

**O autocuidado e seus desdobramentos na produção de saúde na atenção psicossocial**  
**Self-care and its consequences in health production of health in psychosocial care**  
**El autocuidado y sus consecuencias en la producción de salud en la atención psicossocial**

Recebido: 26/05/2020 | Revisado: 07/06/2020 | Aceito: 08/06/2020 | Publicado: 20/06/2020

**Géssica Silva de Oliveira**

<https://orcid.org/0000-0002-6046-9586>

Secretaria Municipal de Saúde de Jabotão dos Guararapes, Brasil

E-mail: [gessica.gso.oliveira@gmail.com](mailto:gessica.gso.oliveira@gmail.com)

**Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho**

<https://orcid.org/0000-0001-9639-9068>

Universidade Federal do Vale do São Francisco, Brasil

E-mail: [fatimaaguiar@hotmail.com.br](mailto:fatimaaguiar@hotmail.com.br)

**Liberalina Santos de Souza Gondim**

<https://orcid.org/0000-0002-6257-9121>

Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão do São Francisco, Brasil

E-mail: [li-gondim@hotmail.com](mailto:li-gondim@hotmail.com)

**Ana Karla da Silva Freire**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0338-9536>

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil

E-mail: [akarlasf@hotmail.com](mailto:akarlasf@hotmail.com)

## **Resumo**

**Objetivo:** compreender as estratégias de autocuidado utilizadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial- Modalidade II. Enquanto relevância social tem o intuito de possibilitar reflexões críticas no âmbito acadêmico-profissional acerca da participação de pessoas com transtornos psíquicos como coautoras do próprio processo saúde-doença-cuidado, buscando contribuir com a ruptura do modelo biomédico e psiquiátrico tradicional. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caráter exploratório-descritivo. Participaram da pesquisa usuários do CAPS II, sendo os dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas no período de julho a agosto de 2018 e analisados conforme o método da Análise do Discurso. **Resultados:** discorrem de categorias surgidas das narrativas de oito usuários, cinco do sexo feminino e três do sexo masculino. Aflorou-se um arsenal de

estratégias de autocuidado utilizadas pelos usuários do serviço, consonantes com os princípios da autonomia, protagonismo, intersubjetividade, corresponsabilização e cogestão na produção de saúde, os quais denotam a constituição de novos modos de subjetivação. **Conclusão:** Embora se observe a necessidade de transformações de práticas ainda baseadas no modelo medicocentrado, os resultados demonstraram que o CAPS vem funcionando de modo estratégico, favorecendo a criação de laços sociais e dando base para a construção de práticas de autocuidado.

**Palavras-chave:** Cuidado; Autocuidado; Saúde Mental; Participação Social; Autonomia

### **Abstract**

**Objective:** to understand the self-care strategies used by users of a Psychosocial Care Center - Mode II. As a social relevance, it aims to enable critical reflections in the academic-professional sphere about the participation of people with mental disorders as co-authors of the health-disease-care process itself, seeking to contribute to the rupture of the traditional biomedical and psychiatric model. **Methodology:** This is a qualitative research, exploratory-descriptive. CAPS II users participated in the research, with data collected through semi-structured interviews from July to August 2018 and analyzed according to the Discourse Analysis method. **Results:** there are categories arising from the narratives of eight users, five female and three male. An arsenal of self-care strategies used by service users emerged, in line with the principles of autonomy, protagonism, intersubjectivity, co-responsibility and co-management in health production, which denote the constitution of new modes of subjectification. **Conclusion:** Although there is a need for transformations in practices still based on the medicocentered model, the results showed that CAPS has been working in a strategic way, favoring the creation of social bonds and providing a basis for the construction of self-care practices.

**Keywords:** Care; Self-Care; Mental Health; Social Participation; Autonomy.

### **Resumen**

**Objetivo:** comprender cómo las estrategias de autocuidado utilizadas por los usuarios del Centro de Atención Psicosocial-Modalidad II. Si bien la relevancia social está destinada a permitir reflexiones críticas en el estudio académico-profesional sobre la participación de personas con trastornos psicológicos, como coautores del proceso de atención de la salud y la enfermedad en sí, buscando contribuir a un cambio en el modelo biomédico y psiquiátrico tradicional. **Metodología:** Esta es una investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva. Los

usuários de CAPS II participaram em a investigação, com dados recopilados a través de entrevistas semiestructuradas de julho a agosto de 2018 y analizados de acuerdo con el método de análisis del discurso. **Resultados:** existen categorías que surgen de las narrativas de ocho usuarios, cinco mujeres y tres hombres. Surgió un arsenal de estrategias de autocuidado utilizadas por los usuarios del servicio, en línea con los principios de autonomía, protagonismo, intersubjetividad, corresponsabilidad y cogestión en la producción de salud, que denotan la constitución de nuevos modos de subjetivación. **Conclusión:** aunque existe una necesidad de transformaciones en las prácticas aún basadas en el modelo medicocentrado, los resultados mostraron que CAPS ha estado trabajando de manera estratégica, favoreciendo la creación de vínculos sociales y proporcionando una base para la construcción de prácticas de autocuidado.

**Palabras clave:** Atención; Cuidados Personales; Salud Mental; Participación Social; Autonomía.

## 1. Introdução

O autocuidado como produção de saúde inscreve a posição de quem fala e de onde se fala, no campo da militância da luta antimanicomial pelo cuidado em liberdade, em defesa dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica em um movimento ético-político (Baião & Marcolan, 2020).

