
4.3.2.1 Território do Fazer	119
4.3.2.2 Território do Pensar o Fazer	149
4.3.2.3 Território das capturas... ou não... ..	159
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
REFERÊNCIAS	183
APÊNDICES	195
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	197

Apêndice B – Roteiro de Entrevista - usuária.....	199
Apêndice C – Roteiro de Entrevista - Trabalhadores	201
ANEXOS.....	203
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.....	205
Anexo B - Parecer da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Campos	207
Anexo C – Desenho da capa	209

APRESENTAÇÃO¹

¹ Esta tese está conforme a nova regra do acordo ortográfico.

O importante é não parar de questionar (Albert Einstein).

O tema desta pesquisa, o cotidiano de cuidados a pessoa com depressão é algo que me inquieta já há algum tempo. Durante minha experiência como enfermeira assistencial, observei muitos casos de depressão, por vezes, mascarados por doenças clínicas. Assim, ao me utilizar da comunicação terapêutica, conseguia ouvir essas pessoas e a inquietação aumentava com o desejo de conhecer mais profundamente, como é viver com esta doença.

No mestrado, fui em busca de investigações para ampliar o estudo deste tema; usei o referencial metodológico da história oral de vida, ouvi a história de seis mulheres com depressão. Vidas diferentes, histórias diversas, porém, sofrendo com a mesma doença: depressão (Vieira, 2005).

Consegui apreender que o processo foi vivenciado historicamente, pois elas voltaram à infância para narrar suas vidas, suas alegrias e dificuldades. O modo como vivem com a doença no tempo presente, também, mostrou-se diferente, assim como a visualização de um possível futuro.

Observei a importância do enfermeiro compreender que as pessoas não vivenciam a depressão de uma maneira uniforme, que elas têm vida, projetos e necessidades diferentes e que o cuidado deve ser dirigido para atender a sua singularidade no mundo.

A pesquisa, auxiliada por conceitos das ciências humanas, conseguiu demonstrar o local e o tempo em que as pessoas com depressão estão vivendo. Um contexto social nominado por alguns de Pós-modernidade (Maffesoli, 2001), no qual as pessoas vivem com intensas mudanças tecnológicas e pela transição de paradigmas, nominados de Paradigma Emergente (Santos, 1998), Paradigma Ecológico (Capra, 1982) e Paradigma da Complexidade (Morin, 1982).

Nesse panorama mundial, marcado pelo individualismo e autocentramento absoluto no indivíduo, com a alteridade tecendo ao apagamento do sujeito, as pessoas estão se perdendo nas brumas da

aparência. Debord (1997) chama a atenção para a “Sociedade do Espetáculo”.

Uma pessoa com a vida vazia de significado, sem objetivos, buscando de forma voraz a felicidade imposta pelo exterior, responsabilizando outras pessoas ou coisas pela sua escolha de não escolher, negando as dificuldades próprias da vida e cegos, não percebendo o que estão fazendo, como se estivessem sendo levados, mas não sabem quem está na liderança nem para onde irão, perdidos na vida. Olhando esse quadro, é fácil entender porque tantas pessoas sofrem com a depressão no mundo (Vieira, 2005, p.99).

O emprego da abordagem qualitativa provou ser excelente instrumento para atingir o objetivo de compreender e descrever a experiência da pessoa com depressão. Procurei fazer a compreensão e descrição das histórias de vida sob o ângulo das colaboradoras (entrevistadas), da maneira como foram narradas, sem julgamento algum, respeitando a singularidade e a vivência de cada pessoa, com suas especificidades, partindo do pressuposto de que as pessoas vivem experiências diferentemente, em sua complexidade de ser humano.

As narrativas produzidas confirmaram sua qualidade de ferramenta apropriada para estudos da dinâmica da vida cotidiana. Isso foi validado quando, ao final da coleta de dados devolvi as devidas narrativas na íntegra às pessoas entrevistadas e percebi as reações. Ao ler suas histórias, as faces iam se transformando em um misto de sentimentos, como tristeza, alegria, espanto. Quando terminaram a leitura, as colaboradoras comentaram que não se lembravam de ter falado tudo aquilo e daquele jeito, o que possibilitou, conforme minha avaliação um encontro delas consigo mesmas, um momento de refletir sobre suas próprias experiências.

Ao final da dissertação, concluí a necessidade de escuta pelo enfermeiro, e demais profissionais de saúde mental, para realizar um plano terapêutico próximo às necessidades da pessoa atendida. Refleti sobre a importância do enfermeiro conhecer estas necessidades, os projetos de vida, para que consiga aproximar o cuidado desses projetos, quando possível.

Desta forma, o mestrado gerou mais uma inquietação: como é o cotidiano de cuidados prestados pela equipe de saúde mental à pessoa com depressão? O trabalhador percebe as necessidades e singularidades? Como ele lida com as questões instituídas? Ele consegue traçar uma linha de fuga ou é aprisionado? Que tecnologias utiliza para as práticas de saúde no cotidiano?

Como pesquisadora trilhei um caminho muito interessante. Iniciei na assistência direta; no mestrado conheci histórias de vida de pessoas com depressão, compreendi como estas vivem e o que esperam do cuidado. Nesta tese de doutorado, faço a ligação entre a pessoa com depressão e os trabalhadores de saúde que a atendem.

Esta é uma pesquisa cartográfica que buscou com os trabalhadores de saúde analisar seu cotidiano de cuidados. Para isso, utilizamos ferramentas que lhes possibilitassem olhar para o que produzem, como produzem e como se produzem trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A cartografia é um mapa-relato, objetivo e subjetivo que expressa a singularidade desta viagem, embora sirva a outros “para construir sua própria trajetória, sempre experimental, sempre aventureira” (Baremblyt, 1998, p.59).

É desenho em movimento de transformação de paisagens, inclusive paisagens psicossociais, que capta o desmoronamento de certos mundos — sentidos perdidos; e a criação de novos mundos e sentidos (Rolnik, 2007).

Nesta viagem, trazemos na bagagem vontade, inquietações, dúvidas e incertezas. Mas chamamos alguns autores para nos auxiliarem no caminho, ajuda crucial para não nos perdermos. O primeiro passo foi definir claramente o objetivo desta cartografia: descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão. Uma vez colocado como norte para a pesquisa, ficou mais fácil seguir caminho. Assim como a Estrela Polar auxilia os navegantes em sua jornada pelo mar, pois sabem que ela está sempre lá indicando a direção norte do Planeta Terra.

Para uma tese de doutorado, precisamos fazer escolhas, às vezes, fáceis, às vezes, difíceis, mas são necessárias para evitar que a cartógrafa-

autora perca-se. Há exigências acadêmicas, há um início, um meio e um fim e há ainda um tempo a ser respeitado.

Para a construção desta tese, buscamos todas as ajudas vislumbradas, livros, teses, dissertações, artigos, textos variados, conversas, introspecções, meditações e reflexões. Em sua produção, afetei e fui afetada no sentido espinosiano do termo. Foi uma produção complexa como numa bricolagem. Segundo Baremlitt (199?), bricolagens são arranjos de selvagens em uma clareira da mata, utilizando-se de diferentes objetos escolhidos a esmo: paus, folhas, flores, cascas, penas, dejetos, etc. que juntos são colocados ao lado com o descompromisso com a permanência, com a admiração e com a eternidade. É arte passageira que tem como critério de belo a junção de elementos aparentemente desconexos, sendo uma produção de diversas subjetividades, uma mescla de reflexões.

Esperamos que você – cartógrafo-leitor – nos acompanhe nesta cartografia, em cada avenida, praça e becos, às vezes sem saída, às vezes com saídas inesperadas. Trazemos vários autores nesta caminhada, mas não buscamos reproduzir fidedignamente suas teorias. Conforme a necessidade do texto, eles foram sendo chamados para fazer parte desta viagem.

E agora, convido você a percorrer esta viagem nas próximas páginas, tendo em mente que

Toda obra é uma viagem, um trajeto, mas que só percorre tal ou qual caminho exterior em virtude dos caminhos e trajetórias interiores que a compõem, que constituem sua paisagem ou seu concerto (Deleuze, 1997, p. 9).

1 INTRODUÇÃO

Todas as grandes coisas do mundo começam nas pequenas [...] Uma jornada de mil milhas começa com o pedaço de chão debaixo do pé (Lao-tsé).

Em uma cartografia, faz-se necessário conhecer o ponto de partida. Vamos começar pelo macro e nos dirigir ao micro. Para isso, conceitos são introduzidos. Tomando emprestada a comparação realizada por Baremlitt (1992), na física, o mundo macro seria composto por grandes corpos como o universo, o cosmos, e o mundo micro, por oposição, é o mundo atômico e subatômico.

Partindo do macro e do micro da física, algumas escolas institucionalistas usam os termos molar e molecular para às palavras macro e micro.

O Movimento Institucionalista ou Instituinte é um conjunto de escolas, um leque de tendências que, sucintamente “propõem propiciar, apoiar, deflagrar nas comunidades, nos coletivos, nos conjuntos de pessoas, processos de autoanálise e processos de autogestão” (Baremlitt, 1992, p. 14). A autoanálise consiste que as próprias comunidades, como protagonistas de seus problemas e demandas, possam se conhecer e compreender-se. E a autogestão seria o processo delas mesmas deliberarem, decidirem e organizarem-se para construir os dispositivos necessários para produzir, elas mesmas ou para conseguir os recursos de que precisam para a melhoria de sua vida.

Segundo Baremlitt (1992), para os institucionalistas não há uma separação radical entre vida econômica, vida política, vida do desejo inconsciente, vida biológica e natural, o que existe são imanências – isto é, a coextensão, a condição intrínseca de cada um desses campos em relação aos outros, que só podem separar de uma maneira artificial para a finalidade de seu estudo. É como um dentro do outro, incluindo no outro.

Assim, dentro dessa concepção da vida social como uma rede na qual os processos são imanentes uns ao outros, vamos distinguir molar do molecular.

Molar é aquilo que é grande, que é evidente, que tem formas objetais ou formas discursivas, visíveis e enunciáveis [...] É o lugar da ordem, é o lugar das entidades claras, dos limites precisos, é o lugar da estabilidade, da regularidade, da conservação [...] Molecular é onde ocorrem as conexões anárquicas, insólitas, impensáveis (Barembritt, 1992, p.45).

O institucionalismo afirma que as grandes mudanças históricas são sempre resultados das pequenas e que os grandes poderes que vigoram na sociedade, são formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam-se nos espaços microscópicos de uma sociedade. Portanto, o micro é o lugar da produção, da eclosão do novo, do aleatório, do imprevisível e o macro é o lugar da reprodução, da conservação do antigo, lugar da regularidade e das leis (Barembritt, 1992).

Nesta tese, como foi dito, partimos do macro, do estabelecido, do instituído, para encontrarmos o micro, o instituinte, o que está sendo produzido no cotidiano. Esta produção é tanto consciente e, portanto, aparente, como inconsciente e, neste último caso, é demonstrado nas ações e reações, nas linhas de fuga, nas capturas, o bem-estar, o mal-estar e, às vezes, não há explicações lógicas.

Afinal, “escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se” (Deleuze, 1997, p.11).

1.1 CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades (Teixeira, 2004, p.4).

O campo da saúde mental encontra-se em um período de transição do modelo tradicional, tecnicista e hospitalocêntrico centrado no poder/saber psiquiátricos para o modelo psicossocial. É um campo de conhecimentos complexos e plurais. Pesquisas são feitas há milhares de anos nas várias

áreas do conhecimento, porém uma única verdade que agrade a todos ainda não foi e, talvez, nunca será encontrada.

Por ser um campo de conhecimentos complexo, as perspectivas ou pontos de vistas são diversos. Há um grupo que acredita ser preciso reavaliar constantemente o que se faz, sem receio de adotar novas proposições sempre que estas se mostrarem melhores do que as que temos à mão no momento. O que leva a uma prática multifacetada organizada em torno de demandas e exigências de diferentes ordens. Psicoterapias, medicamentos, nosologias, equipamentos, associações de familiares, instrumentos legais, etc., tornam-se ferramentas para a obtenção dos diversos objetivos e, portanto, precisam ser revistos sempre que novas possibilidades surjam no horizonte. Além disso, trazem para a cena todos os atores sociais, cujo trabalho possa contribuir para a consecução desses objetivos, ou seja, músicos, artistas plásticos, advogados, etc. (Bezerra, 1999).

Para outro grupo, é preciso apostar em uma atitude puramente científica frente à questão do sofrimento mental, investir cada vez mais no conhecimento objetivo, é o movimento da psiquiatria biológica. Este grupo adota uma posição francamente reducionista e determinista do fato psicopatológico, e a chave de tudo está no funcionamento cerebral. Um terceiro grupo, é mais passivo, aceita com resignação a mudança dos ventos, procura encontrar a maneira mais confortável de se adaptar aos novos tempos e parecer em sintonia com o que há de novo. Adota o novo discurso para encobrir velhas crenças, que agora já não se expressam verbalmente com desenvoltura, mas se manifestam de forma eloquente nos hábitos da prática rotineira (Bezerra, 1999).

Nesta tese, não vou me ater apenas a uma área do conhecimento, pois vou em busca de conhecer e analisar o cotidiano de cuidados, cartografar, pesquisar, ir a fundo permitir que o instituinte apareça, sem dogmas ou preconceitos. Tendo o máximo de cuidado e respeito possíveis, pois como ser humano estou implicada, não sou neutra, afeto e sou afetada pelas pessoas e pelo ambiente.

A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isto implica. Melhor seria dizer, então, análise das implicações, posto que implicado sempre se está (Passos, Barros, 2000, p.73).

Para Bezerra (1999), de uma maneira geral, pode-se dizer que no Brasil existem três linhas importantes de pensamento: a psiquiatria biológica, o cuidado inspirado pela reforma italiana e pelo pensamento sanitarista brasileiro e a psiquiatria influenciada pela psicanálise. As linhas não são unívocas e existem alianças e, também, disputas.

Como pesquisadora implicada que sou, tenho uma tendência para a segunda linha de pensamento e, por vezes para a terceira também. A primeira contrasta com minha visão de mundo que compartilha com a complexidade. Aos poucos percorro estas questões.

Na segunda metade do século XX, ocorreram muitas mudanças que continuam nos dias atuais. Vive-se uma transição tecnológica com a introdução de novas tecnologias, denotando alterações significativas no parcelamento dos processos de trabalho, no perfil da qualidade dos trabalhadores, no mercado da força de trabalho e nos processos de troca, entre outros (Merhy, 2005).

A reforma psiquiátrica é assunto amplamente discutido. A Lei Federal nº. 10.216 foi aprovada apenas em 6 de abril de 2001, após 12 anos do projeto de lei que inicialmente a propunha. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Por reforma psiquiátrica, entende-se desde o conjunto de medidas oficiais (políticas, planos e alterações na lei visando à desinstitucionalização e à reforma da assistência psiquiátrica) até o movimento social mais amplo, envolvendo trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e entidades da sociedade civil, em uma luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais. Apresenta como características a construção de uma rede de atenção à saúde mental (substitutiva) e a

fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

O movimento pode ser compreendido como revisão crítica (teórica, ética, política e jurídica) das práticas e discursos sobre a doença mental e os chamados doentes mentais. Implica tentativas de mudanças mais profundas, não só nos aspectos da lei, das políticas públicas e das práticas de cuidados, mas, igualmente, nos valores e significações sociais em torno da loucura e da doença mental (Amarante 1998).

É um movimento que ocorre em alguns países e, no Brasil, à diferença de outros processos históricos reformistas, ocorridos anteriormente, este vem se caracterizando, explicitamente, como um campo de luta entre o modelo hegemônico e propostas críticas a esse modelo. Não se trata, portanto, de um processo consensual. Muito pelo contrário, é um processo de quebra da hegemonia de poder, trazendo muitas contradições.

A reforma psiquiátrica preconiza uma transformação no modo de se pensar o arcabouço da saúde mental. Segundo Tenório (2002), as palavras reforma e psiquiatria andam juntas há muito tempo. Foram os “reformadores” da revolução francesa que delegaram a Phillippe Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos com outros marginalizados da sociedade.

O modelo psicossocial de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, alicerçado nos pressupostos da reforma psiquiátrica, está se desenvolvendo nos espaços substitutivos de atenção. O objetivo maior deste movimento é a reinserção do sujeito com transtorno mental a seu território, à sua família e comunidade, oferecendo-lhe as condições necessárias, tais como: cuidado no território, atendimento à família, atividades na comunidade, entre outras.

O processo de reforma tem origens no movimento da reforma sanitária e tomou vigor no Brasil, a partir da década de 1990, como iniciativa articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas experiências de reforma nos diversos países, as vias escolhidas foram a legislativa, no âmbito dos parlamentos ou a normativa, praticada pelos respectivos Ministérios da Saúde. No Brasil, o processo legislativo tem

tido grande influência na implementação de políticas públicas nesse campo, sobretudo com a aprovação da Lei nº. 10.216/01 (Brasil, 2002).

Pela via normativa, o Ministério da Saúde, atendendo às recomendações da “Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica”, conhecida como “Declaração de Caracas”, expediu, a partir de 1991, regulamentos para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica (OPAS, 1992).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram regulamentados para responder às necessidades de moradia. O Programa de Volta para Casa, por meio da Lei Federal nº. 10708/03 é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de internação. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental (Brasil, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde aprovou o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS que tem como principal estratégia promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos) (Brasil, 2004a).

As Portarias GM nº 799/00 e GM/MS nº 251/02 estabelecem diretrizes e normas para a assistência hospitalar e para a avaliação de hospitais psiquiátricos, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), que avalia anualmente a estrutura física, a dinâmica do funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição (Brasil, 2002).

A proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares vem mudando aos poucos. Em 1997, apenas 6,86% eram destinados aos gastos extra-hospitalares, em 2007, já eram 63,35%. Ou seja, mais da metade dos recursos são voltados aos novos equipamentos de cuidado em saúde mental (Brasil, 2008).

Nessa rede de atenção à saúde mental, os CAPS têm um papel estratégico. A Portaria GM nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002 criou o CAPS

diferenciado: CAPS I, II, III. Infantil, álcool e drogas, com atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Brasil, 2004b).

As funções dos CAPS seriam regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental no território, dar suporte à saúde mental na atenção básica, promover inserção social e prestar atendimento em regime de atenção diária.

Um dos focos da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização que consiste em uma desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade/moralidade. É romper com a relação linear causa-efeito, onde o trabalho não visa mais a doença e a cura, mas sim a produção de vida, de sentido, de socialidade, de convivência, espaços de trocas, reabilitação psicossocial, qualidade de vida e cidadania. As pessoas não são passivas, são atores do processo, com suas histórias, recursos, conflitos e possibilidades, há que se aceitar as diferenças e singularidades de cada um (Nicácio, 2003).

Globalmente, no Brasil, existe desde 2003 a Política Nacional de Humanização, conhecida como “HumanizaSUS”, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no país e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2004c).

Resumidamente, seus objetivos são: contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (Brasil, 2004c).

Para alcançar os objetivos planejados, o HumanizaSUS oferta a gestores diversos dispositivos, entendidos como tecnologias ou modos de implementar a humanização. Os principais são: acolhimento; equipe de referência e apoio matricial; projeto terapêutico singular (PTS); construção

coletiva da ambiência; gestão compartilhada (Brasil, 2004c). Estes dispositivos serão explicados ao longo da tese, conforme forem solicitados.

Nesse contexto de mudanças, como se manifesta o cuidado oferecido pela equipe de saúde mental em seu cotidiano?

Willrich et al. (2004) afirmam que ainda há uma dicotomia entre as concepções teóricas e práticas preconizadas no contexto de construção da reforma psiquiátrica brasileira.

Kirschbaum (2009) analisou as concepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a finalidade, o objeto e os instrumentos de trabalho utilizados para desenvolver os cuidados aos sujeitos psicóticos em um CAPS–III. Concluiu que as características do trabalho de enfermagem são marcadas pela construção de conexões, às vezes, pouco claras em razão da multiplicidade de saberes e concepções de sujeito e de clínica que sustentam as distintas tecnologias de processo de trabalho, convivendo em um mesmo espaço institucional, sendo necessário investimento na produção de um corpus conceitual e de práticas que possibilitem mudanças de posição dos trabalhadores na produção de serviços dos CAPS.

Merhy (1997) salienta a necessidade da mudança no modo de produzir saúde no Brasil ser uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, e não meras reformas macroestruturais e organizacionais.

Para Saraceno² (2009), o desafio atual é a transformação de alguns paradigmas. Deixarmos o pensamento biomédico e ampliarmos para o biopsicossocial; repensar a verticalidade dos serviços que tratam apenas a pessoa que o procuram, ou seja, ir da monomorbidade para as comorbidades; da atenção terciária para a secundária e primária; da atenção a curto prazo para longo prazo – reabilitação; do atendimento individual para o trabalho em equipe.

Para Maffesoli (2001) a análise econômica ou política oferece uma cota de explicações, mas se pode reconhecer que elas permanecem impotentes

² Saraceno B. Conferência “A Rede de Saúde Mental no Território”, no Encontro Estadual de Saúde Mental, em São Paulo, 26 de junho de 2009.

para exprimir as minúsculas situações do viver cotidiano que constituem uma parte essencial da trama social.

Dentro do seu aspecto molar, o cuidado do instituído é presente, representado pelas políticas públicas. Mas e o cuidado no cotidiano? Como a força instituinte vem se manifestado ou não nesse cotidiano? E para além desta dicotomia, haveria uma terceira possibilidade?

1.2 MUNDO PÓS-MODERNO

*Devemos ser a mudança que desejamos ver no mundo
(Mahatma Gandhi).*

Acredito que estamos inseridos em um mundo com sua determinada cultura, hábitos, costumes, leis e, mesmo sendo pessoas diferentes em nossos mundos micros há um mundo macro a nossa volta. Escolhi como mundo macro, ou seja, pano de fundo para esta pesquisa a Pós-modernidade. Muitos autores trabalham com este conceito, assim, neste estudo utilizamo-lo dentro do referencial teórico do sociólogo francês Michel Maffesoli.

A pós-modernidade pode ser definida como “a sinergia de fenômenos arcaicos e do desenvolvimento tecnológico” (Maffesoli, 2001, p. 21).

A modernidade foi racionalista, historicista, ideológica e homogeneizante, lugar privilegiado do cálculo e da técnica, da crença no progresso e da confiança em um previsível futuro. Na pós-modernidade há o desenho de uma vitalidade cultural, do sensualismo coletivo e da teatralidade das condutas (performances), da primazia do prazer e da felicidade cotidiana, da criatividade popular, etc. “Eu digo que a modernidade é o ‘ou-ou’ enquanto a pós-modernidade é o ‘e-e’, eu sou ‘isto e aquilo’ (Maffesoli, 2002).

Para Maffesoli, a modernidade esgota-se por não conseguir cumprir com suas utopias políticas. Estando voltada para realizações no futuro, o que se

tem na época moderna é um tempo histórico redentor, um 'vir-a-ser'. Segundo o autor, na era pós-moderna "... devemos focalizar o presente, o momento, o contemporâneo, lutar pelo 'presenteísmo' que toma múltiplos rostos pelo prazer da vida, mas tudo isso temperado com uma atitude relativista." Esse 'presenteísmo' é representado por uma 'energia intensiva', no tempo presente (como hedonismo, prazer do momento, "*carpe diem*"). Não mais um simples "progresso", mas um verdadeiro "ingresso", ou seja, viver na alegria desse mundo (Maffesoli, 2001).

A era da modernidade para Maffesoli não é o que começou no século XVII, mas o que caracterizou - na tradição judaico-cristã - a tradição ocidental e que civilizou o mundo, fazendo-o entrar no grande mito do progresso. Nessa perspectiva progressista evacuou-se tudo o que se considerava como arcaico. A hipótese do autor é de que, atualmente, assiste-se a um retorno desses arcaísmos fundamentais na pós-modernidade: o primeiro, a oposição ao trabalho, o prazer; o segundo é o das tribos e o terceiro é o nomadismo. Uma das marcas da pós-modernidade é o retorno da errância. A pós-modernidade é o tempo das massas, das pessoas, das tribos, enfim, o que se apresenta é o tempo da diversidade cultural, da mestiçagem; a grande tendência que vai se desenvolver na pós-modernidade, não mais o encerramento dentro de uma identidade precisa, mas, a mistura.

Maffesoli trata a pós-modernidade como um novo paradigma, tentando não sugerir rupturas nem radicalização, mas sim uma reorganização: de valores, ideias, visões de mundo, que são provenientes da modernidade. É um processo que ele chama de "devir espiralado do mundo", ou seja, quando cessa a evidência de uma ideia sobre a qual estava fundada uma civilização, uma outra constelação começa a nascer, integrando certos elementos do que era e voltando a dar vida a outros que tinham sido negados (Maffesoli, 2001).

Maffesoli (2006) indica que neste novo paradigma pontua o fim de uma lógica individualista típica da modernidade, de um EU fechado sobre si mesmo. Segundo ele, estaríamos caminhando em direção à *persona* e à multiplicidade de papéis e máscaras em que a pessoa só existe em termos

do papel ou máscara usada em dado momento ou situação. Dessa forma, na pós-modernidade assistimos à substituição de um social racionalizado por uma sociedade com dominância empática. Esta nova socialidade diz respeito ao tribalismo que está se tornando nos grandes centros urbanos, um dos maiores expoentes dessas alterações nas relações sociais pelas quais estamos passando. Tribos bastante diferenciadas como: punks, surfistas, skinheads ou vegetarianos são exemplos desses grupos que se caracterizam pelo desejo de estar junto que se reúnem, conforme suas afinidades e interesses no momento e que não têm outra finalidade a não ser reunir-se.

Na pós-modernidade, há a presença da razão sensível, na qual a intuição compactua com a razão, há o desenho de uma vitalidade cultural, do sensualismo coletivo e da teatralidade das condutas (performances), da primazia do prazer e da felicidade cotidiana (Maffesoli, 2005).

Em uma outra análise, Birman (2003) observa que atualmente, há uma pobreza em desejar e fantasiar, o ser humano vive intensamente o tempo presente, distante das utopias e dos sonhos coletivos. Consequentemente, a memória tende ao silêncio pela ênfase atribuída ao presente. Da mesma forma, o horizonte de futuro estreita-se, pois, ao se sublinhar a imediatez da presença, o sujeito perde a dimensão do devir.

Para Birman (2003), nesta leitura, o sujeito desdobra-se nas ideias de exterioridade e teatralidade. Com isso, as ideias de interioridade e intimidade tendem ao silêncio no universo do espetacular. Em consequência, é o eu que está em questão o tempo todo, alargado e exaltado em suas fronteiras até o espaço sideral. A economia narcísica da individualidade é valorizada e incrementada ao máximo, só o que interessa são as gesticulações performáticas na cena espetaculosa do mundo.

Assim, há uma nova relação entre o sujeito e o outro e, com efeito, a predação do corpo do outro se transforma em trilha preferencial do amor e do erotismo, pois o que importa para a individualidade é a apropriação do corpo do outro “para a expansão inflacionada do próprio eu” (Birman, 2003). E, com isso, as noções éticas de alteridade e reconhecimento da diferença

tendem ao desaparecimento no universo social voltado à estetização da existência.

Merhy (2007a) percebe que qualquer unidade de saúde organiza-se e funciona em plataformas sobre as quais o dia a dia vai acontecendo. A primeira forma, estruturada e refletindo o instituído e a segunda, não estruturada, fazendo transversalidade por dentro da organização, de modo instituinte. A plataforma do instituinte possibilita a ação dos sujeitos-desejantes, que trazem em si a força de produção da realidade.

No campo da saúde, a realidade vai sendo construída, conforme a potência que cada trabalhador percebe e coloca-a na prática. Usuários dos serviços de saúde e trabalhadores são pessoas vivendo neste mundo pós-moderno, voltado à teatralidade das condutas e com a alteridade tendendo ao desaparecimento. Como é esse convívio, esse afetamento?

Para nos ajudar a entender um pouco mais sobre o panorama mundial, chamo mais alguns autores a fazerem parte desta empreitada.

Para Morin (1982), vive-se a era da Complexidade. Neste paradigma, há o esforço para conceber um desafio inevitável que o real lança a nosso espírito. A complexidade tende para o conhecimento multidimensional. Não se trata de dar todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões.

Como já disse anteriormente, não trabalho nesta pesquisa com uma única verdade, mas sim com as dimensões que foram surgindo em torno do objeto do estudo: o cotidiano de cuidados.

Capra (1982) também acredita em um novo paradigma, uma perspectiva ecológica, uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores. Segundo o autor, vivemos um período de crise, “a crise de percepção”, tentando aplicar os conceitos de uma visão de mundo obsoleta - a visão de mundo mecanicista da ciência cartesiana-newtoniana - a uma realidade que já não pode ser entendida em função desses conceitos. Vivemos hoje num mundo globalmente interligado, no qual os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes.

Neste panorama mundial, época de crise, momento de transição, em que convivemos com uma tecnologia que lança novidades no mercado o tempo todo, impedindo o ser humano de acompanhar essas mudanças, a depressão é uma doença que tem tido bastante repercussão, estudos epidemiológicos recentes têm demonstrado um aumento de casos de depressão nas diversas faixas etárias em todo o mundo. Entretanto, não se conhece a causa – ou causas – desse fenômeno.

Há pessoas que acreditam que em razão do maior número de pesquisas e de medicamentos antidepressivos os casos de depressão têm ficado em evidência estatística, mas, que sempre existiram. Matos, Matos e Matos (2006), acreditam que os médicos possam estar mais capacitados para reconhecer e diagnosticar o transtorno. Além disso, a informação científica está mais disponível ao público, aumentando a procura por ajuda e, também, o público leigo pode confundir tristeza com depressão ou até outras doenças mentais com depressão.

Matos, Matos e Matos (2006), também acreditam que em razão da expectativa de vida aumentar, cresce também a chance do aparecimento de casos de início tardio. Especula-se, também, o envolvimento de fatores genéticos hereditários que, por alguma razão, estariam aumentando nos últimos anos.

Para Birman (2003, p.247), há um interesse maior da psiquiatria pós-moderna pelas depressões e pela síndrome do pânico, na medida que o sujeito não consegue ser cidadão da sociedade do espetáculo. “Com efeito, panicados e deprimidos são os fracassados da cultura do narcisismo, pois não conseguem ocupar a cena teatral da sociedade”. Neste contexto, aumentam as pesquisas e as vendas dos psicofármacos, pois, pelos seus efeitos antidepressivos e tranquilizantes, visam a transformar esses miseráveis sofrendores em seres efetivos da sociedade do espetáculo.

Esta discussão é longa e profunda, envolvendo muitas verdades, às vezes, contraditórias e, para esta tese, este dado não é essencial. De alguma forma, o ser humano, mesmo com toda a evolução tecnológica e com o progresso da ciência, não alcançou a tão esperada felicidade e a resolução para os problemas humanos.

Atualmente, o ser humano vive um movimento, como se estivesse em uma “montanha-russa”, como Sevcenko (2001) exemplifica muito bem. Utilizando o exemplo do autor supracitado, faremos uma brevíssima retrospectiva histórica.

O ser humano da Era Moderna (século XVI até meados do XIX), tinha esperanças, com o desenvolvimento tecnológico de atingir o domínio das forças naturais, das fontes de energia cada vez mais potentes, de novos meios de transporte e comunicação, de armamentos e conhecimentos especializados. É a fase que Sevcenko chama de subida da montanha-russa. O ser humano está orgulhoso e esperançoso.

Ao redor de 1870, temos a Revolução Científico-Tecnológica, com muitas novidades, como se fosse uma queda vertiginosa na montanha russa da vida. Na passagem para o século XX, o mundo já estava praticamente como ele é hoje; a confiança no progresso e o otimismo estavam no auge.

Entretanto, a Grande Guerra fez com que o ser humano mergulhasse em um vácuo: os recursos tecnológicos em lugar de proporcionarem felicidade, trouxeram uma enorme destruição. Pouco depois, a situação piorou com a Segunda Grande Guerra e logo após a Guerra Fria. Será que o ser humano acredita em uma felicidade em que caiba tamanha destruição? Será que existe uma felicidade tão egoísta a ponto de conviver lado a lado com a miséria e a decadência?

Chegamos ao século XXI e podemos concordar com Sevcenko que estamos no loop da montanha-russa, síncope final e definitiva, sob cuja intensidade extrema não se consegue ter qualquer domínio, então, relaxamos entorpecidos, aceitando resignadamente ser conduzidos até o fim.

O autor sugere a adoção de três estratégias para esse momento tumultuoso. A primeira, consiste em se desprender do ritmo acelerado das mudanças atuais, obtendo uma posição de distanciamento a partir da qual possa articular um discernimento crítico; a segunda, seria recuperar o tempo da própria história, o contexto no interior do qual podemos avaliar a escala, a natureza, a dinâmica e os efeitos das mudanças em curso, as pessoas beneficiadas e as prejudicadas; a terceira, seria sondar o futuro, ponderando

como a técnica pode ser posta a serviço de valores humanos, beneficiando o maior número de pessoas (Sevcenko, 2001).

A imagem do loop é parecida com os resultados obtidos em pesquisa anterior (Vieira, 2005), em que interpretei a vivência da depressão como em um túnel sem nenhuma luz no final, onde o ser humano fica perdido e sem forças para lutar.

Será que o ser humano realmente cansou de lutar? Passamos pelas ruas, e as pessoas não estão com semblantes felizes, as filas nos hospitais aumentam a cada dia. Como professora da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Enfermagem em Psiquiatria, os alunos procuram-me para conversar, falar de seus problemas e de suas angústias. Queixam de não ter com quem conversar, de não saber o que fazer, a quem procurar para ajudá-los nessa sensação de vazio e de confusão em que se encontram e nem de terem tempo para cuidar de si mesmos.

Não vamos dar conta de responder a tantas perguntas que assolam a humanidade há tanto tempo, mas vou ao longo da tese pontuando observações e percepções a respeito dessa crise sentida por todos.

1.3 DEPRESSÃO

Devemos tomar cuidado para não fazer de nosso intelecto um deus. Ele tem, é claro, músculos poderosos, mas nenhuma personalidade. Ele não sabe governar, só servir (Albert Einstein).

Para realizar uma cartografia e estudar o cotidiano de cuidados com a metodologia selecionada, foi necessário fazer algumas escolhas que serão explicadas no capítulo correspondente, porém adianto que optei por cartografar o cotidiano de cuidados prestados a uma pessoa com depressão pelos motivos explicitados na apresentação desta tese. É um tema que me intriga, trabalhei com pessoas com depressão no hospital e na dissertação de mestrado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, nos próximos 20 anos, a depressão sairá do quarto para o segundo lugar na lista de doenças dispendiosas e fatais, ficará atrás apenas das doenças cardíacas. Os dados revelam que, aproximadamente, 20% da população passarão por, pelo menos, um episódio de depressão ao longo da vida. Desses casos, quase a metade terá episódios repetitivos de crise e precisará de tratamento contínuo, sendo nestes casos considerada uma doença crônica (OMS, 2001).

As estatísticas do último relatório da OMS indicam que mais de 400 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, o risco de um homem sofrer da doença é de 11%, e o da mulher pode chegar a 18,6% (OMS, 2001).

Atualmente, a depressão é uma doença muito comentada, mas já era conhecida, diagnosticada e tratada por Hipócrates (V a. C). A história da depressão segue a história da humanidade, por vezes, odiada e, por vezes, desejada (Vieira-Gonçales, Machado, 2007).

Ao longo desses 2500 anos de história, surgiram várias concepções para o mesmo tema, avanços e retrocessos durante toda a história da humanidade no mundo ocidental. A depressão já foi tema das artes, da filosofia, da teologia, da religião e da ciência. As concepções atuais são advindas desse processo histórico. Há algumas formas de perceber a depressão que predominam no ocidente, fornecendo explicações, conceitos e tratamentos diversos, mas que podem manter relações entre si. Para esta tese, neste momento, é importante mostrar uma visão geral da depressão e nos resultados desta pesquisa focarei o caso de uma pessoa, com seu devido conceito e tratamento ofertado.

