

Saúde Mental: (re)conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades¹

Danielle Lasarotto Feltes²

Verena Augustin Hoch³

Resumo: No decorrer da história, houve mudanças na forma de olhar, pensar e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, deixando as práticas desumanas existentes, até então, nos Hospitais Psiquiátricos. Portanto o objetivo do presente estudo é compreender como é reconhecido a autonomia e como se constrói a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico nos novos dispositivos de atenção a saúde mental. Participaram desse estudo três profissionais que atuam em um CAPS⁴ de um município do Oeste de Santa Catarina. Os dados obtidos foram tratados a partir do método fenomenológico, e através deste, foram extraídas as seguintes essências: (re) conhecendo a autonomia, produção de autonomia e dificuldades para produção de autonomia. Constatou-se assim, quando se possibilita a construção de autonomia da pessoa em sofrimento psíquico à mesma se reconhece como pessoa capaz de realizar mudanças em sua vida, provocando assim, formas de produção de subjetividades.

Palavras-chaves: Loucura; Reforma Psiquiátrica; Autonomia; Subjetividade.

1 INTRODUÇÃO

Os hospícios surgem, segundo Rosa (2003), como resposta à loucura e aos loucos, estes são locais para os quais os ditos “loucos” eram levados, pois os “loucos” ameaçavam ordem pública e a paz social, por isso, precisavam ficar longe do convívio das pessoas nas cidades.

Conforme Scarcelli (2011) os manicômios podem ser entendidos como emblema das relações de violência, segregação, massificação e discriminação social, expressando assim os diversos mecanismos de exclusão e opressão dessa estrutura social. Os isolamentos dos manicômios tornaram-se caminhos sem volta, privou os adoecidos mentais do convívio de familiares e da comunidade em momento de fragilidade emocional, além de submetê-los a terapias violentas e desumanas, como administração de medicamentos em dosagens elevadas, camisas-de-força, eletrochoque, entre outras (JORGE e BEZERRA, 2004).

¹ Artigo apresentado à Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, como requisito parcial à obtenção do título de Pós – Graduação em Saúde Mental e Coletiva, financiado pela FUMDES.

² Bacharel em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - Campus de São Miguel do Oeste. Email daniellefeltes@hotmail.com.

³ Orientadora – professora MSc em Psicologia pela PUC-RS. Professora do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Email verena.hoch@unoesc.edu.br.

⁴ Centro de Atenção Psicossocial

Portanto, a reforma psiquiátrica surge como resposta aos modos como as pessoas com sofrimento psíquico eram tratadas nos hospitais psiquiátricos. O movimento de reforma psiquiátrica brasileira criticava a cronificação do doente mental, as internações prolongadas e as perdas subjetivas pelo saber psiquiátrico clássico e pelas instituições (BEDIN e SCARPARO, 2011).

No Brasil a reforma psiquiátrica se dá através das lutas sociais, surgindo assim o Movimento de Luta Antimanicomial que implementa nova estratégia de trabalho por meio de mudanças no plano legislativo, na qual surge a lei 10.216, “Lei Paulo Delgado” que dispõe sobre a proteção e os direitos das com transtornos mentais e redireciona a assistência em serviços de bases comunitárias. Nesse contexto, o Ministério da Saúde busca organizar o cuidado em saúde mental através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estes devem funcionar como serviços ambulatoriais especializados, integrados aos demais serviços do sistema (BRASIL, 2004).

Sales e Dimenstein (2009) comentam que o CAPS busca estabelecer cuidados em saúde mental na perspectiva de atendimento integral e territorial que preza pela permanência das pessoas na comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e a garantia de direitos de cidadania. Nesse sentido, verifica-se a existência de um novo olhar no cuidado em relação a pessoa em sofrimento psíquico, reconhecendo esta como um ser de direitos e potencialidades, sendo assim, a intenção deste estudo é pesquisar como é reconhecido a autonomia e como se constrói a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico nos novos dispositivos de atenção a saúde mental.

2 O DESENROLAR DA LOUCURA

A experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos vista como uma doença, na Grécia antiga ela já foi considerada um privilégio. Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina, sendo que, era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. Porém, na idade média já existiam mecanismos de exclusão do louco, onde existiam estabelecimentos que se destinavam a simplesmente a retirar as pessoas que não se adaptavam ao convívio social. A partir século XVIII que, definitivamente, que a loucura é percebida como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental conseqüentemente, passível de cura (SILVEIRA e BRAGA, 2005).

Segundo Torre e Amarante (2001), quando a medicina se apropria da loucura, surge o conceito de alienação, o qual tem papel estratégico, pois torna-se sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, e sim uma desordem. Portanto, a alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social.

Torre e Amarante (2001, pag. 74/75) comentam que:

Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como *o alienismo*. Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais.

Silveira e Braga (2005) afirmam que os loucos eram percebidos como seres perigosos e inconvenientes que devido a sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Portanto, são retirados desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, e é delegado esse saber ao especialista.

De acordo com Amarante (1995) a doença mental é um objeto construído há duzentos anos, no qual implica o pressuposto de erro da Razão. Portanto, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena, de sua liberdade de escolha, pois Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania, sendo que quem não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade.

Ao longo de toda a modernidade, o espaço da loucura e dos loucos foi, por excelência, o da exclusão. Considerados inaptos, desrazoados, imorais, indisciplinados ou loucos, desde a fundação do Hospital Geral, em 1652, foram mantidos fora do convívio social (OLIVEIRA, 2011, p.142).

Nesse sentido Yasui (2010, p.26) comenta que “os hospícios cumpriram uma função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis, indisciplinados”. Sendo assim, surgem os manicômios/hospícios em resposta aos loucos, ou seja, surgem como modelo que se calca na tutela, no tratamento moral, na disciplina, na imposição da ordem, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, na custódia e interdição. Portanto, o tratamento, deveria ser realizado numa instituição fechada, pois o isolamento favoreceria a observação do “objeto em seu estado puro”

sem as indesejáveis interferências da vida social, bem como o isolamento seria, em si, terapêutico, pois as mesmas interferências que prejudicavam a observação contribuiriam também para as causas da loucura (AMARANTE, 2009).

