

Histórias, nossas histórias: potências e desafios do mundo do trabalho para usuários de um serviço de saúde mental

Camila Roman Theodoro¹, Maria Inês Badaró Moreira²

RESUMO: Trata de pesquisa qualitativa sobre a organização da vida e do trabalho de pessoas com sofrimento psíquico grave, com o objetivo de analisar o histórico de vida e trabalho, bem como os potenciais e desafios dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Pesquisa de abordagem qualitativa interventiva, com uso de narrativas de 14 usuários. A coleta de dados foi realizada por meio da observação do participante, da análise documental e das entrevistas semiestruturadas, a partir das quais foram produzidas as narrativas. Concluiu-se que o trabalho possibilita a reinserção social e a troca de afetos, bens e mensagens fundamentais para o processo de reabilitação psicossocial. Além disso, possibilita a ressignificação de seus sofrimentos e permite novos sentidos à própria vida.

Palavras-chaves: narrativa; saúde mental; trabalho; autonomia.

Stories, our stories: potential and the world of work challenges for users of a mental health service

ABSTRACT: This qualitative research on the organization of life and work of people with severe mental suffering, in order to analyze the history of life and work, as well as the potential and challenges of users of a Psychosocial Care Center (CAPS). Qualitative research with interventional use of 14 user accounts. Data collection was carried out

¹Assistente Social; Mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Experiência profissional em Saúde Mental e Assistência Social.

Endereço para correspondência: Rua João Dias de Carvalho, 245 – Centro, Águas da Prata, SP. CEP: 13890-000. E-mail: camilartheodoro@gmail.com

²Doutora em Psicologia; Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Mestrado Profissional em Ensino da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Líder do grupo Núcleo de Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Atenção Básica/CNPq.

Endereço para correspondência: Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/BS) – Edifício Central. R. Silva Jardim, 136 – Vila Mathias, Santos, SP. CEP: 11015-000. E-mail: mibadaro@gmail.com

Não houve financiamento ou bolsa de estudo para esta pesquisa. Todos os custos do orçamento foram assumidos pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Artigo recebido em: 05/08/2016. Aprovado para publicação em: 01/11/2016.

through participant observation, document analysis and semi-structured interviews, from which stories were produced. It was concluded that the work provides social reintegration and the exchange of affection, assets and key messages for the psychosocial rehabilitation process. It also enables the redefinition of their sufferings and allows new meanings to life itself.

Keywords: narration; mental health; work; autonomy.

Historias, nuestras historias: potencial y desafíos del mundo del trabajo para los usuarios de un servicio de salud mental

RESUMEN: Esta investigación cualitativa sobre la organización de la vida y el trabajo de las personas con sufrimiento psíquico grave, con el fin de analizar la historia de la vida y el trabajo, así como el potencial y los desafíos de los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Investigación cualitativa con el uso de narrativas de 14 usuarios. La recolección de datos se llevó a cabo a través de la observación del participante, del análisis de documentos y de las entrevistas semiestructuradas, a partir de las cuales se produjeron las narrativas. Se concluyó que el trabajo proporciona la reinserción social y el intercambio de afecto, bienes y mensajes claves para el proceso de rehabilitación psicosocial. También permite la redefinición de sus sufrimientos y permite nuevos significados a la vida misma.

Palabras clave: narración; salud mental; trabajo; autonomía.

1 INTRODUÇÃO

No contexto da saúde mental, muito se tem discutido sobre os modelos de cuidar, a reabilitação psicossocial, a reinserção laborativa e outras práticas que valorizam o processo de transformação da vida do usuário a partir da desinstitucionalização. A transformação do estigma da loucura como incapacitante, carregada de negatividade, foi construída ao longo de muitos anos de produção social sobre o lugar para o louco e a loucura no mundo ocidental (FOUCAULT, 1984). Esse modo de ver as pessoas com sofrimento psíquico intenso — já fortemente instalado em nossa sociedade — demanda um processo contínuo de transformação na coletividade, nos aspectos legais, na assistência e na atenção em saúde mental, e, fundamentalmente, uma grande mudança conceitual sobre o modo de se compreender e trabalhar nesse campo.

Entre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira ainda se configura a necessidade de repensar os espaços de trabalho, sem as barreiras comuns presentes no cotidiano dessas pessoas. Para isso é necessária a concretização de ações efetivas no sentido da desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que desmonta a solução simplista para reconstruir a complexidade desse problema. Para Rotelli (2001) a ênfase das ações em saúde mental não deve ser no processo de cura, mas em um projeto de reinvenção da saúde e de reprodução social do indivíduo. Para isso, o autor aponta que as relações com o trabalho devem se multiplicar para além da visão dos sujeitos sociais como atores de sua própria mudança, abrangendo também a comunidade local, a opinião pública e os sujeitos políticos.