Atualmente, em razão da preocupação da OMS com a “epidemia da depressão” e sua enorme repercussão na mídia, muito se tem falado sobre o tema. Por um lado, reconheço a importância, pois é um alerta à população, porém isso gera também uma imprecisão do termo. Pessoas com um sintoma passageiro podem acreditar estar deprimidas e os realmente deprimidos não se reconhecer como tal; por isso, a necessidade de esclarecê-lo.

O termo "depressão" – do latim de (baixar) e premere (pressionar), isto é, deprimere que, literalmente significa "pressão baixa" – é relativamente recente, tendo sido introduzido no debate sobre a melancolia em contextos médicos somente no século XVIII, passando a ser mais empregado pelos psicopatologistas no século XIX (Del Porto, 1999).

Assim, depressão na linguagem corrente vem sendo empregada para designar, tanto um estado afetivo normal (a tristeza), como um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s) (Del Porto, 1999).

Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, pois, por meio do retraimento poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta aos demais, visto que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. As reações de luto que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normal podem estender-se até por 1 ou 2 anos e devem ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal, a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando estimulada. No luto, não se observa a inibição psicomotora, característica dos estados depressivos. No luto, os sentimentos de culpa limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu; outras ideias de culpa, geralmente estão ausentes (Del Porto, 1999).

Como sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ser resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (Del Porto, 1999).

Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas

também uma série de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Finalmente, como doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual, encontram-se o transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, etc.

A depressão, vista como doença, é um transtorno do humor, sua base etiológica ainda é desconhecida, mas trabalha-se com a associação de fatores biológicos e psicossociais. Podendo interagir entre si ou não (Kaplan, 1997). Os critérios diagnósticos seguem as recomendações da Classificação Internacional de Doenças (CID) (OMS, 1997) e do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) (DSM, 1995), nos quais são observadas várias classificações, de acordo com o quadro clínico e o curso da doença.

Uma vez diagnosticado pode ser tratado com êxito na maioria dos casos, mediante medicamentos, psicoterapia, a combinação de ambos e outras tecnologias do cuidado mais recentes, como as sete abordagens de tratamento natural descrita por ServanSchreiber (2004): dessensibilização e reprocessamento pelo movimento ocular (EMDR), treinamento para coerência do batimento cardíaco, sincronização dos ritmos cronobiológicos com aurora artificial, acupuntura, nutrição, exercícios físicos e comunicação emocional. O autor sugere também o cultivo da conexão com algo mais vasto do que você mesmo.

É uma doença que, a princípio, pode passar despercebida. Com frequência não é diagnosticada ou é confundida com outras enfermidades nos serviços não especializados de saúde, particularmente, na atenção básica à saúde.

É uma doença de alto custo, tanto para o cliente e sua família como à comunidade e ao país. As ausências ao trabalho, a baixa produtividade e as despesas com o tratamento das pessoas afetadas representam perdas importantes nem sempre contabilizadas.

A depressão é potencialmente letal, porque envolve risco de suicídio, o que nos casos graves pode ser muito alto.

A depressão é essencialmente um transtorno episódico recorrente e cada crise, no geral, dura de alguns meses a alguns anos, com um período normal interveniente. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão segue um curso crônico e sem remissão (contínuo), especialmente, quando não há tratamento adequado disponível (OMS, 2001).

A taxa de recorrência para aqueles que se recuperam do primeiro episódio fica ao redor de 35%, dentro de 2 anos, e cerca de 60% dentro de 12 anos. A taxa de recorrência é mais alta nos que têm mais de 45 anos de idade (OMS, 2001).

A depressão atinge pessoas de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, independente de posição sócioeconômica ou país de moradia, entretanto, a depressão maior é mais comum em mulheres do que nos homens, observando-se uma relação de 2:1, ou seja, é a prevalência duas vezes maior da depressão no sexo feminino (OMS, 2001).

A idade média para a manifestação da depressão mostra seu aparecimento cada vez mais precoce, isto é, cada vez mais a depressão manifesta-se em pessoas jovens e crianças. Na faixa etária dos 15 aos 44 anos, é a segunda causa de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), parâmetro de medida utilizado mundialmente para avaliar a Carga Global de Doenças (CGD) (OMS, 2001). Metade dos casos de depressão inicia-se entre 20 e 50 anos de idade.

Aproximadamente dois terços das pessoas com depressão não fazem tratamento e dos pacientes que procuram o clínico geral apenas 50% são diagnosticados corretamente (Valentini et al., 2004).

A base causal da depressão é desconhecida; os fatores causais podem ser divididos superficialmente em fatores biológicos e psicossociais que podem interagir entre si (Kaplan, 1997).

A depressão, assim como outras doenças físicas e mentais são consideradas como multifatoriais, ou seja, resultantes de diversos fatores. Depois de muita polêmica sobre as causas da depressão, parece que a maioria dos pesquisadores e das mais diversas tendências ideológicas e

científicas, finalmente, falam em um consenso; a depressão teria uma origem biopsicosocial.

A biologia tenta buscar a origem da depressão, tanto na pessoa como nos ascendentes biológicos e nos gêmeos monozigóticos, ou seja, na fisiopatologia e na genética. Os estudos de genética molecular não conseguiram ainda identificar um locus gênico específico. Estudos verificaram que os parentes em primeiro grau de pessoas com transtorno depressivo maior estão de duas a três vezes mais propensos do que os sujeitos-controle sem depressão. Pesquisas com gêmeos monozigóticos vêm mostrando uma taxa de concordância para o transtorno depressivo maior de cerca de 50%. Em contraste, as taxas de concordância entre gêmeos dizigóticos são de cerca de 10% a 25% (Kaplan, 1997).

O último relatório da OMS (2001) enfatiza que, a depressão pode ser em razão de variações nas respostas dos circuitos neurais e, por sua vez, estas podem refletir alterações quase imperceptíveis na estrutura, na localização ou nos níveis de proteínas críticas para a função psíquica normal.

Na hipótese bioquímica, a depressão está associada a desregulagens heterogêneas (aminas biogênicas: noradrenalina – NE, serotonina – 5 HT e dopamina – DA). Os sistemas monoaminérgicos (noradrenalina, serotonina e dopamina) são os neurotransmissores mais envolvidos na fisiopatologia da depressão. Originam-se em pequenos núcleos no tronco cerebral e mesencéfalo e projetam-se pelo córtex e pelo sistema límbico; com a acetilcolina exercem efeitos de modulação e integração sobre outras atividades corticais e subcorticais e estão envolvidos na regulação da atividade psicomotora, do apetite, do sono e, provavelmente, do humor. Na depressão, é sugerida uma possível redução da atividade desses neurotransmissores (Kapczinski, 2000).

Alterações dos hormônios, também, podem predispor à depressão. O hipotálamo é essencial para a regulação dos eixos neuroendócrinos, e ele próprio recebe muitas aferências neuronais que usam neurotransmissores de amina biogênica. Uma variedade das desregulagens neuroendócrinas vêm sendo descritas em pessoas com transtornos do humor. Os principais

eixos neuroendócrinos de interesse nos transtornos do humor são o adrenal, da tireóide e do hormônio do crescimento (Kaplan, 1997).

A concepção biomédica admite os fatores psicossociais, como sendo uma série de circunstâncias que poderiam predispor ao desenvolvimento da depressão que são chamadas de fatores de risco ou preditores de depressão.

Estudos epidemiológicos mostram uma associação entre os eventos vitais negativos, como separação conjugal, perda por morte de ente querido, perda de emprego, acidente com lesão corporal, assalto, migração e presença de familiar com doença crônica no domicílio, ocorridos no último ano e depressão. Estes eventos consistem em mudanças identificáveis no padrão de vida e representam uma ruptura do comportamento usual, afetando o bem-estar do indivíduo. Podem ter diferentes impactos, conforme o período da vida, parece que mais importante que o evento em si é a percepção do mesmo. No entanto, o acúmulo de eventos parece ser um fator que predispõe a pessoa a episódios depressivos (Lima, 1999).

Solomon (2001, p.39) relata a respeito de sua experiência com a depressão:

Quando se começa a ter uma depressão severa, a tendência é olhar para trás à procura de suas raízes. Cogita-se de onde veio, se esteve sempre ali, à espreita ou se chegou a você tão subitamente quanto uma intoxicação alimentar.

Possivelmente, o desenvolvimento da doença ocorre de maneira peculiar e para cada pessoa. Entretanto, para essa mesma pessoa pode se apresentar de modo distinto, em momentos diferentes. Alguns sintomas são mais comuns e característicos de determinados quadros patológicos. Por outro lado, cada pessoa possui um funcionamento emocional/interno próprio e único.

Do ponto de vista psicopatológico, a depressão tem como elemento central o humor triste. Caracteriza-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos, cognitivos, relativos à autoavaliação, à volição e à psicomotricidade (Dalgallorondo, 2000).

a) sintomas afetivos: tristeza, choro fácil, apatia, angústia, ansiedade, desespero e desesperança.

b) sintomas instintivos e neurovegetativos: fadiga, desânimo, insônia ou hipersônia, perda ou aumento do apetite, palidez, pele fria, diminuição da libido e anedonia.

c) sintomas ideativos: pessimismo, arrependimento, culpa, ruminações com mágoas antigas, visão de mundo marcada pelo tédio, ideias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre.

d) sintomas cognitivos: déficit de atenção, concentração e memória, dificuldade de tomar decisões.

e) sintomas relativos à autoavaliação: sentimento de baixa autoestima, insuficiência, incapacidade, vergonha e autodepreciação

f) sintomas relacionados à volição e à psicomotricidade: tendência a permanecer na cama, com quarto escuro, recusando visitas, lentificação psicomotora, diminuição da fala, redução da voz, fala lentificada, mutismo, negativismo com recusa à alimentação e à interação pessoal.

Muitas pessoas apresentam sintomas somáticos; a falta ou o excesso de sono afeta 90% dos pacientes com o problema; 37% das pessoas com a doença sofrem de problemas sexuais. Estima-se que 80% apresentem sintomas, como ansiedade ou agitação (OMS, 2001).

Um dos trágicos desfechos da depressão é o suicídio, resultado de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.

Segundo a OMS (2001), o suicídio constitui hoje um problema de saúde pública, e a depressão é o transtorno mental que mais leva ao suicídio. Cerca de 15% a 20% das pessoas deprimidas põem termo à vida, cometendo suicídio.

Em crianças, a fobia à escola e o apego excessivo aos pais podem ser sintomas de depressão. Em adolescentes, os sintomas podem ser um baixo rendimento escolar, abuso de substâncias, comportamento antissocial, promiscuidade sexual, faltas injustificadas à escola e fugas de casa (Kaplan, 1997).

A depressão é também alvo de preocupação dos psicanalistas. Desde que escreveu seu principal artigo sobre a temática ("Luto e Melancolia", publicado em 1917), Sigmund Freud, deixou claro que alguns aspectos devem ser diferenciados, quando se procura uma compreensão das depressões, do ponto de vista da psicanálise.

Freud postulou uma relação entre a perda objetiva e a melancolia, sugeriu que a raiva da pessoa deprimida é dirigida para seu íntimo, em razão da identificação com o objeto perdido. Então, a depressão poderia ocorrer após uma perda, que pode ser real ou simbólica, mas que, para a pessoa, está vinculada a um objeto desejante (Freud, 2006).

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos que essas pessoas possuem uma disposição patológica (Freud, 2006, p.269).

Dessa maneira, o autor esclarece que o luto, por mais intenso que seja, é uma condição normal da vida, assim não é algo patológico. Não deve ser submetido a um tratamento médico. O luto deve ser superado com o tempo, por mais difícil que isso possa ser. Já em relação à melancolia, o psicanalista aponta para traços bastante característicos: desânimo profundo, falta de interesse no mundo, perda da capacidade de amar, diminuição da autoestima e comportamentos de autorecriminação. Para diferenciar o luto da melancolia, Freud (2006) diz: "A perturbação da auto-estima está ausente no luto. Afora isso, porém, as características são as mesmas".

No processo da melancolia, acontece que o sujeito não tem consciência do que foi perdido. Assim, o melancólico perdeu um objeto e com ele perdeu parte de seu narcisismo. Ele se sente empobrecido, pois parte de seu ego foi perdida. É exatamente esse fator que determina o rebaixamento da autoestima, no melancólico.

Outros psicanalistas atuais, também, trabalham com a depressão e considerando-se esses aspectos levantados, para os especialistas na abordagem psicanalítica, os quadros de melancolia interferem gravemente

na vida da pessoa. Como todo o material envolvido na situação possui ligações inconscientes, isso interfere direto na capacidade de pensar logicamente, na memória, enfim, em todo o processo de raciocínio lógico da pessoa.

Para Birman (2003), as depressões atuais são diferentes dos quadros vistos por Freud nos quais a questão do narcisismo e da culpa ou ameaça de culpa estavam presentes. No mundo pós-moderno, as depressões estão marcadas pelo vazio sentido pelo sujeito. Há um esvaziamento do pensamento, em razão da perda do simbolismo e da linguagem, como sujeitos a deriva, não têm o processo vertical metaforizante.

Para Kehl (2009), depressão é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos na versão imaginária do outro. Sua hipótese é de que as depressões, na contemporaneidade, ocupam o lugar de sinalizadores do “mal-estar na civilização” que desde a Idade Média até o início da modernidade foi ocupado pela melancolia. Para a autora, não existe uma depressão, mas depressões que estariam ligadas à formação psíquica da pessoa durante sua infância.

O depressivo não enfrenta o pai. Sua estratégia é oferecer-se como objeto inofensivo, ou indefeso, à proteção da mãe. O gozo dessa posição protegida custa ao sujeito o preço da impotência, do abatimento e da inapetência para os desafios que a vida virá lhe apresentar [...] O sujeito depressivo, é um sujeito castrado (Kehl, 2009, p. 15).

O mundo contemporâneo demonizou a depressão, o que só faz agravar o sofrimento dos sujeitos com sentimentos de dívida ou culpa em relação aos ideais em circulação. Na falta de condições que lhes permitam elaborar o sentido de seu abatimento, muitos depressivos apressam-se em concordar com a ideia de que sofrem de algum tipo de déficit e buscam a salvação nos tratamentos medicamentosos (Kehl, 2009).

Os depressivos vivem em outra temporalidade, sofrem de um sentimento do tempo estagnado, desajustados do tempo sôfrego do mundo capitalista. Eles são lentos, mas sua lentidão é incompreensível e irritante para os que convivem com ele (Kehl, 2009).

Voltamos à ideia do viver o presente a qualquer custo e feliz. “A cultura dos sofrendores e dos espíritos desesperados já era” (Birman, 2003, p. 248). No contexto da sociedade do espetáculo, não se admite mais os personagens sofrentes e desesperados, que marcaram as gerações do pós-guerra. O importante é a estetização da existência e a inflação do eu que promovem uma ética oposta à do sofrimento. Assim, pode-se entender a cultura do evitamento da dor promovida pela medicina e pela indústria de drogas pesadas, pois por seu intermédio a magia do silêncio do sofrimento psíquico está sempre em pauta. O sujeito busca, pela magia das drogas, inscrever-se na rede de relações da sociedade do espetáculo e seus imperativos éticos.

Existem aqueles que, na contramão das promessas milagrosas dos psicofármacos, procuram a psicanálise e, talvez, estejam em busca de tempo. Segundo Kehl (2009), a psicanálise independente do tempo de duração das sessões, é um percurso em que o tempo não deve contar. Nesse sentido, ela oferece a possibilidade de um (re) encontro do sujeito psíquico com a temporalidade perdida – a começar pela recuperação da experiência atemporal das manifestações do inconsciente.

A depressão é, também, estudada e conceitualizada, segundo a teoria cognitiva cujas interpretações cognitivas equivocadas comumente envolvem uma distorção da experiência de vida, autoavaliação negativa, pessimismo e desesperança. E o aprendizado de tais apreciações negativas leva ao sentimento de depressão (Beck, 1997).

Os processos cognitivos abarcam muitas funções psíquicas: a percepção e a memória, o pensamento e a linguagem, as crenças e as atitudes e, ainda, a conduta no que se refere à situação de problemas.

Em 1970 e em 1976, o modelo cognitivo elaborado por Beck atribui um papel fundamental ao pensamento e à opinião das pessoas com depressão em seu desenvolvimento e manutenção. Segundo o autor, cada pessoa desenvolve um esquema cognitivo (referido como crenças centrais) na tenra infância que a predispõe a interpretações negativas dos eventos vivenciados cotidianamente (referidas como distorções cognitivas ou pensamentos automáticos). Mas, por seu turno, as interpretações negativas distorcidas

levariam a pessoa a se engajar em comportamentos depressivos. Ele sugeriu, também, que existe uma alteração prévia na maneira de pensar que, precisamente, provoca o desenvolvimento da alteração do estado de ânimo (Beck, 1997).

Entre as maneiras de pensar que Beck considera características das pessoas com depressão, podem-se enumerar as seguintes: esquemas de autodesprezo e de autoacusação, levando-as a rotular ou interpretar os acontecimentos, ajustando-se a esses esquemas prévios, a subestima de si mesmo, as ideias de perda, a autocrítica e a autoculpabilização, as ideias exageradas do dever e da responsabilidade, frequentes autoimposições, mandatos e desejos de fugir e de se suicidar (Beck, 1997).

A terapia cognitiva de Beck propõe, portanto, que a pessoa entenda esses pensamentos e condicionamentos inadequados e modifique-os, substituindo-os por novos modos desejáveis de conduta.

É interessante notar que cada concepção tem um encadeamento lógico e sua própria explicação. Talvez, a humanidade percorra ainda muitos caminhos para chegar à resposta da pergunta: De onde vem a depressão? Por que atinge algumas pessoas e outras, não?

Todas as teorias existentes até hoje oferecem contribuições para o entendimento da ou das depressões, entretanto nenhuma concepção tem uma explicação completa e definitiva. A genética isoladamente não explica, pois senão pesquisas com gêmeos monozigóticos teriam correlação de 100% e não é o que é encontrado nos estudos. A bioquímica busca com os neurotransmissores explicações de “como” ocorre a depressão, referindo-se à sua diminuição. Mas não consegue explicar “por que” esses neurotransmissores diminuem em algumas pessoas e em outras, não. Fatores psicossociais como os eventos vitais negativos – mortes, desemprego, aposentadoria, divórcios, etc., acontecem com todos, porém somente uma porcentagem desenvolve a depressão. A psicanálise também sugere uma disposição patológica, pois alguns desenvolveriam luto e outros, melancolia com os mesmos eventos.

Socialmente, há um pensamento presente na pós-modernidade: as pessoas precisam estar constantemente felizes e para isso, vale fazer

qualquer coisa. O hedonismo e a busca pelo prazer de qualquer maneira, assim, há uma necessidade de estar bem o tempo todo, sorrindo, feliz, produzindo e consumindo. Visto, superficialmente, muitos concordariam com isso, entretanto, isso é uma utopia, o ser humano, ao longo da história vive momentos de tristeza, de perdas, de mudanças. E o que fazer com esses momentos? Escondê-los por baixo do consumo, consumo de qualquer coisa: objetos materiais, pessoas e, também, comprimidos. Esconder o sofrimento, o feio, o doentio. Há tempos, a humanidade vem fazendo isso, basta lembrar dos asilos onde qualquer marginalizado era escondido: órfãos, velhos e doentes mentais. Qualquer um que não estivesse dentro da ótica do consumo, do belo, do considerado “normal”.

Diante de uma depressão é possível traduzir sinapses e serotoninas na língua psicanalítica? Não, mas não há problema nenhum nisto, desde que os que falam uma e outra língua estejam, de acordo com a idéia de que nenhum deles fala a ‘língua da depressão’, ou seja, descreve a depressão como se ela mesma estivesse se revelando na sua natureza, se pudesse falar (Bezerra, 2004, p. 9).

Este é o pensar complexo, olhar de vários ângulos o mesmo fenômeno. Atualmente, uma explicação simples não resolve, podem existir várias causas para a depressão e haver muitas pessoas que acreditam estar deprimidas, estando apenas passando por momentos difíceis, não estando doentes.

Na presente pesquisa, partimos do pressuposto que as pessoas com depressão vivem a doença de formas diversas, de acordo com suas histórias de vida. A prevalência de alguns sintomas, o curso da patologia e os resultados dos tratamentos são individuais (Vieira-Gonçales, Machado, 2008).

Assim, a equipe de saúde mental, ao formular o plano terapêutico de cuidados, deve estar atenta às necessidades singulares dos usuários. Dessa forma, conhecer o cotidiano de cuidados prestados pela equipe de saúde mental à pessoa com depressão pode ser algo relevante.

1.4 PROCESSO DE TRABALHO, SUBJETIVIDADE E COTIDIANO

O carpinteiro molda a madeira; os arqueiros moldam flechas; o sábio molda a si mesmo (Buda).

Ao ter como pano de fundo esta época de crise, questionamentos, transição de paradigmas e transformação no modo de perceber a vida, a saúde e a doença, as relações humanas e as relações de trabalho, vamos percorrer o tema “processo de trabalho, subjetividade e cotidiano”, segundo o referencial teórico optado nesta tese.

O campo da saúde mental está passando por um período de transição, representado pelas políticas públicas e pela discussão em torno do processo saúde-doença mental, o que levou a questionamentos em torno do processo de trabalho em seu cotidiano.

“Mexer em processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses” (Merhy, 1997, p. 91). Neste sentido, não bastam existir apenas leis, é necessário transformar a relação dos trabalhadores da saúde mental com seu objeto de trabalho: pessoas em sofrimento psíquico.

Isso envolve uma transformação no modo como historicamente a doença mental foi vista. Para Rotelli (2001, p.89), “A separação de um objeto fictício – a doença – da existência global complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade, levou que se constituíssem conjuntos institucionais todos referidos à doença”. No contexto de uma “instituição inventada”, ele defende que se desmonte esse conjunto, negando estas instituições, para que possa ser retomado o contato com a existência como “existência-sofrimento” das pessoas em sua relação com este corpo social, em uma verdadeira “reconstrução da complexidade do objeto que estas instituições simplificaram”.

Assim, prioriza a pessoa e não mais a doença. Portanto, o trabalhador da saúde mental não estaria lidando com o conceito de doença como entidade abstrata que se apossa de sujeitos objetos em busca de cura mas sim com sujeitos concretos que vivenciam experiências singulares de sofrimento, em busca de produção de vida.

Ao assumir tal desafio, os serviços de saúde e seus trabalhadores devem integrar a rede social das comunidades onde se inserem. Devem assumir a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço, incorporando em sua prática o saber, a experiência e a cultura das pessoas que o constituem. A atitude terapêutica deve se basear não na tutela, mas, no contrato, no cuidado e no acolhimento da pessoa concreta que, em seu sofrimento, necessita ser cuidada, mas sem que para isso seja destituída de sua autonomia.

É a reabilitação psicossocial que segundo Pitta (2001), é um conjunto de práticas intersetoriais de saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer, cultura e outros. É uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados.

Assim, o cuidado é colocado como foco central da estratégia de reabilitação psicossocial. Campos (1992), da mesma forma que Rotelli (1998) e Pitta (2001), sugere que alguns elementos deveriam determinar toda a atitude de cuidado, dentre eles: a escuta, o vínculo e a acolhida. Destaca a necessidade dos serviços de assistência ao se responsabilizarem pela promoção do cuidado, devendo, para tanto, modificar as relações de poder entre instituição e usuários e empenharem-se em melhorar a vida das pessoas.

Para Merhy (2005), o não uso de tais elementos desemboca para uma forma de produzir atos de saúde a que denomina “médico-centrada”. Forma que, a seu turno, acaba subordinando a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar, fazendo com que a ação dos outros profissionais (não médicos) fique subjugada a esta lógica e tenha seu núcleo cuidador empobrecido. Segundo o autor, não há produção de espaços de troca de falas e escutas, de cumplicidade e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se a produção de atos em saúde não for “usuário-centrada”.

Ayres (2001), também, compartilha da ideia da pluralidade de saberes e o não tecnicismo, evidenciando ser preciso enriquecer a concepção de intervenção no campo da saúde.

Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa de sua presença no mundo. Então, é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude cuidadora precisa se expandir, mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (Ayres, 2001, p.73).

Para nos aproximar do tema processo de trabalho, é importante salientar que estamos nos baseando nos trabalhos de Merhy (1997), que explica que se apropria de alguns conceitos formados pela corrente marxista e, também, de outros autores como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Mario Testa.

Em um processo de trabalho, existem alguns componentes que estão sempre presentes: o trabalho em si, o conjunto dos elementos que são tomados como matérias-primas e os que são utilizados como “ferramentas” ou instrumentos do trabalho. Mas somente a união desses componentes não resulta em um produto, é fundamental que eles estejam articulados por um certo modo de organizá-los em torno da realização de um certo projeto. Isto se constitui na sabedoria da pessoa que vai juntar esses componentes para realizar o produto (Merhy, 1997).

Revisando o debate em torno das tecnologias de trabalho em saúde, verificamos que este se apresenta de forma mais sistemática, a partir do texto de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves quando esse definiu que tecnologias dizem respeito, também, ao conhecimento aplicado à saúde e não apenas os instrumentos e maquinaria. O autor adota dois conceitos neste sentido: “tecnologias materiais” para máquinas e instrumentos e “tecnologias não materiais”, para o conhecimento técnico (Gonçalves, 1994).

Seguindo esta mesma linha, Merhy considera em seus estudos que existe uma outra tecnologia presente nos processos produtivos, que são os que dizem respeito às relações, por considerar que o trabalho em saúde é todo relacional, ou seja, ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos.

Em um processo de trabalho, teremos o trabalho morto e o trabalho vivo em ato. O trabalho morto consiste em todos os produtos-meios, matérias-primas e ferramentas que são resultados de um trabalho humano anterior, já instituído, cristalizado e pronto. O trabalho vivo em ato é o que está em processo, em ação, é o instituinte.

Entretanto, Merhy (1997) chama atenção para uma parte do processo de trabalho, constituído por algumas de suas dimensões tecnológicas que neste momento, entram como componente do conjunto do trabalho morto, porém não se apresentando como um elemento qualquer, mas sim como fundamental. Este, inclusive, “captura” o trabalho vivo em ato, de tal modo que pode não conseguir exercer nenhuma ação de forma autônoma, ficando completamente amarrado pela lógica do trabalho morto expresso por algumas das dimensões tecnológicas.

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente e não deveria ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (Merhy, 1997).

Para esse autor, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas como: leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são caracterizadas pela relação, como produção de vínculo, acolhimento, comunicação terapêutica. Leve-duras são as tecnologias caracterizadas pelos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o relacionamento terapêutico. E as tecnologias duras são os equipamentos tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Para Maffesoli, vivemos uma época marcada pelas relações, ligações por afeto. Merhy acredita que no cuidado em saúde a transição está ocorrendo justamente no modo de atuação do trabalho vivo em ato, ou seja, no relacionamento trabalhador-usuário dos serviços de saúde. Muitos

trabalhadores da saúde já perceberam que em alguns casos, uma palavra pode acalmar uma pessoa e, como exemplo, melhorar sua pressão arterial.

O profissional tem conseguido trabalhar no cotidiano com esse novo paradigma? Quais são as tecnologias utilizadas?

No mundo pós-moderno, a tecnologia não só produz máquinas e ferramentas físicas, mas também organiza e sistematiza as atividades. Este último aspecto remete aos estudos que buscam mudanças no modo de produzir saúde no Brasil, e um dos temas mais tratados tem sido o modo como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho, nos mais distintos estabelecimentos que ofertam serviços de saúde (Merhy, 1997).

Neste sentido, entendemos que a organização do trabalho deve ser o principal instrumento de geração de produtos de saúde, a partir do qual os trabalhadores possam experimentar novas tecnologias, testá-las e produzi-las, dispensá-las ou recuperá-las (Silva, Fonseca, 2005).

Ao falar sobre trabalho é importante tratar das questões da produção, consumo e necessidade. Merhy (1997) dialogando com Gastão Wagner de Sousa Campos observa que, no caso da saúde, temos especificidades muito próprias, pois o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que sua saúde seja mantida ou restabelecida.

Na saúde, consumo dá-se imediatamente na produção da ação, dentro de um espaço interseção entre o usuário e o trabalhador produtor do ato. Neste momento, temos um encontro e uma negociação em ato dos encontros de necessidades (Merhy, 1997).

Merhy utiliza o termo interseção: assim como o traz Deleuze no livro *Conversações*. É usado para designar o que se produz nas relações entre “sujeito” no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo e na qual os inter se colocam, como instituintes na busca de novos processos (Deleuze, 1992).

Quais seriam essas necessidades? O tema é amplo demais, então, chamamos Ricardo Rodrigues Teixeira (2003, p.93) para ajudar.

Nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se discute e refaz sem cessar é a nossa própria humanidade.

Para auxiliar o trabalhador da saúde, o autor sugere o “acolhimento dialogado” que se orienta, fundamentalmente, pela busca de um maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las. É um belíssimo exemplo de trabalho vivo em ato.

Para Merhy (1997) falar em satisfazer necessidades coloca-nos, inevitavelmente, diante de uma discussão no campo da subjetividade humana.

No dia a dia dos serviços de saúde, há um relacionamento entre trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços, no qual se produzem mutuamente, como uma “máquina” permanente de produções de “subjetividades”, de modo de sentir, representar e vivenciar necessidades (Merhy, 1997).

Nesta pesquisa, concordamos com Machado (2006) quando pontua que há e haverá pretensões de definir subjetividade, porém “este quase conjunto de saberes não é passível de um enquadramento conceitual, pois é da ordem das experimentações e das invenções”.

Algumas ideias de autores que trabalham com essa temática, são apresentadas aqui.

Para Guattari e Rolnik (2005. p.25), o sujeito dentro da tradição da filosofia e das ciências humanas é tratado como algo do domínio de uma suposta natureza humana, e eles propõem, ao contrário, a ideia de uma “subjetividade de natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida”.

As máquinas de produção da subjetividade variam, ela pode ser fabricada por máquinas mais territorializadas, na escala de uma etnia, de uma corporação profissional, de uma casta em sistemas tradicionais. Já no sistema capitalístico (termo cunhado por Félix Guattari para designar países capitalistas e ditos socialistas), a produção é industrial e ocorre em escala internacional (Guattari, Rolnik, 2005).

“A subjetividade é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares” (Guattari, Rolnik, 2005, p.42). A maneira pela qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade, tal como a recebe ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que os autores chamam de singularização (Guattari, Rolnik, 2005).

Para Machado (2006), o que é da ordem das subjetividades “escapa à mesmice”, pode até ser capturado, mas consegue se libertar. A subjetividade sempre está presente no contexto dos sentidos e significados do cotidiano.

Como profissionais da área da saúde, estamos promovendo e respeitando os processos de singularização dos usuários? Como este movimento acontece? Como pode ocorrer?

Em seu trabalho de livre-docência, Machado (2006) estuda a religiosidade pela via da subjetividade, observa que os usuários sugerem a inclusão do religioso no espaço de cuidados da saúde mental e os profissionais isoladamente parecem valorizar esse elemento. Mas no cotidiano do trabalho desses profissionais isso não é colocado na prática.

Quando pensamos no cotidiano do trabalho, precisamos lembrar das pessoas que realizam esse cuidado diariamente.

No caso dos enfermeiros, uma pesquisa mostrou que as ações de enfermagem que demandam maior tempo, ainda são as administrativas e que as interações com o usuário ocorrem, como uma forma de coleta de informações para encaminhamento a outros profissionais da equipe (Palma, Moreno, 2004).

Machado e Colvero (1999) sugerem que o olhar da enfermagem ainda apresenta um viés para o tecnicismo, com a rigurosidade de pensar, produzir e fazer.

Conversas no Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, onde atuo desde 2004, ouço as angústias dos colegas de profissão da área da saúde, independente de sua formação específica. São enfermeiros, terapeutas-

ocupacionais, psicólogos, médicos, assistentes sociais e até músicos que, ao discutirem seu trabalho no cotidiano, muitas vezes, sentem-se aprisionados e capturados pelas diversas manifestações do trabalho morto.

Voltando o olhar agora para o usuário da saúde, no caso escolhido para esta tese, a pessoa com depressão conhece e consegue verbalizar suas necessidades?

Baremlitt (1992) observa que as pessoas estão perdendo o controle de suas próprias vidas e deixando o poder da escolha nas mãos dos experts (nesse caso, trabalhadores da área de saúde), subordinados ao saber desses profissionais, que detêm o conhecimento considerado científico e acabam se tornando dependentes desse saber. O que deixa uma lacuna muito grande e problemática, pois se o usuário está perdendo o poder de conhecer suas reais necessidades e deixa isso nas mãos dos profissionais que, muitas vezes, estão capturados pela lógica do trabalho morto que não é centrado no usuário mas sim nos benefícios institucionais, como se dá essa relação usuário-trabalhador no cotidiano de cuidados?

Vamos fazer uma pausa para tratar do termo cotidiano. Alguns autores preferem escrever a palavra cotidiano, seguindo a forma como é escrita em outras línguas: *quotidian* no inglês, *quotidien* em francês e *quotidiano* em português. Pereira (2005) usa o termo *quotidiano* justificando que este tem sido muitas vezes, banalizado e utilizado como sinônimo de dia a dia e não como expressão de uma epistemologia ou corrente de estudo contemporânea. Nesta tese, escolhi utilizar o termo cotidiano escrito desta forma, pois acredito que o equívoco não esteja na forma como se escreve e sim no entendimento de alguns autores que podem minimizar seus significados. Sigo o referencial epistemológico dos estudos da sociologia do cotidiano de Michel Maffesoli.

Para Maffesoli (2001), o que se torna importante na Pós-modernidade é voltar o olhar em direção à vida cotidiana que, de forma caótica e aleatória, prossegue seu caminho de uma maneira obstinada e um tanto incompreensível. O autor chama a atenção para a perda das utopias, da crença em uma ciência objetiva que seja generalizante e totalitária.

“A trama existencial é constituída de situações anedóticas e insignificantes que não têm que se fazer justificativas ou finalidades que lhes são atribuídas a partir de uma instância dominante”. (Maffesoli, 2001, p. 32). O autor chama a atenção para a banalidade da vida cotidiana. Esse cotidiano, que é pontuado por pequenos atos, repetitivos, aparentemente banais. Mas é rico de imprevistos, aberto a múltiplas potencialidades e que acompanhado do imaginário que lhes corresponde, permite encontrar elementos importantes para a compreensão da trama social e sua complexidade.

É no espaço da vida cotidiano que se pratica uma socialidade paralela que Maffesoli (2001), chama de socialidade subterrânea, que mais poderosa que o social oficial (a razão, o Estado, a política, as normas e rotinas) torna-se potência criadora de resistências. Isto está me lembrando o instituinte, a força de criação dos sujeitos.

O cotidiano institucional para Merhy et al. (1997) expressa-se como uma “dobra” na qual, de um lado, há o “cenário” do mundo das significações – várias e não necessariamente compartilhadas pelo conjunto dos agentes em situação institucional – e, do outro lado, opera o mundo dos sentidos e sem sentidos que se mostra por meio de “falhas” ocorridas no anterior.

No cotidiano de um serviço de saúde, temos processos operando o tempo todo com diversas lógicas singulares. Merhy et al. (1997) observa que, ao solicitarmos a descrição de seu serviço a algum trabalhador de saúde que ocupa a direção de um serviço de saúde, a imensa maioria mostra o desenho de um organograma. Dessa forma, ele nos mostraria o cuidado aparente, o que deveria ser feito pelos diversos agentes que ali trabalham. Mas e como seria sua essência? Maffesoli (2001) explica que a vida própria de um lugar não se exprime de uma maneira retilínea e grandiosa, representada pelo instituído. Ela é feita de anedotas, fatos não rotineiros, solavancos e é fragmentada. Tem toda a obscuridade da concretude.

No dia a dia, as pessoas não trabalham apenas com aquilo que está escrito em descrições de cargos e tarefas, seguindo à risca o organograma institucional, mas trazem de suas vivências anteriores, interpretações

próprias do mundo, suas intencionalidades e suas crenças. Nesse emaranhado de sentimentos, percepções e intenções a essência do cuidado vai tomando forma. Para Maffesoli (2001), nas relações cotidianas, o que prevalece é um “querer-viver” intenso, desejo de “estar-junto”.