É importante destacar, que o conceito de autocuidado abordado neste estudo, ultrapassa as concepções organicistas-higiênicas. Compreende-se este conceito no entrelaçamento com as noções de autonomia e protagonismo, ambas, potencializadoras da produção de saúde nos espaços públicos de cuidado às pessoas com transtornos psíquicos.

A produção de saúde explicitada na epígrafe evidencia que o autocuidado, enquanto uma face do processo de cuidado, em suas diversas dimensões, não se deve dar de modo unívoco e homogêneo, mas sim na construção transversal e compartilhada. Deve perpassar por todos os personagens envolvidos no processo saúde-doença-cuidado: os usuários, a equipe de saúde, familiares e toda a rede de apoio que circunda o território no qual estes sujeitos estão inseridos, em seus diversos cenários e com seus múltiplos modos de subjetivação (Brasil, 2014).

Entende-se aqui, o território, para além da tradicional visão da geografia que o considera como um objeto estático com suas formações naturais. A noção de território que orienta e organiza a Rede de Atenção Psicossocial deve, fundamentalmente, ser constituída

como um todo dinâmico, vivo e repleto de inter-relações, não dando espaço para uma visão fragmentada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos (Lima & Yasui, 2014).

Convém destacar que ao perscrutarmos a história da loucura em sua evolução, faz-se notório que a concepção de cuidado - ofertado às pessoas com transtornos psíquicos - nem sempre foi abarcada por uma perspectiva da integralidade. Ao contrário, constata-se que toda a sorte de ‘errantes’ teve os seus direitos e suas subjetividades negadas, supondo-se que o chamado louco não pudesse falar sobre o seu próprio processo de cuidado, sendo então, interdito do convívio em sociedade e da corresponsabilidade e cogestão na produção da própria saúde (Prado, 2016).

As recorrentes negações de direitos aos ditos ‘delirantes’ sempre estiveram atreladas a um viés moral, reverberando em dicotomias como as de ‘bom e mau’, ‘certo e errado’ e de ‘razão e desrazão’, à luz de um maniqueísmo que sempre acompanhou a visão social sobre estes sujeitos contribuindo para a manutenção dos interesses de cada época (Campos, 2013).

Contudo, com o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil em meados dos anos 70, a atenção à saúde das pessoas com transtornos psíquicos no país, até então, forjada por uma concepção moral em relação ao fenômeno da chamada loucura, passa a ganhar novos direcionamentos em favor das mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde (Brasil, 2005). Começa-se a questionar a violência asilar, a qual os usuários de saúde mental eram submetidos à égide do modelo hospitalocêntrico e do saber psiquiátrico.

Buscando superar a ótica medicocentrada, a Reforma Psiquiátrica vem regulamentar uma nova Política de Atenção à Saúde Mental, culminando no nascimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS, em suas atribuições, visa à criação de um novo lugar social para o cuidado às pessoas com transtornos psíquicos, tendo como dispositivos estratégicos dentro do seu escopo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais se inserem como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial – modalidade II, foco do nosso estudo, se inclui como ponto tático da atenção especializada, constituindo-se de uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da Rede de saúde local, sendo indicado para municípios com mais de setenta mil habitantes (Brasil, 2011). Nessa perspectiva, estes serviços buscam empreender novos modos de cuidado que ressoam na forma como os usuários passam a ocupar-se do próprio processo saúde-doença.

As narrativas dos usuários a respeito da própria experiência de cuidado, asseguram um espaço singular de fala e protagonismo, onde é possível captar nos interstícios do discurso as singularidades e peculiaridades de cada experiência, igualmente, o modo como essas vivências são transpassadas por acontecimentos históricos e sociais, possibilitando assim, que o processo de cuidado de si seja investigado neste estudo de modo multidimensional.

Pretende-se ainda, por meio deste estudo, coadjuvar com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, em consonância com as suas quatro dimensões: (1) teórico-conceitual – que diz respeito à construção de um novo paradigma para o cuidado, busca-se, assim, romper com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional e compreender o processo saúde-doença-cuidado a partir das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito social; (2) Técnico-assistencial- a qual propõe a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos; (3) Jurídico-Política- compreendida como uma série de mudanças na legislação sanitária, penal e civil, referindo-se aos novos conceitos e ações criadas pela Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma implicação social no cotidiano dos sujeitos envolvidos na luta por transformações; e a (4) Sociocultural – trazendo à tona a construção de um novo lugar social para os sujeitos com transtornos psíquicos (Melo, 2012).

Compreendem-se, também, as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), no que se refere aos seguintes fundamentos: transversalidade, propondo-se a estreitar as relações entre os diversos saberes e os usuários/assistidos, com o objetivo de produzir saúde de forma corresponsável; indissociabilidade, com a compreensão que trabalhadores, usuários e seus familiares devem conhecer o funcionamento da gestão e da rede de saúde e devem participar dos processos de tomada de decisão de forma conjunta; e, por último, o protagonismo, o qual preconiza a autonomia dos sujeitos para que compartilhem corresponsabilidades junto às equipes dos serviços públicos de saúde, reconhecendo, a importância do papel de cada um nesse processo (Brasil, 2013).