Nesse sentido, Saraceno (2001) acredita que o modelo de múltiplas redes de relações e negociação promove maior autonomia e também evidencia a participação desses sujeitos, de maneira que pode estabelecer três eixos fundantes para reabilitação psicossocial: o *habitat*, a rede social e o trabalho, compreendido como valor social. Entre os elementos desse tripé da atenção psicossocial toma-se o trabalho como aporte desta análise.

Para Amarante (1994) as políticas de saúde mental e atenção psicossocial passaram a adotar estratégias mais específicas e concretas de criação de projetos de geração de renda para as pessoas em acompanhamento na rede por meio das cooperativas ou empresas sociais que incorporam os mesmos princípios de uma inclusão social pelo trabalho.

Além disso, Kinker (2011) defende que as transformações no mundo do trabalho estejam aliadas a avanços nas políticas públicas em saúde mental e devem ocorrer nos contextos de trabalho e no próprio mercado, fazendo surgir novos contextos acolhedores e desafiadores. Propõe, então, novas formas e novos valores, ou seja, projetos coletivos de trabalho como alternativa substitutiva às formas alienantes de inserção no mercado de trabalho, que só reproduz o aprisionamento e o empobrecimento do homem em torno da mercadoria.

Assim, a preocupação com o cuidado em saúde deve incorporar novos aliados — além dos profissionais, usuários e seus familiares —, seja na relação direta com os cuidadores ou por meio de suas organizações, tornando-se agentes impulsionadores do processo de retorno ao convívio e à vida em sociedade. Essa ação ocupa um lugar estratégico para se discutir e reconstruir sua relação com o sofrimento psíquico e o espaço de trabalho.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são espaços de acolhimento, cuidado, trocas sociais e produção de subjetividades. Devem funcionar como articuladores de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em busca de uma vida social

diversa e rica e de novos encontros. No aspecto da manutenção do indivíduo em seu território, os CAPS devem manter seu papel de articulador do cuidado para o sofrimento psíquico grave, trabalhando em ações conjuntas com a atenção básica (BRASIL, 2011). A partir de estruturas flexíveis — apesar dos desafios constantes para que não se tornem espaços burocratizados ou de repetitivas ações alienantes —, também vêm se consolidando como potentes áreas para a interação social.

Na perspectiva de uma inclusão no mundo do trabalho, caráter estratégico e motivador de pensamentos e potencialidades desse tipo de serviço parecem primordiais (BRASIL, 2005), com promoção de propostas de programas de inclusão social pelo trabalho como um dispositivo estratégico, no que se refere à ampliação de trocas sociais, cidadania, autogestão, cooperação, solidariedade e desenvolvimento local. No contexto atual, cabe ressaltar a relevância da presente pesquisa a partir do momento histórico da saúde mental, principalmente nas novas propostas e serviços voltados para inclusão, visto que a atenção deste estudo está relacionada com as experiências de vida e trabalho dos usuários de um CAPS.

O sofrimento psíquico compõe a vida de uma pessoa como uma condição de sua existência e não está separada de seu modo de viver e existir. Por isso, ao se considerar uma prática de cuidado em saúde mental, deve se atentar para as diferentes dimensões que compõem o ser humano, no sentido de compreender suas diversas esferas para, a partir delas, se pensar em um projeto terapêutico singular (BRASIL, 2013).

Assim, na tentativa de compreender a relação de uma pessoa com sofrimento psíquico grave com a dimensão do trabalho, o objetivo desta pesquisa foi conhecer e analisar — por meio de narrativas — as histórias de trabalho de usuários de um CAPS em uma cidade de pequeno porte no Estado de São Paulo.

2 MÉTODO

A abordagem da pesquisa qualitativa se revelou como um processo de aprofundamento da compreensão em busca de decodificação das mensagens do indivíduo dentro de seu contexto histórico, cultural, social e econômico. O início do trabalho de campo se fez por meio da observação participante e, em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os indivíduos. A entrevista, constituída por perguntas abertas e fechadas, possibilitou uma relação dialógica com o entrevistado para que esse pudesse discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Essa foi uma forma privilegiada de interação social, na qual cada entrevista foi expressa de maneira diferenciada à luz e à sombra

da realidade vivida pelo entrevistado. Seu sentido deve ser compreendido empaticamente pelo entrevistador, tanto no ato de realizá-la quanto nas informações que nela são produzidas (MINAYO; GOMES, 2012).

As narrativas foram elaboradas a partir das entrevistas realizadas com os participantes. A escolha pelo método da narrativa para a construção das histórias de vida se destaca como um importante recurso metodológico para pesquisas qualitativas em saúde, por se entender como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo experiências subjetivas num campo político (CAMPOS, 2011).