Para Vasconcelos et. al (2006), em todo o mundo os asilos e os hospitais psiquiátricos convencionais se constituem verdadeiros campos de concentração insalubres, de segregação isolamento, troca social zero, mortificação do eu, violência e, durante muito tempo significaram uma sentença de morte aos poucos, no anonimato e na desesperança. O regime militar dava cheques em branco aos hospitais privados para serem preenchidos a cada nova internação, e a partir dessa situação tivemos então o que foi chamado de mercantilização da loucura.

Conforme Yasui (2010) o louco dentro do asilo é submetido a um controle social e moral ininterrupto, no qual a cura significava propor sentimentos de dependência e humildade. Sendo que os métodos utilizados eram ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, ou seja, usavam todas as formas que poderiam infantilizar e culpabilizar o louco.

Ademais, Goffam (2013) comenta que a partir do momento que o louco entra numa instituição é muito provável que o mesmo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços que carrega consigo, provocando assim, a desfiguração pessoal, ou seja, a pessoa perde seu conjunto de identidade, perde parte de sua vida civil, além do mais, a maioria dessas instituições não garante a integridade física, pois os próprios métodos de tratamento são através de pancadas e terapias de choque.

No Brasil, a partir do século XVIII a tolerância para com os “loucos” diminuiu e as Santas Casas de Misericórdia passaram a receber os loucos, tentando realizar tratamento diferenciado, pois até então, os mesmos eram amontoados nos porões, sem assistência médica e vigiados pelos carcereiros. Sendo que os delírios e agitações eram tratados a partir de agressões físicas ou contenções. Quando não existiam vagas nas enfermarias das Santas Casas de Misericórdia, os loucos eram encaminhados para as prisões e acabavam por receber os mesmos maus tratos. Nos anos de 1930, com o saber da psiquiatria sobre a “doença mental” houve um aprimoramento das técnicas de tratamento sendo utilizadas técnicas no tratamento das doenças mentais, como o choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomia (LIMA, 2010).

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS NOVOS MODELOS DE CUIDADO

As denúncias à assistência psiquiátrica iniciam na década de 1970 devido as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos ao qual estavam submetidos o portadores de transtornos psiquiátricos internados, sendo assim começa a ser “descoberto” a violência institucionalizada (MOURA, LUZIO e MESQUITA FILHO, 2011).

A partir dessas denúncias que se começa um processo de mudança, sendo que no Brasil essa mudança acontece a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, sendo contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de cuidado (BRASIL,2005).

Para Pereira e Costa-Rosa (2012, p.1039) “ a Reforma Psiquiátrica não sugeriu um modelo de Atenção à Saúde Mental, apenas ressaltou a necessidade da desinstitucionalização dos sujeitos em longas internações psiquiátricas”. Nesse sentido, que Vasconcelos et al (2002) comenta que a proposta da desinstitucionalização centra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental, e constata que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital por amplos serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social.

O processo de reforma psiquiátrica é marcado pela presença de movimentos sociais que contribuíram para uma nova concepção de loucura, sendo assim, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987, realiza-se dois eventos em favor da transformação da assistência psiquiátrica brasileira: I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, sendo esse ultimo de grande importância para a implementação de mudanças nas práticas e cuidados oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental torna-se Movimento de Luta Antimanicomial, buscando chamar toda a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o ‘louco’ e a ‘loucura’, adotando um novo lema de luta: “Por uma Sociedade sem Manicômios” e estabelece o 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial (LIMA, 2010).

O Movimento de Luta Antimanicomial implementa sua nova estratégia de trabalho através de mudanças no plano legislativo, de forma assegurar a atenção no meio sociocultural do portador do transtorno mental e reconstruir sua cidadania e poder de trocas sociais. Criando assim o projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal mineiro, do Partido dos Trabalhadores, Paulo Delgado, que propõe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, que vai dar o tom do movimento e dos debates do setor com toda a sociedade, nos anos 1990 (ROSA, 2003).

Conforme Vasconcelos et al (2006) através da luta pela transformação do poder psiquiátrico é aprendido que não basta humanizar hospitais e asilos, tentar torná-los lugares mais terapêuticos e sem abusos, pois não tocamos nas exigências da sociedade vigente que tentam silenciar e segregar a diferença colocada pelo sofrimento psíquico. Deste modo, a luta antimanicomial foi requerendo substituição das instituições psiquiátricas por novos serviços abertos, dentro das comunidades onde se vive, e estratégias mais amplas para mudar a cultura da segregação no conjunto da sociedade.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p.08).

De acordo com Franchini e Campos (2008), a criação no Brasil dos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial foram embasados nos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, e buscam uma nova forma de compreensão sobre a loucura e de intervenções mais adequadas para seu tratamento, o qual procura abranger no tratamento a condição humana social, política e cultural do indivíduo, havendo uma preocupação em que o cuidado ao paciente seja uma sustentação cotidiana das situações sociais vivenciadas, visando a uma participação mais ampla, que inclua o atuar do indivíduo como sujeito.

Em março de 1986, foi inaugurado no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo. A criação dos CAPS, fez parte de um

intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 [...] são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p.12).

Portanto os CAPS têm como objetivo olhar a pessoa em sofrimento psíquico em sua integralidade e perceber esta em seus modos de organização de vida. Um CAPS, quando considerado à luz das ideias da desinstitucionalização, deve trabalhar para amenizar o sofrimento dos seus usuários, a partir da construção de estratégias geradoras de novidades, de cuidados novos, de novos modos de vida para os sujeitos, sem que estes precisem estar adaptados aos padrões de normalidade que regem o funcionamento da nossa sociedade (SALES e DIMENSTEIN, 2009).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p.09).