O objeto de estudo teve como referencial teórico ‘cuidado de si’ de Michel Foucault como sustentação para o conceito de autocuidado. Foucault utiliza a expressão ‘cuidado de si mesmo’ para referenciar e traduzir a rica noção que os gregos utilizavam para designar um conjunto de atitudes ligadas a ocupação e preocupação consigo, que é da ‘*Epiméleia heautoû*’ (Foucault, 2006). Esta concepção encontra-se diretamente conectada a relação poder-saber, logo, fala sobre modos de subjetivação que vão sendo construídos entre assujeitamentos e resistências, na constituição de um sujeito ético.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo compreender as estratégias de autocuidado utilizadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial-Modalidade II,

fomentando a discussão a partir da perspectiva do autocuidado enquanto corresponsabilidade e cogestão na produção de saúde.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de delineamento qualitativo, caráter exploratório-descritivo, com princípio não probabilístico.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial – Modalidade II do interior de Pernambuco/Brasil. O serviço atende a população urbana e rural, com número aproximado de 578 usuários ativos. Atualmente, conta com uma equipe composta por 22 profissionais, oito de nível superior: duas psicólogas, dois psiquiatras, um enfermeiro, uma farmacêutica e duas assistentes sociais, sendo que uma delas, assume o cargo de coordenadora; e 14 de nível médio: uma artesã, três técnicos de enfermagem, uma recepcionista/telefonista, uma cozinheira e uma auxiliar de cozinha, auxiliares de serviços gerais e porteiros, além de contar com a colaboração de três estagiárias de psicologia, uma enfermeira residente e uma estagiária de enfermagem.

A escolha dos participantes se deu por conveniência, seguindo-se os critérios de inclusão: ser usuário/a do CAPS II, fator que determina a existência de algum transtorno psíquico grave, severo e persistente; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter sido admitido há pelo menos um ano; ser responsável pelo seu cuidado e, estar frequentando ativamente o serviço. Foram excluídos da pesquisa os usuários em situação de crise no período da coleta e os que não apresentaram condições de discernimento e compreensão do estudo, após os devidos esclarecimentos.

Entende-se a crise em saúde mental, por episódios de desestabilização da pessoa em relação a si e ao outro, podendo desencadear prejuízos de variadas dimensões. O termo crise é geralmente utilizado para designar “um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles do seu convívio” (Costa, 2007; Fontenelle, 2010).

Participaram da pesquisa oito usuários, cinco do sexo feminino e três do sexo masculino, com variação de idade entre 30 e 55 anos, média de 40 a 38 anos. A maioria solteira e com ensino médio completo. O tempo de permanência no CAPS foi de quatro a 11 anos.

Como técnica para coleta de dados utilizou-se entrevistas semiestruturadas. As entrevistas ocorreram em uma sala de atendimento individual do próprio serviço (CAPS II), após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, no período de julho a agosto de 2018, em dias e horários estabelecidos pelos participantes, de acordo com a agenda de atividades no serviço. Foram coletadas as narrativas dos usuários e posteriormente transcritas, obedecendo à fidedignidade dos relatos. Entretanto, utilizou-se da correção ortográfica para uma melhor leitura e compreensão das narrativas.

O material empírico foi analisado à luz do método da Análise do Discurso, segundo os pressupostos do autor José Luiz Fiorin (Fiorin, 2011), para quem o discurso se configura como o veículo das ideologias e, por isso, deve ser analisado levando-se em conta o seu contexto histórico e social. Foram seguidas as etapas propostas pelo autor: (1) leituras cautelosa e recorrente do texto; (2) reconhecimento dos elementos concretos (figurativos) e abstratos (temáticos); (3) separação de temas centrais e parciais; (4) formação de núcleos ou categorias significativas para inserir estes elementos.

As questões éticas foram atendidas em todas as fases de acordo com as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética e aprovado segundo o processo de nº 92844218.7.0000.5196. Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados/as pela letra P, seguida do número de ordem de 1 a 8 (P1, P2, P3...).

### **3. Resultados e Discussão**

Diante do arsenal de estratégias surgidas nas narrativas dos usuários foi possível a categorização de quatro categorias significativas que dialogam entre si, discorrendo sobre a percepção dos usuários a respeito do conceito de autocuidado e a interface com suas práticas cotidianas, além de estender-se aos desdobramentos do autocuidado na produção de saúde destes sujeitos.

#### **O laço social como ferramenta de cuidado**

Nesta categoria depreende-se o cuidado de modo integral, afastando-se de concepções estratificadas, atemporais e a-históricas. Assim, a experiência de cuidar de si não pode ser vista de forma estanque da rede de relações do sujeito/usuário. Desse modo, o CAPS se insere

dentro da Rede de Atenção Psicossocial de forma estratégica, insere-se, como um serviço de portas abertas, substitutivo aos hospitais psiquiátricos.

Verifica-se, nas narrativas dos usuários, que a porta aberta, antes de tudo, significa que o CAPS não recua diante da intensidade de um transtorno ou gravidade de um quadro, trata-se de acolher com a oferta de vínculo. Abrir a porta é responsabilizar-se por modos de cuidado (Lobosque, 2007). Cuidado este, muitas vezes, negado no ambiente familiar e na rede de relação destes usuários. Assim sendo, é preciso construir um mínimo de contorno, de território existencial; enfim, uma morada que possa funcionar como ancoragem e proteção contra o caos (Lima, 2014).

“O que eu mais busco é vir para o CAPS, venho três vezes por semana. Eu fico até esperando o dia de vir. Se pudesse vinha todos os dias porque me faz bem. No momento, o meu lugar de procura de ajuda tem sido aqui pelo CAPS, porque eu procurava a igreja, mas me afastei também da igreja” (P5).

