Quartas intenções de um programa de rádio como um dispositivo em saúde mental

Fourth pretensions of a radio program as a mental health dispositive

Cuartas intenciones de un programa de radio como
dispositivo en salud

Michele dos Santos Ramos Lewis

CAPS II, Sapucaia do Sul, RS, Brasil.

Ana Paula Guadagnin

CAPS AD, Sapucaia do Sul, RS, Brasil.

Suelen Griguc Carvalho

CAPS AD, Sapucaia do Sul, RS, Brasil.

Vera Lúcia Pasini

Escola GHC, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Artigo produzido durante a Residência Integrada em Saúde – Ênfase em Saúde Mental, do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC, que aborda a construção e realização do programa de rádio comunitária “Quartas Intenções: Um encontro real com seu amigo imaginário”, realizado por usuários, residentes e trabalhadores dos serviços de saúde mental. O programa aborda assuntos escolhidos pelos participantes sobre o cotidiano vivido. No decorrer do processo, instigados a refletir sobre os significados da participação no programa para os usuários, realizamos uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva, onde utilizamos entrevistas semi-estruturadas orientadas pela metodologia de “História de Vida” para escutar os usuários. Os resultados apontaram que as ações intersetoriais e territoriais em Saúde Mental são potencializadoras da autonomia e da inscrição em outros lugares sociais para o sujeito em sofrimento psíquico grave, sendo fundamental que os profissionais de saúde se aproximem e criem pactuações com a rede intersetorial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Intersetorialidade; Rádio Comunitária; Atenção Psicossocial; Dispositivos Territoriais.

Abstract

Article produced during the Integrated Health Residency Grupo Hospitalar Conceição - Emphasis on Mental Health - RIS / GHC, which covers the construction and completion of community radio program "Wednesdays Intentions: A real encounter with your imaginary friend," performed by patients, residents and workers in mental health services. The program covers topics chosen by the participants about the everyday lived. In the process, encouraged to reflect on the meanings of program participation for patients, we conducted an exploratory and descriptive qualitative study, where we used semi-structured interviews conducted by the methodology of "History of Life" to listen to the patients. The results showed that the intersectoral and territorial mental health actions can potentiate autonomy and increase social inclusion for persons presenting severe psychological distress. It is also essential that health professionals approach and create pacts with intersectoral network.

Keywords: Mental Health; Intersectoral; Community Radio; Psychosocial Attention; Territorial Devices.

Resumen

Artículo producido durante la Residencia Integral de Salud - Énfasis en Salud Mental, del Grupo Hospitalar Conceição - RIS / GHC, abarca la construcción del programa de radio "Cuartas Intenciones: Un verdadero encuentro con su amigo imaginario", elaborado por pacientes, residentes y trabajadores de servicios de salud mental. El programa toca temas de la vida cotidiana elegidos por los participantes. Durante el proceso, instigados por los posibles significados que la participación en el programa aportó a los pacientes, realizamos un estudio cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo. Fué elegida la metodología de "Historia de la Vida" y utilizamos entrevistas semiestructuradas para escuchar a los pacientes. Los resultados mostraron que las acciones intersectoriales y territoriales tienen gran potencia para la producción de autonomía e integración social para sujetos con grave sufrimiento psíquico. También es esencial que los profesionales de salud elaboren pactos con la red intersectorial.

Palabras clave: Salud Mental; Intersectoriales; Radio Comunitaria; Atención Psicosocial; Dispositivos Territoriales.

Introdução

Este trabalho discute a inserção de um dispositivo comunitário – Programa de Rádio – como ação intersetorial em saúde mental. Inicialmente, contextualizamos o percurso histórico da reforma psiquiátrica brasileira na busca pela superação das práticas manicomiais, em direção à inclusão dos ditos “loucos” na vida social da comunidade.

No atual cenário brasileiro de políticas públicas em saúde mental, a intersectorialidade e a diversificação das ações têm sido reafirmadas como diretrizes para a produção do cuidado integral (Alves, 2001). Essas são operacionalizadas no âmbito das relações e no território onde o cotidiano dos sujeitos acontece.

O foco do nosso olhar e de nossas discussões neste trabalho será o processo de construção e participação em um programa de Rádio Comunitária chamado: *Quartas Intenções: Um encontro real com seus amigos imaginários*, a partir de entrevistas realizadas com dois usuários de serviços de Saúde Mental que participaram ativamente deste processo. Desde o princípio, o programa foi pensado como um potencializador da relação dos usuários de Saúde Mental com essa comunidade, além de uma oportunidade para ampliar a inserção neste contexto, uma vez que esta

população é referenciada aos serviços de Saúde e Saúde Mental do GHC.

Este programa foi constituído em março de 2010 e vem sendo desenvolvido até a data de escrita deste trabalho. Sua criação se deu a partir de um convite aos profissionais dos serviços de Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), pela Associação de Moradores do Conjunto Habitacional Rubem Berta - a qual a Rádio Comunitária está vinculada desde 2007, solicitando a ampliação do debate sobre Saúde Mental. Esse convite foi estendido aos Residentes da ênfase de Saúde Mental da Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC).