Um dos caminhos mais importantes nesses serviços substitutivos é a criação de novas relações com a loucura, que se processa a partir da mudança das relações institucionais internas e de desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, porém se não houver clareza desse novo modelo de cuidado em saúde mental corre-se o risco do manicômio e continuar reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico (TORRE e AMARANTE, 2001).

Conforme Yasui (2010) o CAPS é o principal instrumento de implantação da política nacional de saúde mental, sendo uma estratégia de transformação da assistência

que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, portanto, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço, pois o CAPS é meio, é caminho e não fim, ou seja, é a possibilidade de trama, de cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é feito em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. Nesse sentido, entende-se que o cotidiano de um CAPS é de pensar, para cada um que busca cuidado, é efetuar projeto terapêutico que leva em consideração a sua integralidade, sua complexidade, ou seja, projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado.

3.2 (Re)conhecendo a autonomia/singularidade da pessoa em sofrimento mental

É importantíssimo desmistificar as visões a cerca das pessoas em sofrimento mental, para romper com essas visões é essencial possibilitar habilitação psicossocial através da construção de uma rede de possibilidades que explore a autonomia dos que estão em tratamento, promovendo trabalhos de desconstrução dos rótulos atribuídos à doença mental. O modelo anterior de cuidado a pessoa em sofrimento mental centrava-se na incapacidade do sujeito, em alguém que precisava ser curado, no entanto surge a reforma psiquiátrica que contempla uma reorientação para o modelo hospitalocêntrico mostrando novas possibilidades a esse sujeito, pautando-se assim em cuidados que visam a autonomia do mesmo (JORGE e BEZERRA, 2004).

A palavra autonomia é originada do grego para designar a capacidade de um indivíduo de se autodeterminar, de se auto realizar, de autos (si mesmo) e nomos (lei), ou seja, autoconstrução, autogoverno. Portanto, autonomia pode ser considerada como momento que o usuário consegue viver a vida e encontra-se ligada à noção de indivíduo capaz de se autodeterminar, aquele que produz e vive de acordo com normas próprias (SANTOS et al. 2000).

Costa e Paulon (2012) comentam que autonomia sugere a capacidade de saber se autodeterminar, de, ativamente, traçar formatos e projetos de vida, sendo que o projeto de "autogoverno" está colado em processos de subjetivação muito próximos das amarras de que justamente pretende se libertar: da solidão individualista. Nessa perspectiva, o tão promulgado fomento à autonomia pode se tornar muito mais uma bandeira de luta de movimentos políticos instituídos para esses fins do que propriamente um exercício

de pensar sobre si mesmo, de (re)criar regras e modos de vida compatíveis com os sonhos singulares de cada um.

A produção de autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde se colocará sempre como uma possibilidade em aberto - nunca como uma certeza - um processo que pode vir a ser favorecido em função de algumas condições, entre as quais a natureza mesma do objeto de trabalho em saúde e as características que podem assumir os processos de planejamento e gestão nessas organizações (SÁ,2001, p.157).

De acordo com Mielk et al. (2011), os profissionais do CAPS devem entender que a construção da autonomia do usuário faz parte do cuidado oferecido no serviço de atenção psicossocial, devendo o mesmo atuar na reinserção social do usuário, tendo como base o resgate da autonomia. As atividades desenvolvidas pelos profissionais necessitam ir ao encontro desse pensamento, sendo realizadas prioritariamente na comunidade. Entende-se assim que práticas voltadas à autonomização do usuário devem ser perseguidas pelos profissionais do CAPS, uma vez que esse recurso de saúde tem condições de contribuir para que o usuário retome a sua vida de maneira mais independente e autônoma. não se trata de tarefa fácil, mas ela não deve ser esquecida no cotidiano do trabalho do CAPS.

Para Pelbart (1993, apud Carvalho e Amarante, 2000) é preciso construir espaços singulares nos quais não exista a busca de técnicas “bem sucedidas”, ou a reprodução de enunciações preestabelecidas que definitivamente não rimam com loucura, sendo fundamental construir juntamente com cada pessoa em sofrimento a melhor forma de cuidado.

Os processos de singularização re-constroem novas maneiras de se relacionar com o outro, novas sensibilidades, diferentes estilos de criatividade através de uma alteridade que coincida com o desejo do sujeito, um gosto de viver, a partir da instauração de dispositivos capazes de mudar a sociedade e os tipos de valores que, em sua maioria, não são os do sujeito. Porque os modos de subjetivação capitalísticos definem coordenadas semióticas determinadas, docilizando o indivíduo e naturalizando práticas e discursos. Assim, os movimentos de singularização geram resistências e rupturas nestas cadeias homogêneas de produção de subjetividade (GUIMARÃES e MENEGHEL, 2003 p.356/357).

Nesse contexto, Guimarães e Meneghel (2003) afirma que a subjetividade é produto das redes da história, ou seja, produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, por meio diversos mecanismos e estratégias, definindo modos de existência regulados por leis, verdades, crenças, valores, configurando assim formas de vida que definem o jeito do sujeito se

experienciar no mundo. A invenção de formas de vida nada mais é do que a produção de subjetividades.

Segundo Costa-Rosa (2013) a produção de subjetividade singularizada deve ser entendida concretamente visto que a saúde psíquica não é mais entendida como um estado, mas sim como um processo de produção de subjetividade e de subjetivação, sendo assim não se trata de um processo de produção sobre os sujeitos do sofrimento, mas um processo no qual eles são participantes diretos e protagonistas.

Apesar de tanto se falar nessas novas praticas de cuidado, é preciso estar atento para não reproduzir a instituição manicomial perante outras roupagens, pois como alertam Pande e Amarante (2011, p. 2075): "[...] os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo".