Esse laço que se faz um a um, exige, para se firmar, relações flexíveis e solidárias, tecidas nos CAPS (Lobosque, 2007). A instituição tem sido uma base para o cuidado de si dos usuários e para o fortalecimento de outras redes de relações, corroborando com a centralidade do sujeito, e não da doença. Não obstante, faz-se necessário a reflexão constante das práticas de cuidado ofertadas e do papel da instituição por parte da equipe, para que não se construa uma dependência absoluta dos usuários em relação ao serviço. Estudos apontam que não é incomum ouvir que criamos o ‘CAPScômio’ ou que ‘está acontecendo uma capcização’ da rede de saúde mental (Emerich et al, 2014).

Destaca-se nas narrativas, que a forma como os usuários têm compreendido a noção de cuidado vem ao encontro do paradigma da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial. No discurso a seguir, percebe-se a preocupação com o modo de cuidado que estaria sendo ofertado se não houvesse a existência do serviço. Em contrapartida, a rotatividade dos profissionais surge na fala dos entrevistados como ponto negativo, vez que interfere na construção do vínculo com a equipe e, conseqüentemente, na coprodução de cuidado.

“Aqui no CAPS é tranquilo, converso, gosto de todos, quando estou em casa lembro daqui. Aqui é gostoso, eu gosto dos profissionais. Só é ruim porque fica mudando, mas é ciclo da vida. E a gente tem que respeitar também esse lado das perdas. Aqui eu me encontrei, foi com os profissionais daqui que



eu vi que posso ser uma pessoa, mesmo com a esquizofrenia, me manter numa casa, cuidando de um filho e tendo vizinhos. Não preciso estar fechada, trancada num manicômio, porque se não tivesse essas coisas eu acho que estaria trancada” (P4).

A intersubjetividade aparece nos discursos, ocupando um papel preponderante na produção do cuidado, pois possibilita a comunicação das consciências individuais umas com as outras, viabilizando as trocas de experiências e ajuda mútua:

“Para mim, é muito bom vir aqui, contar com outras pessoas que tem o mesmo problema que eu. Outros maiores que o meu. E eu sempre vejo essas pessoas como espelho, sabe. Quando eu as vejo falando, poxa, eu passo por isso também. É muito bom, muito bom mesmo o cuidado aqui” (P5).

Ao aumentar o poder de agir sobre si e sobre o contexto onde vive, o sujeito aumenta também a rede de dependência (pessoas, lugares, instituições) (Emerich et al, 2014). Desse modo, a autonomia é proposta como o contrário de independência ou individualismo, englobando a aceitação de várias redes de apoio e a capacidade de o sujeito lidar com elas, assim, este conceito sempre estará ligado à teia da interação social (Campos, 2006).

“O autocuidado não é só comigo, é pensar no outro também. [...] A gente já sabe se a pessoa está bem ou não. As colegas chegam, você olha assim: fulana hoje não está bem! Aí eu chego perto delas, dou um abraço. Porque o abraço é o remédio” (P1).

O cuidado de si, de acordo com Michel Foucault, equivale a uma ética em que as atitudes do sujeito são direcionadas sobre si mesmo, contudo, não se trata de uma lógica egoísta ou narcisista, portanto, implica, impreterivelmente, uma ação para com o outro, em um movimento de duplo-retorno (Galvão, 2014). Destarte, ‘o cuidado de si mesmo’, designa um certo modo de estar no mundo, de praticar ações, de relacionar-se com o outro e enxergar os acontecimentos da vida, modo que assumimos e exercemos de si para consigo, reverberando em modificações, transformações e transfigurações (Foucault, 2006).

“Na associação são pessoas diferentes uma da outra, cada diagnóstico diferente do outro, e a gente tenta cuidar um do outro. Oh, A. estava com

medo de dormir só, fui dormir o fim de semana com ela, passou o medo, não precisou entrar em crise. E a gente tenta um cuidar do outro. Às vezes, a gente está para baixo, aí chega um no PV (privado) e diz alguma coisa e a gente começa a si voltar para o mundo mesmo, para realidade” (P2).

Afinando-nos a estes autores, verificamos que a percepção dos usuários sobre o conceito de autocuidado engloba a dimensão do outro, assim, reconhece-se a construção do cuidado por meio da criação de estratégias coletivas. Nesse sentido, se faz importante que a equipe de saúde esteja atenta ao saber advindo dos próprios sujeitos para que se possa trabalhar no fortalecimento dessas estratégias.

### **Protagonismo e autonomia dos usuários**

Partindo do pressuposto de que o autocuidado está para além das concepções organicistas-higiênicas, nota-se nesta categoria, que a participação dos usuários nas discussões, decisões e atividades do serviço, contribui, sobretudo, para o avanço do processo saúde-doença-cuidado- uma vez que o reconhecimento e a potencialização da capacidade de cuidado, muitas vezes indiferente em usuários dos serviços de saúde mental, mormente pela forma deturpada como foram tratados ao longo da história- produz desdobramentos no processo de afirmação da subjetividade, autonomia e protagonismo destas pessoas:

“Ser presidente da Associação dos Usuários de Saúde Mental, não é fácil não. E a gente se reúne, a gente vê algumas coisas que estão erradas dentro do serviço, algumas coisas que a gente quer melhorar entre a gente, entre os usuários, a gente vai para reunião, volta, escala um para lado e um para o outro, vê o que vai acontecer essa semana, daqui a quinze dias, o que é que a gente vai atrás e o que não vai, entendeu?” (P2).

O CAPS, em seu potencial, configura-se como o núcleo de uma nova clínica produtora de autonomia, a qual convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu processo saúde-doença (Brasil, 2011). Constata-se uma integralização entre estes dois conceitos, vez que, de forma prática, se complementam, promovendo a participação dos indivíduos sobre seus determinantes de saúde (Soares et al, 2013). Outrossim, reconhecemos a ampliação das possibilidades e capacidades de escolha como produção de

saúde, em detrimento das ações que tolhem a autonomia do sujeito, as quais mobilizaram o movimento da Reforma Psiquiátrica.