Para viabilizar a construção de um projeto comum, pensamos que todos os envolvidos – usuários, residentes, profissionais contratados, comunidade – deveriam engajar-se no mesmo momento. Para isso, foram constituídas oficinas de criação de um programa de rádio durante as quais chegamos ao consenso de que o objetivo do mesmo não seria falar de Saúde Mental em suas especificidades clínicas (psicopatologias, diagnósticos, tratamentos, entre outros), mas sim, uma proposta de interação com assuntos que permeiam o cotidiano, comum aos seres humanos. Além disso, não haveria distinção entre técnicos, residentes e usuários na apresentação da equipe responsável pelo programa, os quais

seriam identificados simplesmente pelos próprios nomes.

E foi nesse cenário, que surgiu o programa de rádio “Quartas Intenções” e a proposta, no decorrer desse percurso, de escrever sobre essa prática e o que ela produziu especificamente na trajetória de vida de dois usuários, ambos do sexo masculino, vinculados ao projeto desde o seu início.

O primeiro programa na rádio foi ao ar em 2010, na emblemática data de 18 de Maio, a qual marca o Dia da Luta Antimanicomial no Brasil. Inicialmente, os programas eram gravados e apresentados posteriormente na programação da Rádio comunitária; atualmente, são transmitidos ao vivo na frequência 87.9 FM com alcance limitado à zona norte da cidade de Porto Alegre.

A realização do programa, em articulação com a Associação Comunitária do bairro, também foi pensada como possibilidade de ampliação da abordagem aos problemas de Saúde Mental, pois entendemos que há uma limitação dos dispositivos de saúde para o atendimento integral aos sujeitos, sendo indispensável o envolvimento de outros setores (trabalho, habitação, justiça, cultura) para tal (Brasil, 2010). Estas parcerias são constitutivas da intersetorialidade, e evidenciadas como necessárias na temática da IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano

de 2010, espaço de discussões e proposições para a Política de Saúde Mental brasileira.

Estas articulações com os diversos âmbitos da vida dos sujeitos buscam potencializar a concretização dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários dos serviços de Saúde Mental, assim como a aproximação destes com o território em que vivem. Muitas vezes, percebemos dificuldades nesta aproximação, uma vez que o projeto terapêutico fica restrito aos serviços especializados de Saúde mental e às atividades no interior dos mesmos, o que propicia a reprodução da lógica das instituições totais manicomiais (Kinoshita, 2001; Amarante e Guljor, 2005). Além disso, os dispositivos intersetoriais podem aumentar as possibilidades de engajamento terapêutico e multiplicar as ações que potencializam a vida dos usuários (Brasil, 2004a). Estas atividades buscam unir saúde, convívio social e cultura, possibilitando a valorização do usuário, a liberdade da sua expressão e, principalmente, a abertura para que os ditos “loucos” ocupem outro lugar na cultura e no território, rompendo com o estereótipo que ainda circunda o imaginário social - loucura ligada à periculosidade e impossibilidade de convivência social. As ações desenvolvidas no Programa de Rádio *Quartas Intenções*, buscam articular ações entre saúde e

cultura, conforme o disposto na Política Nacional de Humanização, com ênfase na Clínica Ampliada, uma vez que busca otimizar as potencialidades do sujeito em sua rede social e não limita as ações ao diagnóstico e à doença.

Trajetória da reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica brasileira, contemporânea do “movimento sanitário” iniciado nos anos setenta, buscou reverter os modelos de atenção e gestão das práticas em saúde mental, combatendo a violência asilar sofrida pelos internos em Hospitais Psiquiátricos (Brasil, 2005). Influenciada pela Reforma Democrática Italiana, foi pensada a partir do paradigma da desinstitucionalização de modos de pensar, criar, expressar, produzir e agir em torno da loucura. Isso nos leva a pensar na construção de espaços sociais e institucionais que possibilitem projetos de vida diferentes da exclusão, que era peculiar a toda população psiquiátrica no país (Fagundes, 1992).

A Reforma Democrática Italiana é uma experiência singular que inaugura este movimento pela desinstitucionalização do lugar social, cultural, político que a loucura ocupou, até então, nos meandros da sociedade ocidental. Neste contexto, também é colocado em primeiro plano, a importância do cuidado e do tratamento

das pessoas em sofrimento psíquico grave, no sentido de que “tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente” (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001, p.33) e que a sua “vida concreta cotidiana” possa concomitantemente ser reconstruída, refundada pelo próprio paciente.