Yasui (2010) aponta que a atenção psicossocial deve inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de forma que haja um espaço para o sujeito dito louco.

4 MÉTODO

Para compreender como está sendo reconhecida a autonomia e como se constrói a subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico nos novos dispositivos de atenção a saúde mental utilizou-se uma pesquisa de ordem qualitativa, que, segundo Minayo (2008) se aprofunda no mundo dos significados, tendo em vista que o universo da produção humana só pode ser entendido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade, onde o objeto da pesquisa dificilmente pode ser traduzido em números ou indicadores quantitativos.

Participaram desse estudo três profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de um município do Oeste de Santa Catarina. O procedimento utilizado para a escolha dos participantes foi à presença na instituição na qual trabalham e a disponibilidade em participar da entrevista. Para garantir a confiabilidade e anonimato das informações disponibilizadas pelos participantes, no momento anterior à entrevista foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para resguardar a identidade dos participantes utilizou-se a letra P que se refere à pessoa e o número após cada letra, diz respeito ao número da entrevista realizada.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise, a partir das entrevistas foram extraídas as seguintes essências: (re) conhecendo a autonomia, produção de autonomia e dificuldades para produção de autonomia.

Os dados obtidos nas entrevistas foram tratados a partir do método fenomenológico, este método tem o objetivo de chegar à essência do próprio conhecimento, captar o sentido ou o significado da vivência e passar a investigar o mundo vivido dos sujeitos (FORGHIERI, 2001).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 (Re) conhecendo a autonomia

O modelo psicossocial visa cuidado integral, desenvolvendo escutas e atendimentos humanizados, enquanto profissionais da saúde é fundamental levar em consideração a autonomia e a singularidade de cada usuário, poder compreender como cada usuário organiza sua vida, para assim poder produzir novos cuidados de atenção com o mesmo. As falas a seguir relatam como os usuários de um CAPS estão conseguindo reorganizar suas vidas.

Todo o cliente que vem conosco aqui, nós estamos conseguindo organizar a vida dele lá fora, no dia a dia e também com sua própria família essa questão o autocuidado do familiar com o paciente/cliente nosso, e nos aqui também conseguimos trabalhar bem eles, nós fazemos um trabalho em equipe, então cada um faz uma parte que no final isso tem resultado positivo (P1). Complicado falar diretamente porque eles são diferentes, uns tem limitações maiores, tem uns que dependem dos familiares, que os auxiliem em todos os aspectos da vida [...] E uns que já são mais independentes conseguem fazer algumas atividades, em casa enfim, mas assim eu vejo assim que eles dão conta de bastante de coisa (P2).

Nesse contexto, afirma Abou-Yd (2010) que em nosso fazer cotidiano na saúde mental, o importante é entender a relação que cada sujeito estabelece com o que é próprio da sua estrutura: sua organização, funcionamento e seus fenômenos e com as dificuldades que decorrem desses fatores, para assim, podermos reinventar a vida.

Falando ainda das formas que o usuário direciona sua vida é fundamental que os profissionais como comenta Costa e Paulon (2012) possam proporcionar cada vez mais que o usuário realmente possa ser o ator principal, capaz de criar caminhos para si e, assim, impulsionar a revolução de sentidos que se pretende alcançar com o movimento de nossa Reforma Psiquiátrica. Em relação a isso podemos observar na fala a seguir:

Alguns ainda não estão conseguindo, mas a grande maioria já estão conseguindo se auto determinar, pelo tempo que já estão aqui eles já tem um conhecimento do seu problema e ai já estão conseguindo se organizar lá fora, temos pacientes que lá fora já conseguiram um companheiro uma companheira já que estão dando certo, então é uma coisa muito bom (P1).

Percebe-se assim que os usuários deste CAPS estão conseguindo dirigir suas vidas de forma mais autônomas, conseguindo serem respeitados, pois como afirma Abou-Yd (2010) ser louco dentro de um hospício é completamente diferente de ser e estar louco fora dele, quando se está fora desses locais é possível ao sujeito fazer apropriação de novas experiências, de se sentir parte da sociedade, de aprender a lidar com as dificuldades e como disse certa vez um usuário, é possível “administrar a loucura”.

Outro fator que nos mostra que os usuários estão sendo escutados em suas singularidades é quando os mesmos se reconhecem como pessoas de direitos e podem agir sobre eles, isso é relatado na seguinte fala:

É muito gratificante ver a evolução que eles tiveram, ate teve um usuário que vinha na ocupacional (Oficinas) e agora virá só no grupo de saúde mental, e ele fico agradecendo porque dizia que estava se sentindo perdido lá, que queria voltar a trabalhar e como ele vai diminuir os dias aqui ele percebe que esta melhor mais estimulado a buscar trabalho sabe (P2).

A partir desta fala, compreende-se que é importante caminhar com o usuário, estarem atendo as suas necessidades e principalmente no seu desenvolvimento, na sua evolução, pois só quando os mesmos são realmente escutados e olhados como pessoas que são capazes de fazer mudanças é que podemos enquanto profissionais auxilia-los a provocar essas mudanças.

Conforme Mecca e Castro (2008), cada ser é único, com sua história, seu jeito de ser e de fazer podendo assim emergir e evoluir, evoluir no sentido de construir uma trajetória própria. Santos et.al (2000) comentam que uma concepção possível para autonomia seria pensá-la como o momento em que o sujeito passa a conviver com seus problemas de forma a requisitar cada vez menos os dispositivos assistenciais do próprio serviço. Portanto, a instituição deve funcionar como um espaço intermediário, um local de passagem, na medida em que possibilitaria aos usuários um aumento de seu poder contratual.

Outro ponto importante nesse (re)conhecimento da autonomia é o profissional saber diferenciar o que ele deseja ao usuário do que o usuário deseja para si.