“Foi uma iniciativa minha, que há muito tempo eu venho pleiteando para isso, só que eu nunca consegui, devido às coordenações anteriores, era outro sistema, outro jeito, então, eu sempre pedia para fazer, mas, nunca deixavam. A partir do momento que a coordenadora abriu, para mim foi ótimo, porque eu consegui fazer o que eu estava sempre querendo fazer, que era o voluntariado aqui” (P7).

A inserção e o engajamento dos usuários nas práticas que produzem saúde, os colocam em um movimento de metamorfose, o sujeito que transforma é também transformado. Passa-se a aprender novos modos de sentir, pensar e, principalmente, de agir (Aguiar, 2000). A partir da ação o sujeito vai se deslocando daquilo que, até então, lhe era familiar e o único possível. Outros possíveis vão se desvelando na experiência.

Emerge nas falas o investimento dos sujeitos na busca de conhecimento e do fortalecimento das suas potencialidades. Muda-se a posição daqueles que, outrora, foram objetificados e vistos como indivíduos sem perspectivas futuras. Afloram-se as escolhas e o protagonismo na construção da própria história:

“Eu gosto de programa de autoajuda, eu não gosto de novela, essas coisas. Eu gosto de palestra com os médicos, com coach. Eu aprendi a ouvir...E me ajuda, eu levo para o dia a dia (P4)”.

A autonomia deve ser assumida como categoria norteadora e conteúdo substancial na promoção de saúde, perpassando todas as práticas pelas quais esta produção se realiza. Entende-se, dentro do escopo de atuação do setor saúde, as práticas autonomizadoras enquanto toda intervenção que amplie a capacidade das pessoas de agirem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (Fleury-Teixeira et al, 2008).

Em consonância com os autores, acreditamos que a autonomia e o autocuidado caminham entrelaçados no dobrar-se e desdobrar-se da ação. Observa-se no decorrer do estudo, conceitos dinâmicos e variáveis que, em grau moderado ou avançado, dizem de um caminhar do sujeito de um estado e/ou posição anterior a um novo estado possível. Na

possibilidade de conhecer a si, o mundo e a engrenagem da vida, estes sujeitos, vão explorando e adequando maneiras de bem- viver à sua realidade psíquica.

“Eu gosto quando têm os congressos, fórum, tem palestra. Como um evento que eu fui “Meu filho também é gente”, eu gostei muito, foi muito bom, uma troca de experiências, eu fiz libras. [...] estudo também, aí eles (filhos) vão para escola deles e eu vou para minha escola. Foi o tempo que eu achei, porque enquanto eles estão na escola, eu também estou estudando e não estou perdendo tempo” (P2).

A noção Foucaultiana de cuidado de si mesmo se opõe ao assujeitamento e alienação, levando o sujeito a analisar aquilo que aceita, rejeita, e que pode mudar em si mesmo e na sua atualidade (Foucault, 2006). Trata-se de um sujeito de ação ligado a uma verdade, que não é necessariamente um conhecimento verdadeiro, no sentido de uma decifração de si, mas, no entendimento de questionar as verdades estabelecidas e abrir-se a novas possibilidades de vida (Bub et al, 2006).

Desse modo, depreende-se das narrativas, um novo modo de subjetivação:

“Eu faço um autoconhecimento de mim mesma. Não sei se é a palavra certa. Eu estou tentando me conhecer, assim, cada dia me conhecer um pouco. Porque é assim que hoje eu não fico muito agitada. Se ficar, eu tenho como controlar em casa. Hoje, eu já me percebo ..., mas, aí eu estou me conhecendo nessa parte, eu já sinto que algo não está bem. [...] hoje, a outra pessoa é menos presente. Cada dia que eu me conheço, ela se afasta mais” (P4).

“Ao longo do tempo, dessa doença, eu comecei a me cuidar, a me reconhecer. Então, quando eu sinto que eu estou querendo entrar em algum contratempo, aí eu já me cuido, já conto até dez, respiro fundo e consigo relaxar. Mas, antigamente não. Eu era explosiva, tinha muitos ataques. Passei a me conhecer, passei a me policiar. E, quando eu vejo que não estou bem, procuro logo me medicar direitinho. Sempre estou me autocuidando, né?” (P6).

Faz-se evidente, que o autoconhecimento se constitui como uma estratégia de cuidado para os usuários, pois, a partir do reconhecimento dos sintomas característicos aos transtornos, da percepção dos estados corporais, dos próprios sentimentos e dos infortúnios da vida, conseguem reduzir os danos e minimizar o impacto daquilo que, outrora, parecia desconhecido e tornava-se a repetir. A capacidade de se ver, de olhar para si próprio e encontrar respostas para as inquietações e indagações humanas facilita o encontro com o sentido para a vida (Nery-Filho, 2009).

O cuidado de si, diz de um retorno a si mesmo, não no sentido do que está fora de si, não consiste em um mundo para além do sujeito, mas sim em um estado de subjetividade no qual os sujeitos permanecem ou deixam de permanecer (Galvão, 2014). Contudo, não se deve tratar de um movimento individualizante que coloca o sujeito diante da culpa por seus infortúnios e da responsabilização de todos os acontecimentos que vive, não se deve cair no erro de isolar o sujeito da sua história e do contexto em que está inserido.