A Reforma Psiquiátrica precisa ser entendida, portanto, como um processo político e social complexo, do qual fazem parte diferentes atores, instituições e forças. Sua proposta é incidir em múltiplos territórios: nas ações propostas pelos governos federal, estadual e municipal; na formação dos profissionais de saúde, oferecida pelas Instituições de Ensino Superior; nos modos como se configuram os serviços de saúde; na atuação dos conselhos profissionais; na mobilização das associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, bem como dos movimentos sociais de modo geral; e ainda no imaginário social e da opinião pública sobre a loucura e os modos de pensar o cuidado em saúde mental (Brasil, 2005).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído em 1978, por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com

longo histórico de internações psiquiátricas, marca o efetivo início do movimento político e social pelos direitos das pessoas com transtornos psiquiátricos. Este grupo produz, em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM, ocorrido em Bauru (SP), onde adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, constituindo o Movimento da Luta Antimanicomial, que se mantém em ação até os dias atuais (Brasil, 2005).

Em 1989 o deputado Paulo Delgado apresenta à Câmara de deputados o Projeto de Lei Nº 3.657/89, que tramitou durante doze anos e, após várias modificações, foi aprovado como a Lei 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004b).

Apesar de não garantir a extinção dos manicômios, a Lei 10.216 propõe mudanças ao modelo vigente até então, reorientando a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, que passa a focalizar a Atenção Psicossocial, com o resgate da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, que estiveram por muito tempo alijadas de seus direitos (Medeiros, 2002).

Nesta via, problematizam-se as práticas de atendimento silenciadoras (internações em hospitais psiquiátricos, uso excessivo de medicamentos, centralidade do cuidado no diagnóstico psiquiátrico, etc.) e propõe-se a invenção de outras práticas, voltadas para as necessidades de

pessoas com problemáticas em saúde mental, com foco não mais na doença, mas, nas pessoas que vivem com sofrimento psíquico e em sua relação com a sociedade (Oliveira, 2007). Busca-se reconfigurar, segundo Amarante (2007), o modo de lidar com o sofrimento psíquico, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, propondo conseqüentemente, um novo lugar social para a diferença.

Portanto, a efetiva Reforma Psiquiátrica no Brasil, excede a reformulação dos serviços de assistência, que apesar de necessária não é suficiente para romper com o estigma que o *louco* ocupa dentro da sociedade. É imprescindível a construção de outros espaços de exercício da cidadania, onde a loucura seja compreendida como um modo de expressão do humano, parte do processo de produção da sociedade.

Tecendo redes... descobrindo territórios

A Clínica Ampliada (Campos e Soares, 2003) propõe-se a superar a fragmentação entre a biologia, a subjetividade e a sociabilidade operando com Projetos terapêuticos amplos, que reconheçam um papel ativo para o sujeito em defesa de sua saúde. Propõe que uma crítica que se pretenda dialética a Clínica tradicional deve desconstruir,

reconstruindo alternativas concretas de saberes e de práticas.

Essa ideia de clínica vem sendo (re) construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão das pessoas com sofrimento psíquico grave. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), a proposta da clínica ampliada na saúde mental deve preconizar recursos terapêuticos que vão além do uso de consultas e de medicamentos. Para a efetivação dessa proposta é indispensável que as ações desenvolvidas não se restrinjam aos espaços da rede de saúde tradicional, mas se ampliem para uma rede intersetorial, reconhecendo a complexidade da vida humana.

Neste contexto, a intersetorialidade é condição para o cuidado integral dos sujeitos, principalmente, quando estão com grave sofrimento psíquico, cujos laços sociais estão total ou parcialmente rompidos. Para tal, é necessária a construção de ações integradas e intersetoriais nos campos da Cultura, da Justiça, da Educação, da Assistência Social, Habitação, Esporte, Lazer e Trabalho e a parceria com Universidades, e Organizações Não-Governamentais (ONGs). Assim como, a interlocução com o território, a família e as relações

pessoais, e aquilo que se colocar como relevante para a concretização do Projeto Terapêutico Singular das pessoas em questão. Ou seja, os projetos de cuidado devem levar em consideração as histórias singulares, vulnerabilidades e potencialidades dos sujeitos envolvidos e de seus familiares, envolvendo os serviços da rede de atenção disponível no território no qual habita ou o mais próximo possível tendo como pressuposto básico a co-responsabilização.

Poletti (2008, p. 20) coloca que a intersetorialidade nos convoca à ação do cuidado nos entornos do serviço, ao mundo dos portões para fora do CAPS, a outros serviços de natureza clínica que podem ou não se aproximar da saúde mental, a agências sociais que atravessam a vida das crianças e jovens, a outros fios que ajudam a tecer, enroscar-se, darem nós, serem desatados, e servirem de ponto de apoio aos nossos usuários.