Você pensa em alguma coisa e eles n fazem, mas é o processo deles, eles não estão aqui para serem obrigados ou não a fazer uma atividade se eles vão se sentir mal fazendo aquilo então tem que respeita, mas eles não estão aqui só para tomar chimarrão e ficar no bate papo, eles estão aqui para desenvolver uma atividade e que este bate papo tenham um fundamento, tenha um sentido, não adianta vir só por vir[...] houve casos ate que um rapaz comentou, aqui ninguém é obrigado a ficar aqui, que se ele quisesse ele ia virar as costas e sair, deveria né, seria né, mas a gente não pode deixar porque ele esta sobre nossa responsabilidade e ai precisamos conversar, sim você poderia sair mas vamos tentar fazer isso ou aquilo, é de certa forma uma repreensão também não deixar ele fazer o que ele quer (P2).

Compreende-se a partir dessa fala que é preciso dar significado para o trabalho que esta sendo desenvolvido nesse serviço, que os usuários precisam se sentir parte do mesmo, podendo refletir sobre o que querem, pois quando não se sabe os motivos pelo qual se encontram naquele local fica difícil de achar um sentido para continuar. Nessa fala fica evidente também, o quanto os profissionais precisam trabalhar com usuários o porquê estão ali, que os mesmos possam entender esse momento pelo qual estão passando, porém muitas vezes os profissionais encontram resistência por parte do usuário em permanecer no serviço, sendo assim, precisam possibilitar que o usuário construa um sentido para sua vida, para as atividades que esta realizando.

Segundo Mecca e Castro (2008) os usuários vão ganhando territórios para sua existência, nesse sentido é o preciso que as atividades propostas deixam de ser apenas entretenimento ou meras tarefas e passem a resgatar o que nelas há de eminentemente

humano: o sentido que fazem para quem as realiza, ou seja, é preciso descobrir um sentido naquilo que se está desenvolvendo.

Como somos profissionais produtores de atos do cuidar, necessitamos olhar e ouvir o outro, sendo essencial reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, ou uma doença (YASUI, 2010).

5.2 Produção da autonomia

Nos processos de saúde existentes procura-se acolher, respeitar o sujeito em suas singularidades proporcionando assim o desenvolvendo de sua autonomia, que por muito tempo foi lhe tirado, compreendendo seus limites e contribuindo em suas potencialidades.

Procuramos escutar o usuário, ver o que ele gosta de fazer e então quando vai para as oficinas é lhe proporcionado algumas possibilidades se caso ele não consegue desenvolver pensa-se em outra possibilidade (P3). Aqui a gente procura orientar eles de que eles são capazes de fazer aquilo que é possível para cada um, trabalhamos também que cada um tem suas limitações e aí a gente vai conduzindo eles a fazer determinadas funções e eles estão conseguindo [...] Ele pode escolher o que fazer, porque cada um tem o que cabe a sua própria competência, se ele não tem condições não adianta forçar, mas tentamos incentivar ele, mas muitos é da própria doença que dizem eu não posso, eu não sou capaz, mas eles podem, eles são capazes (P1)

Quando escutamos os usuários podemos construir com eles novas possibilidades de vida, de modos de agir, novas subjetividades, portanto, para que isso aconteça é preciso sensibilidade para escutar o que tem por de trás dessa fala, escutar os silêncios, as entre linhas da vida.

Nesse contexto Estrellita-Lins (2000) comenta que é preciso escutar o silêncio de nossos loucos, pois o silêncio por vezes revela-se pleno de vozes, frases, exortações perspectivas fragmentarias, gestos estereotipados. Martins (2000) comenta que é preciso interagir muitas vezes com a agressão, com os delírios, como formas de comunicar uma dor, a dor de não expressar a si mesmo, é uma maneira de aceitar que todos somos frágeis, que todos temos dificuldades psíquicas maiores ou menores, que todos temos

um id que sonha, que é lúdico, que quer um mundo melhor; que todos, também, temos um núcleo narcísico que gostaria de se sentir acolhido, reconhecido, valorizado e amado.

Quando se fala de dificuldades, de limitações, percebe-se que os usuários estão acomodados em suas rotinas, em pensar que nada podem fazer de diferente e isso dificulta a possibilidade de criação de cuidados perante os mesmos, como demonstra a fala a seguir:

No meu ponto de vista eles têm dificuldades em aceitar atividades diferentes assim porque quando eu entrei aqui tiveram dificuldade em aceitar uma atividade diferenciada, tanto é que a maioria chega vão jogar dominó mesmo que você chame eles para fazer outra atividade eles logo cansam e voltam para dominó, eles tem aquela rotina estabelecida eu vou no CAPS para jogar dominó e ficam nisso as vezes tu tenta puxar para fazer alguma diferente mas é bem difícil (P2).

Nesta fala fica evidente o quanto os profissionais precisam interagir, criar um vínculo, acolher o usuário para que o mesmo se reconheça como um ser de potencialidades, de possibilidades de agir, para assim não se repetir velhas praticas, velhos modos de ser.

Portanto, Jorge et al (2011), comenta que nesse processo de cuidado deve existir uma responsabilização mútua, ou seja, uma co-responsabilização entre terapeuta/usuário/serviço/família para assim tentar minimizar os efeitos deletérios da doença mental e estimular a capacidade do usuário para o enfrentamento de seus problemas. Respeitando, porém, com base nas suas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando a sua cidadania, para a própria reinserção na sociedade.

Pensando nessas formas de cuidado que o profissional precisa resgatar a cidadania do sujeito, no qual têm direitos e deveres, o qual tem o direito de tomada de decisão, nesse sentido, o profissional surge como um intermediário nessa decisão.