Assim, o cotidiano não será apenas o aparente, com regras e papéis previamente estabelecidos, mas também o dissonante. O cotidiano é o lugar onde se produzem

os estranhamentos, os ruídos, as falhas do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, nos quais os acordos e os contratos existem e funcionam e, ao mesmo tempo, em que os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em disputas (Merhy et al. , 1997, p.117).

Nesse período pós-moderno, com mudanças rápidas, há a necessidade de perceber os fatos dentro de uma complexidade em que estão inseridas as pessoas; usuários e trabalhadores que vivem neste mundo e fazem parte desta sociedade. É com sua lógica individual e grupal que cada um vai direcionar seu olhar para o cotidiano.

É esse cotidiano de cuidados que pretendi conhecer, descrever e analisar nesta proposta de investigação. Ato que o profissional, muitas vezes, não percebe a importância e que para o usuário podem fazer a diferença. Na perspectiva do cotidiano, pretende-se tratar das noções de cuidado, subjetividade, singularidade, necessidades, além das questões institucionais e políticas.

2 OBJETIVO

Tendo em vista este momento de transformação nos níveis molar e molecular, com a mudança de paradigma vivenciada no âmbito da saúde mental brasileira e a necessidade de se conhecer como a força instituinte vem se manifestando ou não no cotidiano, esta pesquisa teve como objetivo:

Descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão.

3 O CAMINHAR...

Tudo tem fluxo e refluxo; tudo tem suas marés; tudo sobe e desce; tudo se manifesta por oscilações compensadas; a medida do movimento à direita é a medida do movimento à esquerda; o ritmo é a compensação (O Caibalion).

Com o objetivo em vista, a autora percorreu alguns caminhos. Dado o referencial teórico e a visão de mundo da autora, a pesquisa não se aterá a um único método, não se deixará ser presa por padrões previamente fixados e rotulados. Seguirá caminhando por terra, ar, mar e até pelo éter. O importante é ter sempre à frente o objetivo da pesquisa e a rota será construída no cotidiano, em um processo de criação.

As forças de criação e de resistência mobilizam-se na subjetividade para garantir a continuidade da vida. Esta potência criadora tem sido, com frequência, convocada no mundo atual, em razão da subjetividade ser continuamente afetada por um turbilhão de forças de toda espécie que mudam muito rápido (Rolnik, 2003).

3.1 MÉTODO

O objetivo do estudo tem um caráter subjetivo e, portanto, o melhor método para atingi-lo é o qualitativo.

Para Minayo (2007, p. 56), o método qualitativo é “aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2002).

Na elaboração dos princípios metodológicos desta tese, buscou-se fugir dos paradigmas positivistas da ciência, cujas leis causais, generalizações e regularidades são extraídas a partir de dados com características objetivas e, portanto, quantificáveis. Acreditamos que, para alcançar o objetivo deste

trabalho, faz-se necessária uma aproximação com os participantes da pesquisa, uma interação pessoa a pessoa, na qual possamos compreender como é o cotidiano do cuidado à pessoa com depressão, suas expectativas e a percepção dos trabalhadores mediante estas.

A pesquisadora trilhou um caminho em busca de seu objetivo e foi cartografando tudo o que foi possível em sua percepção, utilizando os cinco sentidos (visão, audição, olfato, paladar, tato) e, também, um sexto sentido representado por sua intuição e pelos resultados de experiências anteriores armazenadas em sua mente.

A cartografia dos atos cuidadores dos trabalhadores no território das práticas foi realizada da forma mais completa que a autora conseguiu apreender. Assim, foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas: um estudo de caso de uma pessoa com depressão, entrevista individual com esta, leitura de seu prontuário, discussão em grupo com os trabalhadores, aplicação do fluxograma analisador e observação participante. Minayo (2007) nomina a utilização destas estratégias, como sendo uma triangulação na coleta de dados, na qual a pesquisadora constrói uma série de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto.

Assim, para que o leitor possa também seguir este caminho com a autora, estas estratégias metodológicas serão explicitadas a seguir.

3.1.1 Cartografia: uma viagem singular...

O método cartográfico, aqui utilizado, possibilita algumas respostas. A cartografia, ao detectar paisagens, aclives e declives, cria formas de expressão e vai se formando com o território (Rolnik, 2007). Vai dando lugar ao que está em processo de constituição, não excluindo o cartógrafo do processo.

A tarefa da cartografia é acompanhar as linhas que se formam e desmancham-se. Cartografar não é desenhar uma realidade como em um mapa. Estes usam escalas baseadas em diferenças do relevo, do clima e da vegetação. As diferenças são determinadas por códigos previamente

determinados. Os critérios de normalidade seriam os mapas, ou seja, um metro-padrão para medir e classificar aquilo que se observa. Se o profissional se atém à necessidade de aplicar o mapa à experiência (ou ao território), tudo que diferir daquele tenderá a ser rejeitado. O cartógrafo, ao contrário, busca produzir uma língua, uma existência no processo de mistura e separação das situações que percorre. Tenta dar voz àquilo que surge constantemente na atualidade de seu tempo, procurando não excluir o que é estranho ou angustiante por não ser previamente mapeado.

Nas instituições, organizações e estabelecimentos muitas linhas não cessam de passar e cartografar é mapear provisoriamente as passagens dessas linhas.

O que chamamos de um 'mapa', ou mesmo, um 'diagrama' é um conjunto de linhas funcionando ao mesmo tempo (as linhas da mão formam um mapa). Com efeito, há tipos de linhas diferentes na arte, mas também em uma sociedade, em uma pessoa. Há linhas que representam alguma coisa e outras que são abstratas. Há linhas de segmentos, e outras sem segmento. Há linhas dimensionais e linhas direcionais. Há linhas que, abstratas ou não, formam contorno e outras que não formam contorno. Aquelas são as mais belas. Acreditamos que as linhas são os elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos. Por isso, cada coisa tem sua geografia, sua cartografia, seu diagrama. O que há de interessante, mesmo em uma pessoa, são as linhas que a compõem ou que ela compõe, que ela toma emprestado ou que ela cria (Deleuze, 1992, p. 47).

A cartografia é uma produção de sentidos que se faz à medida que se produzem outros sentidos, relato provisório de uma viagem, viagem de intervir/pesquisar (Rolnik, 2007).

Uma cartografia busca traçar os movimentos sucedidos em um terreno subjetivo, provocados por conjuntos de intensidades que o invadem, atravessam, abalam, transformam. Cartografar esses movimentos tem a ver com uma prática que lhes dá visibilidade e sentido. Uma cartografia problematiza um território subjetivo, investiga-o processualmente, sem representá-lo, sem interpretá-lo.

Este método de pesquisa não pretende apreender ou imobilizar ditos movimentos, mas pensar seus efeitos como eles acontecem, como também seus rastros pelo terreno. É um método em processo de criação afinado com

seu objeto de investigação, quando esse objeto é processual como os processos de formação da subjetividade (Rolnik, 2007). Para isso, é importante refletir algumas ideias que estão em jogo nessa prática.

Um encontro pode dar-se com uma palavra, com uma obra de arte, com um texto, com uma coisa, com um lugar (Deleuze, 1992). Não se pode prever ou antecipar. Um encontro provoca uma oscilação no campo subjetivo, um deslocamento intensivo, uma ligeira ou grande perda de referências. Pode provocar uma desterritorialização. Guattari e Rolnik (2005) nos auxiliam a entender os conceitos de territorialidade, desterritorialização e reterritorialização.

Os seres existentes organizam-se, segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido, como a um sistema percebido no seio do qual um sujeito sente-se em casa. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechado sobre si mesmo. É o conjunto dos projetos e das representações nos quais desembocam, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos. O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e destruir-se. A reterritorialização consistirá em uma tentativa de recomposição de um território engajado em um processo desterritorializante.

Neste estudo, a cartografia foi se desenhando, conforme se viveu uma experiência, observando o cotidiano dos trabalhadores e os atos cuidadores que se desenharam, tendo como pano de fundo as questões que se têm vivido no mundo Pós-moderno, focado no setor da saúde.

Para Franco e Merhy (2007), as ferramentas cartográficas postas sobre os processos de trabalho, possibilitam captar os movimentos contínuos e descontínuos do trabalho vivo, em sua dinâmica, por meio do “olho vibrátil” do cartógrafo que, ao vibrar com as intensidades, abre-se a seus afetamentos e, por isso, pode percebê-las como expressões do mundo da produção no campo da saúde.

Em primeiro lugar, antes de qualquer viagem há necessidade de se preparar para que tenhamos uma segurança maior de chegar ao objetivo almejado.

3.2 “PREPARATIVOS”

A imaginação é muito mais importante que o conhecimento. Um raciocínio lógico leva você de A a B. A imaginação leva você a qualquer lugar que você quiser (Albert. Einstein).

3.2.1 Procedimentos éticos

Este projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), aprovado e protocolado sob o nº. 651/2007(anexo A). Durante a pesquisa, foram assegurados o sigilo e o anonimato dos participantes, respeitando os princípios da ética, estabelecidos pela Resolução 196/96, que trata das Normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1997).

O projeto foi encaminhado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos para realização da coleta de dados em um CAPS (anexo B). A escolha da cidade e do CAPS serão explicitados adiante.

Após a apreciação da Secretaria Municipal de Saúde e escolha do CAPS, realizei uma apresentação do projeto para o gestor e a toda a equipe atuante no local onde foi realizado o convite à participação de todos que entraram em contato com o usuário com depressão. Posteriormente, foi realizado o convite para a participação do usuário no estudo, pessoalmente. Ambos os trabalhadores e usuário receberam o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A), foram informados sobre o objetivo do estudo e mantive-me disponível para posteriores dúvidas.

Optamos por manter apenas um termo de consentimento por não haver diferença nos esclarecimentos.

3.2.2 Campo de estudo

Para se estudar o cotidiano, é necessário que uma parada seja feita, em um local previamente escolhido onde seja possível conhecer as pessoas que ali frequentam e trabalham. Portanto, para a aproximação com os participantes do estudo, o trabalho de campo torna-se uma necessidade.

Conforme Minayo (2002, p. 53),

Campo de estudo é o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.

Seguindo esta premissa, o levantamento de dados foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de São José dos Campos.

Esta escolha ocorreu pela necessidade da autora que, após 30 anos vivendo na cidade de São Paulo, casou-se e mudou-se à cidade de São José dos Campos. Assim, foi importante conhecer o município e a rede de atenção à saúde mental da população desse local.

Para isso, segue um capítulo relatando um pouco sobre o que a autora percorreu, sempre pensando no objetivo da pesquisa.

São José dos Campos

As origens de São José dos Campos (SJC) remontam ao final do século XVI, quando se formou a “Aldeia do Rio Comprido”, uma fazenda jesuítica que usava a atividade pecuarista para evitar incursões de bandeirantes.

Em meados do século XIX, passou a exibir sinais de crescimento econômico, graças à expressiva produção de algodão, exportado para

alimentar a indústria têxtil inglesa. Mas foi a chamada “fase sanatorial”, que deu a SJC destaque nacional, com inúmeros doentes procurando o clima da cidade em busca de cura para a tuberculose pulmonar. Gradativamente, foi sendo criada uma estrutura de atendimento com pensões e repúblicas quando, em 1924, foi inaugurado o Sanatório Vicentina Aranha, o maior do país.

O processo de industrialização da cidade tomou impulso a partir da instalação do Centro Técnico Aeroespacial – CTA, em 1950, e da inauguração da Rodovia Presidente Dutra (1951), cortando a parte urbana de SJC. Nas décadas seguintes, com a consolidação da economia industrial e a criação da Empresa Brasileira de Aeronáutica (EMBRAER), em 1969, a cidade apresentou um crescimento demográfico expressivo que também acelerou o processo de urbanização no município.

A partir de 1990 passou por um importante incremento no setor terciário que pode ser demonstrado pelo fato da cidade ser hoje um centro regional de compras e serviços do Vale do Paraíba e sul de Minas Gerais.

Atualmente, tem uma população ao redor de 600 mil habitantes, com uma expectativa de vida ao nascer de 74 anos de idade, sendo constituída de 45,72% de adultos (25 a 59 anos).

A área de saúde também vem crescendo. A cidade teve a implantação do SUS, em 1989, e conta atualmente com as seguintes unidades de saúde:

- 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 6 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), sendo uma especializada em Saúde Mental;
- 2 Hospitais gerais, sem leitos psiquiátricos;
- 2 Hospitais Psiquiátricos (conveniados e contratados pela prefeitura);
- 24 Unidades de Serviços Especializados de Saúde, sendo duas Unidades de Atenção Integral à Saúde Mental (UAISM) e quatro CAPS (SJC, 2009).

Para a escolha do campo de estudo, utilizei algo que é muito comum no município: as indicações. Havia chegado recentemente à cidade e não conhecia como funcionava a rede de Saúde Mental. Conversando com amigos, tive contato com um auxiliar administrativo da UPA de Saúde Mental

e fiz uma visita informal ao local. Lá, conheci a enfermeira que me ajudou bastante, contando resumidamente como funcionava a rede. De lá, parti para conhecer as UAISM e os CAPS.

As UAISM são unidades indicadas para casos leves e oferecem projeto de atendimento ambulatorial, buscando dar qualidade e continuidade ao tratamento do portador de transtorno mental, evitando as internações psiquiátricas. “Atividades desenvolvidas: atendimento individual e em grupo de psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional e oficinas terapêuticas” (SJC, 2009).

Os CAPS são utilizados como lugar de referência e tratamento para transtornos mentais (psicoses e neuroses graves); transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas e transtorno geral do desenvolvimento. Casos cuja severidade e/ ou persistência justifiquem sua permanência diária em um dispositivo de cuidado intensivo, semi-intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Dado o objetivo da pesquisa em descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão, sabendo que para isso seria necessário uma imersão no campo, o CAPS constituiu-se no local ideal para a realização desta pesquisa por facilitar o acompanhamento dos atos cuidadores em seu dia a dia. Ele rompe com o modelo de assistência psiquiátrica asilar, garantindo o direito de ir e vir e os focos do cuidado pretendido são o sujeito, sua família e sua rede de relações.

No município, há quatro CAPS, um é especializado no atendimento de usuários de álcool e outras drogas, um é voltado para o atendimento infantil. Portanto, fui visitar os dois CAPS que atendem a adultos com transtornos neuróticos e psicóticos graves onde encontraria uma pessoa com depressão para cartografar o cuidado cotidiano.

Primeiro, marquei uma visita por telefone. Com o impresso de autorização emitido pela prefeitura e a autorização do CEP, fui conhecer os candidatos à pesquisa. Nos dois, fui bem recebida, apresentaram-me a estrutura física do local, as atividades desenvolvidas e os trabalhadores. Ambos tinham casos de pessoas com depressão, com os quais, caso fosse autorizado pelo usuário, seria possível realizar a pesquisa.

E agora? Esta era a pergunta que não me saía da cabeça. Nesse momento, deixei minha intuição falar alto, e ao mesmo tempo, meu cérebro articulava ao máximo para chegar a uma decisão.

Um dos CAPS ficava na região central da cidade, na época de minha visita tinha acabado de completar um ano de existência, estava passando por mudanças no quadro de trabalhadores, incluindo a gerente e a enfermeira. No dia de minha visita neste CAPS estava havendo uma reunião com os coordenadores de saúde mental do município.

O outro CAPS ficava em uma região de bairro, rua tranquila, já tinha quase 5 anos de idade e a equipe estava inalterada há, pelo menos, 2 anos.

Analisei os dois campos frente ao objetivo da pesquisa e decidi realizar o estudo no segundo CAPS visitado. Comuniquei à gerente que gostou muito do projeto e disse que iria expor a ideia da pesquisa na próxima reunião de equipe e, também, na assembleia com os usuários, assim todos iriam conhecer meu papel na instituição desde o início. Senti que fui acolhida e que a gerente trabalhava de forma aberta e democrática.

CAPS 1 Sul

A pesquisa foi realizada no CAPS 1 Sul. É uma casa grande, térrea, alugada pela prefeitura, com pouca estrutura mas, bem cuidada. Está localizada em uma rua tranquila e arborizada, possui um jardim à entrada e uma identificação pequena – uma placa ao redor de 50 cm escrito CAPS SUL, foi feita pelos usuários durante a oficina de mosaico, não há placa oficial da prefeitura. O jardim é muito bonito, há árvores, flores e outras plantas. É cuidado pelos trabalhadores e pelos usuários. Há uma campainha e um portão. A campainha toca na recepção e o portão tem abertura automática. Houve dias em que o portão ficou aberto e houve dias em que o portão permaneceu fechado, dependia da característica dos usuários. Não há segurança ou porteiro à frente.

O portão trancado passa a impressão de aprisionamento, contenção, técnicas manicomiais. Será que a necessidade de trancar o portão foi discutida em equipe e com os usuários? Será que não havia outra maneira

de garantir a segurança de usuários em crise? No capítulo de discussão dos resultados, vamos trabalhar este item.

Há uma varanda com duas mesas grandes, cadeiras e bancos usadas para grupos, oficinas e momentos de ociosidade. Foi usada, também, como fumódromo até o início da Lei estadual nº. 13.541 que proibiu fumar em ambientes fechados e nas redondezas (São Paulo, 2009).

Logo à entrada, há a recepção com três cadeiras à direita para espera e, à esquerda, uma cadeira, uma mesinha com um computador onde os usuários são recepcionados por uma estagiária de administração. Nesta mesa, há também os livros, para que os usuários assinem suas presenças no CAPS. Atrás da mesa da recepção, há um ambiente com mais dois computadores, cadeiras e armários. É o local de trabalho da gerente.

Seguindo, há uma sala grande, aberta, com cadeiras e uma televisão. É um local onde ocorrem as reuniões com um número maior de pessoas, como o grupo de familiares e as assembleias. É também usada como sala para ver filmes e ver televisão, no geral. Subindo alguns degraus, há uma outra sala aberta, um pouco menor do que a anterior com duas mesas e cadeiras onde são realizados alguns grupos e oficinas. Neste ambiente, há um quadro com avisos e um jornal que eles fazem lá mesmo.

Há uma pequena sala à esquerda onde são realizados os procedimentos de enfermagem, como preparo, aplicação e distribuição de medicamentos e outros procedimentos necessários. Há uma maca, pia, materiais de uso da equipe de enfermagem, uma mesa, computador e cadeiras. Os prontuários são armazenados neste local.

À frente, há um banheiro feminino e um masculino e, também, dois consultórios, com cadeiras em círculo, sem mesas, com quadros nas paredes feitos pelos próprios usuários e livros nas estantes.

Entrando em uma porta à esquerda, está a cozinha, com geladeira, fogão, forno de micro-ondas, pia, armários, uma mesa e cadeiras. Os próprios usuários preparam o café da manhã e da tarde; o almoço é realizado em um restaurante próximo, conveniado com a prefeitura. Os usuários fazem as refeições na cozinha ou em outras mesas espalhadas pelo CAPS. Ao término da refeição, lavam e guardam os utensílios usados.

A geladeira fica trancada, pois alguns usuários têm compulsão alimentar e estavam cometendo abusos. Vamos comentar isso no capítulo da discussão dos resultados, mas ficam alguns questionamentos: outras estratégias foram tentadas? Esta solução teria sido discutida com os usuários?

Nos fundos da casa, há um local grande, coberto, com uma mesa grande e várias cadeiras. É utilizada para as oficinas de mosaico, pintura, música, entre outras. Nos cantos, há estantes com as peças produzidas nessas oficinas e os materiais necessários para sua realização, como cerâmica, colas, pedaços de madeira, pregos, alicates, tintas etc.

Ao lado, há um espaço utilizado para o brechó onde os usuários arrumam as peças, limpam, lavam, passam e costuram. É aberto à comunidade duas vezes por semana onde são vendidas as peças por preços mínimos. As peças são arrecadadas via doação, e o dinheiro arrecadado com as vendas é dividido entre os usuários que trabalharam e o CAPS.

Nos fundos, há uma escada que leva a uma área destinada aos trabalhadores. É um local grande que foi dividido em cozinha e sala. Na cozinha, há uma geladeira, fogão, forno de micro-ondas, pia, armários e uma mesa pequena. Na sala há uma mesa grande com cadeiras, sofás, armários e um computador. É o local onde os trabalhadores se alimentam, conversam, trocam informações informais sobre os usuários e suas atividades.

Em 14 de setembro de 2003 foi inaugurado. Na época, havia no município dois hospitais psiquiátricos, uma UPA especializada em saúde mental onde também funcionava um hospital-dia (HD), uma UAISM e um CAPS álcool e drogas. Pela iniciativa do município, foi fechado o HD e aberto o CAPS 1 Sul. A equipe do CAPS em questão veio transferida deste HD e, também, da UAISM Sul, porém hoje só existem dois trabalhadores dessa transferência.

Atualmente, existem dois hospitais psiquiátricos mistos, com leitos de convênio e SUS (que atendem São José dos Campos, Jacareí, o litoral norte e a região da Serra da Mantiqueira), uma UPA de Saúde Mental, quatro CAPS (um álcool e drogas, um infantil, um CAPS II e um CAPS I), duas

UAISM. Não há atendimentos específicos para pessoas com sofrimento psíquico nos hospitais gerais.

O CAPS 1 Sul atende apenas moradores da região sul de São José dos Campos, em média, 130 usuários. Eles vêm encaminhados da UPA, dos hospitais psiquiátricos ou das UAISM. Fica aberto de segunda à sexta-feira das 7h às 17h. Oferece café da manhã, almoço e café da tarde. O trabalho é desenvolvido em equipe, de forma dinâmica. Todos os usuários têm dois trabalhadores de referência. Neste CAPS, não é realizada a distinção profissional com curso superior ou curso técnico. Todos podem ser referência. Toda semana é realizada uma reunião com toda a equipe onde são discutidos os casos. Não há supervisão externa, mas os trabalhadores têm um grupo de estudos para discussão de alguns casos e teorias. Os projetos terapêuticos são discutidos entre as duas referências, o usuário e o familiar. Os focos do trabalho da equipe são os trabalhos em grupo. O atendimento individual é realizado quando necessário.

O CAPS conta com uma série variada de atividades em grupo, como caminhada, tai-chi-chuan, canto, edição do jornal, culinária, bijouteria, desenho, mosaico, papel reciclado, tear, tapete, leitura, brechó, assim como grupos de psicoterapia e verbalização, de família e a assembleia. Cada grupo conta com a coordenação de dois ou três trabalhadores. Os usuários têm direito a receber seu medicamento gratuitamente; geralmente, levam a dose para uma semana, pois no mínimo frequentam uma atividade por semana.

3.2.3 Participantes

A pesquisa qualitativa utiliza-se da intencionalidade no recorte da população estudada, em especificação e número.

Esta intencionalidade manifesta-se no interesse em estudar, em particular, esta ou aquela instituição, este ou aquele indivíduo, atendendo a critérios intrínsecos ao problema estudado, como, por exemplo, o que os

autores denominam de “representatividade qualitativa” em um determinado meio (Thiollent, 1998).

Assim, a metodologia qualitativa permite o estudo de uma “amostra intencional” que depende tanto do recorte pretendido como de fatores, tais como: facilidade geográfica de acesso com o campo de estudo, possibilidade de encontro com os indivíduos e as instituições, tempo dos entrevistados, entre outros (Triviños, 1987).

A definição dos participantes está relacionada com o tema. Para responder ao objetivo deste estudo, a coleta de dados foi realizada em um primeiro momento com uma pessoa com depressão que estava seguindo seu tratamento no CAPS (mulher, 39 anos, dois filhos) e, em um segundo momento, com todas as trabalhadoras do CAPS: uma assistente social (que também é a gerente), uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma médica psiquiatra, uma estagiária de administração (aluna do 2º ano do curso de administração - fica na recepção), uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar de limpeza (única trabalhadora terceirizada. Por esse motivo, não entra nas atividades com os usuários. Mas os mesmos a procuram bastante para conversar). Não há homens trabalhando neste CAPS.

Como forma de manter o anonimato, os participantes receberam nomes fictícios, escolhidos ao acaso. Optei por nomes comuns para ficar mais próxima da vida cotidiana, tal qual ela se apresenta.

Os critérios de seleção da pessoa com depressão foram: ter o diagnóstico de depressão, estar realizando seu tratamento no CAPS, idade entre 20 e 60 anos, pois escolhi pesquisar a população na fase adulta. Tenho experiência profissional com essa faixa etária, na assistência de enfermagem e na dissertação, e é a idade em que as pessoas estão produzindo, trabalhando. Segundo a OMS, na faixa etária dos 15 aos 44 anos, a depressão é a segunda causa de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), parâmetro de medida utilizado mundialmente para avaliar a Carga Global de Doenças (CGD) (OMS, 2001).

Os critérios de exclusão foram pessoas com transtorno afetivo bipolar ou depressão com sintomas psicóticos.

3.3 COLETA DE DADOS

*Não dizer como convém que a coisa seja dita não é apenas pecar
contra a língua, mas pôr em risco o próprio homem
(Platão, Fédon)*

Para a coleta de dados, foi realizada uma cartografia do cotidiano de cuidados de uma pessoa com depressão. Assim, foi realizado um estudo de caso com leitura de prontuário, entrevista individual, discussão em grupo com os trabalhadores, aplicação do fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde de Emerson Merhy e observação participante. As etapas da coleta de dados serão discriminadas a seguir.

Primeiro, o projeto de pesquisa foi apresentado à equipe de trabalhadores do CAPS e esclarecidas todas as dúvidas.

Em segundo momento, em conjunto com a equipe foi selecionado um caso traçador que representa um usuário que todos conheçam e que mobiliza a equipe.

O usuário selecionado foi uma mulher, 39 anos, em tratamento no CAPS, há dois anos por depressão - Alcione. As trabalhadoras-referência de seu caso eram a assistente social – Joana e uma auxiliar de enfermagem - Helena.

Em uma data previamente marcada, fui apresentada pelas trabalhadoras à usuária. Expliquei o objetivo do estudo, como seria sua participação na mesma e meu papel no CAPS. A usuária aceitou participar do estudo. Assim, foi agendada uma nova data em que foi assinado o TCLE e realizada a entrevista individual.

A entrevista foi do tipo semiestruturada que, para Triviños (1987) é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas com as hipóteses que vão surgindo à medida que as respostas são recebidas.

Mediante a entrevista, foi possível a obtenção de dados referentes a fatos; ideias, maneiras de pensar; opiniões, maneiras de sentir; atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos ou comportamentos (Minayo, 2007).

Com o consentimento da usuária, a entrevista foi gravada e transcrita na íntegra.

Utilizou-se um roteiro para obter dados que caracterizassem a usuária, assim, a entrevista foi norteadas por questões básicas, relacionadas diretamente com o objetivo do trabalho, já descritos anteriormente (apêndice B)

No dia e horário previamente agendado para a entrevista, fui ao CAPS e Alcione já havia chegado. Foi escolhida uma data em que ela teria atividade o dia todo no CAPS. Fomos a um dos consultórios, sala calma e reservada nos fundos do CAPS. É usado para reuniões e atendimentos, tem mais ou menos 9 metros quadrados, com cadeiras dispostas em círculo, uma decoração simples e bonita, com uma pequena estante com livros ao canto, quadro pintado por um usuário e um ventilador. Não há mesa nesta sala, assim, ela sentou-se em uma cadeira e eu próxima a ela, quase a sua frente. Coloquei o gravador em uma cadeira ao lado.

Fechamos a porta e a janela para manter a privacidade e ligamos o ventilador, pois estava um dia quente. Expliquei novamente meu papel no CAPS, o propósito da pesquisa, a importância de sua participação, sua liberdade durante todo o período em que eu estaria no CAPS, participando das atividades e a necessidade do uso do gravador.

No início da entrevista, ela disse não estar se sentindo bem naquele dia. Durante toda a entrevista, ficou cutucando suas unhas das mãos. Algumas vezes ficou com o olhar perdido, disse não querer falar muito para não ficar triste. Conduzi a entrevista fazendo algumas perguntas e respeitando seu silêncio. Em vários momentos, ela foi reticente e foi necessário utilizar as técnicas de comunicação de expressão, clarificação e validação descritas por Stefanelli (1993).

Ao longo dos meses que frequentei o CAPS, Alcione foi se soltando mais e conversamos várias vezes informalmente, ou seja, sem a presença do gravador. Estes momentos registrava no diário de bordo logo que chegava em casa.

O estudo de caso é uma técnica de pesquisa focada em apenas um caso, seja ele simples e específico ou complexo e abstrato. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos. Esta técnica busca retratar a realidade de forma completa e profunda, procurando revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação, focalizando-o como um todo (Ludke, André, 1986).

Assim, o objeto deste estudo - o cotidiano de cuidados a uma pessoa com depressão – é tratado como único, singular e tem valor em si mesmo.

No processo de cartografar, a pesquisadora aproveitou todos os dados que poderiam ajudá-la na viagem. Isso incluiu a leitura e “análise” do prontuário da usuária, desde o primeiro atendimento na rede de saúde mental do município. Para isso, foram utilizados os critérios da análise documental, considerando o prontuário um documento, fonte estável de informações que poderia complementar as informações recebidas via verbal. No caso em questão, a usuária já havia sido atendida em outras unidades de saúde antes de ser encaminhada ao CAPS, e a fonte de informações para este período foi o prontuário.

Todo o prontuário foi lido e realizado anotações pertinentes no diário de bordo para, posteriormente, serem utilizadas na fase de análise.

Para cartografar o cotidiano de cuidados prestados pelas trabalhadoras, optamos realizar discussões em grupo, com a participação de todos que formal ou informalmente atenderam à usuária. Assim, todas as trabalhadoras do CAPS foram convidadas a participarem do estudo e todas aceitaram.

Procurei com a gerente qual seria o melhor momento para esta estratégia e ela ofereceu um espaço na reunião de equipe que ocorre uma vez por semana e que todos participam. Foi agendado, então, dia e horário com todos, sendo realizada a assinatura dos TCLE previamente.

A discussão em grupo é uma estratégia de coleta de dados na qual o moderador introduz a discussão com uma ou mais questões, observa os

participantes, encorajando a palavra de cada um, constrói relações com os participantes para aprofundar respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador (Minayo, 2007).

Para as discussões em grupo, foram usadas questões que disparassem a descrição do cuidado que cada um e o grupo oferecem conscientemente (apêndice C). Os encontros foram realizados em dois momentos distintos: um logo no início da pesquisa e o outro ao final de 7 meses.

A primeira discussão em grupo ocorreu em um dos consultórios, com todas sentadas em círculo, sem mesa ao centro, com 1 hora de duração e todas as 11 trabalhadoras participaram, exceto a auxiliar de limpeza. Primeiramente, fiz um agradecimento e uma apresentação formal a todos, expliquei meu papel no CAPS, o objetivo da pesquisa, meu tempo de permanência com eles e os usuários nas atividades e o porquê da escolha de realizar um estudo de caso com apenas uma pessoa com depressão.

Solicitei que respondessem a um formulário de caracterização pessoal e expliquei, também, a importância do uso do gravador durante a interação.

Confirmei se todos conheciam a usuária e obtive uma resposta positiva. Expliquei que conhecia o trabalho das duas referências da usuária, mas como estava estudando o cotidiano de cuidados, era importante conversar com todos que, de alguma forma, tivessem contato com ela e todos ali entrariam nesse critério.

Pedi, então, que eles fossem me contando com todos os detalhes que lembrassem todo o histórico do cuidado prestado para ela, desde o primeiro dia em que ela foi encaminhada ao CAPS. Elas começaram o relato. Como ainda não conhecia as vozes, escrevi os nomes de cada pessoa que ia falando, para depois relacionar com as vozes das fitas. No início, as referências falaram mais, porém o grupo foi se soltando aos poucos, percebendo que também fazia parte daquele cuidado. Tentei interromper o mínimo possível, só fazendo isso quando faltavam dados para o entendimento da narrativa. A estagiária, a auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de enfermagem não se expressaram nessa reunião.

O último encontro foi realizado no mesmo consultório, elas estavam no final da reunião semanal de equipe. Houve a participação de sete

trabalhadoras. Alguns membros (duas auxiliares de enfermagem, a estagiária e a auxiliar de serviços gerais) estavam ausentes, realizando um treinamento fornecido pela prefeitura. A auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de enfermagem chegaram ao final do encontro e não se expressaram.

Joana pediu para que eu me sentasse, terminaram de discutir um caso novo e abriram espaço para a pesquisa. A terapeuta ocupacional - Luana pegou uma garrafa de café e uns copos descartáveis e deixou no canto da sala. Neste dia, levei balas e passei o saquinho quase no final da reunião. É um horário que percebi que sentem fome, pois saíram rápido no final da reunião anterior para ir almoçar. Algumas nem se despediram.

Expliquei o motivo da reunião e avisei que seria nosso último encontro juntos e que ficaria no CAPS até final de junho, participando dos grupos. Esta interação, também, foi gravada e, posteriormente, transcrita. Nesta fase do estudo, eu já reconhecia as vozes de cada trabalhadora na gravação.

Primeiro, solicitei um flipchart que eles me trouxeram rapidamente. Estava meio bambo, tinha que ficar segurando, mas deu para realizar a atividade. Trouxeram também duas canetas: uma azul e uma vermelha. Com o flipchart posicionado em um canto, coloquei-me em pé para facilitar a escrita. Relembrei o objetivo da pesquisa, o porquê de eu estar conversando com todos da equipe e o porquê de estar participando dos grupos. Expliquei que, nesta fase, eu iria realizar um resumo esquemático do atendimento prestado a Alcione. Citei que utilizaria o fluxograma analisador como o Prof. Emerson Merhy – definido a seguir - que ele nos auxilia a entender o percurso da pessoa, desde sua entrada até a saída. Expliquei o que significava cada símbolo. Solicitei-lhes que pensassem em Alcione, conforme eu fosse explicando de maneira geral.

Construímos um fluxograma geral do serviço e tirei todas as dúvidas sobre o instrumento. Depois foi construído o fluxograma do caso da Alcione. No final, percorri o que elas acharam do fluxograma.

A reunião foi tranquila e bastante participativa, senti que gostaram do processo de construção do fluxograma e não tiveram pressa em sair para o almoço.

O Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde é um diagrama utilizado com “a perspectiva de desenhar um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção”. É uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços (Merhy, 1997).

Este instrumento pretende apreender cinco ações que são representadas graficamente por diferentes símbolos.

Quanto à representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho, por meio do fluxograma ela é feita com a utilização de três símbolos: a elipse como a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango indica os momentos de decisão para a continuidade do trabalho e o retângulo, o momento de intervenção, de ação sobre o processo (figura 1).

Figura 1 – Exemplo de fluxograma analisador

Fonte: Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). P. 161-197. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli R, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.

O objetivo principal desta ferramenta é disparar um processo de coletivização da gestão dos processos de trabalho.

O desafio implica realizarmos um diagnóstico do trabalho cotidiano e traduzi-lo para um formato que seja visível e partilhável por todos, para que com base nele possam ser traçadas algumas intervenções que se mostrarem necessárias e viáveis (Merhy, 1997).

Apenas a auxiliar de limpeza – Antonia - não participou das discussões em grupo. Por ser de uma empresa terceirizada, ela não pode ser considerada cuidadora e, portanto, não pode ser trabalhadora referência de nenhum usuário. Mas, foi percebido que os usuários conversavam bastante

com ela e por esse motivo, acredito que participe do atendimento de maneira informal. A mesma foi convidada, aceitou e assinou o TCLE. Foi realizada uma entrevista individual, pautada na seguinte pergunta: Como é o contato que você mantém com a usuária?

A auxiliar administrativa – Camila – participa das reuniões, mas também não pode ser considerada trabalhadora referência, pois não tem formação na área da saúde e seu papel no CAPS é como estagiária.

O discurso de todos os participantes foi gravado e, assim como a entrevista, transcrito na íntegra, com o cuidado de descrever todos os detalhes apresentados por eles.

Nesse momento, citamos o cuidado oferecido conscientemente, porque concordamos com Merhy (1997), quando salienta que, no cotidiano de cuidados o ser humano em ação, é paradoxalmente dotado de sentidos, explícitos e não explícitos, um atuante permanente entre o dito e o não dito. Mas, não porque não queira dizer e sim porque não pode nem consegue dizer tudo, por não ser um “ser pleno de (e da) razão”, sendo também um sujeito desejante que opera inconscientemente.