O foco principal deste estudo está exatamente em ressignificar a história dos sujeitos envolvidos, trazendo o compartilhamento narrativo de tal experiência, sem destituí-la de suas singularidades, acreditando que o trabalho narrativo na saúde mental pode contribuir para a evolução da pesquisa. Assim, ao inserir a participação dos usuários, optou-se por apresentar a narrativa elaborada aos narradores, a fim de que pudessem alterar, sugerir, modificar e se inserir nas narrativas, de modo a protagonizar importante momento da pesquisa — que é a análise propriamente dita. E seguiu-se uma análise narrativa hermenêutica, respeitando os níveis de compreensão, conforme Ricoeur (1994). Nessa concepção há menos rigor em cronologias e maior compromisso e respeito às danças do tempo que o narrador realiza ao contar suas experiências ao pesquisador.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Parecer nº 304.761, de 14 de junho de 2013.

3 RESULTADOS

Para iniciar a pesquisa foi desenvolvido um mapeamento da rede municipal, que revelou que há uma rede possível para municípios de pequeno porte e mostra que, ainda que frágil, existe um desenho de rede de atenção psicossocial pública municipal. Nessa rede, o CAPS em que se desenvolveu esta pesquisa vem gradativamente assumindo seu papel estratégico fundamental na articulação com as redes e os territórios e na organização da rede comunitária de cuidados. A lógica do trabalho em rede enfrenta desafios, mas busca criar possibilidades de inclusão, uma vez que um de seus principais componentes é a possibilidade de desenvolvimento e consolidação de diversas relações, destinadas a promover uma integração social e a criar espaços de conversações coletivas.

No primeiro contato com as instituições e os serviços, foi solicitada a relação das atividades oferecidas para a população, a fim de também direcionar

aos usuários do serviço. Nesse momento, foi possível observar que realmente há uma deficiência na rede em relação às atividades, aos cursos e aos programas para possível inclusão. De fato, há atividades espalhadas nos bairros e no centro da cidade que não atingem o público do CAPS. Com efeito, os principais serviços que, no momento, têm uma articulação com a saúde mental são: o Departamento de Assistência Social (CRAS e CREAS), o Departamento Municipal de Saúde (UBS, ESF, NASF), o SENAI e o Sindicato Rural. Com o mapeamento foi possível analisar que há um *déficit* no município quanto à oferta de recursos comunitários a toda a população, principalmente nos setores de lazer, esporte, cultura e trabalho.

Até 2000, o município não possuía serviços de saúde mental organizados e articulados em rede. Os usuários eram encaminhados para o Núcleo de Gerenciamento Assistencial do Estado (NGA), com triagem social para psicólogos e médicos psiquiatras. Em junho do mesmo ano ocorreu a municipalização, transformando o serviço no Ambulatório de Saúde Mental, ampliando, assim, a equipe: assistente social, terapeuta ocupacional, quatro psicólogos e médico psiquiatra.

Consoante os preceitos da reforma psiquiátrica e a necessidade do município em atender a demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais graves e severos, carentes de um atendimento mais específico e não apenas medicamentoso, foi implementado, em 2008, o CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial de São João da Boa Vista-SP, promovendo, assim, o tratamento, a reabilitação psíquica e a inclusão social, além do resgate da autonomia e da cidadania desses sujeitos.

Atualmente, a rede de saúde mental está composta pelo Ambulatório de Saúde Mental, pelo CAPS II, pelo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) — implantado em 2010 — e pela Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental “Mentes Brilhantes” — a qual já está regulamentada, porém em processo de estruturação, necessitando, ainda, expandir, enquanto conhecimento, a vontade do novo, quando se fala da rede de saúde mental.

A assistência à saúde mental em rede busca criar um processo de trabalho contrário aos modelos médico-centrado e hospitalocêntrico, os quais, afinados com uma política neoliberal privatizadora da prática médica, limitando-se à cura, colocam a prevenção como responsabilidade da saúde pública. É possível citar, por exemplo, a rede de atendimento em saúde mental formada pelas várias unidades de saúde e pelas equipes articuladas entre si, em um movimento de intercâmbio, promovendo o fortalecimento de cada uma e o surgimento de direções que contribuam com a socialização da pessoa com transtorno mental, de modo a ampliar o debate a respeito da loucura e da defesa dos direitos da população.

Por meio do mapeamento da rede é possível destacar que há poucos equipamentos ou quase nenhum quando se pensa na integração na comunidade. O Centro Social Urbano (CSU) que existe no município está destinado para outros fins, não à integração comum, sendo designado apenas para áreas específicas, como para o idoso e para a criança. Procura-se implementar as mudanças por meio de uma rede básica que atue como um lugar para efetivação de práticas que recolocuem a questão da assistência, e incluindo ações que vão além do acolhimento ao usuário, buscando a promoção e proteção coletiva da saúde. Os departamentos municipais, que englobam assistência social, saúde, educação, esporte e cultura, desenvolvem projetos e atividades direcionadas a toda a população do município. Porém, ainda há pouca articulação entre a rede e a inserção desses usuários nas outras áreas com inibida intersetorialidade.