Nesse sentido, a construção de uma rede de atenção às pessoas com sofrimento psíquico, incluindo o cuidado sem estigmas, é um dos grandes desafios enfrentados pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS. A articulação entre os serviços e iniciativas que possam responder às diferentes demandas que as conflitivas ou as limitações apresentam para usuários e às equipes de cuidados (Pitta, 2011) torna-se

indispensável para a construção de um trabalho intersetorial que envolva tanto os profissionais de saúde como os profissionais de outros setores (da Educação, das Artes, da Comunicação, da Assistência Social, das Associações comunitárias, dos projetos de Geração de Renda, entre outros), formando uma “unidade do fazer” associada à vinculação, solidariedade e complementaridade na ação humana (Mendes, 1999).

Dessa forma, pode-se pensar na inserção psicossocial das pessoas (com)vivendo com o sofrimento psíquico através de dispositivos no território, pois estes pressupõem o envolvimento do usuário nas redes sociais da comunidade. Utilizar os recursos vindos dela para restituir o poder contratual do usuário e ampliar a sua autonomia, que, por sua vez, implicaria na possibilidade de os sujeitos reconstruírem os sentidos de suas vidas (Kinoshita, 2001).

Assim, entendemos que é neste cenário que a produção radiofônica por usuários dos serviços de saúde mental pode se colocar como um importante dispositivo para o enfrentamento das questões relacionadas à loucura, bem como para os usuários terem a possibilidade de ocupar outro lugar, longe das condutas prescritivas e medicalizantes.

Percurso metodológico

O objetivo geral da pesquisa visou identificar se o programa de rádio: Quartas intenções: Um encontro real com seus amigos imaginários, enquanto um dispositivo intersetorial, foi potencializador da produção de vida no tratamento de usuários dos serviços de saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição que participaram da estruturação e realização do programa.

A pesquisa caracterizou-se por uma aproximação qualitativa aos elementos a serem analisados. Inicialmente pretendeu-se descrever a atividade realizada e a inserção dos usuários na mesma, explorando os efeitos produzidos na vida dos sujeitos envolvidos, em relação a sua inserção psicossocial. Para tanto, foram utilizadas como estratégias de aproximação a esses elementos, a realização de entrevistas de “história de vida” com os participantes da pesquisa. Através das histórias de vida de dois usuários dos serviços de saúde mental do GHC, com foco em sua participação no programa de rádio Quartas Intenções: um encontro real com seus amigos imaginários buscou-se compreender como foi vivida esta experiência. As histórias contadas aqui são concebidas como produção do individual em sua intercessão com o social.

Queiroz (1988) considera que, apesar de ser o pesquisador que escolhe o tema a ser pesquisado, formular as questões ou roteiro da entrevista, é o narrador que decide o que narrar. A autora considera a história de vida uma ferramenta valiosa para as pesquisas qualitativas, exatamente por se possibilitar o entrecruzamento entre vida individual e contexto social.

O projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram protocolados no Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição – GHC, sob o número 10-131, e aprovados em 08 de dezembro de 2010.

As entrevistas foram realizadas após a apresentação do estudo e dos objetivos da pesquisa, leitura e esclarecimento de dúvidas sobre o termo de consentimento livre e esclarecido e explanação sobre o roteiro de questões para cada usuário. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

O processo de realização das entrevistas aconteceu em abril e maio de 2011, após combinações de hora e local para as mesmas. Cada participante foi entrevistado uma vez, com tempo de duração de até trinta minutos, focados em sua participação no programa de rádio. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas pelas pesquisadoras. Além das entrevistas, foram

também utilizados elementos de observações do acompanhamento dos usuários na realização do programa de rádio, bem como no serviço de saúde que freqüentam e no qual as pesquisadoras estavam inseridas como residentes de um Programa de Residência Multiprofissional.

As questões que nortearam as entrevistas versaram sobre: desde quando o usuário está em acompanhamento no serviço e como chegou ao serviço de saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição - GHC; como surgiu o convite para participar do Programa de Rádio “Quartas Intenções”; como foi para o entrevistado participar do processo de criação do Programa de Rádio; como tem sido a participação no Programa de Rádio “Quartas Intenções”, desde o seu início até o momento da entrevista e considerações quanto à participação no Programa de Rádio “Quartas Intenções” ter produzido alguma mudança na vida do entrevistado.

No decorrer das entrevistas, outros questionamentos que não estavam previstos no roteiro acima foram realizados a partir das narrativas que os usuários foram construindo sobre sua inserção nos serviços de saúde mental e sua participação no programa de rádio. Estas questões potencializaram a pesquisa, pois explicitaram a relação entre os locutores; o significado de ser “paciente”; a realização de ações da rádio em espaços fora da

mesma, entre outras, que serão trabalhadas na análise e discussão dos resultados.

Apresentação, análise e discussão dos resultados

Partimos do pressuposto que todo sujeito busca um caminho, uma aprendizagem e uma forma de desenvolvimento pessoal, material, afetivo e integrador com o mundo. Busca construir sentido para a vida cotidiana, pensando que, como seres humanos de direito, temos poder para escolher a nossa caminhada (Castro, Lima e Brunello, 2001).