Dado esse fato, acrescentou-se a observação à fase de coleta de dados, que forneceu elementos do cotidiano que não estavam presentes na comunicação verbal no momento das entrevistas e discussões em grupo.

Lüdke e André (1986) enfatizam a importância da observação ser realizada de forma controlada e sistemática, atentando sempre ao objeto do estudo. A observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, permite também apreender mais facilmente a perspectiva dos sujeitos da pesquisa, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Para o uso desta estratégia, o pesquisador precisa definir qual seu grau de envolvimento, a explicitação ou não de seu papel e dos objetivos da pesquisa com os sujeitos e qual sua forma de inserção na realidade.

A observação participante, que tem sua tradição na antropologia e na sociologia, é considerada como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, auxiliando na compreensão da realidade, sendo muito usada na área da saúde.

Definimos observação participante como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (Schwartz, Schwartz 1955, apud Minayo 2007, p. 135)

Para Denzin (1978) apud Lüdke e André (1986, p. 28), a observação participante é “uma estratégia de campo que combina simultaneamente a análise documental, entrevista de respondentes e informantes, a participação e a observação direta e a introspecção”.

É uma estratégia que pode ser realizada de algumas maneiras, conforme o objeto do estudo e a escolha do pesquisador, desde a total explicitação até a não revelação. Junker (1971) classifica quatro tipos de observação:

- 1- Participante total: o observador não revela ao grupo sua verdadeira identidade de pesquisador nem o propósito do estudo;
- 2- Participante como observador: revela apenas parte de seu objetivo ao grupo;
- 3- Observador como participante: a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo desde o início;
- 4- Observador total: aquele em que o observador não interage com o grupo observado.

A autora optou em ser uma “observadora como participante”, revelando desde o início sua identidade e os objetivos da pesquisa.

A pesquisadora frequentou o CAPS de janeiro a julho de 2008, nos quais participou de atividades em grupo, oficinas, atendimentos familiares, assembleias, reuniões de equipe multiprofissional e, também, momentos de ambiência, antes das atividades, no intervalo das mesmas e durante as refeições.

Para Saraceno (2001), a ambiência é o caldo, o entorno que dá sustentação e consistência às experiências vividas pelos sujeitos e suas significações e pode ser transformada com base em suas necessidades.

Desse modo, dei prioridade às oficinas de que Alcione participava, assim frequentei mais o mosaico e o brechó. A oficina de bijouteria ocorria

somente pela manhã e como eu dava aulas nesse período só acompanhei este grupo uma vez.

Eu chegava ao CAPS, tocava a campainha no portão - caso estivesse fechado, entrava e ia observando, cumprimentava a todos, usuários e trabalhadores. Chegava sempre antes do horário dos grupos e aproveitava para conversar com quem estava por ali na recepção, às vezes, a estagiária, a gerente, os usuários que estavam esperando os atendimentos e, também, Alcione.

Circulava pelo CAPS, ia à sala da enfermagem, conversava com quem estava responsável pela entrega dos medicamentos, ia até à cozinha; nas laterais da casa sempre havia usuários também aguardando. Aproveitava também os horários do almoço e os intervalos.

Alcione, geralmente, chegava atrasada aos grupos que aconteciam pela manhã, mas à tarde ela chegava na hora certa para almoçar e depois ir à oficina. Ela costumava esperar perto da recepção ou no local da oficina. Assim que eu a encontrava, ficava conversando com ela.

Durante as oficinas, eu ficava em silêncio, observando, às vezes, ajudava alguém que necessitava. Ao final dos grupos era convidada a tomar café com algumas trabalhadoras e, também, eram momentos muito bons e proveitosos.

Algumas vezes, procurei as trabalhadoras referência para conversar em outras, elas me procuraram para relatar fatos que ocorreram nos dias em que eu não havia ido ao CAPS.

Os dados adquiridos por meio da observação participante foram sistematizados em um diário de campo em que consta o período de observação, a descrição dos sujeitos, do local, das atividades, as percepções e sentimentos da autora, suas ideias, impressões, dúvidas, surpresas.

Em relação ao uso do diário de campo para efetuar os registros das observações, cita-se Baremblytt (1998), que informa que a cartografia foi criada apoiada nos relatos objetivos e subjetivos, em uma espécie de Diário de Bordo de uma “viagem”, única e irrepetível. Neste estudo, utiliza-se o

termo “diário de bordo”, por estar mais próximo do referencial teórico da pesquisa.

Assim, o diário de bordo com seu movimento, velocidade e intensidade pode também se constituir em um “mapa”, que pode possibilitar a outros viajantes a construção de sua própria caminhada.

É importante lembrar que os fatos e os diálogos observados não foram desprovidos de análise, visto que as ferramentas teóricas direcionaram o olhar e aguçaram os sentidos da autora o tempo todo; sendo assim foi um processo dinâmico de construção constante. Tive como pressuposto que o encontro “não se dá a priori ente sujeitos epistêmicos, mas entre sujeitos implicados, que podem reconhecer-se ou se negar, no outro” (Merhy, 2004, p.26).

3.4 COMO FOI EXPLORADO O MATERIAL PARA A ANÁLISE

*Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!
(Mário Quintana)*

Com um material tão rico nas mãos, não foi fácil começar a análise; olhava para tudo aquilo e, por um tempo, as ideias estavam dispersas.

Fui seguindo os conselhos de Rolnik:

Restaria saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Ora, estes tampouco importam, pois ele sabe que deve ‘inventá-los’ em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. Por isso ele não segue nenhuma espécie de protocolo normatizado (Rolnik, 2007, p.66).

A organização e a análise das informações foram sendo construídas baseadas em uma mescla de leituras, conversas, articulações sempre provisórias e contextuais.

Para Deleuze (1992, p. 48), “Numa cartografia, pode-se apenas marcar caminhos e movimentos [...] análise das linhas, dos espaços, dos devires”.

Com calma, comecei a olhar o material, separar por eventos: primeiro organizei o material voltado à usuária, a transcrição de sua entrevista, as anotações de seu prontuário e as observações do diário de bordo. Depois, iniciei a organização das transcrições das discussões em grupo, as conversas com as trabalhadoras, os resultados do fluxograma analisador e os registros do diário de bordo pertinentes às participações nas oficinas, atendimentos em família, reuniões de equipe e assembleias.

Ao ler o material, revivi os 7 meses de imersão no campo, os sentimentos, percepções e ideias. O referencial teórico também forneceu a base para as ideias tomarem uma forma concreta e o objetivo sempre em mente para não se perder. A viagem é muito bonita e agradável, mas há um destino a ser alcançado, e é para lá que estou indo e desejo levar os leitores desta pesquisa.

Fui à busca das linhas e territórios que se formaram, das forças de criação e resistência, da micropolítica, do instituinte, mas também das forças de opressão e repressão, do instituído e das forças de captura.

O material foi se compondo, trechos das entrevistas, fragmentos do diário de bordo foram sendo colocados com os escritos teóricos, lembranças, conversas, em uma espécie de bricolagem.

A ideia da bricolagem une-se perfeitamente à pós-modernidade ao buscar a multiplicidade do e, fugindo do ou. Assim, muitos autores participaram da composição do texto, mais explicitamente: Michel Maffesoli, Emerson Merhy, Gregório Barembliitt, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Suely Rolnik, entre outros.

Quanto ao fluxograma, é importante salientar que o consideramos uma ferramenta, tanto de coleta de dados – por ser, nos espaços produtores do cuidado, o desenho do processo de trabalho, “buscando percorrer os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no serviço” (Franco, 2003, p. 165) - como de análise do material que vai sendo obtido com este “mapeamento” durante o próprio processo de sua produção. Na medida que a construção do fluxograma, na perspectiva do coletivo, além de buscar o registro da memória da equipe que participou do cuidado, permitindo a detecção dos problemas decorrentes da

assistência à saúde, tem o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade e conduzir a equipe à reflexão da organização do processo de trabalho (Franco, 2003).

Além do fluxograma analisador, utilizamos também outra ferramenta analisadora descrita por Merhy et al. (1997), que é a rede de petição e compromissos. Esta consiste em uma descrição das relações intra e interinstitucionais, em que são revelados os estranhamentos e conflitos entre os diversos atores no cenário. A identificação e a discussão destes “ruídos do cotidiano” revelam os diversos projetos existentes na arena decisória, bem como deixam evidente a disputa por eles.

Para Franco (2003, p. 165), ao construirmos o fluxograma, é como se “[...] lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas [...]”. Então, o fluxograma auxiliou na análise do material obtido, nas discussões em grupo, confirmando contradições e novos sentidos, tendo em foco os apontamentos dos ruídos como guia para um processo de análise da dinâmica institucional e uma construção teórica que se fará ao longo da pesquisa.

4 MAPA

4.1 CONHECENDO ALCIONE

*A vida só é possível reinventada
(Cecília Meireles)*

Em primeiro lugar, o “caso traçador” será descrito e cartografado, para depois o cotidiano de cuidados do CAPS ser analisado.

Sua descrição foi realizada com base na entrevista individual, na análise do prontuário e nos dados do diário de bordo: observações, conversas, participações nas atividades e reunião familiar.

A história de Alcione não é fácil de narrar, há alguns fatos que nem a mãe - Rosa, nem a irmã – Marta nem a própria Alcione lembram completamente ou evitam falar por serem acontecimentos tristes e difíceis. Outros são considerados segredos familiares e, por esse motivo Alcione pede à mãe não contar para ninguém, Rosa não conta e ela também. É interessante observar que elas comentam sempre que existe algo, mas não querem compartilhar. O pai – Ciro não participa ativamente do tratamento de Alcione, nunca foi ao CAPS e nas visitas domiciliares, ele estava sempre trabalhando, por esse motivo, eu e as trabalhadoras não o conhecemos.

Alcione, sexo feminino, 39 anos, natural de Delmiro Gouveia – Alagoas, separada de Sidney, dois filhos – Márcio tem 17 anos e Marcelo tem 12, mora com os pais e os dois filhos, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental, não trabalha e é católica não praticante.

No dia e horário marcados para a entrevista, Alcione estava no CAPS. Assim que nos cumprimentamos, disse não estar se sentindo bem, que estava cansada porque veio andando para o CAPS, pois não tem direito ao benefício do ônibus gratuito.

Chegamos à sala, ela se sentou, perguntei se poderia fechar a porta e a janela, para que não entrasse barulho e mantivesse sua privacidade. Ela concordou e pediu para ligar o ventilador, pois estava muito quente naquele dia. Sentei em uma cadeira, quase a sua frente, coloquei o gravador em uma

cadeira ao lado, após as orientações, iniciei as perguntas para a caracterização inicial.

Já na segunda pergunta – estado civil –, ela ficou com o olhar triste e disse *“meu marido me deixou”*.

Como forma de organizar os dados, vou fazer uma narrativa cronológica, pois acredito que facilita o entendimento.

Alcione nasceu em 1968 em Delmiro Gouveia, município que fica no sertão alagoano com uma média de 41.000 habitantes atualmente. É a segunda filha de uma prole de quatro, sendo três meninas e um menino caçula. Alcione tinha mais um irmão que faleceu quando ela ainda era criança.

Alcione teve uma infância e um desenvolvimento relatados pela mãe como normais, brincava, estudava. Ao redor dos dez anos de idade, morre o irmão, mas não obtive detalhes do assunto, pois Alcione, Rosa e Marta não quiseram comentar. Algum tempo depois, Alcione ficou doente, não comia, não bebia, não falava, não conseguia sentar nem andar, muito magra. Foi internada e obteve o diagnóstico de “Coreia de Huntington”. Este diagnóstico é questionado por todos, Alcione, familiares e profissionais do CAPS, porque os sintomas e a evolução do quadro não se encaixam nesta patologia.

Depois de uns 3 meses, foi melhorando, mas notaram um pouco de esquecimento, dificuldade em segurar objetos, deixando-os cair ao chão, um pouco de descontrole motor, desatenção, nictúria. A mãe e a irmã disseram que o médico avisou que ela não poderia engravidar e que iria engordar muito quando adulta. Fez um tratamento por 10 anos, mas não sabem dizer os medicamentos que tomava. Alcione conta *“... eu adoeci. Passei 3 meses sem comer, sem dormir, sem beber. Aí, minha mãe achava que eu ia morrer. Eu era bem magrinha assim... aí o médico falou: ela vai engordar demais. Não tem nada que faça ela emagrecer, vai engordar. E ele falou certo, quando eu comecei a engordar, não teve jeito”*.

Pouco tempo depois, morre o tio (irmão da mãe) de Alcione. É uma história muito triste que só foi trazida à reunião familiar. Rosa não quis falar sobre o assunto. Alcione e Marta relembram como foi. Era um domingo, passaram o dia juntos, brincaram bastante e depois do almoço o tio foi dar

uma volta. As meninas ficaram brincando na calçada e presenciaram a cena. O tio viu dois primos brigando e foi separar a briga. Um deles deu-lhe um soco, ele foi para o meio da rua e foi atropelado, seu cinto ficou preso no carro e ele foi arrastado. A mãe conta que Alcione gostava muito desse tio, que era como um pai para ela e que foi muito dolorida esta perda.

Alcione acredita ter depressão desde essa época *“Eu entrei em depressão, desde que era criança, porque um tio meu faleceu, e eu gostava muito dele. Desde essa época...”*

O ano em que ela ficou doente, não está claro. Os relatos são confusos, houve ora que ela e os familiares falaram que tinha 7 anos, ora 10 anos e ora 12 anos.

No início de sua adolescência, Alcione estava bem, sem sintomas da antiga doença, saía com os amigos e com a irmã, passeava bastante até conhecer o ex-marido. *“Eu era muito nova quando conheci ele. Meu corpo era bem bonito”.*

A família não gostou dele desde o início, porque ele bebia muito e era agressivo. Na família, havia um lema: quem engravidasse, sairia de casa e iria cuidar de seu filho, mas Alcione mesmo não estando grávida, aos 14 anos saiu de casa e vai morar com o Sidney. A irmã e a mãe demonstram muito desgosto e acreditam que o ex-marido é o culpado pela depressão de Alcione. Contam que ele sempre foi alcoolista, agressivo, batia nela, não gostava de trabalhar e deixava-a passando necessidades.

A irmã mais velha e o irmão caçula ainda moram em Alagoas. Marta - irmã mais nova, veio para SJC com o marido, em 1989, por problemas financeiros. Conseguiram emprego, compraram uma casa e 10 anos depois convidaram os pais para morar com eles.

Alcione ficou morando com Sidney, teve Márcio, seu primeiro filho, aos 23 anos (em 1992). Foi uma gravidez de risco e um parto difícil, o menino nasceu sem alterações, mas ela teve depressão pós-parto e Márcio foi criado por Rosa. Ela relembra o fato: *“É assim, ela (a avó) pegou o mais velho pra criar, ele era novinho, mamava ainda. Assim, deu depressão pós-parto. Eu odiava ele, mas não é culpa da pessoa. É a depressão”.* Márcio, hoje com 17 anos, sempre foi criado pela avó. *“Quando ele tava com fome,*

eu não judiava não, eu dava o peito direitinho, dava banho, vestia roupa nele e entregava pra minha mãe”.

Aos 28 anos, nasceu seu filho mais novo - Marcelo. Alcione refere que também foi uma gravidez e um parto complicados. *“Quase que eu perdi o mais novo. A pressão tava muito alta. Botaram ele na incubadora”.* Logo após, fez a cirurgia para não engravidar mais e aí conta que começou a engordar. *“... meu corpo era normal, eu vim engordar depois que fiz a cirurgia para não engravidar”.* Atualmente, Alcione tem obesidade mórbida.

Dois anos após nascer Marcelo, seus pais vieram morar em SJC e trouxeram Márcio. Alcione ficou morando com Sidney e Marcelo. Ela fala pouco sobre a vida com o marido. Rosa e Marta não gostam dele e contam que era agressivo, verbal e fisicamente, humilhando e batendo em Alcione e nos filhos, não gostava de trabalhar e deixava ela e o filho passarem fome.

Quando Marcelo estava com 3 anos, ela veio morar em SJC, com Sidney e Marcelo. Marta enviou dinheiro para as passagens. Alcione conta que a mãe foi buscar ela, porque estava muito doente. *“...é porque eu tava muito doente [...] aí ela mandou buscar eu. Eu e meu marido. Eu achava que ele não vinha. Ele que pediu pra vir mais eu, aí eu deixei.”*

Ficaram hospedados na casa de Marta por um tempo. Sidney não trabalhava. Marta conta que seu marido pediu para Sidney ajudar a cuidar do jardim, e este quis cobrar pelo serviço. Neste dia, houve confusão porque Sidney, a esposa e os filhos estavam morando e alimentando-se gratuitamente em sua casa e ainda queria cobrar por uma ajuda. Após um tempo, Sidney conseguiu empregos eventuais e alugou uma casa para eles no mesmo bairro.

Nessa casa, eles moraram por 3 anos, mas a relação não era estável. Alcione narra assim essa fase: *“Aí chegou aqui, ele começou a trabalhar e tava tudo bem... e depois deixou de dormir em casa, dormia um dia, outro não. Depois passou 2 dias sem dormir em casa, foi 3, foi 4, foi 5 aí deixou de vir de vez.”*

Foi um período muito conturbado. Alcione demonstra ambiguidade em relação ao ex-marido. Há momentos em que fala que eles se davam bem e que ele queria ir morar longe da família dela que interferia na relação deles,

e ela não queria ir porque era sua mãe que cuidava de seu filho mais velho e, muitas vezes, dela e do filho mais novo porque parece que ela já estava com sintomas de depressão em Alagoas. Em outros momentos, demonstra mágoa: *“Aí depois que eu entrei em depressão, comecei a engordar e ele me deixou. Ele é ruim! Ele é ruim! Ele é covardo, me deixou. Fosse outro, não tinha deixado, né?”*

Esse “né” no final da frase mostra que ela não tem certeza do que está falando e queria algum tipo de confirmação minha, mas não confirmei nem sim nem não.

A irmã conta que, nesta época, Sidney teve um filho com uma vizinha, que todos no bairro sabem, mas Alcione nega até hoje. Passou um tempo, ele voltou para Alagoas e Alcione ficou morando sozinha com Marcelo. Logo, ela foi morar com seus pais e está com eles até hoje.

Sidney voltou para SJC há uns 3 anos, Alcione disse que ele queria morar novamente com ela e os filhos, longe de sua família, mas por influência de seus pais e sua irmã não o aceitou de volta, e ele foi embora de novo para Alagoas. Conta que depois disso *“...ele me telefonou, queria vir pra cá de novo, mas minha mãe disse ‘não’, porque eu fico mal. Porque ele vem, passa nem um mês e volta de novo, aí me deixa mal.”* Perguntei se ela concordava com sua mãe. *“Se ele viesse, ficasse comigo, me ajudasse a me recuperar. Mas ele chega e já pede pra ir embora, aí não, eu fico triste”.*

Atualmente, Alcione mora com os pais e os dois filhos. No mesmo bairro, moram a irmã, o cunhado e um sobrinho. O pai trabalha como zelador, a mãe cuida da casa da irmã e do sobrinho e, também, de sua casa. Alcione recebe auxílio de uma instituição de caridade, que ela chama de Os Vicentinos, e o benefício do Programa de Garantia de Renda Mínima, projeto de lei federal de autoria do senador Eduardo Suplicy (1992).

Em casa fala, *“Lavo louça, arrumo a casa, arrumo meu quarto, lavo roupa dos meus filhos, as minhas. A minha mãe lava as roupas dela.”* É interessante notar que ela começou a ajudar em casa, após o tratamento no CAPS, antes ela dizia não saber fazer nada. No CAPS, ensinaram-na a lavar e passar roupas, ajudar em casa.

A irmã e o cunhado têm um salão de cabeleireiro e trabalham bastante. Por esse motivo, sua mãe cuida do filho deles, de 5 anos de idade. Alcione demonstra ciúmes desse cuidado, diz que não é neto de verdade porque é adotado e *“... minha mãe não tem tempo porque tem que cuidar da filha dela e do neto dela. Ela tem mais tempo pra outra do que pra nós”*. Mas, várias vezes comenta do cuidado que sua mãe dá para ela. *“Ontem, ela viu que eu não tava bem e não foi pra lá, mas se eu disser não, você pode ir, ela vai [...] ontem, eu não fiz nada. Minha mãe estava em casa, ela fez comida, e eu disse: mãe, não tô bem. ‘Que, que você tá sentindo?’ E ela perguntou o dia todinho: ‘o que foi?’ E eu disse, não sei mãe, tô triste”*.

A relação de Alcione com os filhos parece ser conturbada. Marcio, 17 anos, foi criado pela avó. Está terminando o ensino médio e trabalha em uma oficina. Tem diabetes mellitus, há dois anos. Estava com 140 kg e, hoje, está com 67 kg. Já ficou internado várias vezes com hiperglicemia, não segue o tratamento correto nem a dieta. Alcione demonstra muita preocupação com ele, pois refere que ele está bebendo, usando cocaína, saindo à noite, voltando somente de madrugada. Já passou mal na rua e foi internado com overdose. Queixa que ele não a obedece e tem uma relação ambivalente com ela. *“... tem hora que ele é revoltado. Ele diz: ‘a senhora não me criou. Quem me criou foi minha avó.’ A minha mãe diz: ‘ela tava doente, não xinga sua mãe!’ Aí depois ele vem e me beija, pede desculpa. Desculpa mainha”*.

Marcelo, 12 anos, está passando uma fase difícil, início da adolescência. Ele é obeso e está tendo dificuldades na escola. Alcione diz que o chamam de “leitão”. *“Meu filho anda sendo humilhado na escola. É muito difícil ser gordo. As pessoas pisa na pessoa gorda, humilha”*. Ele fica nervoso, quer bater em todo mundo e não está mais entrando nas aulas. À noite, foge de casa e vai a bares e festas. É encontrado bebendo e fumando em bairros perigosos.

Alcione não tem autoridade sobre os filhos, eles não a obedecem, então, ela bate neles com o que tiver pela frente, cinto, vassoura, etc. Houve uma época em que o caso foi parar no conselho tutelar. Às vezes, Marcelo a chama de doida e ela diz ficar muito triste. O avô tenta ser firme, mostrar

limites e responsabilidades, mas Alcione contradiz as ordens dele e os filhos ficam sem direção.

Quando os filhos precisam de Alcione, ela não consegue dar esse suporte. Márcio foi atropelado recentemente e quem o levou ao hospital, ficou esperando ele voltar da cirurgia, fez curativos e cuidou dele foi a avó. A diretora da escola de Marcelo chamou Alcione para uma reunião para falar do comportamento dele, e ela disse que não pode ir porque tem problemas, fica nervosa e pede para sua mãe ir em seu lugar.

O sentimento dos rapazes com relação ao pai também é ambíguo. O pai era muito agressivo, frio e deixava-os passar fome, depois foi embora e deixou-os, não paga pensão nem liga para saber se estão bem. Marcelo chegou a dizer que queria matar o pai, mas Alcione não acredita. Diz que eles sentem muita sua falta.

No prontuário de Alcione, encontramos as seguintes informações diagnósticas: um quadro de depressão, obesidade mórbida, impulsividade, agressividade e hipertensão arterial sistêmica. Houve uma hipótese de um quadro psicótico, hoje descartado.

É difícil precisar o início do quadro depressivo, pois as datas são incertas. Talvez na infância, ela tenha tido um quadro neurótico. A psiquiatra suspeita de uma crise conversiva ao invés do diagnóstico de Coréia, Alcione acredita ter tido depressão nessa época. Mas, a depressão foi se agravando após o nascimento dos filhos. Este foi o motivo que fez com que a irmã e a mãe trouxessem-na para SJC. “... *no meu lugar, não tem médico pra isso, não...*”. A irmã acredita que ela ficou deprimida em razão da relação instável com o marido, “*as ameaças e humilhações*”, diz que Alcione perdeu a vontade, o ânimo “*por causa das palavras amargas do marido*”. Ao falar isso, fica muito triste e chora, a mãe chora também. Alcione faz um gesto infantil, olhar perdido e fica em silêncio.

Alcione não sabe qual o sentimento que tem em relação ao ex-marido. Ora diz que ele é ruim, ora diz que com ele fica feliz e sem ele fica triste. “*É, ainda gosto dele. Ontem, passei o dia todo deitada, uma tristeza, queria estar perto do meu marido, mas...*” Em outros momentos da entrevista, “*Eu não quero mais ver ele não [...] ele me magoou muito*”.

Sobre a depressão diz: *“Ah, já faz muito tempo. Tem hora que eu to até animada, mas tem horas... é uma tristeza só. É difícil a pessoa se animar, sabia? [...] Por causa do meu marido, se não fosse isso, eu já tava bem, né?! Não tiro ele da cabeça, tá na minha cabeça.”*. Comenta que há dias que fica muito desanimada. *“O que eu queria saber, é por que a tristeza fica perto de mim. Eu queria ficar alegre, mas não consigo [...] Tenho vontade de morrer”*.

A obesidade, também, é algo que a incomoda bastante. Os pais e a irmã são magros, o que sugere que a obesidade não seja hereditária. Alcione comenta que começou a engordar após a cirurgia para não ter mais filhos, há 12 anos. A irmã diz que piorou, após ela vir para SJC, que pagou um endocrinologista na época, mas Alcione não consegue seguir a dieta e come compulsivamente. Esta situação gerou outro desentendimento na família, pois Marta gosta de cozinhar, tem muitos amigos e, nos finais de semana, faz alimentos variados, incluindo sobremesas e Alcione e seus filhos comem compulsivamente a ponto da irmã achar que eles podem passar mal. Por esse motivo, ela não os convida mais para irem almoçar em casa dela.

A relação com o corpo é difícil, diz várias vezes que está de mal com o espelho e a balança, diz que come pouco, incluindo, saladas, mas a vi almoçar no CAPS e ela come compulsivamente tudo o que tiver pela frente, incluindo o que os demais usuários não querem e dão para ela. Algumas vezes foi flagrada pelos trabalhadores comendo bolachas e doces escondida. Ela comenta comigo: *“O que eu queria, era conseguir fazer a cirurgia (bariátrica – para redução do estômago). Mas tá difícil conseguir. Estou há 5 anos na fila”*. Quando pergunto o porquê da demora, fala que precisaria ir a algumas reuniões, *mas “É tão difícil pegar ônibus, é longe.[...] nunca mais eu fui”*. Em outras conversas, ela me conta que uma amiga fez a cirurgia e morreu e, por isso, tem muito medo da cirurgia. Adiante, quando o projeto terapêutico dela for explicitado na pesquisa, retorno a tratar a questão da cirurgia.

No prontuário de Alcione, o primeiro registro de atendimento que encontrei foi uma ficha de encaminhamento de uma UBS para a UAISM no início de 2002, solicitava avaliação e acompanhamento por “depressão,

obesidade, descontrole emocional, comer compulsivo, impulsividade, agressividade contra os filhos”.

Alcione estava há 2 anos em SJC e ainda morava com o marido e o filho mais novo. Seu estado desde que veio de Alagoas, foi piorando, sua situação conjugal também, o marido era infiel, alcoolista, trabalhava com sucatas, passavam necessidades físicas, não pagavam o aluguel e o dono pediu a casa. Foi uma época bastante conturbada, há relatos de agressividade entre os membros da família. Ela não conseguia seguir o tratamento recomendado: medicamentos, dieta e exercícios físicos. Referia insônia, piora do quadro depressivo, fala hipocondríaca, refere tentativa de suicídio com álcool interrompida pelo filho caçula. Houve suspeita de psicose, pois referia ter muito medo e ouvir vozes, fez uso de antipsicótico durante um período, mas não houve confirmação do diagnóstico. Trabalhadoras do CAPS suspeitam que não houve alucinação, mas um sentimento de solidão, medo, desespero pela situação que passava dentro de casa.

Em 2002, na UAISM passou por alguns atendimentos com psiquiatra, psicólogo, assistente social, foi encaminhada para alguns grupos terapêuticos e orientada a tomar ansiolíticos; no entanto, após 2 meses abandonou o tratamento.

Em 2005, Marcelo com 8 anos sofreu abuso sexual na rua, por esse motivo ela e o filho passaram por um atendimento no “Projeto Aquarela” da Secretaria de Desenvolvimento Social de SJC, que atende crianças e adolescentes vítimas de violência com seus familiares. É um trabalho multissetorial e multiprofissional. Assim, a enfermeira que os atendia percebeu a gravidade do caso e entrou em contato novamente com a UAISM. Alcione e Marcelo com obesidade mórbida, Marcelo com “atraso global do desenvolvimento” foi encaminhado para tratamento no CAPSi e Alcione foi novamente encaminhada à UAISM em razão da “violência psicológica e física no ambiente familiar e postura regredida e deprimida”.

No acolhimento, referiu insônia, muita tristeza e dores no corpo. Disse estar tomando medicamentos para hipertensão arterial e estar no programa para cirurgia bariátrica. Reiniciou seu tratamento na UAISM, com

antidepressivo e dieta alimentar. Durante 7 meses, não criou vínculo com a UAISM, muitas faltas, seu quadro foi piorando: aumento de peso, insônia, queixa de ouvir vozes, dizia ter muito medo, acreditava que era o pai das crianças que a ficava chamando (já estava separada). Foi, então, encaminhada ao CAPS para avaliação.

O primeiro atendimento no CAPS ocorreu em novembro de 2005. Como o objetivo desta pesquisa é descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão e este CAPS é o local do estudo, sua cartografia será descrita com detalhes adiante. No entanto, na sequência, acredito ser essencial caracterizar as pessoas que construíram e constroem esse cotidiano.

4.2 CONHECENDO AS TRABALHADORAS

A força não provém da capacidade física e sim de uma vontade indomável (Gandhi).

Segue-se uma caracterização das trabalhadoras quanto à idade, sexo, profissão, cargo ocupado no CAPS, tempo de trabalho na saúde mental e no CAPS em questão. Estes dados são importantes para conhecer o tempo de convivência entre os membros da equipe, suas experiências e escolhas prévias.

Neste CAPS, as trabalhadoras são mulheres e não existem homens que prestem serviços, mas também não há um motivo específico para isto. Por este motivo, a palavra trabalhador de saúde será sempre referida no feminino. Variam entre 22 e 54 anos de idade, sendo 41,66% de 41 a 50 anos; 25% de 31 a 40 anos; 16,66% de 22 a 30 anos e 16,66% de 51 a 54 anos de idade.

Quanto às profissões e cargos ocupados no CAPS: uma assistente social que, também, é a gerente - Joana; uma enfermeira - Sheila; uma médica psiquiatra - Lívia; uma psicóloga - Clarissa; uma terapeuta ocupacional que, também, é professora universitária - Luana; quatro

auxiliares de enfermagem: uma já completou o curso de técnico – Helena, Paula, Zuleica e Adriana; uma auxiliar de serviços gerais - Alessandra; uma estagiária do 2º ano de administração que trabalha como auxiliar administrativo/recepcionista - Camila e uma auxiliar de limpeza - Antonia.

A respeito do tempo de trabalho na saúde mental, há uma variação de 2 meses até 30 anos.

A estagiária pela característica de seu contrato está a apenas 2 meses no serviço e nunca tinha trabalhado na área de saúde; a estagiária anterior permaneceu no serviço por 3 anos até sua recente formatura. A prefeitura abre vagas semestralmente para cargos administrativos em várias unidades, o candidato faz provas e escolhe o local onde gostaria de estagiar. Aí, é entrevistado pela gerente. O contrato pode ser renovado anualmente, mas não há vínculo empregatício, segue a legislação para estágios. Sua função no serviço é administrativa, não tem responsabilidade “oficial” com o cuidado dos usuários.

A auxiliar de limpeza nunca havia trabalhado anteriormente na área da saúde. É de uma empresa terceirizada e está há 4 anos no CAPS.

As demais profissionais são todas contratadas por meio de concursos promovidos pela prefeitura. Uma está na área da saúde mental há 30 anos; três estão entre 12 a 17 anos; e seis, entre 3 a 7 anos. Já trabalharam em locais variados, como hospitais-dia, outros CAPS, incluindo CAPSi e CAPSad, UAISM, uma já trabalhou, também, com saúde escolar, uma trabalhou na UPA e apenas uma tem experiência hospitalar, incluindo, hospital geral e psiquiátrico.

Quanto ao tempo de trabalho no CAPS, a maioria tem entre 2 e 4 anos. Apenas duas trabalhadoras estão desde sua implantação (4 anos e 6 meses).

Essa caracterização é importante para percebermos que são profissionais experientes, com certa estabilidade no serviço público e com um tempo de trabalho juntos de no mínimo 2 anos, que é um período em que é possível a conquista de um envolvimento e um conhecimento das características dos colegas de trabalho. Outro dado interessante é a experiência na saúde mental, sobretudo, em nível ambulatorial.

4.3 CARTOGRAFANDO O COTIDIANO DE CUIDADOS

Existe uma poética do cotidiano, que, ainda que ela não seja reconhecida, oficial, canonizada, não é menos geradora de socialidade. Ela é constituída de minúsculas atitudes diárias, trajetos, discussões, bricolagens, cozinha, passeios, compras, etc. atitudes pelas quais um grupo de indivíduos se reconhece como tal. Esse reconhecimento ou essa identidade não são uniformes, longe disso, são mutantes e transformáveis, mas constituem, através da própria pluralidade de suas expressões, uma sólida trama, à imagem desses fios, diversos em suas texturas e colorações, que constituem, em seus múltiplos entrecruzamentos, os tecidos resistentes que conhecemos (Maffesoli, 2001, p. 19).

4.3.1 Fluxograma Analisador

Como ferramenta para demonstrar o cotidiano de cuidados, o Fluxograma Analisador foi usado, pois acreditamos que ele permite mostrar uma visão em vários níveis: institucional, em equipe e individual.

Ao acompanharmos a história dos devires da usuária no CAPS, os fluxos conectivos que se formaram no âmbito da produção do cuidado, no serviço, tiveram forte potência produtiva, criando linhas de fuga, provocando desvios nos “itinerários terapêuticos”, quando os sistemas produtivos já não correspondiam a certas expectativas das trabalhadoras ou mesmo dos usuários do CAPS (Franco, 2006; Franco, Merhy, 2007).

Isto porque, segundo Franco e Merhy (2007), os intensos fluxos conectivos entre os diversos trabalhadores - e entre estes e os usuários - produzem a realidade dentro de um serviço ou de uma equipe de saúde, por meio de uma interação, operando processos produtivos que se estruturam em um dado tipo de organização de redes, cujo “centro nervoso” é o trabalho vivo em ato, como o substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde vão acontecendo.

Em um primeiro momento, o fluxograma é mostrado em forma de diagrama logo após cada fase será descrita separadamente (figura 2).

Figura 2 - Fluxograma analisador do processo de trabalho, São José dos Campos – SP

4.3.1.1 Descrição do Fluxograma Analisador

ENTRADA

Neste CAPS, um usuário pode dar entrada das seguintes formas: encaminhado pela UPA, pelos hospitais gerais e psiquiátricos, pelas UAISM, demanda espontânea, solicitação de um consultório ou de outras secretarias.

Não há porteiro, vigia ou qualquer pessoa que permita ou não a entrada de um usuário. Há apenas um portão comum com interfone. A pessoa chega e precisa tocar neste interfone. Na recepção, alguém que está por lá no momento que toca a campainha, olha pela janela e abre o portão automático.

Às vezes, este portão fica fechado, às vezes, fica aberto. Depende das características dos usuários que estão no CAPS. Algumas vezes, durante o início do período de observação, encontrei uma usuária em crise, com agitação psicomotora e sintomas psicóticos. Como havia risco de fuga e perigo de que ela ficasse perdida na rua ou fosse atropelada, nesses dias o portão ficava fechado. Quando não havia usuários em risco, o portão ficava aberto.

Existe o risco de algumas instituições chamadas abertas, como os CAPS, tornarem-se no dia a dia instituições com características manicomiais e, isso, pode ser visto desde o momento da entrada; o usuário tem liberdade de ir e vir ou não?