A partir dos 236 usuários frequentes do CAPS II de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, foram identificados 21 com alguma experiência ou relação com o trabalho (formal ou informal). Após a apresentação da pesquisa, 14 aceitaram voluntariamente participar da mesma e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.1 Histórias, nossas histórias

As narrativas foram construídas a partir das experiências de vida e trabalho. Para este relato, personagens foram nomeados a partir de impressões pessoais, seja no sorriso, no olhar, no jeito ou em algum aspecto físico. Dentre eles, temos: Maria Bonita, José da Esperança, Maria Serelepe, João Grandão, João Temeroso, João Curioso, Diário de Mary, Maria do Cabelo Negro, Maria da Conceição, José das Riquezas, Maria Baixinha, Maria dos Olhos Verdes, Maria Sorriso e José Dentinho.

Em relação ao início da vida profissional, 12 participantes começaram suas atividades produtivas precocemente — entre 8 e 18 anos de idade —, sendo que, em sua maioria, o trabalho se deu informalmente na zona rural, como empregada doméstica ou babá, com intuito de ajudar a família ou simplesmente de sobreviver. Importante mencionar que, exatamente no início da fase adulta, alguns já romperam sua relação com o trabalho por causa de episódios de transtornos psíquicos e internações.

Comecei fazendo unha em casa, tinha uns 10 anos, aí surgiu a vontade de trabalhar. Com 11 anos comecei a fazer um curso de cabeleireira. Com 18 anos já era profissional. (Maria Bonita)

Comecei a trabalhar com 16 anos, era um trabalho temporário, de ajudante de pintor (...). Depois comecei a ajudar meu pai, ajudava a carregar caminhão de pedra. Eu ia trabalhar, mas começava a pensar em droga, usava droga mesmo (...). Toda minha adolescência, ficava sem trabalhar às vezes. (João Grandão)

Somos oito irmãos. Comecei a trabalhar com 14 anos para ajudar meu pai e minha mãe. Trabalhei até os 40 anos. (...) depois eu passei a beber bastante. (João Temeroso)

As falas supracitadas demonstram que todos iniciaram precocemente e precariamente a vida como trabalhadores e que, por diferentes motivos, foram desenvolvendo as crises emocionais, tendo como consequência o sofrimento psíquico grave. Poucos compreendiam o que estava acontecendo e a família também tinha muita dificuldade em entender. Questão comum a muitos familiares, que se desafiavam diariamente para assimilar o sofrimento psíquico e enfrentá-lo em suas rotinas (COVELO; MOREIRA, 2015).

O episódio disruptivo que afastou do trabalho era uma novidade, uma dúvida; era o medo e a insegurança. De modo geral, a solução que a família encontrou de imediato foi a internação. Covelo e Moreira (2015) revelam que muitos familiares relatam falta de tempo e de espaços de cuidados e grande desconforto ante a presença do sofrimento psíquico em suas vidas. Para eles, há a necessidade de maior apoio de uma rede territorial de cuidados para manterem-se coesos em um plano de prevenções. Além disso, demandam espaços para também falar sobre seus sofreres cotidianos. No entanto, os serviços de saúde não apresentam estratégias de inclusão. Essas dificuldades dos familiares são passíveis de compreensão, pois historicamente em nossa sociedade se estabeleceu um modelo manicomial a partir de diferentes lógicas de exclusão, em que o isolamento da sociedade e a eliminação do que perturba aparecia como resposta única. Tendo perdurado por muito tempo, esse tipo de modelo manicomial era marcado por imposições autoritárias e coercitivas aos pacientes (BASAGLIA, 2005). Por isso, deve-se pensar que algumas mudanças podem levar tempo e transformações necessárias também demandam alterações no ambiente familiar, ou seja, no modo como os familiares compreendem o sofrimento como parte de suas rotinas. Esses participantes viveram em época em que o modelo manicomial imperava nessa região do país, e os serviços de atenção psicossocial comunitários, tal como o CAPS ou até mesmo o acolhimento do sofrimento psíquico, ainda não estavam efetivados:

Tive um afastamento forçado, porque eu não queria. Já fui internado com camisa de força, dois, três brutamontes lá pegaram eu dentro de casa. Uma violência. Minhas internações foram antes do CAPS (...). Dói muito lembrar dessas internações, era muita solidão, tristeza e violência. (José das Riquezas)

Morava em São Paulo, trabalhava na metalúrgica, tinha 22 anos, trabalhava registrado. Comecei a sentir pânico, pegava e desligava a máquina, ficava preocupado (...) pensava que eu ia morrer (...) aí não sabia o que eu era mais. Na minha primeira internação psiquiátrica fiquei agressivo (...). Quando eu saí do hospital, não conseguia dar mais produção no serviço e não ia trabalhar. (João Curioso)

Nessas falas de José das Riquezas e João Curioso, eles expressam com bastante angústia as lembranças das internações em hospitais psiquiátricos anteriores à implantação de novos serviços no município e relatam como foram abruptamente afastados de suas rotinas de trabalho, desde o início do processo de adoecimento. A relutância para aceitar esse modo de tratamento também se fazia presente. Já em relação ao desenho da rede de atenção psicossocial da região, o serviço prestado pelo CAPS também foi mencionado como uma das alternativas às internações. Esse tipo de serviço surgiu tardiamente no município, somente em 2008.