Nós temos que orientar porque senão a gente não vai chegar a lugar nenhum e ai nós conversamos com os usuários colocando da seguinte forma como você acha que poderia resolver, para assim deixarmos eles tomar algumas decisões[..] porque se a gente diz faz assim e assim e depois não dá certo, porque nem tudo o que a gente pensa pode dar certo, então a gente tem que ver o aquele pode fazer, tem que criar uma

responsabilidade dele (usuário) o que você tem para resolver ele responde nada , ai perguntamos nada mesmo e ai ele começa a apontar algumas coisas que ele pode fazer, que ele poderia fazer mas não fez por essa questão de receber tudo pronto (P1).

Sendo assim, nota-se a importância de dar voz aos usuários para que construam seu processo de autonomia, sua subjetividade, que consiga se olhar como um ser singular e que, portanto, não existe um manual de instrução do que deve ser feito, ele, o usuário, precisa conhecer suas possibilidades e construir seus modos de ser. Nessa concepção de dar voz e vez, percebe-se que para que isso aconteça é preciso criar espaços nos quais os usuários possam refletir sobre suas vidas, sobre seus desejos/vontades, principalmente possibilitar que esses espaços se espalhem para fora da instituição CAPS, para assim, poder proporcionar uma reinserção social dos usuários, na qual a comunidade também os aceite e os acolha.

Estamos procurando fazer umas atividades mais reflexivas para eles formarem opiniões, para eles terem opinião sobre algo e não apenas aceitar do outro e baixar a cabeça[...]. Estamos na função de mudar isso, eles são seres humanos independentes, mesmo que muitas vezes a opinião deles seja em função de outra pessoa mas eles tem que saber por exemplo porque eu gosto de cor de rosa, porque? Há porque fulana de tal gosta, ah tá mas porque você gosta? O que é isso para você? Deixar eles construírem a opinião deles(P2).

Nota-se a importância de desenvolver esses espaços de reflexão, pois através do mesmo o usuário constrói a partir daí os caminhos a seguir, aprende a argumentar, e assim também a se relacionar com o ambiente para fora do CAPS.

Em relação a essa reflexão, a respeito do que os usuários pretendem fazer, como querem conviver, a fala a seguir mostra que teve um espaço que os usuários propuseram como eles queriam que o CAPS funcionasse, quais regras seguiriam.

Nós pedimos que eles sugerissem o que seria necessário que tivesse no grupo todo, e eles construíram isso até, tá lá atrás, não lembro nome que foi escrito para o cartaz mas, tá escrito com as palavras que eles sugeriram, tá lá escrito: participação, colaboração respeito, regras básicas de relacionamento e isso é bem interessante porque foi um movimento deles, do que eles percebem que é interessante, necessário

ter, não veio um olhar de fora, não veio a equipe e disse tem que fazer isso, eles falaram o que queriam[.] E foi muito legal eles falarem poderem contribuir, até os que não tinham muito contato, eram mais retraídos sugeriram também, foi bem interessante (P2).

É a partir desses momentos que se verifica o quanto as opiniões, decisões do usuário são levadas em consideração, e principalmente a forma como os profissionais acolhem a todas essas ideias, a esses modos de vida, conforme Deslandes (2004) quanto mais humanizada for a prática, com cuidados pautados pelo acolhimento, escuta, empatia e respeito melhores serão seus resultados, principalmente quando se olha de maneira singular para cada usuário, cada ser humano que ali está inserido, buscando desenvolver suas potencialidades e autonomia, sendo portanto, esta uma forma de auxiliar os usuários a desenvolver sua autonomia, e principalmente, quando se quebra preconceitos e ações engessadas, é bem mais fácil de reconhecer o usuário como um ser autônomo, cheio de capacidades.

Sendo assim, é fundamental trabalhar a independência dos usuários, a resolução de seus conflitos, estimular as potencialidades de cada um, para que possam organizar suas vidas sozinhos, para que possam conviver na sociedade.

Trabalhar a independência não precisa do CAPS para sobreviver eles vão ter q aprender a resolver seus conflitos sozinhos, pensar nas suas potencialidades porque ate então eles só veem as dificuldades os problemas tudo negativo. Objetivo do grupo é mostrar q dificuldades todo mundo tem problemas também mas e as tuas potencialidades no que você é bom o que você gosta o que você pode fazer focar nisso porque eles precisam ter isso mais forte para poder tocar a vida deles fazer as coisas por eles [..] reconstrução de identidade eles não são doentes metais em tratamento eles são fulano de tal, estamos tentando fazer esse movimento[.](P2).

Portanto, nota-se a importância de resgatar a identidade de cada um, que por muito tempo foram rotulados e rebaixados a classe de incapazes, nesse sentido, Costa, Anjo e Zaher (2007, p.105) relatam que o “doente mental perde sua identidade, sua singularidade, não importa o seu nome todos o chamam de "louco””.

É preciso desmistificar os rótulos que a sociedade impôs aos usuários e principalmente desfazer as ideias errôneas que os doentes mentais têm deles mesmos,

pois quando se acredita nos potenciais, nas capacidades isso fortalece o processo de mudança, fazendo com que o usuário olhe para a sua vida de uma forma diferente na qual as coisas podem dar certo, que eles precisam se permitir a viver esse novo, e não se acomodar com o que a sociedade em geral lhe diz. Quando os mesmos vão se reconhecendo como seres autônomos, com poder de decisão vão produzindo sua subjetividade.

Sendo assim, Jorge e Bezerra (2004) comentam que para romper essa identidade atribuída aos doentes mentais, a lógica centra-se na habilitação psicossocial como condição essencial, por meio da construção de uma rede de possibilidades que explore a autonomia dos que estão em tratamento e ainda promovam trabalhos de desconstrução dos rótulos atribuídos à doença mental, e proporcionem a aceitação social, pois, no modelo anterior, o sujeito com história de transtorno mental era entendido como incapaz, e em virtude do preconceito enraizado culturalmente, a sociedade não lhe permitia retornar ao convívio social.