Merhy (2007b) lembra que os CAPS prometem fazer a crítica do mundo manicomial e, ao mesmo tempo, ser lugar de construção das práticas alternativas e substitutivas. Assim, o portão ficar trancado, estaria ferindo o direito do usuário de ir e vir. Mas, e o risco de fuga? E a responsabilidade da equipe perante o usuário e seu familiar? Daí, a necessidade da equipe estar utilizando uma tecnologia leve, como a criatividade para conseguir produzir novas lógicas de cuidado substitutivas e consistentes. Faz-se necessário

uma discussão da equipe a respeito desta questão, pois pela presença de uma usuária em agitação todos os demais usuários perdem seu direito de ir e vir e precisam pedir para entrar ou sair.

Há instituições onde existe a necessidade de agendamento por telefone, outras atendem conforme a ordem de chegada e os usuários fazem fila à porta.

As trabalhadoras contam que a entrada no serviço é muito tranquila, todos que chegam entram. Comentam que há alguns anos havia um porteiro: *“Tinha o seu José... mas ele sempre deixava entrar...”* (Joana). Luana reforça: *“é, ele não barrava ninguém não.”*

Alcione foi transferida da UAISM para o CAPS por não criar vínculo com a unidade e a piora de seu quadro, portanto, ela tinha uma carta de encaminhamento quando deu a entrada no CAPS.

RECEPÇÃO

A recepção do usuário é realizada em dupla, em sistema de rodízio, nominada pelas trabalhadoras de plantão. Cada dia há uma dupla de plantão, e elas vão realizando o rodízio.

Joana explica: *“... muitas vezes, a recepção seria realmente apenas uma porta de entrada literal, mas quem vai receber realmente esse paciente é o plantonista. Porque ou ele vai acolher ou ele vai fazer uma triagem. Então, são dois procedimentos. Então, na realidade, essa recepção é do plantonista ou do que vai fazer ali a triagem.”*

Camila – a auxiliar-administrativo – fica na primeira mesa, ao lado da porta de entrada. É ela quem, geralmente, atende primeiro o usuário. Caso seja um novo usuário, ela checa se há documento de encaminhamento ou não, preenche uma ficha de triagem e solicita, para que ele aguarde nas cadeiras que estão logo à sua frente. Avisa a dupla de plantão daquele dia e continua com sua rotina. Caso o usuário já seja atendido no CAPS, ela solicita para que eles assinem a lista de presença que está em sua mesa. Geralmente os próprios usuários chegam e assinam a lista.

Em 2005, quando Alcione deu entrada no CAPS Camila ainda não trabalhava lá, mas, atualmente, Camila recepciona os usuários com calma e simpatia. É jovem, paciente e muito sorridente. Diz que, apesar de estar há pouco tempo trabalhando no CAPS e nunca ter trabalhado na área da saúde, está gostando bastante. No CAPS, sua função é administrativa; como: atendimento telefônico, agendamentos de consultas, lançamento de documentos no computador e ficar atenta a campainha. Está há 2 meses no serviço, foi entrevistada e treinada pela gerente – Joana.

Sabemos da importância da recepção, muitas vezes é o primeiro contato do usuário com a instituição e é daí que ele pode criar suas impressões sobre o serviço.

A dupla de plantão faz então o acolhimento e passa a ser a referência do usuário. Porém, há exceções como no caso de Alcione.

O acolhimento de Alcione foi realizado por Helena e Fábio - um psiquiatra que a atendia na UAISM. Este médico trabalhava nas duas unidades, acompanhou seu caso na UAISM e acreditou que no CAPS ela poderia vir a ter um atendimento mais próximo de suas necessidades.

Como Fábio já conhecia seu caso foi ele quem fez o primeiro atendimento, junto a sua dupla do dia que era Helena. Joana ainda não trabalhava no CAPS nesta época e assumiu o caso de Alcione quando este médico saiu da instituição.

DECISÃO

Várias vezes, ocorrem momentos decisórios. As decisões mais importantes, geralmente, são tomadas em equipe, mas, existem momentos que um membro da equipe precisa tomar essa decisão sozinho.

Aqui descrevo o processo decisório inicial e ao longo da descrição do cardápio, acrescento as outras decisões que foram realizadas ao longo dos anos de cuidado prestados pela equipe a Alcione.

Após o acolhimento, a dupla de plantão verifica se o usuário se encaixa nos requisitos do CAPS, como endereço, idade, gravidade e especificidade

do caso. Se o usuário não se encaixar no perfil da unidade, será encaminhado para outras instituições, como CAPSi, CAPSad, UAISM, UBS.

No caso de Alcione, a primeira decisão foi facilitada pela presença do psiquiatra que já a conhecia e fez o encaminhamento. Portanto, na percepção dele e de Helena, Alcione cumpria os requisitos de um usuário de CAPS. Helena explica: *“Foi o Dr. Fábio mesmo que trouxe. Ele tratava dela lá e transferiu. Ele já tinha entendido como um caso CAPS. Aí ele trouxe para a equipe na época”*.

CARDÁPIO

Neste CAPS, existe uma rotina, pois, após a primeira decisão da dupla que fez o acolhimento, o usuário é encaminhado para uma avaliação médica.

Depois desta avaliação, o caso do usuário é levado à próxima reunião da equipe e discutido com todos os membros. Esta reunião ocorre uma vez por semana e ali são tratados assuntos variados, administrativos, gerenciais, de recursos humanos e, também, são discutidos os novos casos e casos que estão precisando de uma reavaliação. Todas as trabalhadoras participam da reunião, exceto a auxiliar de limpeza, em razão de seu contrato trabalhista, é de uma empresa terceirizada.

O caso de Alcione foi trazido à equipe pelos profissionais referência – Fábio e Helena (em 2005). Sua história foi relatada, suas dificuldades para criar vínculo com a UAISM, e os trabalhadores tomaram a DECISÃO de cuidar de Alcione no CAPS. Luana pontua: *“E, aí, entrou no mesmo esquema. Triagem, discussão, mesmo sendo paciente dele lá, entrou no mesmo fluxo nosso”*.

Após esta decisão a equipe percorre o projeto terapêutico individual. Joana esclarece: *“A decisão do projeto terapêutico do paciente é tomada pela equipe”*. E Luana acrescenta: *“E, aí, uma vez decidido, a referência leva ao paciente, familiar o que foi decidido e encaminha conforme as propostas”*. Clarissa complementa: *“E, aí, é que fecha o projeto terapêutico”*.

Helena lembra desse período: *“Quando ela veio pra cá, era bem complicado, porque ela quase não falava, muito quieta, deprimida mesmo. E foi um trabalho assim... o Dr. Fábio junto comigo passou o que ela tinha, o problema com a obesidade e foi por aí que a gente foi seguindo. Eu corri atrás porque percebi que era isso que a incomodava mesmo. Aí busquei um tratamento pra ela e comecei a mostrar pra ela que ela poderia melhorar, que ela poderia conseguir isso”*.

Helena é atenciosa, responsável e interessou-se por Alcione desde o início. Em vários momentos, percebi sua luta para conseguir algum tipo de resposta de Alcione. Outros membros da equipe, também percebem e respeitam isso. Joana conta: *“Acho que no início foi muito difícil, ela teve dificuldade de adesão ao CAPS, tinha as questões de levantar cedo... No início, a Helena com muita dificuldade... digo a Helena, porque no começo foi quem mais fez atendimento, quem mais lutou”*.

Uma vez a equipe ter decidido cuidar de Alcione, foi traçado um cardápio para ela. Neste momento, observo o cuidado com a singularidade dos usuários. Luana fala como é esse processo de construção do cardápio: *“... na triagem, a gente também pergunta o que ele espera do serviço. Até pra você não ir: ah pra você vai ser bom isso, isso, isso. O que que você quer? Ah, eu quero ter mais saúde. O que é saúde pra você? Ah, eu queria ter mais disposição para fazer as coisas... ah, eu gostaria de controlar melhor a minha doença. Então, depende do que ele vai pedindo a nossa ajuda”*.

Joana concorda: *“É aí que entra a questão da singularidade, né!? Porque vai da necessidade da pessoa”*. E Clarissa lembra: *“Você pesquisa junto com ele o projeto de vida dele [...] é até um histórico esse projeto de vida... como ele era antes, que projeto ele tinha? Como a doença modificou? A gente tenta resgatar isso”*.

Para o cardápio de Alcione, Helena diz: *“Ah, acho que no começo foi meio intuitivo, foi construindo...”*

O primeiro cardápio de Alcione incluía os grupos terapêuticos de arteterapia, costura, o preparo para a cirurgia bariátrica e medicamentos. Alcione não teve boa resposta, apresentando atrasos e faltas. Assim, as

trabalhadoras questionaram se o PTS estava adequado e perceberam que precisavam realizar mudanças.

Iniciaram, então, uma fase com imposição de limites e atendimento familiar, mantiveram o preparo para a cirurgia bariátrica e os medicamentos. O grupo de costura foi transformado no grupo do brechó e inseriram Alcione no grupo do fuxico e bijouteria.

Alcione apresentou uma boa resposta a este projeto terapêutico e pediu para entrar no grupo do mosaico. A equipe discutiu a questão e decidiu que seria bom para ela. Nesta época, ela saiu do grupo do fuxico.

A equipe começou a perceber que sempre que chegava perto a possibilidade da cirurgia bariátrica, Alcione engordava mais e faltava às reuniões. Percorrendo o assunto, perceberam que Alcione tinha medo de morrer, pois ela contou que uma amiga havia morrido após a cirurgia. Assim, a equipe resolveu deixar a iniciativa para realizar a cirurgia para Alcione.

SAÍDA

A saída de um usuário pode se dar pela melhora do quadro, diminuindo a intensidade do tratamento por alta, abandono, óbito. Percebi que a saída é o momento mais difícil às trabalhadoras.

Alcione está em tratamento semi-intensivo (três vezes por semana) e já passou por algumas saídas nesses 4 anos de tratamento. Ela já participou de alguns grupos terapêuticos e, atualmente, está em outros. Sua solicitação de entrar para o grupo do mosaico foi percebida, como uma saída, pois demonstrou vontade e iniciativa. A cirurgia bariátrica estava sob responsabilidade dos trabalhadores, no momento, eles passaram para ela a escolha e a busca do tratamento. O vínculo com a equipe e com os usuários modificou-se bastante e os sintomas de depressão diminuíram.

4.3.2 Cotidiano de Cuidados

A poética da vida cotidiana, as criações minúsculas e imperceptíveis permitem de fato a perduração da socialidade. Se não houvesse uma carga mágica na vida cotidiana, o aspecto mortífero da automação dominaria a pulsão do querer-viver (Maffesoli, 2001, p. 107).

O cotidiano de cuidados foi cartografado e, dessa forma, foi sendo desenhado ao mesmo tempo que os territórios foram tomando corpo.

A cartografia acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanche de certos mundos e a formação de outros: que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (Rolnik, 2007).

Assim, deste modo, direcionei meu olhar para sentir como o cotidiano de cuidados foi sendo criado. Rolnik (2007, p.23) diz que é tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. “O cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago”.

Assim, segue a cartografia do cotidiano de cuidados a Alcione, que vou contar em forma de história, caminhando por estradas macias em alta velocidade, por vezes, parada no congestionamento, passando por buracos, lombadas, retas, curvas, desvios e derrapagens.

Os territórios foram se formando, por vezes, desterritorializando-se e, posteriormente, reterritorializando-se. Acompanhei as linhas que se formaram e desmancharam e como se deu a produção de sentidos. Busquei os movimentos do trabalho vivo em ato, por vezes, capturado pelo trabalho morto. A luta entre as forças instituintes e o instituído. Utilizei os ruídos como guia para um processo de análise da dinâmica institucional do CAPS.

No cotidiano de cuidados, o processo de trabalho ocorre como um todo, porém para melhor compreensão separei didaticamente os territórios do fazer, do pensar o fazer e das capturas.

4.3.2.1 Território do Fazer

Agir, ali, no dia a dia, pede capacidade de manejar os acontecimentos, para muito além de uma certa capacidade de previsibilidade, que um saber-fazer estruturado, como dado a priori da ação, possa conter. Esse manejo tem que ter o sentido prático de produzir algo que faça sentido no campo de ação onde se insere e, assim, há que ter certa instrumentalidade. Tem que ter também profunda direcionalidade, de acordo com o lugar de produção onde ocorre e com a 'alma' do fazer desse mesmo lugar. Estar no campo das práticas de saúde o implica com o ato de cuidar e o compromisso de produção de vida (Merhy, 2007c, p.13).

Neste território, apresentamos as ações das trabalhadoras desde o primeiro dia de Alcione no CAPS, incluindo, o primeiro PTS, as alterações que foram realizadas e o porquê delas.

Durante os meses em que realizei a pesquisa e acompanhei o trabalho da equipe, observei que elas buscam trabalhar com o conceito de “clínica ampliada”. Ou seja, um trabalho clínico que visa ao sujeito, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia destes. Para Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica e este é o sujeito. A ampliação também se dá no objetivo do trabalho clínico, que é também contribuir para a autonomia os usuários.

A clínica ampliada é um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular, como: assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir um compromisso ético profundo (Brasil, 2007).

Alcione chegou ao CAPS com um histórico de não adesão ao serviço de saúde oferecido anteriormente e piora do quadro. O caso foi discutido em equipe e entrou na rotina do serviço conforme relatado acima.

Helena, uma de suas referências, diz que foi muito difícil no início: “...ela chegou bem deprimida [...] até isso de avaliar o que ela queria, quais as vontades dela, meio que ir descobrindo...” Nessa fala, percebemos a

importância de olhar para cada usuário como um ser único, sujeito de desejos, conhecer qual o ponto que a atrairia, por onde criar o vínculo.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”. É bastante desenvolvido como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (Brasil, 2007).

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, é melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (Brasil, 2007).

Conhecer o histórico de Alcione ajudou bastante na construção do PTS e ouvir as percepções de outra trabalhadora foi fundamental. Helena diz *“...ajudava também a Zuleica ir falando como ela era. Ela conhecia a família”*.

No processo de criar um vínculo inicial com Alcione, percebi a atenção de algumas trabalhadoras voltada a ela, trabalhando em equipe, prontas a receber qualquer informação ou opinião que pudesse ajudar, independente de sua especialidade profissional ou de ser sua referência.

Clarissa fala da dificuldade inicial: *“...quando ela estava na UAISM, ela não ia [...] não vinculou, se fazia de vítima, não conseguia vincular de jeito nenhum e aqui no CAPS ela fez esse movimento, mas ela acabou vinculando”*.

Para Cecílio (2001, p. 114) a criação de vínculos “(a) efetivos” entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional representa um dos conjuntos que também apreenderiam as necessidades de saúde, reconhecendo que o vínculo “significa o estabelecimento de uma relação

contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”. Assim, o autor faz o que chama de uma “reconceitualização” do conceito de vínculo, ressignificando-o para além da simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa.

Esse vínculo foi estabelecido em razão do interesse manifestado sobretudo por Helena que nos conta: *“por várias vezes, eu liguei, fui atrás... Eu senti que foi um marco uma vez que ela não estava vindo. Eu liguei, ela fica muito... ela gosta disso [...] então, aí deu pra perceber isso”*.

Entretanto, este vínculo não se deu imediatamente, sendo necessário atenção, acolhimento e muito trabalho da equipe. O cardápio inicial era composto do grupo de arteterapia e do grupo de costura e o atendimento da psiquiatra com a manutenção do antidepressivo que ela já tomava e aguardava a liberação para a cirurgia bariátrica.

Luana conta como foi nesse início: *“ela vinha [...] mas, ela vinha no dia seguinte. Por exemplo, se o dia combinado com ela era na terça, ela aparecia aqui na quarta. Era sempre o outro dia que não o que tinha sido combinado com ela.”* Joana completa: *“E depois, ela começou a chegar só para o almoço [...] sempre justificava com a dificuldade para levantar”*.

Clarissa diz que, no grupo de arteterapia, ela vinha mais sistematicamente, mas faltava bastante.

Helena conta que: *“quando trouxe a mãe, também, foi um marco”*. Joana complementa; *“... começou o atendimento familiar, e a mãe se comprometeu a chamá-la às 8h da manhã pra ver se ela chegava aqui às 10h”*.

Aqui cabe uma explicação. Alcione mora perto do CAPS e vai caminhando, porém é obesa e sofre algumas dificuldades em razão do peso. Joana comenta: *“às vezes, é o sol. Porque ela espera baixar o sol porque o que acontece, ela fica toda assada [...] mesmo quando não tem sol, ela chega toda suada. Ela chega, senta um pouco, e ela transpira muito”*.

A reabilitação é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos. É um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, à comunidade circundante e aos serviços (Saraceno, 2001). Portanto, trazer a mãe de Alcione para participar do tratamento foi uma estratégia marcante,

dando oportunidade para ela ter outros elementos para trocar, além dos sintomas da depressão.

Clarissa lembra algo que chamou bastante sua atenção no grupo de arteterapia: *“ela permite ser invadida [...], aí a pessoa vai, vai, vai, e ela se deixa ser invadida”*. Joana complementa: *“foi um quadro que vocês me mostraram... feito com cores”*. Clarissa confirma: *“Foi esse! Porque ela deixou até de existir a cor dela porque o outro penetrou, e ela deixou de existir completamente”*. Esta questão veremos em vários momentos de sua história de vida e, também, no CAPS. A percepção de Clarissa no grupo foi interessante, pois isso auxiliou na continuidade do cuidado.

A equipe buscou o vínculo por meio de telefonemas, visitas domiciliares, atendimentos individuais, em família e imposição de limites. Foi explicado para Alcione a importância de vir nos dias combinados e no horário das atividades, impondo, assim, os limites necessários para o tratamento. Joana conta que decidiram em equipe que ela viria três vezes por semana, explicaram isso para Alcione e sua mãe. Mas, ela continuava chegando atrasada para as atividades da manhã, muitas vezes, vinha somente no horário do almoço e ia embora logo após.

Assim, tomaram uma decisão, conversaram com Alcione e deixaram claro que ela não iria mais almoçar no CAPS se chegasse atrasada. Joana conta: *“... ela dormia até tarde, vinha, chegava na hora do almoço, almoçava e ia embora. Aí cortou. Ah, então, não vai mais almoçar. Ou você vem para o grupo para ter direito ao almoço ou não vem. E aí ela não conseguia”*. Tentaram outra alternativa, chamaram Alcione e Rosa para um atendimento familiar e, aí, Rosa comprometeu-se a acordá-la para vir às atividades. Aos poucos, ela foi se adequando. Joana conta que ela ainda chega atrasada, mas chega.

É interessante observar que as trabalhadoras não desistiram de Alcione, sempre tentando uma alternativa diferente, buscando suas habilidades até que conseguissem realizar esse vínculo com ela. Vamos percebendo os arsenais tecnológicos que eles utilizam.

Produzir tecnologia é produzir coisas, tanto podem ser materiais como produtos simbólicos que satisfaçam necessidades. Esta tecnologia não se

refere exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos saberes acumulados para a geração de produtos e para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana (Merhy, 2005).

O cuidado em saúde mental é permeado pela reflexão, interpretação e análise, esta é subsidiada pela sua experiência profissional e humana. A característica da tecnologia em saúde mental é peculiar, pois ao se cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas mas sim adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado singular.

A reabilitação psicossocial destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental. A noção de reabilitação baseia-se em importante distinção terminológica proposta pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, doença ou distúrbio (condição física ou mental percebida, como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais); dano ou hipofunção (dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica); desabilitação (*disabilitá*, limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções); deficiência (desvantagem, consequência de uma hipofunção e/ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito) (Saraceno, 2001).

Considerando as definições apresentadas acima, a reabilitação seria compreendida pelo conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade. Quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente à dinâmica de sua vida, há o surgimento de um estado de inércia e diminuição de sua condição para o enfrentamento das dificuldades vividas, situação que pode ser modificada, à medida que o apoio da rede social amplia-se.

Continuando o percurso de Alcione: a atividade de costura foi unida ao grupo do brechó. Clarissa explica: *“É porque no brechó se costura, reforma as roupas”*.

Colocar Alcione no grupo do brechó foi um momento marcante de seu início de tratamento no CAPS, pois ampliou sua rede social e fez com que ela descobrisse algumas habilidades. O brechó acontece duas vezes por semana, às quartas-feiras pela manhã e às sextas-feiras o dia todo. É um grupo coordenado por Clarissa, auxiliado por Zuleica e Alessandra. Há vários tipos de produtos no brechó, todos doados por usuários, trabalhadores e comunidade: roupas, sapatos, bolsas, enfeites, etc. É também colocada à venda as bijouterias que os usuários fabricam no próprio CAPS.

Clarissa explica; *“No brechó, era muito engraçado. Lavar roupa, passar roupas...”* E falando baixinho como Alcione: *“...não, eu não sei lavar e nem passar roupa, é a minha mãe que faz isso...”* Aí Clarissa diz: *“então, é uma boa oportunidade pra você aprender”*. E rindo continua: *“Foi a primeira pessoa que vi passar roupa sentada”*.

Helena complementa: *“Mas foi legal porque foi a partir daí que ela começou a fazer em casa também”*.

A reabilitação psicossocial, também, pode ser considerada como um “processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade” (Pitta, 2001, p.19). Neste caso, Alcione tinha uma limitação; não conseguia passar roupas em pé, cansava facilmente. Novamente, percebi o respeito por suas dificuldades e limitações, podendo passar a roupa sentada. E, também, a busca pela sua melhor condição e aprendizado, ensinando-a a realizar tarefas domésticas. É um exemplo de trabalho vivo em ato, não se deixando capturar pelo instituído. Um trabalhador flexível e atento às necessidades e limitações do usuário.

Para Guattari (2005), em termos de uma análise institucional, uma reconstrução, cuja eficácia é da ordem estético-existencial, passa menos por leis ou programas burocráticos e mais pela promoção de práticas inovadoras, pela disseminação de experiências alternativas, centradas no

respeito à singularidade e no trabalho permanente de produção da subjetividade, que vai ganhando autonomia ao mesmo tempo em que vai se articulando ao social.

Dessa forma, foram conhecendo um pouco mais da vida e da personalidade de Alcione. Helena explica: *“Eu acho até que em casa ela é tratada como ‘café-com-leite’”. A expressão ‘café-com-leite’ é usada pelas crianças para designar as pessoas que estão na brincadeira, porém não de forma séria, ela nunca perde o jogo, afinal não está jogando de verdade. O que as trabalhadoras perceberam é que em razão de Alcione ter tido um problema na infância, que ninguém soube explicar de forma clara, seus familiares sempre a trataram como a coitadinha, alguém que precisa ser cuidada, amparada e, conseqüentemente, não levada a sério, incapaz. Alcione, por sua vez, é portadora dessa identidade, mesmo que seja inconsciente.*

Para Kinoshita (2001) a pessoa que recebe o atributo de doente mental, simultaneamente, enuncia sua negatividade e anula seu poder de contrato em três dimensões fundamentais: troca de bens, de mensagens e afeto. Saraceno (1998, p. 12) complementa: *“A reabilitação é a produção de acesso a oportunidades de outras identidades”.*

A equipe de alguma maneira percebeu essa identidade e sua perda contratual e foi oferecendo responsabilidades para Alcione que evoluiu com uma resposta positiva. Helena conta que, a partir do brechó, ela começou a se soltar. *“É... no fuxico, ela falava a mesma coisa: eu não sei fazer. E aí quando ela começou a perceber que ela sabia fazer, ela levava pra casa, ficou entusiasmada”.*

Reabilitar pode ser também entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia (Kinoshita, 2001). Podemos perceber que a equipe emprestou seu poder contratual para Alcione, dando-lhe liberdade e responsabilidade e ficando próxima para ajudar no que fosse possível.

A autonomia aqui deve ser entendida como a capacidade de uma pessoa gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações

que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autosuficiência nem com independência (Kinoshita, 2001).

Depois de algum tempo, inseriram Alcione no grupo de bijouteria. É um grupo que ocorre às segundas-feiras pela manhã, e é coordenado por Sheila e auxiliado por Zuleica e Alessandra.

Sheila comenta que, no grupo de bijouteria, Alcione faz o mesmo movimento: *“É como no colar. Você dá um colar do mesmo modelo que ela acabou de fazer. ‘Vamos, Alcione, você não vai pegar as peças pra fazer?’ E ela responde baixinho: eu não sei fazer!”* Sheila responde: *“E esse que você terminou?”* Alcione responde que alguém a ajudou. Mas Sheila diz que ninguém ajudou, ela fez sozinha, mas não assume.

Helena e Clarissa concordam, dizendo perceber que ela sempre pede proteção, não assumindo o que fez, dizendo que o outro a ajudou, que foi o outro que fez. Luana diz: *“É porque assumir a torna independente”*. Clarissa concorda: *“É, ela vai ser independente, ela vai ser ela, não vai estar misturada com o outro, vai ter que se diferenciar”*. Luana pontua que se diferenciar tem um preço. Clarissa continua: *“ela sempre é indiferenciada, indiferenciada com o filho, com a irmã, nos grupos”*. E neste momento de sua fala, ela tem um *insight*: *“Então, o nosso trabalho justamente, olha só, é o processo de diferenciação”*.

Alcione sai do grupo de arteterapia no momento em que entra no grupo de bijouteria, pois eram oferecidos no mesmo horário e fica durante certo tempo frequentando os grupos da bijouteria e do brechó.

O atendimento familiar e a participação da mãe em algumas atividades foram importantes para a criação de vínculo da Alcione com o CAPS. Os trabalhadores perceberam que o ânimo de Alcione melhorou ao ver sua mãe vindo vê-la trabalhar no brechó e vir às festas. E foi aí que aconteceu algo inesperado: Alcione pediu para entrar no grupo do mosaico. Esse momento pode ser considerado uma “saída”, pois Alcione demonstrou uma melhora ao mostrar o querer, a vontade, a iniciativa.

Helena conta como foi: *“Ela não tinha iniciativa, e isso era sempre empurrando, trazendo... e a partir desse momento que ela começou a ter*

iniciativa, querer, Ah! Eu quero [...] ela se convidou para o mosaico, foi muito interessante”.

Saraceno (2001) explica que essas interações operativas (entre paciente e outros, entre paciente e vida material, entre paciente e as respostas que ele recebe, entre paciente e lugares) são o patrimônio a que podemos ter acesso e que podem se modificar sob a força de uma intervenção que crie as condições para que o sujeito possa exercitar “mais” escolhas.

O mosaico é um grupo que ocorre às quartas-feiras à tarde, coordenado por Luana e auxiliado por Helena. É um grupo muito animado. Os usuários chegam um pouco antes do horário, e já se unem no local reservado para o grupo: uma mesa grande nos fundos do CAPS. Lá eles conversam, uns sentam e ficam em silêncio, outros ficam cantando e tocando violão, enquanto esperam, outros já vão pegando o trabalho que fizeram na semana passada e reunindo os materiais para dar continuidade.

Luana e Helena iniciam o grupo lembrando, o que foi combinado na semana anterior e cobrando dos usuários uma resposta, sempre em um tom tranquilo. Alguns usuários têm maior iniciativa e recomeçam seu trabalho, outros aguardam orientações que são dadas sempre no sentido de orientar, dando a oportunidade de escolha para o usuário. Dez minutos antes do término do grupo, Helena avisa o horário e pede para que finalizem o trabalho. No final, os usuários colaboram a guardar os materiais no armário, suas peças e ajudar na limpeza da mesa e do chão.

Alcione é uma das usuárias que mais demanda atenção, pergunta bastante como fazer, qual desenho a usar, como pintar, qual cor utilizar, etc. Observei o uso de tecnologias leves e não padronizáveis, como a escuta, a paciência, a atenção, a solidariedade e, sobretudo, a devolução das perguntas no sentido de estimular que a própria usuária fizesse suas escolhas.

Até a finalização da pesquisa de campo, Alcione mantinha-se nos grupos de bijouteria, mosaico e brechó.

Outra oferta que as trabalhadoras trouxeram no cardápio para Alcione foi a cirurgia bariátrica, conhecida como cirurgia para redução do estômago.

Logo que Alcione foi transferida para o CAPS o Dr. Fabio conversou com Helena sobre a questão da obesidade. Ela explica como esse fato ocorreu: *“o Dr. Fábio junto comigo passou o que ela tinha, o problema com a obesidade e foi por aí que a gente foi seguindo. Eu corri atrás porque percebi que era isso que incomodava mesmo. Aí busquei um tratamento pra ela e comecei a mostrar pra ela que ela poderia melhorar, que ela poderia conseguir isso”*.

Alcione refere que começou a engordar aos 28 anos, atualmente, tem obesidade mórbida. Disse que está de mal com o espelho e que não se pesa há muito tempo, então, não posso precisar seu peso.

Nesta questão da obesidade, temos vários ruídos. A obesidade era considerada um problema para quem? Quem decidiu que a cirurgia era o melhor tratamento? Alcione queria fazer a cirurgia?

Em 2005, quando Alcione iniciou seu atendimento no CAPS, Helena, baseada, provavelmente no histórico do tratamento da UAISM, acredita que a obesidade é um problema e que precisa acionar algo para resolvê-lo. Entra em contato com um hospital público da região que faz cirurgia bariátrica e consegue uma consulta para ela. Alcione vai até a consulta, mas não dá seguimento ao procedimento para realização da cirurgia que inclui algumas reuniões com equipe multidisciplinar para orientações e esclarecimentos sobre a cirurgia.

Na entrevista realizada com Alcione, ela refere que uma coisa que iria ajudá-la a melhorar seria realizar a cirurgia, porém disse ser difícil de conseguir e que estava na fila há 5 anos. Questiono o porquê e ela me explica: *“Tem que frequentar muita reunião pra poder dar certo [...] é tão difícil pegar ônibus, é longe. Quando o ônibus tá muito cheio, aí a pessoa é humilhada, é tudo apertado, pra entrar no ônibus, não tem onde sentar. Têm uns que dão lugar pra sentar, outros não têm educação, não dá”*.

Hoje, Helena entende um pouco melhor o que aconteceu: *“A gente percebeu agora em conversa e lendo o prontuário com o tanto que eu insisti”*. Foram várias tentativas de marcar a cirurgia com a equipe do hospital. Clarissa recorda que sempre que havia a possibilidade dela ir fazer a cirurgia, ela engordava ainda mais.

Alcione dizia que queria fazer a cirurgia, mas os trabalhadores começaram a perceber que era um querer sem consistência, frouxo. Luana diz: *“e me parece muito com as outras coisas que ela faz né? Quer frouxamente, alguém vai, adota, toma a frente, faz por ela e aí quando está para marcar a ida ao psicólogo, lá não sei o que, ela engordava. Ganhava peso ao invés de perder”*.

Dr^a. Livia relata: *“Essa questão da cirurgia está mais para uma solução mágica, porque aí ela passa, ela atropela tudo, não se enxerga, nem se percebe gorda, não sabe o quanto gorda ela é, mas existe uma grande ilusão com a cirurgia, então, ela tem essa ideia mágica da cirurgia”*.

Aos poucos, as trabalhadoras foram percebendo que Alcione trata a questão da obesidade com ambiguidade. Clarissa comenta: *“Ela vem chorando todo dia. Ai como gordo sofre, como é triste, como é deprimente, como é humilhante ser gordo!”* Mas Sheila comenta que ela come com desespero, compulsivamente e Helena diz que ela traz guloseimas para comer escondido. Em casa, a mãe cuida da alimentação.

A questão da compulsividade de Alcione não foi trazida em nenhum momento nem nas entrevistas, nem durante os grupos terapêuticos. A geladeira da cozinha que os usuários usam fica trancada com cadeado e uma das justificativas que a equipe deu foi que alguns usuários comem compulsivamente e não respeitam o alimento dos demais. Alcione come compulsivamente, pude presenciar durante o almoço e as confraternizações de que participei que ela pega muita comida de uma vez só, come muito rápido, não mastiga quase os alimentos e não para de comer enquanto há comida presente.

Observei a ausência de trabalhos, conversas ou grupos com o tema compulsividade no CAPS, o que poderia estar ajudando Alcione e outros usuários. Também não me foi relatado como foi a decisão de trancar a geladeira, se haviam sido discutidas outras possíveis soluções com os usuários e a equipe.

Merhy (2007b) lembra que um marcador nobre e um dos eixos nucleares para refletirmos sobre a questão das dificuldades e dúvidas da equipe é a noção de que o trabalho no campo da saúde mental – que se

dirige para desinterditar a produção do desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver, no âmbito social – é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar e interprofissional, transdisciplinar e intersetorial. Daí, a necessidade das trabalhadoras estarem sempre atentos às suas próprias dificuldades e discutirem o assunto em grupo para chegarem a uma decisão em equipe e com os usuários.

Marta já havia estimulado o emagrecimento da irmã por meio de um endocrinologista, porém Alcione não seguiu a dieta.

Há pouco tempo, Alcione contou que uma amiga havia feito a cirurgia bariátrica e havia falecido. Afirmou que tem medo de morrer, mas, quer fazer a cirurgia. Diz que emagrecer seria muito bom.

Em uma reunião familiar onde estiveram presentes Rosa, Marta, Alcione, Helena e eu, Alcione disse que não tem esperanças de emagrecer, compara-se com a irmã que é magra e reclama que Marta não a convida mais para comer na casa dela.

Em vários momentos, percebo a ambiguidade em relação ao corpo, a obesidade e o comer. Os trabalhadores, em equipe, conseguiram perceber isso também e estão buscando outra forma de ajuda. Sheila disse que precisa ficar atenta no horário do almoço: *“... ela tem dieta, pegou o prato e fez uma montanha, sabe, daquelas de trabalhador braçal de salada de macarrão [...] não adianta, a gente pede a dieta, mas...”* Neste dia, Sheila relata que, impulsivamente, chamou a atenção dela na frente dos outros usuários, mas diz que é muito difícil, porque ela não segue a dieta de jeito nenhum, vai comer na mesa dos fundos e come tudo o que os outros usuários oferecem do próprio prato, além de trazer guloseimas e comer escondida.

Podemos perceber que há uma relação complicada entre Alcione e a comida. Ela fala querer emagrecer, mas não consegue seguir as recomendações necessárias para atingir este objetivo. Ela foge à dieta e come escondido. Quando fala de comida, fica eufórica e conta com detalhes o que comeu, qual foi o prato que sua mãe preparou para ela.

Muitas coisas podem estar envolvidas nesta relação com o alimento e observei que não era um tema muito discutido atualmente. Há pouco tempo,

Helena disse que conseguiu perceber a ambiguidade em relação à cirurgia bariátrica e passou a responsabilidade para Alcione. Até o final da pesquisa, Alcione não havia procurado o hospital para dar continuidade ao processo da cirurgia. Depois disso, parece que o assunto obesidade ficou em suspenso.

Na atualidade, a preocupação com o corpo é muito grande e, sobretudo, penso que é exagerada, por vezes impossível de ser alcançado o padrão imposto socialmente. A ideia de ser saudável paira sobre todos, porém ela chega de maneira abusiva e controversa no pensamento das pessoas. Só para citar brevemente, hoje há um consumo maciço de várias vitaminas e chás para emagrecer, academias de ginástica, revistas especializadas no assunto, pesquisas, reportagens, sem falar no abuso do número de cirurgias plásticas.

A cirurgia bariátrica chegou à mídia, como uma solução rápida e fácil para emagrecer. Já trabalhei em hospital que realizava estas cirurgias (são várias técnicas) e a ideia da solução mágica é muito distante da realidade. Este procedimento cirúrgico já existe desde a década de 1970, porém começou a ter repercussão maciça na mídia no final da década de 1990 e início do século XXI, com alguns artistas aparecendo magros na televisão após a cirurgia. A partir daí, a ideia de milagre começou a ser difundida.

Trabalhei com muitos profissionais sérios e sei que é um procedimento cirúrgico invasivo, grande. Há muito cuidado por parte desses profissionais, trabalhando em equipe para obter um resultado e, a cirurgia não é indicada para qualquer pessoa. Inclusive uma das contraindicações é a compulsão alimentar, que deve ser tratada antes da realização da cirurgia.

É interessante observar que os trabalhadores vivem, como todos nós, na pós-modernidade e, portanto, susceptíveis a todos os fenômenos, bons e maus, condicionados a ela. Isso inclui a “moda da magreza”, que vem incutida pela mídia com a ideia de saúde e bem-estar. O problema de Alcione não é da ordem da estética, é um caso grave de obesidade mórbida e comorbidades e, por isso, deve ser trabalhado com muito cuidado. Essas soluções que parecem ser rápidas e são veiculadas por algumas mídias não encaixam no seu perfil e a equipe percebeu isso.