Sabemos que perceber a nós mesmos e refletir criticamente sobre o modo como agimos, configura-se como um desafio, vez que somos reforçados socialmente a nos manter inertes e sem possibilidade de ação, enquanto mantenedores do *status quo*. Assim, automatiza-se e naturaliza-se os acontecimentos sociais, tem-se dificuldade de reconhecer sentimentos e pensamentos, logo, nos tornamos desconhecidos de nós mesmos. Sair do lugar-comum, torna-se ainda mais complexo, quando não possuímos uma rede de apoio que nos oriente e nos dê suporte para trilhar novos caminhos. Dessa maneira, acredita-se, que a ajuda profissional, mediante o serviço de saúde, deve buscar ao máximo, tornar-se bússola para que os sujeitos possam advir.

“Eu tenho costume de fazer roteiro. Coloco roteiro, coloco o nome, dia tal, hoje eu tenho que fazer isso, hoje eu tenho que ir no postinho, tenho que pegar o remédio, depois tenho que comprar isso, entendeu, aí eu anoto lá o que eu tenho que fazer, hoje eu tenho que pagar AVON, hoje eu tenho que pagar a luz, eu anoto” (P1).

Conforme se percebe no discurso acima, o planejamento de atividades, se faz presente nos discursos dos usuários e se insere como uma ferramenta de cuidado, visto que revela uma organização das tarefas diárias e contribui para que se priorizem as necessidades. Desse modo, oferece subsídios concretos para que se perspective o futuro.

A falta de sentido pode ser um elemento significativo na tomada de uma decisão brusca de tirar a própria vida, fator proeminente nos serviços CAPS (Silva et al, 2016). Assim, observa-se que o planejamento de atividades denota a possibilidade do futuro e de sentido naquilo que se pretende executar, tornando-se, um fator estratégico na prevenção ao suicídio e na prática do autocuidado:

“Às vezes, ajudava meu colega na padaria. Aí agora estou na farmácia fazendo bico, espano a prateleira, limpo o lixo, boto nas caixas de lixo. Quando eu estou aqui, eu estou aqui, à tarde lá, até sábado meio-dia” (P3).

Evidencia-se ainda, dentro desta categoria, que o cuidado com o próprio corpo, viabiliza um olhar diferenciado sobre si, passa-se a cotejar reflexivamente a nova experiência e as experiências anteriores, possibilitando que se erga novos impulsos de vida:

“Eu estava de uma forma, que eu estava só tomando a medicação, comendo e ficando em casa. Chegava a hora de vir para cá, a minha esposa ligava avisando que eu não viria. Indisposto, aquela dor no corpo, aí comecei a fazer alongamento de manhã. Faço abdominal, alongamento, caminhada e flexão” (P8).

A falta de autocuidado e a perda da capacidade de cuidar de si de pessoas em sofrimento psíquico, são evidenciadas, predominantemente, pelas condições precárias de higiene corporal, afastando-as ainda mais do convívio social (Almeida et al, 2015). Como as narrativas sugerem, o autocuidado corporal se incorpora como ferramenta de cuidado dos usuários, rompe-se, então, com o estereótipo social, hegemonicamente perpetuado, da pessoa com transtorno mental como suja, imóvel e desgredada:

“Eu sou muito vaidosa. Eu gosto muito de me arrumar, assim, toda mulher gosta de ficar bem arrumada, de se sentir bem. Eu sempre gostei de me arrumar, de sair bem arrumada, de sair perfumada, maquiada” (P6).

Espera-se, em muitos casos, que em certo momento tudo volte ao estado anterior ao adoecimento, não se consegue, em meio ao sofrimento, compreender o caráter processual da sua vivência, quicá apreender as ações diárias como construção e ferramentas para o bem-

estar. Ferramentas estas, que emergem nos discursos, numa gama de estratégias diárias que designam as várias facetas do autocuidado e, por isso, carecem de reconhecimento.

### **Preconceito e discriminação: modos de (des)cuidar**

A percepção dos usuários sobre o autocuidado e seus impeditivos deu origem a essa categoria. No discurso abaixo, é possível identificar o estigma social da chamada loucura, desse modo, constata-se o caráter negativo atribuído às pessoas em sofrimento psíquico, favorecendo o fortalecimento do sentimento de tristeza e abandono desses sujeitos, historicamente violentados e excluídos. Contribui ainda, para o isolamento social dessas pessoas, manifestando o traço impeditivo que a discriminação imprime na produção de saúde e na garantia de direitos (Salles & Barros, 2013). Reafirma, sobretudo, a necessidade de construção de um novo lugar social para este fenômeno.

“Um certo dia, um colega meu da empresa, fez uma coisa muito feia mesmo, falta de respeito. Ele perguntou se eu estava fazendo tratamento em um lugar que só tinha doido. Eu fiquei assim, calado, não disse nada. Parei um pouquinho, não passei na catraca não, aí disse: - rapaz é o seguinte: lá não tem nenhum doido não. Lá existem pessoas com transtornos mentais. Eu tenho fé em Deus que você nunca vai precisar, porque lá o tratamento é bom, mas ter transtorno não é bom não” (P8).

Emerge como impasse para o cuidado de si, o sentimento de desintegração do seio familiar, logo, acredita-se que a família deveria ser a base de apoio e estimulação do processo de cuidado, contudo, esta, na maioria das vezes, fragilizada, passa a afirmar os preconceitos sociais frente ao adoecimento mental, e, por isso, coloca-se como entrave para o processo de cuidado do usuário.