Em relação às capacidades produzidas Costa-Rosa (2000) relata que a loucura e o sofrimento psíquico não precisam ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados com partes da existência, sendo que, os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem, o que visa no modo psicossocial é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos dos conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse sofrimento, por outro como um agente da possibilidade de mudança, nesse modelo é enfatizado formas de recuperação da cidadania pela via de cooperativas de trabalho, e principalmente pela experimentação de novas possibilidades de ser.

Para finalizar terminamos com a seguinte fala:

Cada caso é um caso, cada usuário é singular, então não dá para generalizar, é preciso fazer uma escuta para ver as potencialidades de cada um (P3).

Ou seja, a partir do momento que escutamos o outro, de uma forma singular, percebendo que o outro é um ser desejante, que possui prioridades diferentes das nossas, reconhecendo-o como um ser que tem direitos de organizar sua vida a seu modo se promoverá atos de cuidados, e será possibilitado que o mesmo crie novas forma de ser.

5.3 Dificuldades para produção de autonomia

Entre os novos modelos de atenção a saúde é preconizada a autonomia, singularidade de cada usuário, porém em meio a esses modelos existem alguns obstáculos que dificultam esse processo:

Porque são pessoas, cada uma tem individualidades, não tem como eu trabalhar com a patologia e deixar o ser humano de lado porque ai não vai funcionar nada então, falta bastante conhecimento de alguns profissionais de entender o que é essas patologias, qual o comportamento, como é essa pessoa sem essa patologia, de fazer essas reflexões acho que falta bastante (P2).

Nesta fala fica evidente, que é preciso olhar o sujeito na sua totalidade, que ele vai além de sua patologia e é exatamente esse além que é preciso ser olhado, escutado, porém como muitos profissionais não tem a sensibilidade de compreender essa questão, acabam por prejudicar a processo de autonomia do usuário, portanto, Costa, Anjo e Zaher (2007) comentam que é necessário se preocupar com os manicômios internos que alguns profissionais ainda cultivam dentro de si, sendo que algumas vezes quando nos propomos a tratar da doença mental, muitas vezes utilizamos conceitos preestabelecidos e soluções que homogeneízam as diferenças; temendo ousar e romper fronteiras que nos separam do universo da loucura.

Conforme Negreiros (2008) os profissionais são os protagonistas desse novo processo de cuidado, são eles os que transformam a organização e as relações dentro das instituições, nesse sentido é fundamental verificar o quanto essas praticas estão favorecendo ou não ao usuário, e principalmente, constatar se essas praticas estão criando a dependência do usuário para como serviço.

Vem aqui e continuam sua vida lá fora, continuam tendo uma vida normal lá fora, mas, querem continuar aqui para n perder até eles se sentem seguros estando aqui e ai eles conseguem monitorar melhor sua vida lá fora (P1).

Respeitada a sua especificidade, o CAPS é um serviço de saúde como outro qualquer, ou seja, o tratamento oferecido tem início, meio e fim. O atendimento ao

usuário deve ocorrer de acordo com a sua necessidade e pautando-se na compreensão de que a alta faz parte do tratamento. Quando não existe essa compreensão, passa a haver risco de cronificação dos usuários dentro do CAPS. Pois, muitas vezes, o serviço não é visto pelos usuários como um local apenas de suporte terapêutico, mas sim como o único espaço de troca social, gerando assim, dependência em relação ao serviço e interferindo negativamente na construção da autonomia do usuário (MIELKE et al 2011).

Ademais, além do próprio serviço muitas vezes não contribui para a evolução e reinserção do usuário nos deparamos com outros atores desse processo que são as famílias, muitas delas ainda não confiam no potencial do seu familiar, acabam por fazer um assistencialismo ao mesmo, olhando o mesmo como um ser incapaz de desenvolver suas atividades por si só.

Uma grande maioria (referindo-se as famílias) ainda tem essa preocupação que eles não conseguem fazer, então ainda tem certa restrição dos familiares então não conseguem deixar eles mais a vontade, ainda existe muito essa preocupação do familiar em protege eles demais né, e não deixam eles fazerem suas próprias coisas (P1). Porque a família acaba repreendendo não deixando [...] eu ainda vejo famílias com preconceito, que tem que ser escondido, não ele vai à festa porque não sabem qual vai ser o comportamento do familiar com transtorno [...]lá fora ainda se tem o preconceito, de não chegar perto, também que vem para as avaliações que é o primeiro contato, quem vem aqui tem que passar pela avaliação, ai muitos falam: mas ai eu tenho que vir aqui mas eu não sou louca. As próprias pessoas que vem aqui pela primeira vez, já vem com esse preconceito, por não conhecer sabe, não sabe o que é o CAPS o que é o transtorno mental porque as pessoas veem aqui então acaba se criando um preconceito enorme (P2).

Portanto é preciso fazer um trabalho de estimulação tanto com os usuários como com seus familiares em relação as capacidades que estes tem de (re)organizar suas vidas, podem ser protagonistas de suas vidas, e mostrar para a sociedade num todo que “louco” não precisa ficar escondido, excluído. Nesse sentido, é trabalhado da seguinte forma nesse CAPS:

Trabalho com as famílias para orientar a respeito dos usuários, tentando fazer com eles compreendam o usuário na sua patologia (P3) Temos uma aceitação muito boa por parte das famílias, acredito que isso aconteça porque estamos conseguindo resolver a situação abrindo espaço para que a pessoa entenda que daquela maneira que ela está agindo não vai dar resultado (P1).