Em se tratando de sofrimento psíquico, o caminho de quem busca atendimento e atenção em saúde mental é sinuoso, ficando a mercê das abordagens de atendimentos propostos por alguns espaços de atenção em saúde, muitas vezes com práticas de “empulhação” e “entretenimento”, palavras que Saraceno (1996, citado por Fiorati, 2006) usa para nomear ações que se dizem terapêuticas, mas que mantêm os sujeitos em atividades que não geram valor, nem sentido, em um processo de total alienação existencial. Por outro lado, há atividades que visam o desenvolvimento pessoal a partir da capacidade criativa de reconstruir e inventar ações no mundo, se ver e reconhecer a partir de sua produção material e simbólica (Castro e cols., 2001).

Essa segunda concepção de atenção em saúde mental é a que melhor identificamos nas reflexões que transcorrerão nesse texto sobre a experiência de trabalho em grupo, com o uso do dispositivo de rádio comunitária, no projeto de programa de rádio que veio a chamar-se Quartas Intenções.

Ao transcrevermos as gravações das entrevistas, realizadas com dois dos participantes, que integram o projeto desde o seu princípio, colocamos em análise as particularidades do processo de constituição do grupo “Quartas Intenções” e a emergência de novos modos de ser e de estar no mundo, que se fazem possíveis para os participantes da pesquisa.

Os participantes da nossa pesquisa são ambos do sexo masculino: o primeiro, Tony¹, 30 anos, solteiro, ensino superior incompleto, recebe benefício por invalidez da Previdência Social, está em tratamento há aproximadamente oito anos em serviços de saúde mental de Porto Alegre, tendo diversas internações psiquiátricas. Segundo informações coletadas em seu prontuário no CAPS, foi diagnosticado com esquizofrenia; frequenta o CAPS II – GHC há sete anos. O segundo, Diógenes², 28 anos, solteiro, ensino médio completo, artesão, está em tratamento por uso abusivo de drogas há cerca de cinco anos em serviço de saúde e de saúde mental do GHC e teve uma internação psiquiátrica

para desintoxicação. Segundo o que está descrito em seu prontuário no CAPS, além do abuso de drogas apresenta sintomas depressivos significativos; frequenta o CAPS ad III – GHC há dois anos.

O programa de rádio partiu do desejo de uma construção conjunta entre os diferentes atores – usuários, comunidade, residentes, técnicos contratados –, na qual as diversas experiências de vida fossem ofertadas e valorizadas para a elaboração de um espaço, o qual resultou no programa Quartas Intenções. Isto pode ser percebido nas seguintes falas:

Foi bem interessante, que não é só uma opinião: são seis ou sete que estão numa mesa de roda, modo de dizer, uma mesa redonda, debatendo vários assuntos. Isso é bem interessante, cada um fala um pouco o que pensa. [...] Foi bem interessante criar, foi bem organizado, foi bem organizado a nossa criação do Quartas Intenções, até o nome Quartas Intenções foi bem organizado, foi bem diferente. [...] É que foi em conjunto, cada um deu uma opinião, daí todos chegaram a uma opinião final, daí disseram: Não! Vamos fazer o Quartas Intenções tal horário tal dia (Tony).

A gente se engajou todo mundo junto, num movimento só. Eu acho que por aí, pensando assim, fluiu melhor. Eu acho mesmo, por que o meu problema era antissocialização, né. Eu consegui mudar, melhorar isso, me relacionando bem com os participantes (Diógenes).

A partir desse processo de construção do programa e com a análise das entrevistas feitas com os participantes referenciados acima, emergiram duas temáticas: das práticas manicomiais a desinstitucionalização da loucura e protagonismo e autonomia, que passaremos a discutir a seguir.

Das práticas manicomiais a desinstitucionalização da loucura

Conforme explorado no referencial teórico da Reforma Psiquiátrica, a via da desinstitucionalização, como nos indicam Rotelli e cols. (2001), evidencia um trabalho voltado para a emancipação das pessoas como atores sociais protagonistas de suas próprias vidas, “para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes” (p. 94) construída e legitimada pela psiquiatria durante alguns séculos. Nesse contexto, Galimbert (1984, citado por Rotelli e cols., 2001) coloca:

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a

um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como a botânica classifica as plantas (p. 92).