A ruptura com a prática do trabalho, para a maioria dos participantes, ocorreu no início da fase adulta, momento marcado por algumas oscilações entre períodos de atividade e de adoecimento. Elas ocorriam, muitas vezes, por meio das internações, visto que dos 14 participantes da pesquisa, apenas 5 não passaram por esse procedimento após a inauguração do CAPS da cidade.

Um dos poucos que não passou pelo processo de institucionalização foi João Temeroso, que teve uma vida mais produtiva por mais tempo, pois trabalhou até os 40 anos de idade. Ele fez uso de bebida alcoólica e, tardiamente, começou a apresentar alguns sintomas que lhe aprisionaram junto ao medo da “doença”. Nessa época já havia o CAPS no município:

Quando fui ficando ruim, fui parar no Pronto-Socorro e me encaminharam para o CAPS. No Pronto-Socorro fiquei muito ansioso, falando um monte de coisa sem sentido. Comecei a escutar vozes, mas aí primeiro comecei a ver uma mulher com uma faca querendo me matar, agora eu escuto muitas vozes que me perturbam, tem vez que eu não aguento tanta voz falando no meu ouvido. Depois que comecei aqui (CAPS) deu uma maneirada. Nunca fui internado. (João Temeroso)

Todo o processo de trabalho, adoecimento, internações e rompimentos com o cotidiano e a sociedade trazem outras questões para a análise. A tentativa de suicídio e as relações afetivas e familiares, assim como o relato sobre o preconceito também são muito importantes, pois remetem à presença do laço afetivo ou à ausência dele. As histórias são repletas de emoções, sofrimentos, dores, nas quais é possível observar que o desespero pode levar a pensamentos ou até mesmo a ações contra a própria vida, devido à intensidade da dor e, não raro, à falta de consciência de tal atitude. É difícil saber exatamente o que leva a tal pensamento e à realização de tal ato. Nas narrativas é possível constatar que oito dos participantes tiveram ideação suicida e que chegaram a tentar contra a própria vida de diversas maneiras e mais de uma vez.

De vez em quando eu penso em fazer besteira com minha vida, acho que seria mais fácil, assim não enchia o saco de mais ninguém, eu acho que sou um estorvo. (Mary)

Fui internada algumas vezes na Santa Casa mesmo, tentava suicídio. Teve uma complicação uma vez. Depois de ter feito a lavagem gástrica no pronto-socorro, fui parar na UTI. Queriam me internar em hospital psiquiátrico, mas como eu melhorei me mandaram para casa, para a família cuidar de mim. (Maria do Cabelo Negro)

Para compreender um pouco melhor a problemática do sofrimento seguido de várias tentativas de suicídio, será abordada a questão da rede de apoio afetivo e familiar, que é um grande fator de estudo apresentado na pesquisa. Todos os seres humanos precisam se manter vinculados aos seus semelhantes para uma adequada satisfação de suas necessidades. A rede afetiva e familiar de nossos participantes, em vários momentos, se mostrou frágil desde a vivência infantil:

Tinha oito anos. Eu não tive infância, só trabalhando, correndo atrás de tudo, engraxava sapato, com dinheiro comprava cigarro para minha mãe, doces para mim. Nessa época não guardava dinheiro, gostava de jogar fliperama. Não tinha tempo para brincar, em casa tinha sempre uns probleminhas, não gostava de ficar em casa, saía para rua, vender coisas, pensar... Saí cedo de casa. (João Curioso)

Entre os relatos, em geral, quando existe um sistema de apoio social, a probabilidade de ocorrer consequências negativas e abandonos motivados pelo sofrimento psíquico é menor. Isso resulta em maior chance de reinserção social e

manutenção de laços afetivos, nesses casos, as consequências negativas relacionadas ao transtorno também são menores. Portanto, destacamos os aspectos positivos que também apareceram nas narrativas em relação ao apoio familiar e aos demais laços sociais que se concretizaram, ainda que sejam vivenciados instantes de sofrimento psíquico intenso, pois esses ocorrem em episódios e não estão presentes em todos os momentos da vida:

Minha família me deu apoio. E me dão até hoje. São uma fortaleza para mim. Minha mãe fez tudo por mim, meu pai, irmãos. Quando comecei a vir aqui, ainda não estava aposentado, meus irmãos ajudavam com um pouquinho, meus pais com outro pouco, aí eu vinha. Foram me ajudando, até eu conseguir minha aposentadoria no INSS, aí eu não precisava mais ficar dependendo deles (...). (João Temeroso)

Elas são meu grande bem e esse era o meu medo. Delas não me aceitarem. Esses dias uma das filhas disse: Pai, o senhor quer ser feliz andando numa bicicleta ou ser feliz num carro zero? Aí tocou muito. Meu medo era perder tudo e não deixar nada de herança para elas (...). Tem hora que eu pego as coisas pra resolver e vejo que minhas forças não dão mais, aí eu corro pra Jesus de novo resolver pra mim. (José das Riquezas)

Maria Baixinha retrata em um de seus relatos a importância de outras redes de apoio, que se tornaram tão significativas quanto a rede familiar:

O pior que é difícil. A gente fala assim, o que a família da gente não teve de base, a gente achou aqui. A gente entende o lado da família, porque a família não sabe lidar com a gente. Então falamos que tá certo o CAPS. Nada é pra sempre, né? Que nem eu falo, o filho nasce, não está no cordão umbilical? Tem o primeiro desligamento do cordão umbilical, depois eles vão crescer, ter sua própria vida e a gente vai ficando lá, no cantinho. Então é a mesma coisa o CAPS, é lógico que o filho da gente vai estar ali, a gente sempre vai estar perto. Penso a mesma coisa com o CAPS, na hora que a gente não souber lidar com a situação, nós vamos pedir socorro, mas a gente vai ter que desligar de pouquinho e pouquinho. Ninguém nasceu ali dentro (risos). (Maria Baixinha)

Apesar do sofrimento provocado pela oscilação viver-adoecer, percebe-se nas narrativas palavras muito significativas em relação à importância que dão ao trabalho — como prestatividade, ocupação do tempo, retorno financeiro e autonomia —, o que dá credibilidade aos desejos e interesses dos participantes.

O trabalho é muito importante. Ocupação do tempo, ser útil para alguém preenche você de uma tal maneira, que você nunca fica pensando bobeira e nem que o tempo não passa. Eu to ali na mototáxi, que nem vejo a hora passar, quando eu vejo já deu sete da noite (...) se encontrar uma ocupação que se realize, ser útil para alguém ou ganhando é muito importante também. (José das Riquezas)

Trabalhar distrai a cabeça, trabalhando. Trabalhando posso ter uma casa, uma família, mas com esse dinheiro que eu recebo jamais vou ter uma família só com um salário. (José da Esperança)

Se o intuito é garantir o direito ao trabalho, o processo de reabilitação psicossocial começa a partir dessa conquista, devendo ser compreendido como um ponto de partida e não de chegada, uma vez que a inserção no mundo do trabalho demanda outros investimentos e uma “costura” com outras dimensões da vida humana. Esse acesso ao trabalho não poderia ser para qualquer função, pois o sistema capitalista há muito tempo delimitou que não há lugar para os loucos, senão nos manicômios, seguindo uma lógica excludente. O manicômio ou as estruturas manicomiais se fortalecem a partir da destituição dos direitos e da retirada do poder contratual dos indivíduos que neles passam a viver (SARACENO, 2001). Por isso, o trabalho no resgate da autonomia parece fundamental nesse processo.

Para Kinoshita (2001) autonomia seria a capacidade do indivíduo em gerar normas e ordens para sua vida diante de qualquer situação que enfrente, deixando claro que nada tem a ver com o conceito de autossuficiência ou de independência, que são confundidos inúmeras vezes. Em outras palavras, compreende-se autonomia no sentido de uma existência rica em experimentações, na qual um número maior de relações sociais indica que somos mais livres quanto maiores forem os nossos elos com as pessoas. A liberdade e a autonomia são importantes indicadores das somas das múltiplas dependências que se constroem no cotidiano, e, neste caso, o trabalho aparece como um forte componente multiplicador de laços sociais.