Para Merhy (2007b), o ideal do CAPS para dar certo precisa de uma “revolução cultural” do imaginário social dos vários sujeitos/atores sociais. Só, assim, podem ser geradas novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social aberto ao processo de fabricação de cidadanias, novas e inovadoras.

Como profissionais da área da saúde nossa preocupação com a situação de obesidade de uma pessoa que é hipertensa e tem familiares com diabetes mellitus é relevante, porém a forma de trabalhar a questão deve incluir sua singularidade.

Ao analisar as dificuldades citadas, como o portão e a geladeira trancados e a ausência de trabalhos com o tema compulsividade, concordamos com Ângela Capozollo citada por Merhy (2007b) quando diz que os trabalhadores dos CAPS estão no “olho do furacão”. Afinal, os CAPS prometem fazer a crítica do mundo manicomial e, ao mesmo tempo, ser lugar de construção das práticas alternativas e substitutivas.

Assim, espera-se que consigam colocar em prática esses ideais, porém nem sempre é fácil. Para Merhy (2007b), esses “problemas” podem ser vistos como positivos no sentido que é uma experiência que estão passando em equipe e podem existir dúvidas e experimentações. No entanto, penso na importância da equipe refletir por todos os “problemas” que surgirem, em conjunto, para poder colher os resultados dessas experiências e não precisar mais passar por “problemas” iguais.

Caminhando em direção à subjetividade de Alcione, percebi que a comida tem um significado especial. Ela se sente cuidada e amada quando a mãe prepara seu café da manhã, almoço, lanche, jantar. Cada refeição tem um sabor ímpar, porque é a mãe que prepara. Alcione conta que seus pais e Marcelo têm diabetes e, por conta disso, Rosa toma alguns cuidados: *“Minha mãe compra adoçante e não deixa mais a gente comer açúcar, não. Só adoçante e nós obedece a ela”*. Obedece até certo ponto porque no CAPS ela come qualquer alimento, com açúcar ou não. Interessante perceber que não sei até que ponto ela percebe que acaba comendo açúcar, acredito que não nota e coma escondido dela mesma.

Continuando a fala de Alcione sobre os alimentos que a mãe prepara: *“... salada e bolacha, legumes [...] feijão, arroz, frango com batatinha. É bom, né?! (risos). Às vezes, salsicha, outra hora é carne [...] O almoço aqui é bom também. Tem verdura todo dia. Agora eles cortaram o suco, disseram que a pessoa engorda muito, né?!”*

Ao falar isso faz um olhar pueril, esperando uma confirmação minha, como se não entendesse ou não acreditasse na informação que a equipe passou sobre o suco.

Em um momento da entrevista, quando pergunto quem a ajuda no CAPS, responde que a Clarissa é muito boa, porque faz bolo pra ela. Responde com um grande sorriso nos lábios, mostrando o significado que a comida tem em seu cuidado.

Em vários momentos, fica clara a ambiguidade de Alcione, o querer frouxo, a falta de posicionamento, de decisão, de perseverança, sua fragilidade. Isso incomoda as trabalhadoras, pois fazem um planejamento com ela, e ela não consegue dar continuidade, nem seguir o combinado. Vamos discutir essas questões com mais detalhes no Território do Pensar o Fazer.

No grupo do brechó, Zuleica diz que ela já consegue lidar diferente com a questão da obesidade. *“Hoje, ela já faz piadas com a própria gordura. A Clarissa arrumou uma saia lá pra ela, né? Clarissa. Muito legal! A Clarissa colocou um elástico e a saia é deste tamanho (abre os braços e todos dão risada)... é desse tamanho mesmo! Se a gente abrir os braços, a gente não consegue segurar a saia. Aí, ela pegou, abriu a saia no brechó e fez assim com aquele corpinho todo dela. Falou assim: olha, só o meu corpinho!”*

Clarissa confirma: *“... é, ela vem chorando todo dia. Ai como gordo sofre! Como é triste! Como é deprimente! Como é humilhante ser gordo! Mas aqui no brechó, ela tira o maior sarro, meu corpinho de baleia... (risadas)”*. A Dr^a. Livia confirma: *“Ela vai entrando em contato assim, né?”*

Isso demonstra uma relação de confiança e vínculo. Alcione sente-se aceita pelo grupo, sente-se à vontade até para brincar com algo que a incomoda. Isso foi uma conquista grande das trabalhadoras. Clarissa durante o grupo do brechó também vai consertando as roupas doadas com

os usuários. Ela me contou que é muito difícil ou até impossível encontrar roupas prontas para Alcione comprar, então, nesses momentos, costura algumas roupas para ela. Estive presente em um desses momentos. Clarissa havia acabado de terminar uma blusa e a entregou para Alcione. Esta vestiu na hora e desfilou para todos que estavam presentes no brechó. Ficou muito contente e agradeceu a Clarissa.

Podemos observar com este fato, o empréstimo novamente do poder contratual e o uso de tecnologias leves. Clarissa é psicóloga, portanto, não há em seu contrato de trabalho o dever de costurar para as usuárias, mas Clarissa percebeu que, por aí, ela poderia atingir a usuária terapeuticamente, teve, com seu trabalho, um efeito positivo, uma abertura para a usuária elaborar a questão da obesidade de outra maneira. Isso exige conhecimento científico, mas também virtudes do trabalhador ao estar acolhendo a usuária em sua singularidade. Neste exemplo, cabe também um questionamento: como pessoas que não têm essa visão de mundo, veriam uma psicóloga ficar costurando no horário de trabalho?

O ato de Clarissa mostrou que a mesma entendeu que seu trabalho no CAPS não pode ficar restrito a sua especialidade profissional. Campos (2000) faz uma diferenciação entre núcleo e campo, explicando que no núcleo existe uma aglutinação de conhecimentos, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar, no caso a psicologia. Já o campo da saúde mental, representa um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Nesse caso, dada uma necessidade percebida, a trabalhadora não se manteve restrita ao núcleo de sua profissão.

O novo modelo de atenção pautado nos pressupostos do campo psicossocial, da clínica ampliada e no conceito de reabilitação psicossocial tem, como pressupostos, para os prestadores da assistência, o planejamento do projeto de intervenção coletivizado, a superação da rigidez dos papéis e das especificidades profissionais, a flexibilidade para responder ao parâmetro fundamental da assistência, que é o bem-estar do usuário. Nesse sentido, a prática busca a ampliação da capacidade de entendimento e a apropriação do controle do processo saúde-doença pelo usuário, a

ampliação da sua capacidade de agenciar soluções no campo afetivo, material e social e uma maior participação na vida política e jurídica (Silva, Fonseca, 2003).

A questão sócioeconômica de Alcione também foi levada em consideração durante esse período de atendimento no CAPS. Joana conta que: *“Quando ela chegou aqui, tinha muito a questão do social, era a questão de pedir... do vale-transporte...”*.

Alcione é uma mulher que nunca teve um trabalho remunerado. Sidney deixou-a e os dois filhos passaram muitas necessidades, inclusive, fome. Após a separação, ela foi morar com seus pais.

Alcione fez inscrição para receber uma casa no conjunto habitacional da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU) e está esperando receber o benefício. Ela comenta: *“Outra coisa que me dói muito é que ainda não ganhei minha casinha... Você conhece as casinhas do CDHU? Ia melhorar muito. Porque eu iria morar com o meu filho mais novo, e minha mãe ia ficar com o meu filho mais velho, porque eles brigam muito”*.

Alcione já tentou conseguir o benefício do vale-transporte, porém de acordo com a legislação, o código de sua doença - CID - não lhe oferece este direito. Ela comenta: *“Eles podiam me dar a carteirinha do ônibus, mas não dão, não! Tem outra pessoa que mora aqui pertinho, mais perto do que eu e tem carteirinha. Eu não entendo [...] falaram que a carteirinha é pra saúde mental. E eu não sou da saúde mental?”*

Fica difícil fazer uma avaliação do caso, porque não estava presente e não sei como a questão foi colocada, porém para Alcione isso não ficou entendido, afinal, ela acredita que faz tratamento no CAPS por alguma doença mental, mas para receber o benefício, ela não tem a doença mental. Ficou incoerente para ela. Realmente, como o código da doença é usado para receber o benefício, o código de Alcione não lhe dá este direito. Faltou, talvez, uma melhor explicação disso para ela.

Percebi que Alcione conhece bastante seus direitos sociais e já conseguiu muitos benefícios, o que demonstra que, de alguma forma, ela foi informada e auxiliada a buscar esses benefícios. No CAPS, Clarissa demonstrou se preocupar com a questão dos benefícios de Alcione. Disse

que Alcione havia perdido o direito do benefício do Programa de Renda Mínima e orientou-a a restituí-lo. Ela conseguiu novamente o benefício e, nessa época, perdeu o cartão do banco. Clarissa a estimulou a procurá-lo, falando da importância de guardá-lo em local seguro, longe da senha e Alcione achou o cartão. Havia perdido na mercearia do bairro, e o dono que a conhecia, guardou o cartão.

Alcione demonstra ter uma relação de desapego e até ingenuidade com o dinheiro. Luana comenta: *“É interessante essa questão do dinheiro, é a mãe que traz essa realidade pra ela. Ela é mais guiada por essa questão do afeto”*. Todos os grupos terapêuticos que Alcione frequenta, ela tem a possibilidade de criar e vender. Na bijouteria e no mosaico, os usuários fazem a criação das peças e podem usar ou vender. Parte do dinheiro fica com o CAPS para comprar mais materiais e parte é dividido com os usuários. No brechó, uma parte do dinheiro arrecadado com as vendas é destinado para os usuários que trabalharam e, no final do mês, as contas são feitas em grupo e dividido o dinheiro. Alguns usuários compram coisas dali mesmo, como: roupas, sapatos, bolsas e bijouterias e outros preferem levar o dinheiro para casa.

Alcione fez um quadro no mosaico e disse que iria dar para sua mãe, porém a mãe disse para ela vender e comprar uma farda que seu filho estava precisando para levar à escola. Alcione ficou triste, Joana achou estranho a atitude da mãe *“... não sei, achei estranho isso da mãe recusar [...] a mãe não é afetuosa com ela”*.

Cada usuário coloca o preço que acha que é válido em seu trabalho e Alcione sempre pergunta para os trabalhadores ou para alguns usuários quanto seu trabalho vale. Esta questão foi trabalhada com ela, mas percebi que é algo difícil para Alcione, ela realmente não sabe o quanto vale seu trabalho. Luana comenta que, no grupo do mosaico, isso era algo difícil para a maioria dos usuários, alguns colocavam um preço enorme e outros subjugavam seus trabalhos e colocavam preços que não cobriam nem o material gasto. Assim, ela começou a contar para os usuários o preço de cada material para eles terem uma ideia do gasto e sugerirem o preço apenas de seu trabalho criativo e manual.

Participei desses momentos e foi muito interessante observar a dificuldade de Alcione e, também, de outros usuários. O grupo do mosaico acontece apenas uma vez por semana, então, há peças que os usuários demoram meses para fazer.

Os usuários recebem das trabalhadoras o poder da escolha. Ressalta-se o fato de que as necessidades dos usuários-trabalhadores (tais quais as da população, em geral) foram produzidas e impostas pelo próprio desenvolvimento das forças produtivas, como: necessidade de ganhar dinheiro, viver dignamente, ter acesso aos bens de consumo, ter uma vida afetiva e amorosa estável, além do tratamento clínico, em seu sentido mais estrito (Silva 1997).

Acompanhei Alcione fazer uma caixinha de joias. Primeiro, ela pergunta para Luana e Helena que coordenam o grupo, o que ela deve fazer. Luana devolve a pergunta, Alcione pensa, fala que não sabe, demora certo tempo pensando e depois escolhe fazer a caixinha. Depois pergunta novamente que desenho vai fazer e dessa vez, é Helena quem vai ajudar. Helena gosta de desenhar, pega algumas revistas com desenhos de mosaico e leva para Alcione escolher. Helena, com bastante paciência vai passando pelos desenhos e conversando com Alcione, até que esta escolhe um desenho de flores, mas diz não saber desenhar, então, Helena diz que fará o desenho para ela.

Durante os meses que acompanhei o trabalho no grupo do mosaico, percebi que Helena faz praticamente todos os desenhos, apenas alguns usuários que gostam de desenhar faziam o próprio desenho. Estes usuários mais criativos eram estimulados por Luana e Helena, dando vazão a sua subjetividade. Entretanto, Alcione não era assim e mesmo estimulando-a, ela não queria fazer o próprio desenho. Em todas as ocasiões, ela dizia não saber fazer nem desenhar, pintar, colar e colocar preço, etc.

Helena desenhou as flores escolhidas na peça de madeira e deu para Alcione que elogiou bastante e perguntou “*E agora?*” Mesmo não sendo seu primeiro trabalho, Alcione exigia bastante atenção das trabalhadoras. Então, Luana perguntou que cor ela iria escolher para fazer as flores e, com Alcione foi selecionando as cores e as cerâmicas que seriam utilizadas.

Lentamente, Alcione escolheu as cerâmicas, as cores e começou a cortá-las. Às vezes, pediu auxílio para algum usuário ou às trabalhadoras. Estas sempre buscam devolver a pergunta para deixar a escolha para Alcione. Luana comentou comigo ser difícil segurar a ansiedade de responder algo pronto, mas sabe que o correto é ir levando Alcione para sua própria resposta. Presenciei esses momentos e vi o trabalho vivo em ato ir se construindo a cada questionamento, a cada olhar do trabalhador. Os usuários ficam muito contentes com seus trabalhos, independente de ficarem bonitos e perfeitos para os outros, o importante é cada usuário em sua singularidade desenvolver seu próprio trabalho, em seu ritmo e da maneira que achar melhor.

A cada dia que passava, Alcione construía uma parte do trabalho, em seu ritmo e a cada pergunta, vinha a reposta das trabalhadoras: *“O que você acha?”* E isso se deu com a escolha da cor, com o tipo de pincel que ela usou, com a posição que utilizaria o pincel, como usar a cola, etc. Até chegar na hora de decidir se iria levar para casa ou se iria deixar lá para vender. Alcione decidiu deixar lá para vender, mas não sabia que preço colocar. Perguntou às trabalhadoras que devolveram a pergunta, então, começou a perguntar aos outros usuários. Interessante que ela realmente parecia não ter ideia do valor da caixinha, então, Luana disse quanto custou os materiais necessários para a confecção daquele trabalho e pediu para ela pensar no preço de seu trabalho, de acordo com o tempo que ela gastou, se foi trabalhoso ou não, mesmo assim, Alcione disse não saber que preço colocar. Então, outra usuária disse um preço e Alcione concordou.

A contratualidade do usuário, primeiramente, vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não (Kinoshita, 2001). Quando Helena dá autonomia para Alcione escolher, fica a seu lado, ajuda-a fazendo o desenho está emprestando seu poder contratual. Alcione constrói as peças, mas ainda não sabe usar o poder que lhe está sendo dado, não consegue colocar preço, Luana oferece elementos para aumento desse poder, mas Alcione ainda não consegue, assim uma

usuária oferece naquele momento a solução pronta e dá um preço para o trabalho de Alcione.

Os grupos fazem Alcione sentir que tem algo para trocar com a sociedade, tem algo além da depressão. Quando perguntei durante a entrevista se ela trabalhava, respondeu: *“Eu vendo roupa. Segunda-feira, eu faço bijouteria; quarta-feira de manhã, eu vendo roupa e aí, ao meio-dia, eu faço mosaico. E sexta-feira, eu passo o dia todinho aqui vendendo roupa, aí eu ajudo as meninas a lavar roupa, tem que fazer tudo. Colocar omo®, deixar cheirosinha, que é pra vender, né? [...] faço colar... pra vender. Aí, eu me sinto bem”*. Ou seja, o CAPS representa para ela seu local de trabalho, momento de trocas com as pessoas, ampliação de sua rede social.

As trabalhadoras conseguiram oferecer possibilidades de Alcione criar laços, tecer um território existencial, reinventar sua subjetividade, direcionar seus desejos na contramão das capturas e serializações, das desterritorializações e reterritorializações que são propostas a cada minuto pela economia material e imaterial atual (Pelbart, 2001).

Uma questão que Alcione traz bastante forte é sua relação familiar, sobretudo com o ex-marido. A primeira frase que ela me disse na entrevista foi: *“Meu marido me deixou”*. Observei que os trabalhadores não focam isso, quando ela traz essa questão, eles a ouvem, Helena diz que atualmente ela fala menos de Sidney. Disse que, no início era muito difícil, que chorava sempre que falava no assunto.

Na reunião familiar, Marta deixa muito claro que foi o relacionamento de Alcione com Sidney que causou sua depressão. Chorando ela diz: *“Alcione perdeu a vontade, o ânimo por causa das palavras amargas do marido”*. Diz que ele nunca foi um homem responsável, trabalhador que deixou Alcione e os filhos passarem fome, batia e humilhava, tinha casos extraconjugais, fazia ameaças, várias vezes abandonou-os e depois pediu pra voltar, e ela sempre deixava.

Neste momento da reunião, Alcione faz olhar pueril, distante, mas quando Helena a questiona, afirma: *“Engordei e perdi a vontade de viver, mas preferia ele mesmo assim”*. Helena pede para ela comparar sua vida

com o marido e sem ele. Alcione diz: *“Com ele fico feliz, sem ele fico triste”*. Marta e Rosa não se conformam com a resposta.

É um assunto delicado, muito pessoal, percebi que os trabalhadores lidam nesse momento com a liberdade de opção da usuária.

Alcione diz que se o marido voltasse de Alagoas e pedisse para morar com ela de novo, ela iria querer, porém seu pai não iria deixar. Ela se coloca no papel de filha dependente o tempo todo e em várias ocasiões.

Uma questão que fica muito clara sobre a relação de Alcione com o ex-marido é que ela se lançou na ilusão de um amor romântico aos 13 anos e ainda está mergulhada nesta. Rolnik (2007) trata desta questão de uma maneira muito interessante e acredito que caiba aqui.

Rolnik (2007) chamaria Alcione de “noivinha-que-gora-e-melancoliza”. Ou seja, uma mulher que se lançou inteiramente na ideia de um amor romântico, que não deu certo e melancolizou.

No encontro, os corpos, em seu poder de afetar e serem afetados, se atraem ou se repelem. Dos movimentos de atração e repulsa geram-se efeitos: os corpos são tomados por uma mistura de afetos. Eróticos, sentimentais, estéticos, perceptivos, cognitivos... E seu corpo vibrátil vai mais longe: tais intensidades, no próprio momento em que surgem, já traçam um segundo movimento do desejo, tão imperceptível quanto o primeiro. Ficam ensaiando, mesmo que desajeitadamente, jeitos e trejeitos, gestos, expressões de rosto, palavras... É que, você sabe, intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, se ‘simularem’; sua exteriorização depende de elas tomarem corpo em matérias de expressão. Afetos só ganham espessura de real quando se efetuem (Rolnik, 2007, p. 31).

As máscaras de noivinha que se formaram podem vingar (e serem correspondidas) ou gorar (quando não são correspondidas). Esta última pode gorar e grudar.

Gruda na máscara de noivinha, como se fosse sua essência [...] A máscara nupcial, para se manter, já que não está mais sendo irrigada afetivamente, se enrijece a olhos vistos. E a rigidez parece ser tão forte quanto aquilo que ela tem por missão negar: o movimento de partículas soltas, partículas loucas [...] Ou pode gorar e descolar. Mais corajosa, talvez, ela agüenta ir se equilibrando na corda-bamba sobre o abismo que a ausência de rosto – sua máscara desterritorializada – cava em sua alma (Rolnik, 2007, p. 34).

Há algo que possa tirar a “noivinha-que-gora-e-melancoliza” deste quadro? Sim e não. Rolnik (2007, p. 102) explica:

Basta que um homem, ao qual atribuem qualquer espécie de poder, lhes acene com algum sinal de sedução para que reajam imediatamente, ganhando brilho e reaprumando-se [...] E, por princípio, esse desejo masculino deve estar sempre alhures, pois é dessa esperança infinita que se alimenta e se mobiliza o desejo daquelas mulheres.

E Sidney, qual o seu papel nesta história? Ele representa o papel de pretendente da noivinha, portador do olhar de desejo e aceita-o de bom grado.

Eles têm um verdadeiro pânico em relação à territorialização excessiva e, portanto, à demanda voraz daquelas mulheres – e é fobicamente que reagem a isso. Todo pretendente de “noivinha-que-gora-e-melancoliza” vive escapando e prometendo que, embora naquele momento não seja possível, mais adiante certamente voltará. E quanto mais ele demora para telefonar, mais ela se desespera, mais sente que lhe falta algo, mais supervaloriza aquele homem e mais espera o dia em que se completará através do olhar de seu desejo. Nessa estratégia, ambos incitam o desejo em função de uma imagem de plenitude: a do “amor romântico”. É essa imagem, superincentivada pela mídia que, no caso, captura seu desejo (Rolnik, 2007, p. 103).

Alcione mantém essa máscara de noivinha a espera de Sidney e justifica o fato de não estar com ele como uma obediência a seu pai. A relação com a mãe é de possessividade, diz que a mãe só dá atenção para Marta e para seu neto adotivo, que passa o tempo todo na casa de Marta e não cuida dela. O relato é o mesmo desde seu início de atendimento no CAPS. Joana conta: *“No início, foi muito difícil [...] até a família, ela tinha resistência em trazer a mãe. A Helena tanto insistiu que conseguiu trazer a mãe no primeiro atendimento e aí houve uma série daquilo que a Alcione falava, foi visto que nem tudo era verdade”*. Luana confirma: *“Ela sempre se colocava como vítima... e ainda coloca”*.

Presenciei Alcione dizer que a mãe não viria, que a irmã trabalhava e que também não poderia vir à reunião e, no dia e horário marcados, ambas estavam presentes.

A respeito dos medicamentos do cardápio de Alcione, a equipe fala pouco. Dra. Livia explica: *“... os medicamentos? Sinceramente, no caso dela não foi o determinante para a melhora não, lógico que foi muito importante o antidepressivo... quando aumentou a dose do antidepressivo foi o que fez mais diferença. Antes, ela tomava uma dose baixa, tomava o antipsicótico... ela veio com um diagnóstico diferente, né? Não de depressão. Teve uma influência sim, mas não foi o que determinou, não”*.

O diagnóstico é algo delicado de ser trabalhado. Muitos trabalhadores não concordam utilizá-lo, pois acreditam que ele seja um rótulo, outros pensam que ele é essencial. Para Saraceno, Ascoli e Tognoni (2001), o diagnóstico como dado único, isolado, serve sobretudo para estabelecer a estratégia de intervenção psicofarmacológica, mas os sintomas e os dados a respeito do contexto familiar e social permitem determinar uma estratégia de intervenção mais articulada. Esta é uma discussão antiga que deve ser tratada com profundidade e não é o tema desta tese. No CAPS, utilizam-se as normas da Organização Mundial de Saúde, a Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Alcione estava com o diagnóstico F33.1 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado.

Para Basaglia (1985), para estabelecer uma relação com um sujeito é necessário considerá-lo independente de qual o rótulo que o define. O importante é tomar consciência daquilo que ele representa para o trabalhador, qual a realidade social em que vive e qual seu relacionamento com essa realidade.

A atenção aos sintomas que Alcione trouxe e a relação com sua história de vida foi crucial para a alteração de seu diagnóstico e ajuste nos medicamentos. Percebi que a equipe mantém-se atenta para suas queixas, mas com um olhar crítico. Joana lembra: *“Quando chega na segunda-feira, a gente recebe a notícia: não, ela só fica na cama, não levanta. A gente fica preocupado, vamos ligar lá. Aí, dá 10h ela chega de banhinho tomado, arrumada e não sei o quê. Então, na realidade como ela usa também disso, da coisa da doença pra ficar o final de semana... não ir à igreja e não fazer uma série de coisas que seria de responsabilidade e passa a ideia: não, ela tá com depressão, não quer tomar banho, não quer levantar”*.

Por meio da observação e da experiência, a equipe conseguiu conhecer Alcione, seus sintomas e queixas. Perceberam que precisavam trabalhar de modo crítico e com imposição de limites, senão ela seria também no CAPS tratada como “café-com-leite”.

Joana lembra: *“Até a questão do filho agora ser atropelado. Ela chegou toda chorosa [...] É uma preocupação, mas como resolver? O que está sendo feito? Então começar a pontuar. Porque a mãe já tava indo [...] ela não se envolve, porque a mãe acaba tomando a frente de tudo, mas é como se o sofrimento fosse todo dela”*.

Esta dificuldade foi percebida, também, na reunião de família. Marcelo estava tendo problemas na escola, não entrava nas aulas, brigava muito, falava mal dos professores. Então, a diretora enviou uma carta para Alcione comparecer à escola. Esta disse que não pode ir, porque tem problemas e pediu à mãe para ir. Rosa foi à reunião, assim como foi Rosa quem acompanhou Márcio ao hospital após o atropelamento.

Alcione não assume seu papel de mãe. Pra mim, deu a impressão que ela não sabe desempenhar este papel. O mais velho foi criado por Rosa desde que nasceu, fala para Alcione que ela não é mãe dele, porque não o criou. Aí ela fica triste no dia das mães e bate nele. Às vezes, a chama de doida e ela diz que fica triste, mas, quando precisa assumir alguma coisa diz que tem problemas. Então, fica uma situação difícil na família.

Durante a reunião familiar, presenciei Helena questionar Alcione sobre esse comportamento. A irmã e a mãe falaram que Alcione não entendeu a pergunta, tentando protegê-la, Helena repete o problema de Alcione se esquivar da responsabilidade com os filhos e dar ordens contrárias ao avô, então, Alcione dá uma risada como quem entendeu, mas não responde nada.

Na reunião familiar, observei que Alcione é superprotegida por Marta e Rosa e esse comportamento parece vir desde a infância. Ela é a filha que “teve problemas” e por isso não exigem nem questionam seu comportamento. No CAPS, isso se verificou de outra forma, pois foi questionada, exigida e aprendeu a fazer bijouteria, mosaico, desenho, tarefas domésticas, aprendeu novos comportamentos, maneiras de ver o

mundo. É como se ela estivesse dentro de uma ostra, e a equipe foi mostrando o mundo aos poucos, permitindo que ela abrisse essa casca e enxergasse uma nova realidade.

Alcione queixa-se que o Márcio só obedece a Rosa e gosta mais da comida dela. Senti que Rosa ficou orgulhosa disso. Situação estranha, mas acredito que Rosa trate Márcio mais como filho do que neto. As trabalhadoras, também, perceberam algo parecido. Joana comenta: *“A relação dela fica nessa ambiguidade entre ser filha e ser mãe. Porque quando a mãe quer agir com os netos como mãe mesmo, aí ela diz que a mãe é ela, fica brava, mas ela não tem autonomia também na questão da educação, de tudo. Então, ela sempre se coloca no papel de coitadinha”*. Clarissa concorda: *“Inclusive no papel de vítima dos próprios filhos [...] é como se ela fosse igualzinha a eles”*.

Os dois filhos são adolescentes e parece que estão passando por situações difíceis, sem limites e sem saber a quem obedecer.

Marcelo está com 12 anos e tem obesidade mórbida. A equipe conhece-o porque quando tem alguma festa, ele sempre vai com Alcione. As trabalhadoras perceberam que ele também come de maneira compulsiva. Além disso, Alcione estava muito preocupada com o comportamento deste filho, porque ele estava iniciando o uso de drogas. Ela faltou ao CAPS durante 2 semanas, não apareceu nem para pegar sua dose semanal de medicamentos. Helena ligou algumas vezes e marcou uma reunião familiar. Antes do dia da reunião familiar, Alcione veio ao CAPS. Helena tentou conversar com ela para saber, o que estava acontecendo e Alcione tem um jeito peculiar. Primeiro, ela disse que não estava acontecendo nada, depois disse que tinha algo, mas que não podia falar, depois começou a dar pistas do que podia estar acontecendo. Com tempo, dedicação e paciência, Helena ouviu que Alcione estava tendo problemas com os filhos, segundo ela *“Os meninos estavam cheirando farinha”*, ou seja, usando cocaína.

Marcelo já fez tratamento em uma UAISM por ter sofrido um abuso sexual na rua e, também, porque Alcione era muito agressiva com ele, verbal e fisicamente. Alcione quase perdeu a guarda dos filhos por causa disso. Inclusive, um dos objetivos dos trabalhadores do CAPS com Alcione

foi a questão da agressão com os filhos, cujo resultado foi positivo. Helena explica: *“A princípio, ela veio com um problema de agressão, ela batia nos filhos e, a partir daí, isso começou a mudar, também. Acho que isso tinha muito a ver com a relação com o marido”*. Alcione contou em entrevista que não bate mais nos filhos porque disseram para ela que não adianta.

Conhecendo o histórico de Marcelo, a equipe estava tentando um novo encaminhamento para ele para a UAISM. Além disso, Helena durante a reunião familiar e, também, nos atendimentos individuais colocou a importância do limite e da coerência entre as ordens dos avós de Marcelo e dela própria. Alcione tem muita dificuldade com a autoridade, uma fala frouxa, não é firme com os filhos.

Em casa, parece que Alcione e os filhos são tratados todos como filhos de Rosa, esta se responsabiliza por todos. Rosa ainda ajuda Alcione no banho, pois esta diz que não consegue se lavar por causa da obesidade; é Rosa quem a acorda de manhã, porque ela diz que não consegue acordar por causa dos medicamentos; é Rosa quem prepara os alimentos em casa, organiza e coordena tudo no lar. Clarissa percebeu que: *“ela tem um pouco de ciúmes desse filho mais velho com a mãe [...] é uma relação como se fosse de irmão, porque ela compete com esse filho mais velho a atenção da mãe”*.

Outro exemplo do relacionamento que eles têm em casa é, também, Clarissa que lembra durante a reunião: *“Sabe, que agora eu tô pensando uma coisa. Como as coisas se repetem, né? Porque toda vez, ela ‘não aguento mais lavar lençol mijado, meus filhos fazem xixi na cama’. E eu pensei: ela não cresce e os filhos não crescem. Todos são sempre crianças. E ela agora lavando xixi, é como se ela estivesse no papel de mãe, mas é um papel que ela não quer pra ela, né? É um papel que escraviza ela, ela tem horror a isso. E a mesma coisa, ela faz com a mãe. Ela escraviza essa mãe com esses cuidados que ela necessita. Parece que não é uma relação espontânea. É sempre uma relação escravizada”*.

No grupo do mosaico, houve um fato interessante que merece ser contado: ela iniciou uma peça no mosaico na semana anterior. Era uma flor e, na semana passada, só tinha feito uma pétala. Ela pediu ajuda para

Luana, esta orientou como ela deveria continuar, Alcione continuou parada. Pediu ajuda para Helena que, também, a orientou e continuou circulando entre os demais usuários. Então, ela pediu-me auxílio, pois estava a seu lado, repeti as orientações de Luana e Helena. Ela continuou mexendo nas peças. Então, ela pediu ajuda para outra usuária que costuma fazer o trabalho dos demais e nunca fazia um trabalho próprio. Acertou em cheio na escolha. A outra usuária pegou o trabalho de Alcione e começou a fazer sozinha, com Alcione do lado. Helena e Luana perceberam e deixaram durante um tempo. Logo, Luana questiona quem estava fazendo a peça e Alcione respondeu: *“Ela tá me ajudando porque é minha amiga”*. E Luana respondeu: *“Mas, a sua amiga pode te ajudar, te ensinando e não fazendo por você”*.

Luana disse que já percebeu isso outras vezes: *“Ela faz cara de pena, alguém vai lá, adota ela, então, ela deixa. Aí, ela sai de cena e abre um sorriso”*. Clarissa concorda e diz: *“Ela permite ser invadida, mas não se sente. Ela permite porque tem algum benefício com isso”*.

Após esta cena, Alcione deu risada e disse que a Luana estava pegando no pé dela, não demonstrou ficar chateada, mas gostou que alguém percebeu e questionou sua postura. Para mim, pareceu uma criança quando faz algo que sabe que é errado e fica esperando os pais perceberem para dar bronca.

Neste caso, vemos a tecnologia ser usada. Tecnologia não é só a aplicação de ciência, de um conhecimento, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também uma decisão que os profissionais de saúde devem repensar, ao utilizarem tecnologias, já que, a partir daí, constroem mediações, escolhendo, dentro de certas possibilidades, o que devem querer, ser e fazer (Ayres, 2001).

A construção formal do projeto terapêutico singularizado de Alcione foi realizada apenas no final de 2007, 2 anos após iniciar seu tratamento no CAPS. A justificativa das trabalhadoras referência é que Joana havia iniciado seu trabalho no CAPS há apenas 1 ano e havia assumido a gerência. Ela ocupa, também, a função de assistente social do CAPS e tornou-se referência de Alcione quando Dr. Fábio saiu do CAPS. Mas vimos que este

PTS já havia sido realizado informalmente e estava em prática desde a entrada de Alcione no CAPS.

A sua confecção seguiu as diretrizes da Política Nacional de Humanização, que o divide em quatro momentos (Brasil, 2007):

1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças, como: as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazos que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e serão feitas as devidas correções de rumo.

A partir de todo este processo, chega-se a uma proposta, que deve começar a ser negociada com o usuário. Se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, a negociação deverá ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo (no caso Joana e Helena).

E, assim, foi feito. Após a discussão sobre seu caso em equipe, Helena marcou uma reunião com Alcione e Rosa.

Participaram Helena, Joana, Alcione e Rosa. A primeira vez que marcaram com a mãe, esta não apareceu. Helena ligou e Rosa justificou que não pôde ir. Marcaram novamente e a reunião aconteceu. Rosa narrou um pouco da história de vida de Alcione, mas ambas se recusam a falar de alguns fatos, como a morte do irmão mais novo de Alcione ainda na infância e como Alcione conheceu seu ex-marido.

Foi uma primeira reunião, porém, até julho de 2008, elas não tinham conseguido terminar o projeto terapêutico de Alcione, e era algo que elas sentiam como dívida, comentaram algumas vezes sobre a dificuldade de

fechar este ciclo, que era algo importante, mas que não haviam conseguido tempo e disposição para tal. Minha análise é que elas haviam pensado em um projeto terapêutico e este estava sendo realizado no cotidiano de cuidados por meio dos atendimentos individuais, da participação nos grupos, da avaliação e reavaliação dos benefícios de cada grupo terapêutico, da avaliação dos efeitos dos medicamentos e da evolução de Alcione de uma maneira geral. Entretanto, elas não haviam conseguido passar estas ações em um impresso formal, na linguagem escrita e isso as incomodava.

Percebi que, no início, foi muito difícil para a equipe porque Alcione é uma pessoa complexa que não tem clara suas necessidades, traz muitas demandas e exige bastante atenção. Mas, a equipe conseguiu fazer um bom acolhimento, respeitá-la e criar um vínculo com ela, por meio de ações simples como respeitar seu tempo, aceitar suas dificuldades, estimular o aprendizado dentro das possibilidades de Alcione, descobrir aos poucos seus interesses até chegar a seu projeto de vida.

As ações simples como expliquei acima, são simples, mas não devem ser confundidas com ações fáceis. Para um trabalhador executar estas ações, precisa ter disponibilidade, vontade e conhecimento. Muitas vezes, são as ações mais difíceis, pois exigem atenção constante, focada e uma transformação no modo de ser e trabalhar.

A equipe possibilitou espaço para reconstruções de subjetividades, são trabalhadores implicados com o cuidado. Após 3 anos de trabalho com Alcione, percebi que a equipe respeita-a, acolhe-a e dá limites. As trabalhadoras conseguiram olhar para Alcione como um ser único, singular e em todo instante, inclusive em nossos encontros, estão abertas a aprenderem ainda mais sobre e com Alcione. Experiências são realizadas, umas têm resultado positivo e outras nem tanto, mas todas são boas quando pensamos que servem para o aprendizado. Uma equipe que aprende com seus próprios “erros”, é uma equipe disposta a estar sempre trabalhando para o melhor. E o que é melhor? Vai depender da pessoa e do contexto.