Na fala de um dos entrevistados, observamos a percepção deste olhar reducionista, do sujeito a sua doença e aos seus sintomas, tornando-os destituídos de qualquer produção de vida, além de impossibilitá-los de experienciar outro lugar social no qual possam ser reconhecidos para além da doença. Isto pode ser evidenciado no fragmento a seguir quando perguntamos se no programa de rádio havia diferença entre os participantes:

Não, na rádio não tinha. Vocês não falam, não tem distinção. A gente comenta sobre as mesmas coisas, os mesmos assuntos [...]. Mas não tem: ah, tu é paciente, é diferente a Maria³ que é terapeuta, assistente social? Não sei! Não tem essa diferença na rádio, não tem humilhação, supor assim: ah, tu é paciente! (Tony)

Ao comentarmos que Tony estava se nomeando como paciente nas palestras em que somos convidados a falar da rádio, o mesmo responde: *Perdi a vergonha de dizer que eu sou paciente, mesmo não querendo ser paciente. Eu queria ser*

alguma coisa diferente: um trabalhador, fazer alguma coisa. (Tony)

Pontuamos que sua participação na rádio é como locutor e não como paciente o que lhe conferiu uma identificação neste lugar: *Sim, sim, porque ali todos somos locutores, cada um fala um pouco né, no nosso espaço que a gente tem na rádio. (Tony)*

Estas questões nos convocam a pensar a Reforma como algo que excede a reformulação dos serviços de atendimento; isto é necessário, mas não é suficiente para romper com o estigma que o louco ocupa dentro da sociedade. Ou seja, construir um lugar possível para a loucura e realmente mudar a maneira como o social se relaciona com esta loucura faz parte da trajetória da desinstitucionalização.

Neste sentido, Amarante (2003) coloca que, muitos atores vêem a Reforma Psiquiátrica apenas como uma reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, ou seja, um reordenamento dos serviços de saúde mental, substituindo o hospital psiquiátrico por serviços abertos, como os CAPS no nosso país. Esta mudança instiga novos olhares, porém não garante que as práticas nos serviços de saúde mental e na sociedade como um todo se transformem, apenas muda a denominação dos serviços, muitos dos quais continuam atuando de maneira tutelada, em caráter de entretenimento e

isolados dos espaços para além dos seus muros. Em conformidade com essa idéia, Diógenes fala: [...] *a única atividade que a gente tem fora é a atividade física. [...] a gente vai jogar futebol e fazer ginástica.*

Ao questioná-lo sobre a sua identificação com esta atividade, o mesmo responde:

Ah, eu me identifico só pelo tratamento assim, por... vejo que ela trouxe, assim, bastante resultado para (inaudível), questões metabólicas, pra reativar a circulação do sangue e pra melhorar a ativação dos remédios e tudo né, e da cabeça né. A atividade física é importante, mas não que eu goste dela.

Esses apontamentos nos fazem pensar sobre a importância de identificar a desinstitucionalização como um processo de transformação das práticas clínicas e da relação que a sociedade estabelece com as pessoas que possuem problemáticas de saúde mental (Amarante, 2003). O projeto Quartas Intenções surgiu nesta perspectiva, possibilitando o reinventar do sujeito com sofrimento psíquico no território de vida, pois, propõe construir uma relação diferente desses sujeitos com a comunidade além dos diagnósticos, medicações, internações, preconceitos. Faz-se importante demarcar que, as autoras não são contrárias ao uso de medicamentos, bem como de internações, desde que sua indicação responda as

necessidades do momento de vida do usuário e seja criteriosamente avaliada.

Protagonismo e autonomia

O conceito de saúde ultrapassa a noção de ausência de doença. Para Canguilhem (1999) a saúde não se define por uma média ou ideal, mas por sua plasticidade normativa. A média ou ideal coloca uma norma de conduta que vem de fora para dentro, do social sobre o singular. Ao contrário, ter saúde quer dizer que se tem capacidade de incorporar normas diferentes das até então vigentes e até mesmo normas patológicas, sem se perder a capacidade de ser protagonista, de ação. Logo, pode-se estar enfermo e ainda assim conseguir agir em vários outros aspectos da vida ou atividade.

Neste sentido o viver se desdobra em um arranjo de ações rotineiras e o conceito de bem-estar se dá na associação de diversas atividades humanas, imbricadas nas vivências de relações sociais e culturais (Castro e cols., 2001).

Dessa forma, pode-se pensar na atenção psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico, porque ela pressupõe a penetração do usuário nas redes sociais da comunidade, utilizando os recursos vindos dela para restituir o poder contratual do usuário e ampliar a sua autonomia, entendida como capacidade de

um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, de acordo com as diversas situações que enfrenta (Kinoshita, 1996), que, por sua vez, implicaria na possibilidade de os sujeitos reconstruírem os sentidos de sua existência. Essa ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível (Kinoshita, 2001; Cecílio, 2001), o que pode ser constatado nas falas dos participantes da pesquisa:

O principal é conjunto né, não pode ter uma ideia só, tem várias ideias e a gente achar uma para colocar na rádio, que nem as músicas, são várias músicas, a gente debate sobre as músicas, as dicas do Tony. É um quadro que eu tinha no programa, e é bem interessante porque eu trazia dicas de filmes, dicas de lugar para passear, de música, falando a verdade, as músicas nossas eram rock n'roll. (Tony)