Deve-se constatar que os conflitos familiares, muitas vezes, são anteriores e para além do surgimento do transtorno mental, no entanto, o transtorno pode tornar-se fator de sobrecarga para a família que, em muitos casos, não possui recursos financeiros, psicológicos, intelectuais, emocionais e estruturais para cuidar do sujeito em sofrimento psíquico (Carvalho et al, 2014):

“Nunca tive ninguém para vir na consulta comigo, conversar com a terapeuta e poder me ajudar. Eu sinto falta disso, muita falta. Principalmente, quando tem as reuniões do CAPS, da família, e eu não tenho ninguém para vir. Isso é ruim” (P5).

“A gente debate muito aqui porque a família é a própria a discriminar os usuários, não cuida, não dá amor, não dá carinho. Eles vão e joga mesmo como se fosse um bicho. [...] os apoios que eu não esperava ter e eu tenho são dos meus colegas daqui do CAPS” (P1).

O afastamento parece colocar-se como a forma possível de lidar com o que não se sabe compreender. No entanto, para o sujeito em sofrimento psíquico, o retorno desse afastamento familiar traduz-se como negligência e abandono. Não encontrando um lugar de acolhimento no âmbito particular, busca-se fazer laço social em outros espaços. É importante perceber que estes outros espaços, por sua vez, encontram-se fechados para às pessoas com transtornos psíquicos, contribuindo para o ciclo de exclusão que perdura socialmente e atinge estes sujeitos.

### **Medicalização no processo de autocuidado: contribuições e impasses**

É possível perceber nas narrativas dos usuários os impasses e as contribuições do uso da medicação no processo saúde-doença, assim, constata-se, o reconhecimento da medicação como fator importante no processo de estabilização das crises, ao passo que se faz presente o incômodo com os efeitos colaterais e dependência da medicação.

Convivemos na contemporaneidade, com práticas disciplinares e controladoras da higiene e da performance do corpo remanescentes das estratégias de poder do capitalismo do século XVIII e com as biopolíticas que buscam regular o corpo social/coletivo (Emerich et al, 2014), práticas estas acunhadas por Foucault ao denominar a sociedade da normalização. Assim, o saber médico insere-se como um representante importante no seio dessa discussão, pois incide sobre o corpo e sobre a população (Andrade et al, 2018).

“Eu tomo a medicação direitinho, dizem que se tomar a medicação direitinho você vai se controlar. Controla! Tudo bem! Mas, até certo ponto. Eu descobri que quando você vai acumulando coisas, acumulando, acumulando, coisas simples, aí, de repente... Mas, eu achava que não, eu achava que iria tomar a medicação e ela iria sair de mim e acabou, mas eu descobri que eu



tenho que me cuidar nessa parte, porque ela pode retornar a qualquer instante” (P4).

A medicação pode, por oportuno, entremear-se nesse contexto, docilizando os corpos e suprimindo comportamentos e experiências de vida quando utilizada de forma indiscriminada, assumindo a regulamentação totalizante e padronizante nos serviços coletivos de saúde.

“Tenho muita dificuldade para acordar, pela medicação e tal. [...] eu tomo tudo de acordo à médica pede. Eu sei que é errado, mas, às vezes, eu diminuo a dosagem quando preciso acordar mais cedo no outro dia. Mas isso eu não faço sempre, até porque eu queria muito que diminuísse a quantidade de medicação que eu tomo. Só à noite, eu tomo nove comprimidos. Então, eu queria muito diminuir” (P5).

Evidencia-se, que as práticas de docilização dos corpos são ainda utilizadas nos serviços de saúde mental, cabendo aos profissionais combatê-las, incumbindo-se, na análise de suas posturas diárias na produção de saúde. Sob outra perspectiva, nota-se que os usuários têm refletido sobre o estatuto medicamentoso, não estando totalmente passivos e subservientes ao saber médico, utilizam-se de estratégias próprias para contornar os efeitos negativos da medicação.

Pensando na integralidade do sujeito, essa categoria traz em seu escopo a ideia do autocuidado, repensando o próprio conceito de saúde, divergente da proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de um estado de bem-estar físico, mental e social completo (Aguiar, 2000), pensa-se, então, os vários fatores que constituem o ser humano, dentro do contexto e das possibilidades de cada indivíduo.

Nesse sentido, faz-se importante que os profissionais estimulem o reconhecimento das estratégias que partem dos próprios usuários, para que eles possam acreditar no seu próprio saber e tornar-se arquitetos do próprio cuidado. Percebe-se que, muitas vezes, o usuário se mantém a reboque das decisões dos profissionais, toma como verdade o que é prescrito e não questiona o estabelecido. Supõe-se, que a equipe possua um saber inquestionável sobre os usuários. Desse modo, não acreditam na validade das suas próprias ações.

#### 4. Considerações Finais

Um caleidoscópio de estratégias de autocuidado é apresentado no presente estudo, evidenciando, por meio das narrativas dos usuários, os desdobramentos dessas práticas na produção de saúde desses sujeitos. Afloraram-se no desenrolar dos discursos os princípios da autonomia, do protagonismo, da cogestão, da corresponsabilização e da intersubjetividade, destacando a participação ativa dos usuários no próprio processo de cuidado-saúde-doença, a qual oferece subsídios concretos que contribuem para o rompimento do estigma social do fenômeno loucura.

Este rizoma de artifícios, coloca em pauta a substancialização das dimensões da Reforma Psiquiátrica e dos princípios que regem o Sistema único de Saúde (SUS), asseverando o papel estratégico do CAPS no escopo da Rede de Atenção Psicossocial. Demonstra-se que, embora as equipes e serviços de saúde mental ainda perpetuem práticas centradas no modelo médico centrado, e, necessitem de transformações e reajustes, o CAPS tem, em meio a impasses e avanços, realizado a função de vínculo e base de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico. Desse modo, tem corroborado para que os usuários construam laços sociais e reinventem novos modos de viver.