4.3.2.2 Território do Pensar o Fazer

Partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também, não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e, com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir 'escutas' do nosso fazer cotidiano para captar esses ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, tendo pela frente a permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou seus equivalentes (Merhy, 2007b, p.59).

Neste território, apresentamos os momentos em que os trabalhadores discutem os casos (reuniões formais e informais). São momentos em que fazem uma reflexão sobre seu trabalho, suas técnicas, suas metodologias, suas personalidades, suas dificuldades e facilidades, o que deu certo e o que não deu, como poderão entrar em ressonância com o usuário. São momentos tensos, mas também descontraídos. Nestes momentos, o usuário está ausente. A equipe inteira pode estar reunida ou apenas duas pessoas conversando.

Os momentos formais são as reuniões técnicas e o grupo de estudos. Este CAPS não tinha supervisão externa. Os momentos informais podem acontecer a qualquer instante, porém observei certa regularidade ao conversarem durante as refeições, dentro da farmácia e, às vezes, no espaço da gerente.

As reuniões técnicas acontecem todas terças-feiras das 08h às 12h. Toda a equipe participa, exceto Antonia, a auxiliar de limpeza por ser de uma empresa terceirizada, não atende aos usuários de maneira formal, nem das discussões. Nestas reuniões, são discutidas questões administrativas gerais como horário, cartão de ponto, salários, problemas com as instalações físicas, financiamento, visitas dos usuários a outras instituições, participação destes em eventos, exposições e feiras.

É, também, o momento em que são compartilhados os casos de usuários novos que foram atendidos durante a semana pelas duplas de referência e pela Dra. Lívia. É um momento em que toda a equipe conhece e discute para concluir se o usuário será atendido no CAPS ou será encaminhado a uma outra unidade.

Ocorrem, também, as construções dos projetos terapêuticos e as discussões dos casos dos usuários já em atendimento no CAPS, as novidades, as alterações, as dúvidas, as inquietações e as necessidades dos usuários e da equipe. Assim como a evolução dos grupos terapêuticos, formação de novos grupos e encerramento de outros.

A gerente do CAPS – Joana – é quem conduz as reuniões. Observei que é uma pessoa calma, ponderada, mas, firme. É ela quem participa das reuniões com a coordenação de saúde mental do município e traz para a equipe as decisões. Demonstra ter uma postura séria quando surge algum problema. Nossa primeira reunião com todos da equipe foi remarcada em razão de um imprevisto que, segundo ela, não poderia deixar de resolver ainda naquela semana. Pediu-me desculpas pela impossibilidade, mas era uma necessidade do CAPS. Achei bem interessante sua postura, afinal era algo que eu não tinha conhecimento e não iria levar benefícios, poderia inclusive atrapalhar o andamento do serviço e até a pesquisa, pois era meu primeiro contato com eles. A ansiedade de meu primeiro contato com todos da equipe aumentou um pouco, mas depois percebi que foi uma atitude sábia.

O grupo de estudos acontecia às segundas-feiras das 14h às 16h, porém durante o primeiro semestre de 2008 não houve reunião. A justificativa foi a necessidade de organização do grupo e a falta de tempo. Joana lembra que o grupo foi muito útil para a equipe se aprimorar, buscar novos conhecimentos na área e pensava em reorganizá-lo. A equipe não recebe supervisão externa, assim vejo o estudo em grupo como um momento propício para a discussão das novidades e aprofundamento nas questões teóricas.

Durante a fase da pesquisa, várias pessoas da equipe vieram me procurar para adquirir materiais, conhecer novos autores, saber como estavam as novidades da área da saúde mental. A equipe passa por cursos de aprimoramento, nos quais aprende as políticas de saúde, as maneiras do município trabalhar as questões da saúde coletiva, mas percebi que elas estavam interessadas também nas discussões teóricas, outros referenciais.

Utilizei o fluxograma analisador durante a fase da coleta de dados e as trabalhadoras mostraram-se interessadas em utilizá-lo para outros casos além de Alcione. Solicitaram inclusive que o fluxograma originado da reunião ficasse no CAPS, o que eu prontamente atendi. Fiz uma cópia e deixei o original com Joana. Assim como entreguei alguns textos do Prof^o. Emerson Merhy para leitura e fiquei à disposição, caso tivessem dúvidas.

Outro local que as trabalhadoras usam para conversar é a cozinha, são conversas informais durante as refeições. Observei que elas aproveitam esse momento e falam, além de assuntos pessoais, sobre os usuários e os atendimentos dispensados por elas. Claro que por ser uma conversa informal nem todas estão presentes. Nesses momentos, Antônia participa e dá sua colaboração à equipe.

Antônia é uma pessoa séria e responsável, disse que orienta os usuários a procurarem as outras trabalhadoras para conversar, pois não tem estudo para isso, porém eles sempre a procuram, diz que eles se sentem próximos dela, pois está lá o tempo todo. Mas, não é só esta a questão, ela mora no mesmo bairro que alguns usuários, inclusive, seu filho estuda com o filho de Alcione, moram perto e, às vezes, encontram-se no caminho indo para o CAPS a pé e vão conversando durante o percurso.

Podemos afirmar que o tratamento recebido por Alcione não segue os modelos tradicionais, com dias e horários marcados, correspondente ao paradigma biomédico. Nesses encontros informais, aparentemente banais, muito pode estar acontecendo. Alcione contou os problemas que estava passando com Marcelo para Antonia, pois esta o conhece. São momentos fora do set terapêutico oficial, mas representam, também, momentos terapêuticos.

Antônia traz essas informações à equipe no sentido de ajudar Alcione da melhor maneira que ela percebe. Dessa forma, a equipe recebe mais elementos para trabalhar com Alcione e Antonia recebe maneiras de lidar com os usuários quando estes a procuram.

Nesses momentos, que seriam chamados de intervalos, assuntos surgem e, às vezes, serão pauta da próxima reunião técnica, às vezes, precisam ser resolvidos com urgência.

Estive em vários momentos do cafezinho, são momentos também de descontração e desabafo. Observei que há confiança e cumplicidade entre as trabalhadoras. Houve uma situação em que Sheila interrompeu um momento importante do grupo para tratar de assuntos que poderiam esperar e Helena contou que Luana ficou incomodada com sua postura, mas, que ambas já conhecem o comportamento impulsivo de Sheila e conseguiram dar continuidade ao grupo de maneira satisfatória.

Presenciei momentos em que as trabalhadoras compartilhavam as dificuldades, em especial, ao fazer um planejamento com o usuário e este não responder com os resultados esperados. Percebi que algumas ficavam tristes, outras indignadas, mas achei interessante observar que elas compartilham desses momentos, uma confiando na outra e buscando sua opinião. A ambiguidade de Alcione, o querer frouxo, a falta de posicionamento, de decisão, de perseverança, sua fragilidade eram motivos de comentários e busca de saber o que fazer da próxima vez.

Durante uma discussão em grupo com as trabalhadoras, em que apliquei o fluxograma analisador, Clarissa teve um *insight* sobre a questão da obesidade de Alcione: *“Isso me chama a atenção porque assim o tipo de relação que tem a ver com a comida, esse excesso de comida pra ficar desse tamanho, e a dificuldade de sair desse esquema corporal, também, como se isso fosse um pouco o desenho das relações que se estabelece ali. É uma coisa que me chama atenção, porque é uma coisa contraditória uma pessoa que precisa ganhar o alimento pra sobreviver, porque ela não tem e é obesa”*.

Clarissa continua fazendo uma análise do tamanho físico que Alcione e Marcelo ocupam na família. Zuleica concorda: *“É, a maior parte é deles”*. Clarissa continua questionando: *“E vamos pensar: e perder isso, fazer essa cirurgia, o que isso pode representar? [...] Que espaço é esse que ela ocupa? É um espaço enorme, mas é um espaço vazio”*. E conclui: *“O filho precisou ficar diabético pra emagrecer e pertencer a uma outra classe de pessoas na família... é interessante a gente pensar nessa composição aí...”*.

Helena entra na reflexão: *“E uma coisa que você me fez ver agora também [...] foi depois que a mãe começou a vir aos atendimentos é que eu*

comecei a sentir uma melhora muito grande da Alcione". Joana também participa da reflexão: "Talvez, essa parte do cuidado, de se sentir criança e ter alguém que cuide dessa relação. Ela ainda não cresceu..."

Nesse momento, Zuleica lembra que a irmã, o irmão e a cunhada sempre a levavam ao médico e buscavam medicação. Mas este cuidado mostrou-se inadequado, porque Alcione não aderiu a ele. E Clarissa continua: *"Mas será que ela não precisava sempre estar fugindo do irmão, da irmã e da cunhada, pra ser o centro?"*

Helena lembra que, quando a mãe foi chamada para participar de uma reunião familiar, ela demonstrou que não acreditava que iria dar certo o tratamento de Alcione no CAPS. Isso trouxe à tona o empobrecimento das redes sociais de Alcione, pois a primeira rede social do sujeito é o núcleo familiar (Saraceno, 2001). No caso, este núcleo não estava mais acreditando e confiando que Alcione poderia trazer outros elementos além da depressão, mantendo-a em sua negatividade. Daí, a importância do trabalho com a família também.

Alcione tem uma personalidade peculiar que pode ser confundida com sintomas de depressão e até de uma psicose. Logo no início do seu tratamento na UAISM, os trabalhadores suspeitaram de uma psicose. A Dra. Lívia lembra: *"... por conta de algumas queixas dela de ouvir vozes à noite e ver vultos, ela teve um diagnóstico de um quadro psicótico e não de depressão. Depois de depressão psicótica. Mas sempre vinham sintomas psicóticos, e a gente questiona isso [...] o Dr. Fábio, saiu e eu assumi. Mas a medicação, eu mantive até o antipsicótico, mas depois fui diminuindo a dose e independente da dose, ela ouve mais ou menos ou não tem nenhuma alucinação. Quando a gente começa a esmiuçar isso com ela, parece muito aquela coisa infantil, medo do escuro, do que vai aparecer no escuro, medo de pessoas que podem vir de fora".* Clarissa concorda: *"É mais uma insegurança, né!?"* A Dra. Lívia complementa: *"É, uma insegurança, medo de ficar sozinha. Isso é muito forte. A última vez que ela verbalizou isso, foi associado com medo da morte, com crítica".*

Conhecendo melhor Alcione e sua história de vida, as trabalhadoras conseguiram perceber a questão do medo da morte e do escuro e fizeram

uma articulação com sua infância. Joana lembra a morte do tio de Alcione: *“Na época, que ele morreu, ela tinha muito medo, tinha aquela coisa do interior, de você ver o morto”*. Algumas trabalhadoras vão lembrando costumes antigos, como velar o morto no meio da casa e Joana, que é nordestina, também, lembra de um ritual onde a criança tinha que beijar o pé do morto para perder o medo da morte.

Elas acreditam que os supostos sintomas psicóticos que Alcione relatava no início, eram mais uma forma de demonstrar o que ela estava sentindo: medo. A Dra. Livia retirou o antipsicótico e a manteve apenas com antidepressivos e Alcione não se queixou mais de “alucinações”.

As trabalhadoras perceberam que Alcione teve uma boa resposta com o trabalho e a responsabilidade que lhe foi atribuída, sobretudo no brechó. Joana fala: *“Eu acho que à medida que vai, ela tem melhorado até no sentido de ter conseguido fazer um colar, de ter conseguido levar no salão do irmão para vender algo que ela fez. Acho que isso deu pra ela um sentido, um orgulho [...] antes era mesmo só aquela questão da choradeira. Hoje, ela sabe que pode alguma coisa”*.

Clarissa fala da importância que teve Alcione sentir-se responsável por algo e Joana complementa: *“... no brechó... ela se sentiu importante... de ela ser responsável, receber as pessoas, conversar. Até quando ela recebeu seu primeiro dinheiro... porque foi fruto do seu trabalho, e ela pôde comprar a farda do filho”*. Clarissa lembra um fato que achou importante: *“... ela se sente responsável. Quando sumiu o dinheiro que ela deixou ali, ela ficou desesperada. E ela, nesse ponto, acho que de todos ela é a mais honesta. Ela é honestíssima”*. Helena concorda e diz que ela é *“certinha com as coisas”*.

A liberdade, a responsabilidade e as relações de reciprocidade continuam a ser o eixo condutor fundamental para as relações entre profissionais e usuários, tanto nos processos de transformação do manicômio como no dia a dia das novas instituições (Nicácio, 2003).

Outra questão para a equipe trabalhar é a religião, às vezes, aparece como um problema e às vezes, não. Alcione diz que é católica e Marcelo também, Márcio, os pais e a irmã são mórmons.

Joana conta: *“Ela se diz católica e diz que a família não aceita. Só que agora ela está fazendo um jogo que o pai a deixa ver a canção nova (canal de televisão católica) e até senta para assistir com ela e, ao mesmo tempo, ela valoriza a cesta dos vicentinos é como se ela criticasse os mórmons por não fazerem isso”*. Ela não frequenta a igreja católica. Os pais, a irmã e seus filhos frequentam a igreja mórmon e a convidam para ir junto, para ela não ficar sozinha em casa, mas ela se recusa. Disse-me que eles andam muito bem vestidos e é como se fosse uma humilhação para ela. Marta comenta que Alcione acredita nisso, mas que todos a tratam bem e querem que ela frequente a igreja.

Alcione escolher e se manter em uma religião pode significar para ela mesmo que inconsciente uma linha de fuga. Isto é saudável, pois para Deleuze (1992, p. 30) *“As linhas de fuga conduzem ao desejo, às máquinas do desejo e à organização de um campo social do desejo”*.

Clarissa acredita que: *“Eu acho que aí é um outro ponto da diferenciação. Acho interessante isso da gente pensar pela lógica da diferenciação. Até a religião, ser de uma outra religião, seria um outro ponto dela se diferenciar”*.

Assim, as trabalhadoras são sutis com o tema religião, ouvindo o que ela tem a dizer e fazendo questionamentos. Clarissa teve a percepção de trabalhar com este tema pela lógica da diferenciação e, realmente, é um ponto que Alcione não se deixou levar pela família. É um ponto que ela mostra que tem existência própria, que é um ser singular, único e diferente.

O ser, do ponto de vista de Deleuze (2009, p. 80), é univocamente diferença. *“O ser é que é diferença, no sentido em que ele se diz da diferença [...] O ser é singular não apenas porque é único e absolutamente infinito, mas, o que é mais importante, porque é notável”*.

Luana que trabalha com Alcione no grupo de mosaico toda semana, faz um resumo de sua percepção: *“.. não sei... pra mim, hoje, eu tenho um pouco mais de clareza sobre a Alcione. Eu acho que ela entrou. Algumas pessoas vincularam mais com ela, ela não vinculou com todos da equipe. Hoje, eu a vejo menos como uma depressiva e mais como uma personalidade que acabou se estruturando em cima dessa depressão”*.

Então, assim, não vejo ela deprimida, mas vejo que ela usa da história dela, enquanto uma deprimida para se esquivar, para ficar ainda nessa posição de filha”.

Alcione tem um tempo próprio, ela é muito mais lenta do que a maioria das pessoas. Em casa, Dra. Livia conta que *“Ela fala que faz as coisas em casa, e a mãe reclama que ela é muito lenta. Então, a mãe fala: ‘você é muito lenta, melhor você não fazer. E ela não fala que está fazendo sem vontade ou com preguiça...”*

No CAPS, ela tentou usar o argumento de ser obesa e deprimida e, por isso, não poderia ajudar em nada, porém Sheila diz que foi firme com ela: *“um dia, eu cheguei pra ela e disse: olha, Alcione, o pessoal tá limpando, ajuda a varrer, a passar um pano. E ela disse: nem em casa eu faço isso, por que eu vou fazer aqui? Aí, eu falei pra ela: Mas aqui no CAPS tá todo mundo ajudando. Já que você é poupada em casa, vê se colabora aqui. E, hoje, ela já ajuda na limpeza”.* Clarissa lembra como isso foi importante: *“Outro dia ela falou: minha mãe fica tão feliz, quando eu arrumo a casa”.*

Helena diz perceber que Alcione é lenta, porém, atualmente, ela ajuda bastante, participa e sua lentidão *“... é diferente daquela que não quer participar, que não quer fazer, que dá as escapadelas, a gente percebe. Ela é diferente [...] parece que faltava energia”.* Luana complementa: *“Mas ela tem uma organização, tem foco, vai do início ao fim”.*

As trabalhadoras discutem o porquê dessa lentidão, mas não chegam a um consenso. Alguns acham que é próprio da obesidade, outros da depressão, outros de sua personalidade, ou mesmo, cultural. Joana acredita que seja uma combinação de todos esses fatores. Também acredito nesta última sugestão, pois a negatividade é própria do quadro depressivo e a obesidade leva à lentidão e ao cansaço rápido.

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas em sua vida (Campos, Amaral, 2007).

Assim, observei como foi importante as trabalhadoras perceberem que Alcione era tratada como incapaz e como fazer com que ela se sentisse

capaz. Isso, conseqüentemente, ajudou a família a ver que Alcione tem muitas capacidades. Atualmente, Alcione fala com orgulho que sabe lavar roupas, varrer a casa e fazer outros serviços domésticos que antes dizia não saber fazer, porque ninguém havia ensinado e dito que ela era capaz de executá-los. Ela continua mais lenta do que os demais, porém as pessoas são diferentes, e esse jeito dela deve ser respeitado. Em casa, a mãe entendeu a situação e, no CAPS, na maioria das vezes sua lentidão é respeitada. Percebi que esse aspecto é difícil para algumas trabalhadoras que são naturalmente mais agitadas. Sheila afirma que tem dificuldades com o comportamento de Alcione, diz: *“Ela ainda precisa de um empurrãozinho. Você precisa estar sempre dando aquela chacoalhada, senão ela deita e ali ela fica. Ela se dispersa muito fácil, ela para de repente [...] Enquanto a gente finge que não tá vendo nada ela fica lá parada, eu falo: Alcione! Aí ela: ‘Eu vou fazer’. Do nada assim, sem ninguém conversar com ela, ela para”*.

Algumas trabalhadoras questionam se esse comportamento seria para chamar a atenção delas. Clarissa acredita que *“é uma necessidade de estar o tempo todo do lado dela, conversando com ela, dela ser o centro”*. Zuleica diz: *“Ela é um saco sem fundo mesmo!”* E lembra que Alcione cobra muito da mãe a atenção só para ela e demonstra ter muito ciúmes da irmã. Clarissa conta que: *“Ela mobiliza pena, ela fica assim de um jeito que você se mobiliza...”* Zuleica concorda: *“É... e nunca está tudo bem”*.

Durante os trabalhos nos grupos, também, observei Alcione sempre dizer que não sabia fazer, mesmo quando ela havia feito igual na semana anterior e, com paciência e respeito, as trabalhadoras irem mostrando que foi ela quem fez e como poderia estar dando continuidade ao trabalho.

Na aplicação do fluxograma analisador, temos o símbolo da saída. Ao ser questionada a questão da saída, houve um silêncio geral na reunião, algumas riram, outras ficaram sérias. Dr^a Livia quebrou o silêncio: *“Ih, a saída é um problema aqui no CAPS”*. E Luana complementa; *“Você tá tocando em um problema...”*. Todas riram.

Luana explica que é uma questão discutida caso a caso, não há uma regra, há usuários com sintomas mais leves e uma boa evolução é que são encaminhados às UAISM, outros são mantidos no CAPS.

Helena diz: *“Eu tenho uma fantasia em relação a Alcione de que ela ganhe mais autonomia com o passar do tempo [...] encaminhar para outro projeto. E eu acho que o trabalho tem muito a ver com isso. A Alcione, se ela tivesse a possibilidade de ir para um projeto de ganho mesmo, de fazer um artesanato fora, seria o ideal. Ela ficaria na UAISM mesmo só para o medicamento ou nem isso. Aí eu não sei, aí é com a doutora”*. Clarissa reforça a necessidade de Alcione diferenciar-se antes de ser encaminhada à UAISM.

Percebi a dificuldade das trabalhadoras e expliquei que pode haver várias saídas, além das comuns que são: alta, transferência, abandono ou óbito. Aí a situação na sala ficou mais tranquila, as trabalhadoras respiraram mais aliviadas e começaram a ver várias saídas possíveis para Alcione: fazer cursos, ter um trabalho formal, no sentido de ter a carteira de trabalho assinada, preocupam-se com sua questão social de dependência de benefícios governamentais até que Luana lembra uma questão importantíssima: *“Eu entendo o que vocês estão falando, mas eu não vejo como demanda da Alcione uma volta ao trabalho. Ela gosta de ganhar o dinheirinho, mas uma construção de trabalho, como uma demanda, eu não vejo”*.

Aí as trabalhadoras voltam ao mundo real, deixam as fantasias de lado e lembram que Alcione nunca teve um trabalho formal e, portanto, não existe volta a esse mundo que ela nunca esteve.

Luana complementa: *“Eu acho que isso não é uma demanda da Alcione, mas sim da equipe”*. Algumas trabalhadoras ainda continuam nessa premissa de que trabalhar é bom, faz bem, dá autonomia, favorece a diferenciação e Helena lembra; *“ah, você não viu a alegria dela com o dinheirinho pra comprar a farda...”*

Mas Luana continua firme na ideia de que isso é uma visão da equipe e Sheila lembra que Alcione não respeita os horários e falta às atividades. Helena, quem mais defendeu a ideia do trabalho, finalmente se convenceu que é um desejo da equipe e não de Alcione e lembra um código que eles têm no grupo do mosaico quando o usuário não quer fazer nada, somente, observar os outros: *“Ela gosta de ficar de frozô”*.

Luana fecha esta questão dizendo que é algo importante para ser trabalhado pela equipe, mas sempre dentro do projeto do usuário.

Em uma conversa informal, surgiu a questão da internação ou não de um usuário, percebi que é um assunto muito delicado. Luana acredita que o CAPS consegue fazer uma boa contenção para usuários em crise e que internações não são boas, Helena discorda, acredita que há casos em que eles pioram se a internação não é feita rapidamente. Helena trouxe esta questão em um momento que Luana não estava presente, assim Dra. Livia e Clarissa foram sensatas e disseram que era assunto para a reunião técnica e, assim foi.

No campo da saúde mental, há uma pluralidade de ideias, opiniões, conceitos e teorias. Todos vivemos em um mesmo mundo e somos susceptíveis ao que acontece a nosso redor. Entretanto, Merhy (2007c) lembra algo essencial, quando nos dispomos a trabalhar nesta área. Segundo ele, o cuidado exige capacidade de manejo ali no seu acontecer; exige a produção de caixa de ferramentas de saber-fazer, para que nesse lugar de trabalho possa se produzir com o compromisso, com a construção de processos produtivos cuja alma seja a produção de relações disparadoras de redes sociais vivificadoras, nos planos individual e coletivo. É para o outro que trabalhamos e é no melhor para o outro que precisamos pensar para tomar uma decisão de internação, algo tão delicado e questionável quando não trabalhada de maneira eficaz.

4.3.2.3 Território das capturas... ou não...

... quanto maior a desorientação, maior a vulnerabilidade a se deixar capturar pelo amparo que as centrais de distribuição de sentido e valor oferecem, investindo-as de um suposto saber. E quanto mais isso acontece, mais se agrava, necessariamente, a perda de sensibilidade ao corpo vibrátil: ele vai sendo mais e mais desconsiderado. Por sua vez, mais enfraquecida fica a potência de criação do desejo, mais intimidado e amortecido o gesto criador. Mais se acentua a desorientação. E quanto maior a desorientação... (Rolnik, 2007, p. 101)

Neste território, trabalhamos os momentos de captura do instituinte pelo instituído, do trabalho vivo em ato pelo trabalho morto, as desterritorializações, mas também as reterritorializações e as linhas de fuga.

Durante o período da pesquisa, observei que esta equipe trabalha com alegria e Merhy (2007b), sugere que só pode estar implicada com um agir antimanicomial uma equipe de trabalhadores alegre. A alegria, tomada como indicadora da luta contra a tristeza e o sofrimento a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde, pode, então, ser utilizada como analisadora de suas práticas.

Neste território, faço uma narração da rotina das normas e procedimentos que tive contato durante a pesquisa. Dessa forma, consegui apreender o instituído e as linhas de fuga das trabalhadoras no cotidiano de cuidados.

As trabalhadoras prestaram um concurso público e escolheram o CAPS como local de trabalho; Antonia é a exceção, foi designada a trabalhar no CAPS pela empresa onde trabalha. Todos têm um horário a cumprir e batem cartão de ponto à entrada e saída. Alguns dias, o cartão de ponto ficou quebrado, assim que foi consertado Camila avisou à equipe. Foi interessante observar o modo como trataram o assunto, uns reclamaram, outros deram risada e Zuleica disse que nem precisava do cartão, pois todos cumpriam o horário. Clarissa dando risada disse que era por condicionamento.

Observei que as trabalhadoras cumpriam realmente o horário, e as atividades que eram responsáveis, mas não gostavam de regras muito rígidas. Várias vezes fizeram comentários comigo sobre essas questões.

Durante um almoço dos usuários, Zuleica queixou que há muitas regras e burocracia no CAPS, que ela achava um absurdo ter de jogar fora o almoço que sobrava. Disse que, às vezes, vinha uma quantidade menor de usuários para o almoço e sobrava bastante comida, mas, que as trabalhadoras não podiam comer. A justificativa dessa regra era que a comida vinha para os usuários e não às trabalhadoras.

Outra queixa que ouvi foi de Helena. Estávamos conversando sobre Alcione, e ela se mostrou bastante incomodada, pois Alcione a havia procurado para conversar no dia anterior, ela percebeu que a mesma estava

mais triste, mas não teve tempo, pois estava na farmácia cuidando da distribuição das medicações. Disse que é uma função que não gosta, pois fica distante dos usuários, mas precisa cumprir, pois “*a chefe mandou*”.

As auxiliares e técnicas de enfermagem ficam de plantão na farmácia. Sheila organiza um rodízio e cada uma delas fica um mês no plantão. Algumas auxiliares, como Adriana, gostam desta função e observei que quando estão nos grupos terapêuticos não se sentem à vontade, como se este não fosse um papel para auxiliares e técnicas de enfermagem desempenharem. Helena é diferente, gosta de ser referência, de conversar com os usuários, estar com eles nos grupos e ajudar.

Sheila poderia agir diferente em relação a esta regra do rodízio? Vamos entender um pouco mais a fundo esta questão.

Quanto maior é o compromisso do profissional com o usuário, maior é a convergência dos processos de trabalho nos serviços pela interação entre a equipe multiprofissional. A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, como o rodízio da farmácia fazem com que o profissional de saúde aliene-se do próprio objeto de trabalho, o usuário. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final de sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente (Franco, Bueno e Merhy, 1999).

Para complementar a discussão sobre a organização parcelar do trabalho, recorrendo às ideias de Campos (1997) podemos dizer que, sob esta orientação, o profissional perde o contato com os elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade e tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final de sua intervenção, a recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade.

No entanto, se respaldados pela liberdade para viverem seus processos, os trabalhadores de saúde produzem (e preservam) sua autonomia porque têm a capacidade de leitura de sua própria situação e do que está a sua volta, acreditando na possibilidade do novo; então, tornam-se sujeitos “dinamizadores” com a potencialidade de revolucionar o cotidiano,

recusando o determinismo que esmaga os espaços de liberdade, criação e diversidade (Guattari, Rolnik, 2005; Paim, Almeida Filho, 2000).

Para o primeiro atendimento dos usuários, chamado de triagem neste CAPS, existe uma dupla de trabalhadoras que será a referência dele. Para cada dia da semana, há duas trabalhadoras escaladas para o período da manhã e duas ao período da tarde. Ficam fora da escala Rafaela e Antonia que não podem ser referência e a auxiliar de enfermagem que estiver na farmácia naquele mês. Observei que esta regra, geralmente, funciona bem, pois quando há maior número de usuários para uma equipe, a outra o assume.

O conceito de referência articula-se com os ideais de vínculo e responsabilização, ideais do movimento sanitário.

“A ligação um pouco mais estável e duradoura entre profissionais e pacientes permitiria que o último exercesse melhor seus direitos de cidadania. Afinal, ele conheceria o nome, o posto e as atribuições dos responsáveis pelo seu cuidado” (Campos, 1997, p. 236).

Chamou minha atenção o nome dado para este primeiro atendimento: triagem. Na prática, observei que as trabalhadoras realizam um acolhimento e não uma triagem, pois esta tem um significado distante, frio, com o intuito de selecionar, separar, escolher qual o usuário que será atendido em primeiro lugar e não é isso que é feito. Acredito que o termo seja usado por hábito, pois, antigamente, era assim nos serviços de saúde.

O acolhimento não é uma triagem. Considerando a perspectiva do cotidiano do trabalho em saúde como um espaço físico e de relações que representa um cenário de diferentes olhares – em que ao mesmo tempo confluem-se vivências subjetivas, sociais, de criatividade e de riscos (Santos-Filho, 2007), podemos falar em duas noções de acolhimento.

Uma delas é aquela adotada por Teixeira (2003, p. 101), o acolhimento-diálogo. Para este autor, a substância do trabalho em saúde é a conversa, e o acolhimento seria uma técnica especial de conversar nos espaços dos serviços de saúde, com o papel de “tudo receber, tudo interligar e tudo

mover”, porque é conteúdo de qualquer atividade assistencial e não apenas uma etapa a ser cumprida neste sentido.

Outra noção de acolhimento, pautada pela subjetividade como um de seus componentes fundamentais, é aquela proposta por Bueno e Merhy (1997, p.4), versando sobre a escuta das necessidades do sujeito e o processo de reconhecimento/ responsabilizações entre sujeitos e usuários; ou seja, o acolhimento como sendo “a construção de uma nova ética no modo de ver a doença [...] a ética da diversidade e da tolerância à diferença, da inclusão social”.

Portanto, observamos que há uma dobra entre as perspectivas de acolhimento de Bueno e Merhy (1997) e de Teixeira (2003), no sentido que lhe atribui Silva (2004), em uma releitura de Deleuze: dobra que exprime, tanto um território subjetivo como o processo de produção desse território, exprimindo o próprio caráter coextensivo do dentro e do fora, traduzindo o modo singular pelo qual se produz certa relação de forças.

Desta forma, estes modos de conversar promovem reconhecimento e responsabilizações entre sujeitos (Bueno, Merhy, 1997) por nos levarem a reconhecer o outro como um legítimo outro; reconhecer cada um como insuficiente e reconhecer que “o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes” (Teixeira, 2003, p. 105) – premissas que potencializam a construção de uma nova ética no modo de ver a doença (Bueno, Merhy, 1997).

Em síntese, na perspectiva humana da interação e da construção de vínculos, produzindo subjetividades, o acolhimento possibilita o agir de toda a equipe multiprofissional. Isto porque colocá-lo em ação, requer a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, reorganizando os serviços de saúde pela problematização dos processos de trabalho (Brasil, 2006).

É um momento muito importante para o usuário, e o trabalhador deve ter isso em mente, pois se o acolhimento deixa-se capturar pelo trabalho morto, vai se engendrando como práxis reiterativa que reproduz atividades meramente burocráticas nos serviços de saúde, através de práticas mecanizadas que afastam usuários e trabalhadores por meio de guichês,

normas e protocolos, operando vias de comunicação que não se abrem para espaços relacionais na dimensão do simbólico e do subjetivo, em que os sentidos articulam-se com os saberes (Merhy, 1997; Franco, 2006).

Camila é a responsável por cobrar dos usuários a assinatura no caderno de frequência que fica logo à entrada. Ela me contou que é uma responsabilidade grande, pois é a partir daí que vai colocar os dados no computador uma vez por mês, para gerar o financiamento do CAPS.

Percebi que, de uma maneira geral, a equipe não gosta da parte burocrática do trabalho, faz o mínimo necessário, mas gosta de estar com os usuários. Este dado tem um lado bom e um ruim. O bom é que o atendimento tende a ser de melhor qualidade, porém, o trabalho burocrático muitas vezes é importante, também. Uma anotação completa no prontuário aperfeiçoa o atendimento.

O CAPS tem um acordo com a prefeitura de realizar exposições em épocas, como: Dia das Mães, dos Pais, Natal, etc. Nestas exposições, além de mostrar o trabalho realizado para a população, os usuários têm a chance de vender seus produtos. Acontece durante o horário dos grupos e algumas trabalhadoras vão acompanhá-los aos locais designados pela prefeitura. Os usuários ficam à vontade para irem à exposição ou ficarem no CAPS e, também, quanto a venderem ou não seus produtos e quanto ao preço.

Acompanhei a organização para a exposição do Dia das Mães e foi um momento muito rico, pois os usuários envolvem-se, ficam contentes em poder mostrar seus trabalhos. Eles participam de tudo, desde a organização, limpeza e embalagem dos trabalhos no CAPS até o momento das vendas à população.

Esta exposição, em especial, teve fatos marcantes que merecem ser detalhados. A exposição já estava marcada, com autorização da prefeitura há alguns meses. No dia anterior à exposição, a prefeitura avisa que não haveria mesa para eles colocarem os trabalhos nem transporte para eles. Então, Clarissa teve a ideia de levarem as mesas de plástico do CAPS nos próprios carros. Assim fizeram, no dia combinado passaram no CAPS, pegaram as mesas e foram para o local combinado. Os usuários já iriam encontrar as trabalhadoras no local.

Quando chegaram lá, foram proibidos de montarem as mesas, pois ficava em frente a um órgão estadual e o CAPS é municipal e estávamos em ano eleitoral. Foram, então, para a calçada do outro lado da rua e montaram, finalmente, as mesas, colocaram uma toalha de TNT e todo o material que haviam trazido: mosaicos, bijouterias, cadernos feitos de papel reciclado, roupas de lã, etc. Para mostrar de onde eram os trabalhos, penduraram um cartaz do CAPS em uma árvore. Neste instante, policiais militares que estavam de plantão no local, falaram que eles não poderiam deixar o cartaz na árvore. Passadas poucas horas, foram abordados por um fiscal da prefeitura que havia recebido uma denúncia dos camelôs locais que havia uma barraca sem autorização. Helena e Luana que estavam como responsáveis, conversaram com o fiscal e mostraram a autorização da prefeitura para a exposição durante toda a semana.

Finalmente, os usuários conseguiram iniciar a exposição e venda de seus trabalhos. Passei por lá e fiquei uma tarde com eles, poucas pessoas paravam para olhar os trabalhos, mas os que pararam foram atendidos pelos usuários com respeito e delicadeza. Observei as pessoas nas ruas, elas andavam rápido, sem olhar para os lados, preocupadas, não respondiam ao cumprimento dos usuários. Eles mesmos fizeram este comentário.

Foi preciso resistência, buscar linhas de fuga, pois

se não montar uma máquina revolucionária capaz de se fazer cargo do desejo e dos fenômenos do desejo, o desejo continuará sendo manipulado pelas forças de opressão e repressão, ameaçando, mesmo por dentro, as máquinas revolucionárias (Deleuze, 1992, p. 29).

Segundo Deleuze (1992), Foucault situou as sociedades disciplinares nos séculos XVIII e XIX, que atingiram seu apogeu no século XX. Hoje, já não somos mais uma sociedade disciplinar, representada pelo confinamento (manicômio, prisão, escola, fábrica...). Estamos vivendo dentro de uma sociedade do controle (nome proposto por William Burroughs), que funciona por controle contínuo e comunicação instantânea.

Esta exposição do Dia das Mães mostrou que a equipe não é capturada facilmente, está pronta para vencer as barreiras, procurar linhas de fuga,

criar instituintes, pensar de forma unida e assumir riscos. É uma equipe que não fica restrita ao instituído, às regras preestabelecidas.

Para construir o direito de cidadania, não só como uma escolha ética, mas também técnica, precisamos saber que a construção de espaços de trocas é necessária para gerar relações. Só o cidadão pleno pode exercer suas trocas (Saraceno, 2001).