Trabalhar é tudo pra nós. Sem trabalho a gente não vive também. Sem trabalhar a gente não come, não bebe. Você tem que se esforçar e agora eu estou aqui no CAPS e surgiu uma nova oportunidade para mim, não de trabalhar financeiramente, mas eu consegui um curso pra fazer, não vai receber benefício nada. Mas eu entendo nisso como uma experiência para mim. (Zé Dentinho)

É vida, é liberdade, é poder, é tudo, tudo que você imagina de bom é o trabalho. (Maria da Conceição)

Os participantes entendem o trabalho como algo importante, mas, acima de tudo, já estão ultrapassando seus próprios limites; aliás, demonstram que estão se redescobrando. Quando Zé Dentinho diz que surgiu uma nova oportunidade, ele visualiza como uma experiência e novas possibilidades. Até mesmo as conquistas que os participantes foram adquirindo, como a possibilidade de circular e de ter seu próprio dinheiro, podem ser percebidas nas falas das narrativas — como é o caso de João Temeroso:

Não vou poder ficar aqui e depender de vocês o resto da vida. Eu agradeço tudo, mas tem hora que tem que tomar atitude, ver o que faz. Mas eu tenho vontade de voltar a trabalhar. (João Temeroso)

Pode-se entender que o que está em evidência são as trocas possíveis em diferentes ambientes e as com novas pessoas que se realizam no mundo do trabalho, mas não se limita ou se restringe a ele. A fim de vislumbrar todas as possibilidades apresentadas para um recomeço, talvez seja necessário ir além. As novas perspectivas de vida que ainda existem precisam ser um pouco mais estimuladas e incentivadas, pois o medo e a insegurança desse “novo” são naturais e se fazem presentes no cotidiano dessas pessoas. Não se pode esquecer que as marcas do preconceito estão em toda sociedade. Dessa forma, é preciso buscar a reflexão e as práticas de cuidado, de maneira a transformar as relações de convívio, saindo do “padrão normativo” por meio de um renovar-se contínuo. João Grandão traz nessas expressões a atenção e o cuidado a que devem se ater.

O que há em comum entre os participantes são os novos interesses, mesmo que seja só o desejo de recomeçar, sem uma definição de caminho a seguir. É interessante analisar que cinco de nossos sujeitos da pesquisa demonstraram interesse pela área da culinária, a partir de um curso para padeiro e confeiteiro que foi oferecido no município pelo SENAI. Além disso, também surgiu interesse pelas áreas da beleza (cabeleireiro) e do artesanato (bordado) cursos esses aprendidos no CAPS como fonte complementar de renda, bem como por atividades como cuidador de idosos, mototáxi, eletricidade residencial e construção.

Ah, trabalhar é uma coisa que... A gente trabalhando, a gente pensa, sonha com as coisas que você quer ter, você trabalhando, tem sonho. Não trabalhando, não tem nem como sonhar. Eu vivo um dia de cada vez. Sem sonhos. (João Curioso)

O incomum também aparece nas narrativas, como marcas negativas que algumas situações deixaram — sejam advindas do trabalho e/ou simplesmente dissabores da vida, conflitos familiares —, o que os fazem não querer outra oportunidade, pelo menos não nesse momento.

Não consigo mais me ver trabalhando, não passa na minha cabeça. Às vezes faço um curso, três, quatro dias, eu aprendo, sei que tenho facilidade de aprender, mas eu não consigo me ver naquilo lá, trabalhando. Minha cabeça não consegue ver eu mais trabalhando. (Maria do Cabelo Negro)

(...) Eu teria que pensar, teria que pensar. Pensei comigo: Trabalhar de novo? E se não der certo de novo? Recomeçar tudo de novo? (...) Mas como diz minha mãe: Graças a Deus que a gente pode recomeçar (...) Acho que é medo do preconceito. (Maria Serelepe)

Percebe-se que, ao mesmo tempo em que há a negativa, existe também a esperança de um recomeço, ainda que seja com inseguranças e receios. As histórias são repletas de boas memórias, sendo que alguns trazem a lembrança do tempo em que trabalhavam e se sentiam fortes, potentes, reconhecidos socialmente, manifestando alegria ao relatarem as suas experiências, mas trazendo, em contrapartida, a tristeza de um tempo que se foi, sentindo poucas esperanças de recomeço ou de retomada dessa importante dimensão da vida que lhes parece perdida.

É importante compreender o sentido do homem como um ser social, sujeito de suas ações e principalmente de sua saúde. A dimensão do trabalho permite que relações sociais estejam interligadas no cotidiano, como constante interjogo entre o sujeito e a práxis. Pensando na prática profissional, houve o comprometimento em conhecer e atender as reais necessidades de saúde da população, sendo muitas vezes ignorada a ação transformadora desse sujeito, que se percebe reduzido a portador de uma doença. Essa informação, advinda dos entrevistados, confirma a necessidade indicada por Kinker (2011) de que existem transformações fundamentais que devem ocorrer nos contextos de trabalho e no próprio mercado, para que surjam novos cenários acolhedores e, ao mesmo tempo, desafiadores.

Nesta pesquisa, os usuários, a partir de seus relatos, expressam desejos e sonhos de construir ou reconstruir essa dimensão de suas vidas que, nesse sentido, pode ter o poder de reinserção e de traçar novos sentidos para a própria existência. Eis o grande desafio para a rede substitutiva desse município, incluindo o poder público municipal: todos os atores dessa rede devem estar envolvidos para que haja uma ação mais concreta e efetiva.