A abordagem de todo mundo, de criar uma amizade entre todos, deixaram livre. Eu poderia até, eventualmente abrir um quadro filosófico, aonde eu vinha com as discussões pra gente debater no programa. E todo mundo, sempre bem espontâneo, e todo mundo sempre participa, né. Então, no começo todo mundo tava aprendendo ainda, mas a gente continua aprendendo, mas eu acho que já deu vários progressos ainda. Desde o primeiro programa até hoje é assim. (Diógenes)

Ainda no contexto das falas dos participantes da pesquisa, visualizamos a potencialidade da produção de autonomia, a qual se materializa na criação dos quadros do programa pelos usuários (Dicas do Tony e Papo Filosófico). Nestes quadros, os usuários se responsabilizavam em levar dicas culturais da cidade e reflexões filosóficas, colocando-se como protagonistas do processo, ou seja, eles – enquanto sujeitos ditos loucos – têm algo a dizer para a sociedade, o que ressalta a sua potência enquanto sujeitos que habitam a cidade e não mais o manicômio. A conquista deste espaço na comunidade é imprescindível para a transformação proposta pela Reforma Psiquiátrica, rompendo o paradigma de que os loucos deveriam ficar circunscritos ao hospital psiquiátrico e sua lógica disciplinar (Foucault, 2007), característica das instituições totais (Goffman, 2008). Sobre isto, um dos entrevistados refere:

Pra rádio eu pensava antes um pouquinho, antes de dar idéia, tem que pensar um pouquinho, então a gente se reunia num lugar e passava mensagem de um pra outro, pra ver o que ia sair no programa. [...] Na rádio eles não me atendem por paciente. [...] Não, não sabem que eu sou paciente e eu não queria ser paciente, ninguém quer, mas a minha cabeça deu um problema e eu tenho esse problema, que eu tenho que tomar os remédios, né. Então eu sei que eu sou paciente. (Tony)

Podemos dizer que a autonomia, enquanto necessidade do sujeito, só será produzida se houver estratégias de ação que caminhem ao encontro da história de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, da reconstrução de sua identidade, da valorização de suas singularidades, do reconhecimento dos seus direitos humanos (Amarante e Guljor, 2005; Pasquale, 2000). Essa reconstrução é explicitada quando Diógenes responde sobre os efeitos que a participação no programa produziu na sua vida:

Me ajudou, porque no meu caso com as questões depressivas, tudo junto, eu tava um bicho do mato. Não sabia nem falar mais com as pessoas, me comunicar com a linguagem normal e retomar isso tudo de novo, o programa foi, sem dúvida, um apoio pra isso, de se estruturar, de se organizar, de ser compreendido ou não, de ser criticado ou não, tudo isso é processo de trabalho.(Diógenes)

O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas a autonomia depende também da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. Sujeito da reflexão e da ação. Neste ponto entra a capacidade do sujeito lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos

com outros sujeitos, para criar bem-estar e estabelecer um contexto mais democrático. Diógenes contribui com a potência de ser sujeito da reflexão e da ação:

Me ajudou a interagir com o grupo, né, de me relacionar. O problema... na rádio a gente também aprende, com o tempo a gente vai vendo o tom da voz, questão da dicção, das palavras também pra falar, tudo isso tem que ser pensado pra quem tá ouvindo aí. [...] Foi ali que eu vi uma interação social dos meus pensamentos com todos, né. Me deu, me trouxe mais organização no meu trabalho [...], o programa vai te dando até disciplina, que eu não tinha [...], de ta todo dia lá no mesmo horário.(Diógenes)

A produção desta autonomia está imbricada na porosidade do espaço social, enquanto espaço que tem lugar para a diferença e para o protagonismo daqueles que por séculos estiveram destituídos de qualquer possibilidade de vida e de responsabilização por suas vidas e redes sociais. Deste modo, faz-se necessário a constituição de espaços mais porosos dentro dos próprios serviços de saúde mental e no social, permeando relações de solidariedade e cooperação.

Conclusão

Observamos com a realização desta pesquisa e com a participação, durante dois

anos, no programa Quartas Intenções, que a inserção dos usuários produziu múltiplas possibilidades de inscrição no social. A potencialidade dos espaços intersetoriais pode ser percebida pelo fato do programa ser realizado em um espaço comunitário, aberto às vicissitudes dos acontecimentos do cotidiano e pela oportunidade de expressão das idéias, desejos e saberes dos usuários participantes.

Nas suas falas, os participantes comunicaram o quanto eles puderam ocupar um novo lugar, até mesmo perante a sua comunidade, de quem tem algo a dizer e criar vínculos, rompendo o estigma da doença mental como incapacitante e excludente do convívio social. Sobretudo, é visível a existência desse estigma no discurso desses usuários quando nos dizem que gostariam de ser um trabalhador, ou mais do que um paciente, o que nos remete a pensar que a condição de sofrimento psíquico destitui o sujeito das escolhas de sua vida e que como locutor essa condição pôde encontrar uma via com outras possibilidades de estar no mundo.