Constata-se assim, a importância de continuar com esse processo de estimulação, facilitação da autonomia, pois, como relata Jorge et al (2011) a autonomia como dispositivo do cuidado integral é o resgate da cidadania, buscando assim possibilitar a autoestima, o poder contratual e o autocuidado, tendo como pilar o projeto de vida de cada usuário do CAPS. Sendo essencial trabalhar as incapacidades, as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos desses indivíduos para que possam, um dia, voltar a gerenciar suas vidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar a respeito da pessoa em sofrimento mental e da loucura, é falar da complexidade do ser humano, é uma temática carregada de significados, de apropriação de novas experiências, assim como, afirma Yasui (2010) às palavras: incerteza, desafios, risco, curiosidade estão presentes quando se fala em complexidade, portanto essas mesmas palavras definem bem o sentimento daquele que busca compreender a aventura da chamada loucura, do chamado doente mental, buscando assim, construir pontes que nos levam à possibilidade de um diálogo com essa complexa vivência humana. Portanto o presente trabalho teve a intenção de discorrer nessa aventura que é a loucura, e pesquisar como vem sendo reconhecida a autonomia da pessoa em sofrimento psíquico.

Sendo assim constatou-se que o CAPS em estudo busca (re) conhecer a pessoa em sofrimento, respeitando suas individualidades, e por meio do serviço possibilita a construção de autonomia, que por vezes é difícil de ser trabalhada, pois ainda esta impregnada as concepções de que o louco não tem vez na sociedade e que não tem capacidade para usufruir de seu direito de liberdade, do seu direito civil.

Portanto, compreendeu-se que no momento em que é possibilitado o desenvolvimento da autonomia cria-se a produção de processos de subjetividades, pois é quando o sujeito se apropria de sua vida, quando percebe suas singularidades ele

promove processos de subjetivação, ou seja, (re)cria modos de ser. Nesse sentido, observa-se o quanto a presente instituição preza por esse reconhecimento dessa produção, tanto que estimulam que os sujeitos a pensem por eles, decidam por eles, decidam a partir do que eles esperam para as próprias vidas.

Percebe-se então a necessidade de cada momento estar reconstruindo novas formas de cuidado, possibilitando que a pessoa em sofrimento seja reconhecida nas suas potencialidades e que os profissionais possam se perceber também como protagonistas destas mudanças, e coadjuvantes do processo de produção de autonomia e subjetividades das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, verifica-se a importância de criar novas relações com a loucura, sendo que o profissional tem papel fundamental nessa nova relação, como os profissionais são os atores desses atos de cuidados é essencial que eles transformem essas organizações, possibilitando as trocas de saberes e principalmente articulando as redes de cuidado nas quais o sujeito seja vistos em sua totalidade, em sua singularidade, e como protagonistas de sua vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-YD, Miriam. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. In: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio (Org.). **Experiências da reforma psiquiátrica**. Hucitec, 2010.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, v.11 n.3, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de out. 2013

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia . **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol 1, n.1. 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>>. Acesso em 10 de jul.2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde 2004.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: teoria e prática**, 2011, v.13, n.2.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira; AMARANTE, Paulo. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: Amarante, Paulo (Org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: fiocruz 2000.

COSTA, José Raimundo Evangelista da; ANJOS, Márcio Fabri dos; ZAHER, Vera Lúcia. **Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética**. Centro Universitário São Camilo – 2007.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**. v.36 no.95 Rio de Janeiro out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042012000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de nov.2013.

COSTA-ROSA, Abilio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, Paulo (Org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: fiocruz 2000.

COSTA-ROSA, Abilio da. **Atenção Psicossocial para além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo, Unesp, 2013.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 9, mar. 2004.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. Notas sobre criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In: Amarante, Paulo (Org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz 2000.

FRANCHINI, Cristiane Bach; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. O papel de espelho em um centro de atenção psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, 2008.

FORGHIERI, Yolanda C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano; MENEGHEL, Stela Nazareth. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Rev. Mal-Estar Subj.** v.3 n.2, 2003.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

JORGE, Maria Salete Bessa Jorge; BEZERRA, Maria Luciene Moreira Rolim. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho representações sociais. **Texto contexto - enferm.** v.13 n.4, 2004.

JORGE, Maria Salete Bessa Jorge; PINTO, Diego Muniz Pinto; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antonio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça Cavalcante. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciencia e Saúde Coletiva**, 2011.

LIMA, Jorgina Tomaceli de Sousa. A Casa do Fonseca: Caminhos Possíveis para a Reabilitação Psicossocial Assistida em Saúde Mental. **Dissertação**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2010.

MECCA, Renata Caruso; CASTRO, Eliane Dias de. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.25, abr./jun. 2008.

MARTINS, André. Criação e psicose: refazendo a metapsicologia das psicoses. In: Amarante, Paulo (Org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz 2000.

MIELKE, Fernanda Barreto; KANTORSKI, Luciane Prado; OLSCHOWSKY, Agnes; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. educ. saúde**. v.9 n.2, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Vozes, 2008.

MOURA, Renata Heller de; LUZIO, Cristina Amélia; MESQUITA FILHO, Júlio de. **Reforma psiquiátrica, movimento social e engajamento Profissional**. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. 2011.

NEGREIROS, Cláudia Landin. Linguagem e saúde mental: um olhar dialógico nas oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Dissertação** (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Linguagens, 2008.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**. v.18 n.1, 2011.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16 n.4, 2011.

PEREIRA, Erica Cristina; COSTA-ROSA, Abilio. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.4, 2012.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SÁ, Marilene de Castilho. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6 n.1, 2001.

SALES, André Luis Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicol. cienc. Prof.** 2009.

SANTOS, Núbia Schaper Santos; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VENANCIO, Ana Teresa Venancio; DELGADO, Pedro Gabriel. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicol. cienc. prof.** v.20 n.4, 2000.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade:** dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista Braga. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am-Enfermagem** 2005.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva.** v.6, n.1, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. (org). **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reinventando a vida:** narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro/São Paulo: EncantArte-Hucitec, 2006.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.