Uma possível resposta para o desafio da rede substitutiva de saúde mental, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde, também poderia ser a inclusão da proposta da economia solidária como política pública no município. A partir das narrativas, o potencial de cada participante ficou bastante evidenciado, assim como a necessidade de ser incentivado com medidas tomadas pelas três esferas de governo, com um olhar mais profundo e direcionado à política pública de saúde mental.

O fato de esta pesquisa ter possibilitado um momento para que os participantes pudessem parar e refletir sobre o trabalho apontou que não há no município um lugar para serem inseridos num setor produtivo. Dessa forma, poderiam estar incluídos e ao mesmo tempo acompanhados pela equipe do CAPS II, que teria a oportunidade de apresentar propostas para um novo projeto e envolver os profissionais e toda a rede do município nele, de forma que essa reinserção aconteça gradualmente. A partir dessa reflexão, sabemos que os usuários querem retomar essa dimensão de suas vidas, mas não se veem totalmente preparados para tal. Dessa maneira, a equipe se depara com o desafio da inserção no trabalho, o que nos faz indagar sobre os propósitos e as perspectivas da rede intersetorial de ações dirigidas ao mundo do trabalho. A pesquisa desvela, pela voz dos participantes, novas direções e aponta para certo caminho de ação que a equipe deve seguir, com trabalho articulado e encadeado por PTS que levem em consideração as questões por ele expostas.

No modelo atual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), se pretende atingir um arranjo de rede complexo e amplo, que verse sobre inclusão como um possível conceito de autonomia, bem como sobre o poder contratual dos usuários, já abordado pelos autores citados, que defendem a ideia de uma rede de negociações e troca, na qual exista maior participação e protagonismo dos usuários, favorecendo o fortalecimento desse processo de construção da autonomia. Esse processo de transformação e empoderamento traduz o que se tem de potencial para trabalhar com o usuário e evidencia o desafio de atuar numa rede em que vários saberes diferentes estão tentando se conectar em busca de uma compreensão mais complexa para as questões que envolvem o sofrimento psíquico e a vida dessas pessoas em suas diferentes dimensões do viver.

4 CONCLUSÃO

O percurso de toda pesquisa, a partir do desenho metodológico e da participação dos usuários até a construção de suas histórias de vida por meio das narrativas, possibilitou uma imersão nas histórias de vida de cada usuário, que foram além da prática rotineira em pesquisas e dos estudos já existentes no serviço de saúde mental. Esse fato nos faz refletir o quão importantes são a escuta qualificada e o acolhimento para a aproximação e compreensão do estudo e também para melhor elaboração e descortinar dos interesses da pesquisa, ou mesmo para o amadurecimento profissional.

Após algum tempo de realização desta pesquisa, ao retomar os dados da dissertação de mestrado para elaboração deste artigo, permanece a vontade de dar continuidade a essas histórias, acompanhando as trajetórias de vida no trabalho ou como esses usuários estão enfrentando os desafios dessa inserção. Além de um título de mestre, a pesquisa significou a reconstrução da trajetória profissional na saúde mental — incidindo sobre a dimensão do trabalho na vida do pesquisador —, assim como demonstrou a importância da questão das trocas sociais e coletivas — que vão além das práticas já experienciadas no cotidiano profissional —, transformadoras de usuários e de profissionais.

A arte de costurar é muito delicada. Como atividade do saber, o trabalhador que se propõe a escrever alinhava todos os pontos e “retalhos” de suas histórias, recortando ali, costurando aqui, com o intuito de transformar alguns fragmentos em tecidos do passado no presente. Recortes e fragmentos das histórias que, como retalhos reunidos, formam uma história recheada de acontecimentos, afetos, angústias, desafios e transformações internas.

O trabalho aqui relatado como “Histórias, nossas histórias” expressa vida, sonhos, raízes, sofrimento e vontades que insistem em nos lembrar de que a liberdade é terapêutica e que o convívio e as trocas sociais nos tornam cada vez mais humanos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Revista História, Ciências e Saúde*. Mangueiras, v. I, n. 1, p. 61-72, jul./out. 1994.

BASAGLIA, F. Um problema de psiquiatria institucional. In: _____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005. 336 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica e Saúde Mental*. Caderno 34. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. MS/DAPE/SAS. *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, O. R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dec. 2011.

COVELO, B. R.; MOREIRA, M. I. B. Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 55, p. 1133-1144, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0472.

FOUCAULT, M. *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. (Filme: *Em nome da razão*).

KINKER, F. *Fragmentos de uma sociabilidade emergente: a trajetória do núcleo de trabalho do programa de saúde mental de Santos (1989-1996)*. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ____; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. 2. ed. Trad. Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RICCOUR, P. *Tempo e narrativa*. Trad. Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papirus, 1994. t. I.