Outra situação que vale a pena ressaltar, ocorreu com Joana. Quase no final de seu expediente, recebeu uma ligação de uma UBS do Projeto Casulo (projeto que visa a diminuir a taxa de mortalidade materno-infantil por meio de um trabalho integrado, incluindo assistência e orientação à gestante no pré-natal). Nesta UBS, estava uma usuária do CAPS em trabalho de parto e sem acompanhante, pediram, então, para alguém do CAPS ir acompanhá-la até o hospital. Joana foi até lá e levou-a ao Hospital Municipal. A mulher já estava com 40 semanas, então, fizeram uma cesária e ocorreu tudo sem intercorrências. Joana ligou para o marido da mulher que veio até o hospital, trouxe uma bolsa com roupas e disse que não poderia ficar como acompanhante, pois precisava voltar para o serviço. Já eram 19h, a paciente estava bem e Joana disse que também precisava ir embora. Mas, uma professora de enfermagem que estava acompanhando seus alunos nessa unidade, disse a Joana que ela não poderia deixar a paciente sozinha, porque ela poderia “surtar” de uma hora para outra e, portanto, ela não poderia ficar sozinha.

Na micropolítica dos encontros, estes revelam agrupamentos de sujeitos que se colocam diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive em seu pensamento. “Parece que o outro, como estrangeiro, é, para ele, um grande incômodo, não suportando a possibilidade deste existir nem como imaginador” (Merhy, 2003, p.11). No caso de uma maternidade, a usuária era uma estrangeira, portadora de algo que causou grande incômodo naquele ambiente.

Joana foi procurar a enfermeira e o médico responsáveis para conversar, afinal a usuária estava calma, sem sintomas psicóticos e não havia nenhum motivo para essa atitude. Joana tentou mostrar que ali naquela situação havia produção de vida, tentou ressignificar a cena que,

para aqueles que estavam ali, era uma cena de tragédia, de angústia. Merhy (2003, p. 13) lembra que em cada estágio desses encontros, nos quais existe vidas em produção, há a chance de “intervir como trabalhadores militantes autopoieticos”, ou seja, produtores de vida.

Joana foi embora e depois ligou para saber como ela e a criança estavam evoluindo e ficou sabendo que alguns profissionais do hospital queriam chamar o juizado de menor para levar a criança para adoção e não queriam deixá-la amamentar.

Episódio triste, mas ainda muito comum. Dias depois a usuária foi ao CAPS para mostrar sua filha à equipe. Estava tranquila e muito feliz, demonstrando responsabilidade no cuidado da filha.

O episódio trouxe dois aspectos importantes para serem comentados. O primeiro, foi a disponibilidade e humanidade que Joana demonstrou acompanhando a usuária nesse momento tão importante de sua vida. Ela assumiu a responsabilidade, emprestou seu poder contratual neste momento e lutou pelos direitos da usuária, mesmo fora de seu ambiente e horário de trabalho. Outro aspecto é ainda o problema do estigma. É muito triste, ficarmos sabendo desse tipo de situação. Quando vamos conseguir transformar este paradigma?

A ausência de laço ou a incapacidade de criar novos laços seria a condição do excluído contemporâneo (Pelbart, 2001). O estigma leva à impossibilidade de vida, de desejo, ao apagamento do sujeito. É preciso lutar contra as formas de assujeitamento, a submissão da subjetividade, constituir territórios subjetivos a partir das linhas de fuga (Pelbart, 2001).

Neste CAPS, observei uma característica peculiar e, também, nesta equipe, como já me referi anteriormente, ele está situado em um bairro do município e a atenção maior por parte dos coordenadores municipais estava sendo dada na época ao CAPS, que é situado no centro. Estávamos em ano eleitoral para a prefeitura, mas Joana comentou que esse tipo de coisa não alterava a rotina deles, pois o foco estava no CAPS do centro. Isso passava certa tranquilidade à equipe trabalhar, mas também não era foco para melhorias vindas da equipe de coordenadores.

A relação das trabalhadoras com as questões políticas eram bastante frouxas, pouco era comentado. Quanto às políticas de saúde, algumas trabalhadoras tinham conhecimento, como Luana, que era professora universitária. No entanto, elas trabalhavam com o foco da reabilitação psicossocial.

No final do semestre, observei momentos de desestruturação da equipe. Joana ficou fora vários dias para reuniões, algumas trabalhadoras como Clarissa e Luana tiraram férias. Foi um mês que consegui perceber a diferença que algumas trabalhadoras fazem com sua presença. O brechó sem Clarissa ficou disperso. Observei um dia em que as trabalhadoras que acompanharam o grupo, ficaram apenas conversando e fazendo tricô. Uma usuária interessou-se para aprender a fazer tricô e a trabalhadora perguntou onde estavam as agulhas dela que aí ela ensinava. A usuária saiu procurando por agulhas, mas não encontrou e acabou assim. A trabalhadora não emprestou suas agulhas para a usuária aprender.

Assim, comecei a perceber que poderiam existir rupturas na equipe, algumas pessoas dispostas a trabalhar usuário-centradas, outras que estavam ali por motivos diversos que só elas poderiam dizer.

Maffesoli (2001) lembra que toda socialidade é conflitiva e que toda harmonia é fundada sobre a diferença.

Campos (1992b) indica como indispensável a construção de um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com o mundo das necessidades dos usuários, que permita explorar de modo exaustivo o que as tecnologias em saúde detêm de efetividade, em um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde.

Outro episódio que reforçou este aspecto aconteceu durante um grupo do canto. Eu estava sentada no brechó e passou Fernando – um usuário que me conhecia do grupo de mosaico. Fernando gosta muito de música, e era ele quem alegrava o grupo sempre trazendo CDs ou tocando seu violão antes dos grupos começarem. Fernando havia ido ao CAPS para o grupo de canto e reclamou que não tinha vindo para assistir a filme. Foi para os fundos do CAPS, deitou em um banco e dormiu.

Então, Zuleica comenta comigo *“Acho que a Sheila está cansada, resolveu cancelar o canto e colocar um filme”*. Vou até a sala onde estava passando o filme e havia lá ao redor de 20 usuários assistindo ao filme e Sheila fazendo tricô. Ninguém foi conversar com Fernando, deixaram-no lá dormindo.

Neste dia, senti algo diferente acontecendo, um momento de descontinuidade, uma quebra no trabalho da equipe. O CAPS não pode ser um lugar onde as pessoas buscam trabalhar, porque podem escolher a atividade conforme suas preferências ou podem ficar passando o tempo fazendo tricô. O trabalho deve ser vivo em ato, usuário centrado e não o contrário.

Diante do cuidado à saúde, o trabalhador deve se responsabilizar por boa parte da qualidade da assistência que oferta, colocando as opções tecnológicas de que dispõe em termos de conhecimento e de saber, a serviço do usuário. Respeitá-lo como ser humano e cidadão, trabalhando no sentido de incluí-lo no conjunto de respostas à saúde, com direito e garantia de assistência. Deve dispor de tudo que tem para defender a vida, como possuidores do que melhor a tecnologia em saúde fornece que é o saber, o conhecimento para não ficar com a ideia de que tecnologia é sinônimo de equipamento tecnológico (Merhy, 2006).

Como profissionais comprometidos com o cuidado, faz-se necessário construir uma relação com o ser humano atendido, usando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde. O trabalho em saúde não pode ser expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois suas ações mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção, operando como tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Deleuze (1992, p.218) complementa

Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos [...] É ao nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo.

No campo da saúde mental, o trabalho exige muita resistência por parte dos trabalhadores, muitas vezes, é um trabalho repetitivo, cansativo e sem resultados aparentes, no sentido cartesiano. Há dias em que é possível um canal de comunicação com os usuários, por vezes, isso é impossível. Talvez, seja melhor esperar por um terceiro momento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Eis meu segredo. É simples: só se vê com clareza com o coração
(Antonie de SaintExupéri, O Pequeno Príncipe).*

Chegamos ao final desta viagem. Fazer o balanço final de uma viagem como esta não é fácil, afinal foram produzidos sentimentos e emoções. É difícil colocar um ponto final, pois entre tantos pensamentos, como começar? Mas para algo ser completo precisa de um início, um meio e um fim. Poderiam ser construídos outros finais para esta viagem, relato nas próximas páginas o final que vislumbrei, de acordo com minha visão de mundo, respaldada pelos autores que me acompanharam neste trajeto.

Fui à busca dos questionamentos iniciais desta pesquisa, analisei-os e acredito que tenha conseguido respondê-los, mas não são dados que devam ser generalizados, pois trabalhei com um estudo de caso e com uma equipe. Tudo pode mudar em um instante, pois o trabalho no campo da saúde mental depende da linha de frente que se constitui dos trabalhadores. Talvez, se tivesse feito a pesquisa em um outro CAPS teria outro resultado, talvez não.

A realidade no campo da saúde mental vai sendo construída, conforme a potência que cada trabalhador percebe e coloca-a na prática. Usuários dos serviços de saúde e trabalhadores são pessoas vivendo nesse mundo pós-moderno, voltado à teatralidade das condutas e com a alteridade tendendo ao desaparecimento. Percebemos que um afeta o outro de várias maneiras, gerando emoções, estas, por sua vez, geram ações e reações.

Como somos seres humanos trabalhando com seres humanos, não existe nada absoluto em nossas condutas. Percebemos que a equipe deste CAPS trabalhava com os conceitos teóricos adotados na atualidade: reabilitação psicossocial, clínica ampliada, acolhimento, projeto terapêutico singularizado. Entretanto, em alguns dias, em algumas atitudes, algumas trabalhadoras sofriam capturas. Caso eu tivesse feito apenas uma visita à instituição e presenciasse este dia de ruptura na equipe o resultado da pesquisa teria sido um; caso tivesse ido em um dia em que as condutas fossem exemplares, o resultado teria sido outro.

Assim, fiquei contente com o método utilizado, pois ele foi cuidadoso ao acompanhar a equipe por um semestre, fornecendo um resultado mais abrangente, evitando interpretações rápidas e consequentes rotulações. Além disso, mostra que um julgamento ou avaliação sobre um trabalho como este precisa de tempo e dedicação. Não pode ser pontual.

Como cartógrafa-pesquisadora trilhei um caminho cuidadoso desde o início; foi um trabalho. Processo de trabalho dentro e fora.

Primeiro, um trabalho teórico: a construção e o delineamento do objeto da pesquisa, a escolha do referencial teórico e metodológico, as leituras, as conversas, as ideias que surgiram e as que deixei para trás. Finalmente, com o projeto pronto partimos para a próxima fase: colocar em prática o trabalho que estava no mundo das ideias.

Mas essa passagem não podia se dar de forma automática, afinal não estava segura, não conhecia ainda o campo, não podia me aventurar em um local desconhecido, com pessoas estranhas. Precisei me preparar para esse encontro. Já tinha conhecimento, na teoria, que era um sujeito implicado, que iria ser afetada e iria causar também afetações, que iria me deparar com pessoas diferentes, com visões de mundo variadas. Não conhecia a subjetividade que era produzida na cidade, havia me mudado recentemente e acreditei ser importante fazer esse conhecimento do campo, afinal eu era um sujeito desterritorializado.

Comecei fazendo uma cartografia pela cidade, conhecendo sua cultura, seus hábitos e costumes. Fiquei perdida muitas vezes, dei voltas sem sentido, andei na contramão, gastei tempo, mas fui me reterritorializando aos poucos.

Assim, seguindo a cartografia, cheguei ao CAPS. Lugar silencioso, tranquilo, bonito e arborizado. Respirei lenta e profundamente e entrei. Começou a segunda fase: o trabalho prático teve o seu início.

Eu era a estrangeira ali, todos me olhavam e, Joana foi fazendo as apresentações. Fui acolhida por todos: usuários e trabalhadoras. Queriam que eu me sentisse “em casa”.

Assim, o trabalho no cotidiano havia iniciado, um trabalho meu, dos usuários, de Alcione e das trabalhadoras. A procura do campo de pesquisa

foi realizado com atenção, eu fiz uma escolha e eles também me escolheram, aceitando e acolhendo.

Precisei manter o foco no objetivo deste estudo com atenção. Tinha em mente que como pessoa e enfermeira tinha uma visão de mundo e estava implicada, sabia que a neutralidade não existia e que era afetada e estava causando um afetamento, no sentido espinosiano do termo. Como observadora do cotidiano de cuidados não estava invisível e minha presença causava uma alteração na rotina dos usuários e das trabalhadoras, que faziam perguntas, questionamentos e pediam minha opinião. Nestes momentos tentava ao máximo não interferir nas condutas e posicionamento das trabalhadoras, principalmente com Alcione que solicitava bastante.

Fui observando como era produzido o cuidado no seu cotidiano, nas suas entrelinhas. Alcione chegava, cumprimentava Camila, assinava o livro de presença, às vezes sentava um pouco para descansar da caminhada, às vezes ia direto para o local onde iria ser realizado o grupo, conversava com os usuários e com as trabalhadoras. Sentia-se acolhida e respeitada. Aos poucos, as minúcias do cuidado foram aparecendo. Alcione era recebida pelas trabalhadoras com um sorriso no rosto, um olhar atento e uma postura de receptividade.

Alcione recebeu limites, foi cobrada, exigida e questionada com a intenção de que ela saísse daquele quadro de passividade em que se encontrava. Foi um trabalho em equipe, enquanto um ouvia com tranquilidade, outro questionava com firmeza, mas mantendo a mesma linguagem, sem contradições. As trabalhadoras apresentavam entre si uma comunicação aberta, percebi que uma mantinha o que a outra havia falado, mesmo que não concordasse. Caso isso acontecesse, seria assunto a ser tratado em reunião, longe dos usuários, para que o cuidado não fosse afetado.

As trabalhadoras não tiveram resultados positivos no início do cuidado à Alcione. Precisaram mudar o projeto terapêutico e ir adequando conforme sua resposta. Elas não desistiram de Alcione, apostaram que ela poderia melhorar e, foram fazendo outras tentativas. Trabalharam arduamente, com resiliência. Foram conhecendo Alcione, sua personalidade, história de vida,

família, hábitos familiares, sonhos, vontades, desejos e dificuldades. Emprestaram seu poder contratual, trabalhando na busca de sua autonomia e cidadania.

Durante o estudo, a equipe teve um trabalho ao aceitar a minha presença no CAPS, ao apostarem na minha pesquisa, ao aceitar as provocações que fiz explicitamente ou não.

Assim, todos trabalharam num dia a dia que é visualizado em um cuidado acabado/inacabado para Alcione, um cuidado em construção de cotidiano trabalhado.

O momento de construção do fluxograma foi mágico, as trabalhadoras estavam entrosadas, mais soltas comigo. Percorreram todo o processo, desde o início, foram pensando, analisando, tiveram *insights* sobre o que fazer, o que não fazer, gerando possibilidades e acontecimentos de cuidado. Perceberam como é importante o parar e o pensar sobre o fazer. A rotina gera o automático. Esses momentos foram úteis e proveitosos. As trabalhadoras usaram o fluxograma com coragem, sem medo, entregaram-se. No final, queriam usá-lo com todos os usuários, brincaram dizendo que eu poderia fazer meu pós-doutorado lá com outros usuários.

Luana disse; *“A sua presença aqui olhando para Alcione me fez olhar mais pra ela sem dúvida nenhuma [...] clareou esse olhar em relação à gente mesmo, olhar pra ela, fechar algumas coisas, eu acho que ajudou muito nesse sentido”*.

Foi interessante observar que minha função no CAPS foi passiva e não ativa, porém gerou um movimento na equipe ao colocar uma atenção maior no trabalho que elas estavam fazendo, o que fez elas mesmas prestarem atenção às minúcias de seu cotidiano de cuidados. Ao mesmo tempo, tive um trabalho também ao estar ali, observando, colocando atenção em meus pensamentos, emoções, ações e reações. E, como tudo são imanências, deflagrei neste coletivo um processo de autoanálise e autogestão.

Clarissa também compartilhou dessa ideia: *“Como é importante algo novo entrando no sistema. Como isso faz com que a gente, também, possa estar nos diferenciando. Porque a gente acaba assim... a rotina acaba deixando a gente mesmo em um fazer que você não se dá conta, só num*

momento como esse que entra alguém e diz, assim: o que vocês estão fazendo?”.

Neste sentido, podemos dizer que o objetivo deste estudo não tinha a intenção, mas levou a uma intervenção no serviço. Um ser humano afeta o outro, mesmo sem ter esta meta.

Joana viu no uso do fluxograma analisador uma forma de mensurar o trabalho da equipe. *“A gente não tem esse olhar, e isso fez nós voltarmos o olhar o quanto a gente já fez por tantos outros e também pela Alcione. E como a gente não mensura isso, não coloca para essa visualização. Parece que a subjetividade não aparece e, de alguma forma, dá pra mensurar. Que é a evolução de como o usuário vem e até chegando nessas saídas”.*

Há uma dificuldade com relação às saídas dos usuários, tive a impressão de que as trabalhadoras não haviam parado para pensar nisso e, a partir do momento que mostrei que ela poderia existir, passou a ser também uma possibilidade. Luana elogia o fluxograma analisador, falando o seguinte: *“Esse é bom, porque organiza, principalmente, porque tem a saída lá, né!?”.*

A fase da escrita desta tese foi interessante porque notei no final que os territórios que se formaram ficaram de tamanhos muito diferentes. O território do fazer tem mais da metade do tamanho dos outros dois territórios. Fui então buscar a razão para isso e cheguei a algumas conclusões.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com depressão. Descrever as minúcias, os pequenos atos, repetitivos, aparentemente banais como diz Maffesoli (2001), porém ricos de imprevistos, aberto a múltiplas potencialidades e que acompanhado do imaginário que lhes corresponde, permite encontrar elementos importantes para a compreensão da trama social e sua complexidade. Assim como diz Merhy et al. (1997), é no cotidiano institucional que são produzidos os estranhamentos, os ruídos, as quebras, as linhas de fuga, o mundo dos sentidos e sem sentidos.

Descrever esse cotidiano de cuidados com todas essas minúcias foi trabalhoso. O “fazer” reflete o trabalho no cotidiano, presente nas

entrelinhas, portanto, ao ser descrito ficou longo e gastou várias páginas. É o processo de trabalho em si, concreto e realizado.

O cotidiano de cuidados prestados pela equipe de saúde mental deste CAPS a Alcione estava direcionado às suas necessidades e singularidades. O projeto terapêutico singularizado foi sendo construído aos poucos, adequando-se a história de vida da usuária, seu contexto familiar, seus pontos fortes, suas dificuldades e limitações. Não ficou totalmente capturado por questões instituídas.

Um aspecto fundamental da clínica ampliada, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida. A equipe apostou em Alcione, e ela está construindo um projeto de vida. As trabalhadoras não ficaram aprisionadas na ideia de doença, com foco na depressão mas sim em Alcione como sujeito.

Estar em busca de conhecer as necessidades, a singularidade e os projetos de vida do sujeito para aproximar o cuidado destes projetos, quando possível é um trabalho cuidadoso, nem todos conseguem. Estas haviam sido as reflexões finais de minha dissertação de mestrado e meu grande questionamento para esta tese e afirmo que esta equipe buscou isso. Vendo a equipe como um todo, existe o objetivo de buscar a singularidade do sujeito, sua família e rede social. Isso é um trabalho incessante.

A singularização do atendimento clínico somente é possível, mediante um esforço particular de cada profissional diante de cada caso específico (Campos, Amaral, 2007).

Ao percorrer esta viagem, percebemos que as trabalhadoras fizeram algumas tentativas em busca de conseguir algum retorno de Alcione, no início tiveram muitas dificuldades, pois a mesma não se vinculou rapidamente. Os conhecimentos teóricos foram sendo usados, mas a intuição foi fator presente em vários momentos. Tentativas com erros e acertos, mas nunca desistiram, mantiveram-se firmes em busca do cuidado de Alcione.

O cuidado em saúde mental é permeado pela reflexão, interpretação e análise, que é subsidiada pela sua experiência profissional e humana. A

característica da tecnologia em saúde mental é peculiar, pois ao se cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas mas sim adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado singular. É trabalho vivo em ato, não se deixando capturar pelo instituído. Um trabalhador flexível e atento às necessidades e limitações do usuário. É força instituinte manifestando-se no cotidiano. O trabalho é incessante e a atenção constante. Faz-se necessário inventar maneiras de incluir os usuários com toda a sua bagagem de seres humanos diferentes que são.

Nós não queremos cidades sem diferentes [...] senão que queremos fazer a reabilitação psicossocial de maneira tal que haja cidades onde os diferentes possam estar. Ou seja, não cremos em cidades sem diferentes, mas nos diferentes na cidade. Então, a reabilitação é essencialmente um projeto que se refere à transformação da cidade, não à transformação dos pacientes. Não são os pacientes que têm que mudar, é a cidade que tem que mudar (Saraceno, 1998b, p. 11).

O CAPS pode ser considerado um equipamento de saúde mental pós-moderno, no sentido em que une tecnologias arcaicas e recentes, que pode isso e aquilo, não está capturado na questão das especialidades, do trabalho cindido, fracionado.

A pós-modernidade com os seus referenciais possibilita um trabalho criativo, instituinte, transformador, instigante, não repetitivo, não enquadrado, que provoca diferenciações e que possibilita que os diferentes e as diferenças apareçam. Permite espaço para que as subjetividades sejam produzidas pelos sujeitos, a um novo campo da saúde mental com seus referenciais da reabilitação psicossocial, da clínica ampliada, a um processo de trabalho com o uso das recentes/arcaicas tecnologias: acolhimento, vínculo, intuição, respeito, bondade, atenção, carinho, etc., concomitantemente com os psicofármacos, exame psicopatológico, psicoterapias, grupos e oficinas.

Observei que a união e a alegria entre as trabalhadoras funcionavam como uma proteção, pois não houve neste CAPS pessoas com licenças médicas prolongadas por doenças nem absenteísmo, durante os 7 meses que permaneci com elas.

A cartografia me permitiu caminhar com elas e conhecê-las, observar como trabalham no cotidiano de cuidados de um CAPS. Notei que nesta equipe, cada trabalhadora, com sua personalidade e seu estilo de vida e de trabalho, passava para os usuários o que tinham a oferecer. Como diferentes, cada uma tinha o seu lugar na equipe, quando estava ausente, fazia falta.

Importante estarmos atentos a esta questão da diferença porque cada trabalhador tem a oferecer algo que é próprio dele, o qual pode ser trabalhado, mas quando é colocado preso a papéis, rótulos e às questões instituídas, o trabalho se transforma em algo rígido, engessado, centrado na instituição. Este trabalho, provavelmente, não será útil para os usuários, já que são diferentes entre si.

A pós-modernidade, com suas várias tribos pode levar também a captura pelas especialidades, pelo desaparecimento do sujeito que fica diluído dentro do grupo, submetido a um rótulo de igualdade superficial e às produções de subjetividade em massa. Precisamos estar conscientes e atentos.

Se, se quer transformar a realidade – e a realidade que dispomos é esta e somente esta – é sempre presente o problema da contemporânea transformação de nós mesmos e o discurso vale obviamente para todos. Mas a transformação do homem é a mais difícil, impregnados, como somos, de uma cultura que nos conduz a fechar todas as contradições, inclusive as nossas (BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. O., 1982, apud Nicácio, 2003, p. 132).

É preciso voar, dar asas à imaginação, à criatividade, à singularidade e à alteridade. Em um equipamento de saúde mental como o CAPS o trabalhador deve se sentir livre para atuar independente de sua categoria profissional, pois é um trabalho instituinte, vivo em ato e usuário-centrado. É um trabalho que exige do profissional algumas características pessoais, que podem ser buscadas individualmente, caso não as possua, como: vontade, iniciativa, disposição, persistência, otimismo, flexibilidade e resiliência. É um trabalho afetivo que solicita do profissional atenção para colocar o usuário como protagonista do cuidado, que respeite, que permita ouvir atentamente e perceber o desejo do outro, suas demandas e necessidades.

Muitas vezes pode acontecer que a pessoa com depressão não saiba ou não consiga verbalizar suas necessidades e é o trabalhador quem vai procurar, remexer e tentar encontrar com esta pessoa seu projeto de vida. Foi assim com Alcione, ela verbalizou algumas necessidades e as trabalhadoras perceberam que havia ambigüidade, dúvida, talvez uma necessidade produzida pela mídia ou por sua família, mas não era uma necessidade dela. Precisaram usar todas as técnicas que dispunham, assim como a intuição para conseguir um gancho para que o vínculo se estabelecesse e conhecerem quem era Alcione, quais seus costumes familiares, seus hábitos, seus desejos, suas desilusões e as maneiras que se protegia delas.

Foi significativa a percepção das trabalhadoras que Alcione era tratada como “café-com-leite” pela sua família, pois ela assumiu essa posição de incapaz, de pessoa que não tinha nada mais para trocar com a sociedade a não ser lamúrias. Elas perceberam esta identidade mas não foram capturadas por ela, mostraram para Alcione que ela poderia ser diferente, que ela tinha muito mais do que isto para oferecer, emprestaram seu poder contratual, produziram outra vibração, permitiram que Alcione produzisse seus próprios desejos e sua subjetividade e possibilitaram a construção de um novo caminhar pela vida.

“Nós não queremos ser reprodutores de sentido, mas sim produtores de novos sentidos. Esse é um exercício onde está a terapia, a ética e a política, é uma grande vocação” (Saraceno, 1998b, p. 31).

Concordo com Saraceno. Trabalhar em uma época pós-moderna, em crise, com a transformação de paradigmas no campo da saúde mental e a transição tecnológica é um exercício constante. A produção de subjetividades, de instituintes, de autonomia e cidadania, a construção de espaços de trocas só existe em relação, em um espaço *interseção*, onde estão presentes os usuários e os trabalhadores. É no cotidiano de cuidados que se pratica a socialidade subterrânea, potência criadora de resistências em busca de produção de vida.

“Dizer sim à vida, apesar de tudo” (Maffesoli, 2001, p.13).

REFERÊNCIAS

Amarante PDC, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(1):63-72.

Baremlitt GF. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.

Baremlitt GF. Introdução à esquizoanálise. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari; 1998.

Baremlitt GF. Introdução à teoria e técnica do esquizodrama. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari; [199?]. 21 p. mimeografado.

Basaglia F. A instituição negada. In: Basaglia F, organizador. A instituição negada. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 13-98. Título original: L'istituzione negata.

Beck AT. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Medicas; 1997.

Bezerra B Jr. A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ 1999; 14:135-44.

Bezerra B Jr. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. Revista Academus 2004; 3(4):3-11.

Birman J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002. 3ª ed. rev e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa “De Volta Para Casa”. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 5, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em 16/09/2009.

Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line, uma proposta em construção, 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 08 set. 2009.

Campos GWS. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. Rev. Saúde em Debate 1992; 37(3):I-F.

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando o SUS. São Paulo: Hucitec; 1992b.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE e Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Rev. Sociedade e Cultura 2000; 3(1e2):51-74.

Campos GWS, Amaral MA. A Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(4):849-859.

Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC ABRASCO; 2001. p. 113-50.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1997.

Dalgallarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Medicas; 2000.

Debord G. A Sociedade do Espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto; 1997.

Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):6-11.

Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

Deleuze G. Crítica e clínica. São Paulo: Ed. 34; 1997.

Deleuze G. Diferença e Repetição. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2009.

DSM – IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhado e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.

Franco, TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: práticas de

valiação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-BRASCO;2006. p. 459-74.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999;15(2):345-53.

Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica>. Acesso em: 13 jan. 2009.

Freud, S. Luto e melancolia, Edição Standard brasileira (SB), v. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 2006.

Gonçalves RBM. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do desejo. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Guattari F. As três ecologias. São Paulo: Papyrus; 2005.

Junker BH. A importância do trabalho de campo. Rio de Janeiro: Ed. Lidador; 1971.

Kapczinski F. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Kaplan HI. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Kehl MR. O Tempo e o Cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2001.

Kirschbaum DIR. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 17(3):643-58.

Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.

Machado AL. *Movimentos de saberes e cuidados em saúde mental: a religiosidade pela via da subjetividade [tese livedocência]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Machado AL, Colvero LA. O Cuidado de Enfermagem: Olhando Através da Subjetividade. *Acta Paul Enferm*. 1999 12(2):66-72.

Maffesoli M. *A Conquista do presente*. Natal: Argos; 2001.

Maffesoli M. O Estado de São Paulo 2002 abr. 7; Caderno 2.

Maffesoli M. *O mistério da conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade*. Porto Alegre: Sulina; 2005.

Maffesoli M. *O Tempo das Tribos*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

Matos EG, Matos TMG, Matos GMG. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estud. psicol*. 2006 23(2):173-9.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE e Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 74-111.

Merhy EE, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE e Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-150.

Merhy EE. Conferência: A loucura e a cidade: outros mapas. In: *Encontro da rede substitutiva em saúde mental*. Minas Gerais, 2003. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-21.pdf>. Acesso em 12/09/2009.

Merhy EE. Prefácio: O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.

Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007a. p.25-37.

Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo; Hucitec, 2007b. p.55-66.

Merhy EE. Reforma psiquiátrica no cotidiano: multiplicidades no cuidado e por uma ética cidadã. Manejos das ações relacionais. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo; Hucitec, 2007c. p.13-16.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde em Debate 2003;27 (65):316-23.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Morin E. Ciência com consciência. Portugal: Publicações Europa-América; 1982.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 2003.

Organização Mundial de Saúde (OMS). CID – 10 Classificação internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 1997.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Caracas, Conferência Regional, 11 a 14 novembro 1990. Brasília: Programa de Prevenção de Saúde, 1992.

Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

Palma MEF, Moreno V. O papel do enfermeiro na instituição psiquiátrica: como estamos frente às transformações no modelo assistencial? VIII Encontro de pesquisadores em saúde mental e VII Encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica. 2004; Ribeirão Preto, BR.

Passos E, Barros RB. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de transdisciplinaridade. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2000 16(1)p.71-9.

Pelbart PP. Exclusão e biopotência no coração do Império. Seminário: In "Estudos Territoriais de desigualdades sociais", São Paulo, 16 e 17 de maio de 2001. Disponível em <http://www.cedest.info/Peter.pdf>. Acesso em 12/09/2009.

Pereira A. O Quotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2005; 26(3):316-25.

Pitta AMF. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ªed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2001.

Rolnik S. Fale com ele ou como tratar o corpo vibrátil em coma. Conferência proferida nos simpósios: Corpo, Arte e Clínica (UFRGS, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado. Porto Alegre, 11/04/2003).

Rolnik S. Cartografia Sentimental, transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Sulina; 2007.

Rotelli F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 149-93.

Rotelli F. A Instituição Inventada. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001, p. 89-99.

Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 10ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 1998.

Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalhador de saúde muito prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí; 2007. p. 73 -96.

São Paulo (Estado). Lei nº13.541, de 07 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. [citado 2009 ago. 04]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei%20n.13.541,%20de%2007.05.2009.htm>.

Saraceno B. Conferência “Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível”, 1998a set. 16; São Paulo, BR.

Saraceno B. A Concepção de reabilitação; psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo 1998b. 9(1):26-31.

Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/TeCorá; 2001.

Saraceno B, Ascoli F, Tognoni G. Manual de Saúde Mental. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Servan-Schreiber D. Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise. São Paulo: Sá; 2004.

Sevcenko N. A corrida para o século XXI: no loop da montanha-russa. São Paulo: Companhia da Letras; 2001.

Silva ALA. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Silva ALA, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2003;11(6):800-6

Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005;13(3):441-9.

Silva RAN. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF* 2004;16(1):55-75.

Solomon A. O demônio do meio-dia. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.

Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe; 1993.

Suplicy EM, organizador. Programa de garantia de renda mínima. Brasília: Senado Federal; 1992.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO; 2003. p. 89-111.

Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 25 set. 2009.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, ciências, Saúde – Manguinhos*. 2002; 9(1):25-59.

Thiollent MLM. Metodologia da pesquisa-ação. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1998.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1987.

Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello A de AF de, Mello MF, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4):522-8.

Vieira CA. Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na Pós-modernidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Vieira-Gonçales CA, Machado AL. Depressão: o mal do século. De que século? Rev Enferm UERJ. 2007; 15(2):298-304.

Vieira-Gonçales CA, Machado AL. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):461-466.

Willrich JQ, Souza J, Schrank G, Kantorski LP. Unidades básicas de saúde no contexto da reforma psiquiátrica. VIII Encontro de pesquisadores em saúde mental e VII Encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica. 2004; Ribeirão Preto, BR.

São José dos Campos (município). www.sjc.sp.gov.br. [citado 2009 dez. 19]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I – Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

Nome do entrevistado _____

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: A aparência e a essência no cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na Pós-modernidade

Pesquisadora: Cintia Adriana Vieira Gonçalves(COREN SP 78.054)

Doutoranda em Enfermagem da EEUSP- SP

Fone: (11) 9832-8623 e-mail: cintiavieira@usp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548

III – Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa:

O presente estudo busca descrever e analisar o cotidiano de cuidados no atendimento a pessoa com depressão. Para isto solicitamos que você responda algumas questões. Você é livre para expressar suas idéias. Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre a sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado (a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo. Não haverá custos para você.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Apêndice B – Roteiro de Entrevista - usuária

Iniciais: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Número de filhos: _____

Com quem mora atualmente: _____

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão/Ocupação: _____

Trabalha atualmente: _____

Religião: _____

Há quanto tempo você sabe que tem depressão: _____

Projeto terapêutico proposto: _____

Motivos para freqüentar o Centro de Atenção Psicosocial: _____

Questões abertas da entrevista:

Conte-me o que a trouxe aqui.

Conte-me quais atividades participa aqui/ como é o tempo que passa aqui/ descreva o que faz neste caps.

Quais pessoas mantém contato aqui no Caps desde o primeiro dia que procurou este serviço e como foi e é este contato?

O que você acredita que está ajudando na sua melhora?

Quem ou quais outros lugares você procura neste momento?

Como você gostaria de ser cuidada ou tratada ou atendida aqui?

Apêndice C – Roteiro de Entrevista - Trabalhadores

Iniciais: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Ocupação/profissão: _____

Tempo de trabalho na Saúde Mental: _____

Tempo de trabalho no CAPS: _____

Questões norteadoras:

1- Trabalhadores: Gostaria que vocês me contassem com todos os detalhes que vocês lembrarem todo o histórico do cuidado prestado para a A. C. desde o 1º dia que ela foi encaminhada pra cá. De forma solta, livre e com riqueza de detalhes.

- De onde ela veio?
- Como ela chegou até aqui?
- Quanto tempo demorou em ser atendida?
- Como ela foi recebida? Por quem?
- Como foi o atendimento prestado pra ela?
- Como foi a elaboração do projeto terapêutico?
- Discutiram o caso com alguém?
- Em que momento você atende ela? Onde?
- Quais locais ela frequenta? Com quem ela conversa?

2- Auxiliar de limpeza: Como é o contato que você mantém com a usuária?

ANEXOS

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 12 de julho de 2007.

Ilm.^a Sr.^a
Cintia Adriana Vieira Gonçalves

Ref.: Processo nº 651/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**A aparência e a essência no cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

**Anexo B - Parecer da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura
Municipal de São José dos Campos**

Prefeitura Municipal de São José dos Campos
Secretaria Municipal de Saúde

Liberação do Trabalho

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza o Trabalho de Pesquisa

"A aparência e a experiência no cotidiano de cidadãos a pessoa com dependência na pós-modernidade"
de Núcleo de Educação em Saúde

para a Unidade CAPS - CN / sul

a partir de 08 de fevereiro de 2008

de acordo com parecer de MEMO... S/N em arquivo no NES

São José dos Campos, 08 / 02 / 08

Núcleo de Educação em Saúde

Dayse Carvalho Alves da Luz
Enfermeira
COREN-SP 042003

Anexo C – Desenho da capa

Durante a fase de coleta de dados, solicitei para tirar algumas fotos da área física do CAPS para sentir-me próxima dele nos momentos de solidão, inerentes a etapa de análise e discussão dos dados. Joana autorizou e acompanhou-me neste momento.

Tirei várias fotos: da entrada, do jardim, da recepção, das salas, da cozinha e dos fundos. Mas teve uma foto especial, esta que está na capa, porque a tirei a pedido de Joana. Ao entrarmos na área principal do CAPS havia um banner e Joana disse *“Tire uma foto deste, é um trabalho que os usuários fizeram, ficou ótimo e nós adoramos. Você vai colocar ele na capa da sua tese”*. Tirei a foto e guardei-a no meu computador.

Na fase final da tese, veio a memória esse fato e decidi colocar a foto na capa da tese, assim como Joana havia sugerido. Muito obrigada pela ótima sugestão!