Por meio da diversidade de dispositivos de cuidado, constata-se que os usuários vêm erguendo novos modos de subjetivação, questionando verdades estabelecidas e construindo novas verdades, logo, encontram, na dimensão do outro, formas próprias de lidar com a rede de relações nas quais estão inseridos, incorporando gradativamente o cuidado de si mesmo.

Denota-se com isso, que as maiores ferramentas para atenção à crise, muitas vezes, estão presentes no próprio sujeito, contudo, precisam ser reconhecidas e fortalecidas por todos os envolvidos no processo de cuidado para que possam ser utilizadas em benefício da produção de saúde.

Podemos perceber, entretanto, que a discriminação social e o desagregamento do seio familiar têm se configurado como os maiores impeditivos do processo de cuidado, pois imprimem sentimentos como: abandono, tristeza, insegurança, falta de apoio, baixa autoestima, entre outros; que, em movimento retrógrado, fortalecem e dão continuidade ao modo como as pessoas com transtornos psíquicos foram tratadas historicamente.

Dentro do coro de transformações que a rede de atenção psicossocial necessita repensar, inserem-se o fortalecimento de ações que visem o cuidado e a integração dos familiares no processo de saúde-doença-cuidado dos usuários. Além disso, faz-se imprescindível a construção de estratégias que visem a dimensão sociocultural da Reforma

Psiquiátrica, na constituição de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais. Busca-se, desse modo, não transformar o CAPS em um ‘CAPScômio’ (Emerich et al, 2014), assim, precisamos extrapolar os muros das instituições para que a loucura caiba na cidade.

## Referências

- Aguiar, W. M. J. (2000). Reflexões a partir da psicologia sócio-histórica sobre a categoria consciência. *Cad. de pesquisa*. 110,125-142.
- Almeida, L. M., Aquino, J. M., Borba, M. C., Rosa, M. F. S. & Monteiro, M. A. C. (2015). Promoção do autocuidado da pessoa em sofrimento psíquico. *Rev. Enfermagem Digital*. 1(2), 66-70.
- Andrade, E. O., Givigi, L. R. P. & Abrahão, A. L. (2018). A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. *Rev.Interface: Communication, Health, Education*. 22(64),67–76.
- Baião, J. J. & Marcolan, J. F. (2020). Política de saúde mental, ensino em enfermagem e dificuldades na prática assistencial. *Research, Society and Development*. 9(7): e85973815
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. Brasília (DF).
- Brasil. (2011). *Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília (DF).
- Brasil. (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ed. 2004. Brasília (DF).
- Brasil. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. [internet] Brasília (DF). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).

- Bub, M. B. C., Medrano, C., Silva, C. D., Wink, S., Liss, P. & Santos, E. K. A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 15 (esp),152-157.
- Campos, R. T. O. & Campos, G. W. S. (2006). Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. *Tratado de Saúde Coletiva.* 1,669-687.
- Campos, T. P. M. (2013). Loucura concreta e loucura rústica: ensaio sobre a imagem do diferente na contemporaneidade. *Cadernos brasileiros de saúde mental.* 5(11),26-43.
- Carvalho, P. A. L., Sena, E. L. S. & Souza, V. S. (2014). A passagem da cidadania invisível ao empowerment possível em um serviço de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Coletiva.* 6(13),87-103.
- Costa, M. S. (2007). Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arq. bras. psicol.* 59(1),94-108.
- Emerich, B. F., Campos, R. O. & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação.* 18(51),685-696.
- Fiorin, J. L. (2011). *Linguagem e ideologia.* (1th ed rev). São Paulo: Ática.
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Campos, F. C. C., Álvares, J., Aguiar, R. A. T. & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 13(2),2115-2122.
- Fontenelle, A. S. (2010). *Sujeitos em crise: estratégias de intervenção de profissionais de um centro de atenção psicossocial- CAPS II.* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de pós-graduação em Psicologia, Vitória, ES, Brasil.
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito.* (2th ed). São Paulo: Martins Fontes.

- Galvão, B. A. (2014). A Ética Em Michel Foucault: Do Cuidado De Si À Estética Da Existência. *Intuitio*. 7(1),157-168.
- Lima, E. M. F. A. & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*. 38(102),593–606.
- Lobosque, A. M. (2007). CAPS: laços sociais. *Mental*. 5(8),53–60.
- Melo, A. M. C. (2012) Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 8(9),84-95.
- Nery-Filho, A., MacRae, E., Tavares, L. A & Rego, M. (2009). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. (1th ed). Salvador: EDUFBA.
- Prado, G. A. S. (2016). Revistando a história da Loucura: experiência trágica. *Estudos contemporâneos de subjetividade*. 6(2),224-238.
- Salles, M. M. & Barros, S. (2013). Exclusão/Inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 22(3),704-712.
- Silva, K. F. A., Alves, M. A. & Do Couto, D. P. (2016). Suicídio: Uma escolha existencial frente ao desespero humano. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*. 1(2),184-203.
- Soares, J. F .P, Silveira, R.S ., Fernandes, G. F. M., Lunardi, V. L. & Gonçalves, N. G. C. (2013). *Autonomia do usuário na estratégia saúde da família: existência ou negação?* In: Anais do 17 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Géssica Silva de Oliveira – 50%

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho – 30%

Liberalina Santos de Souza Gondim – 10%

Ana Karla da Silva Freire – 10%