Desta forma, acreditamos que a mudança se inicia pela apropriação dos profissionais de saúde dos espaços sociais, construindo estratégias que ajudem a transformar a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, promovendo uma emancipação progressiva da doença, do estigma e da instituição (Pasquale, 2000).

Essas estratégias dizem respeito à conformação de uma rede de cuidados em saúde mental no território, que permita a intervenção sobre as condições de vida das pessoas com sofrimento psíquico.

Conforme preconizado pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2011), precisamos potencializar a construção de uma rede de cuidados que valorize o processo de construção da saúde no “contexto da própria vida”, rompendo com as ações que ocorrem somente dentro dos serviços de saúde mental, descontextualizadas do espaço comunitário e desconsiderando produção de autonomia e o exercício de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

Notas

- 1 Nome fictício, escolhido pelas autoras.
- 2 Nome fictício, escolhido pelas autoras.
- 3 Nome fictício, escolhido pelas autoras.

Referências

- Alves, D. S. (2001) Integralidade nas políticas de saúde mental. In R. Pinheiro; R. A. de Mattos (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 167-176). Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.
- Amarante, P. (2005). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: *Amarante,*

- P. (Coord.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU.
- Amarante, P. (2007) *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. C.; Guljor, A. P. (2005) Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: Mattos, R. A.; Pinheiro, R. (Orgs). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/Cepesc/Abrasco, (pp. 65-76).
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004a). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. 1.ed. Brasília: MS.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004b). *Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental*. 1990-2004. 5 ed. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial*. Brasília.
- Campos S. M. S.; Soares, C. B. (2003) A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciencia e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 621-628.
- Castro E. D.; Lima, E. M. F. Brunello, M. I. B. (2001) Atividades Humanas e Terapia Ocupacional. IN: De Carlo M. R.; Bartalotti, C. C. (Orgs). *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. (pp. 41-59). São Paulo: Plexus.
- Cecílio, L. C. O. (2001) “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde” In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. RJ: IMS- UERJ- ABRASCO.
- Coelho, M. T. A; Filho, N. A. (1999). Norma-Patológico: Revisitando Canguilhem. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9 (1): 13-36.
- Fagundes, S. (1992). Saúde Mental Coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. *Saúde Mental Coletiva: Revista do Fórum Gaúcho*

- de Saúde Mental*. Universidade da Região da Campanha (Bagé – RS): Ano I (1).
- Fiorati, R.; Saeki, T. (2006). *O Acompanhamento Terapêutico: criatividade no cotidiano*. Psyque, São Paulo, 10 (18).
- Foucault, M. (2007). *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Kinoshita, R.T. (1996) Em busca da cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: Campos B. C. F.; Maierovitch, C. (Orgs). *Contra a maré à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo (SP): Hucitec.
- Kinoshita, R. T. (2001) Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. (pp.55-9). São Paulo: Hucitec.
- Medeiros, S. M.; Guimarães, J. (2002) Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 3 (3), 571-579.
- Mendes, E. V. (1999). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, F. B.; Fortunato, M. L. (2007) Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Natal/RN, Revista Vivência*, n. 32,155-181.
- Pasquale, E. (2000) *Gestão da psiquiatria na comunidade*. Unopar Científica: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, 2(1), 27-34.
- Pitta, A. (2011) Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Brasil. MS. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não*. (20-30). Brasília.
- Poletti, P. C.(2008) *Intersetorialidade e a Clínica em Saúde Mental: construindo e ampliando redes para a inclusão*. Programa de Aprimoramento em Saúde Mental. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- Queiroz, M.I. (1988) Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: Von Simson (Org.) *Experimentos com Histórias de Vida: Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice.
- Rotelli, F.; De Leonardis, O.; Mauri, D.(2001) *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
-
- Michele dos Santos Ramos Lewis:** Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, em 2009. Especialista pelo Programa de Residência

Integrada – Ênfase em Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição. Profissional do CAPS II – Sapucaia do Sul, RS. E-mail: micheleramos.rs@gmail.com

Ana Paula Guadagnin: Terapeuta Ocupacional. Graduada pelo Centro Universitário Metodista, em 2009. Especialista pelo Programa de Residência Integrada – Ênfase em Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição. Profissional do CAPS ad – Sapucaia do Sul, RS. E-mail: anapguadagnin@gmail.com

Suelen Griguc Carvalho: Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel, em 2009. Especialista pelo Programa de Residência Integrada – Ênfase em Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição. Profissional do CAPS ad – Sapucaia do Sul, RS. E-mail: suelen.griguc@gmail.com

Vera Lúcia Pasini: Psicóloga, Mestre em Psicologia Social (PPGPSI/PUCRS), Doutora em Psicologia (PPGPSI/PUCRS), Trabalhadora da Equipe Gestores do Cuidado em Saúde Mental, vinculada ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC e Docente da Escola GHC. E-mail: verapasini@gmail.com