



**Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Campus Ministro Reis Velloso
Programa de Pós-Graduação em Psicologia- PPGPsi**

Ingryd Silva Costa

Novos possíveis para atenção à crise psíquica grave em contextos rurais

Parnaíba

2023

Ingryd Silva Costa

Novos possíveis para atenção à crise psíquica grave em contextos rurais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

Parnaíba

2023

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Biblioteca Central Prof. Cândido Athayde
Serviço de Processamento Técnico

C837n Costa, Ingrid Silva
Novos possíveis para atenção à crise grave em contextos rurais [recurso eletrônico] Ingrid Silva Costa. – 2023.

1 Arquivo em PDF.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2023.

Orientação: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Zona Rural. 3. Família. 4. Sofrimento Psíquico. 5. Política de Saúde Mental. I. Título.

CDD: 614.58

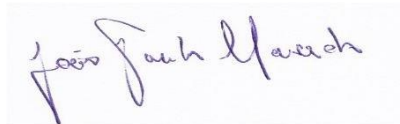
Ingryd Silva Costa

Novos possíveis para atenção à crise psíquica grave em contextos rurais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 06 / 07 / 2023

Banca Examinadora:



Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo
Universidade Federal do Delta do Parnaíba (Orientador)

Documento assinado digitalmente
gov.br GUILHERME AUGUSTO SOUZA PRADO
Data: 13/07/2023 09:38:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Guilherme Augusto Souza Prado
Universidade Federal do Delta do Parnaíba (Avaliador Interno)

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIANA TAVARES CAVALCANTI LIBERATO
Data: 14/07/2023 09:52:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Marina Tavares Cavalcanti Liberato
Universidade Federal do Ceará (Avaliador Externo)

Dedico este trabalho a Amanda (*in memoriam*) por sua linda existência, e a todas as pessoas que apresentam sofrimento psíquico com quais diariamente produzo potentes encontros.

Agradecimentos

Uma pesquisa é certamente uma escrita que exige esforço e dedicação, bem como compromisso com o tema escolhido, pois em alguns momentos o cansaço surge e por vezes nossa motivação inicial nos ajuda a seguir escrevendo e se transformando ao longo da escrita. Não estar sozinho durante esse caminho é fundamental, portanto, gostaria de tecer algumas linhas sobre quem esteve comigo.

Agradeço ao Senhor Deus, a quem fiz muitas orações pedindo que está escrita contemplasse as pessoas que sofrem psiquicamente e fosse sempre respeitosa.

Agradeço aos meus pais, Antonio e Ana a quem eu amo profundamente e respeito com a atenção de uma criança que segue aprendendo com eles. O gentil amor que devotam a mim faz toda diferença na minha vida, na forma como encontro as pessoas, na ética que aprendi com eles e no olhar atento a necessidade do outro. Este trabalho também é por vocês.

Agradeço aos meus irmãos tão amados Vinicius, Savyna e a Marcelo que certamente é uma das minhas pessoas favoritas nesse mundo e é quem me motivou muito nos fins de semana que eu precisava ficar em casa estudando.

Agradeço a minha cunhada Sandra que sempre me incentivou com palavras de apoio nos dias das tantas aulas remotas. A Helena e Gael, sobrinhos que vivem no coração dessa tia que não tem jeito com criança. Agradeço também aos primos Jorge e Emmanuel por toda fonte de alegria que vem deles. Agradeço a Laura e Maristela que ocupam um lugar muito especial em meu coração.

Agradeço as minhas tias Marcélia, Fatima, Inês e Livramento, e a madrinha Conceição que tanto apoiaram meus estudos, que se importam e dedicam tempo para que eu me sinta tão amada. E aos tio Inácio e tio Ribamar pela atenção e zelo comigo.

Agradeço a dona Jesus que no primeiro ano do mestrado me ajudou muito, pois a rotina de estudar e viajar para trabalhar me impossibilitava de organizar minhas coisas, sem ela teria sido bem mais difícil. Fica aqui meu eterno agradecimento.

Agradeço a família de Águas pelo cuidado, atenção e preocupação comigo ao longo dessa caminhada. A dona Jesus que é um exemplo de sabedoria e atenção aos outros e que sempre cuidou tão bem de mim. A Emanuel que me mandou editais de mestrado até que eu resolvesse fazer este.

Agradeço a minha célula Ingrid, João e Paula por todo apoio em relação a minha dissertação, pelo cuidado em dias difíceis, pelos ouvidos atentos quando eu precisei ao longo desse caminho. Este trabalho teve grande ajuda graças a energia que recebo de vocês. Gratidão meus caros.

Agradeço a Lucas e Tony por serem essenciais em minha vida e por terem ido ao quadrilhedo comemorar comigo a entrada no mestrado. Obrigada por tanto.

Agradeço a Joelmir, um grande amigo que conheci na graduação e tive a grata surpresa de tê-lo também no mestrado. Mimizinho você será para sempre “luz dos meus olhos”. Obrigada por tudo que aprendo com você.

Agradeço aos amigos Pablo e Gutemberg por todo apoio e carinho comigo. E a Will e Janio que também fazem parte dessa grande rede de apoio.

Agradeço a Baiano (Deivison) sem este grande amigo eu não teria começado o mestrado. Todo seu apoio faz parte de cada linha desse trabalho. Desejo que sigamos juntos. Serei grata para sempre.

Agradeço ao meu orientado, Prof João Paulo Macedo, por quem tenho profunda admiração e respeito. Gratidão pela condução e apoio a este trabalho professor, seria eternamente grata por todos os ensinamentos e por todas as orientações que sempre foram

momentos tão ricos. Ter a sua orientação sempre será um motivo de muito orgulho em minha trajetória acadêmica.

Agradeço aos professores do PPGPsi, por tantos ensinamentos durante as aulas, pelas ricas discussões e pelo conhecimento a novos autores com quais eu não tinha familiaridades. O mestrado foi ainda mais incrível por tudo que pude aprender com vocês.

Agradeço a minha turma de mestrado, em especial a “linha 2” com quem pude partilhar bons momentos e compartilhamento de conhecimento, especialmente nas últimas aulas presenciais. Vocês são tesouros. Desejo uma linda trajetória acadêmica a todos(as). E em especial a Brisana que estar no doutorado, mas que gentilmente sempre que precisei me repassou orientações e informações das quais eu precisava pra concluir esse trabalho.

Agradeço a minha equipe NASF, Elane, Crylane, Gabriela, Sabrynne e Rodrigo, o apoio de vocês foi fundamental para que este trabalho fosse possível. Gratidão também por nossas partilhas diárias e por tudo que aprendo com vocês.

Agradeço a Thaline e Eliane responsáveis pela gerência em saúde do município de Água Doce, por toda gentileza a atenção comigo e com as demandas que o mestrado exigiu. Gratidão por tudo.

Agradeço ao Prof Guilherme Prado que acompanhou esse trabalho e pode tecer ricas contribuições para que ele fosse possível.

Agradeço a Marlos meu eterno Chefe e orientador na época da graduação e para quem preciso agradecer o olhar e interesse pela saúde mental. Tudo que aprendi com você certamente tem forte presença nesse trabalho.

Agradeço a todas as equipes de saúde de Água Doce que sempre compreenderam minha ausência em certos momentos durante as aulas e escrita do trabalho. E a todos(as) queridos usuários(as) de saúde mental desta cidade a quem eu tenho um profundo respeito e gratidão aos

encontros ora em dias difíceis, ora em dias que comemoramos grandes vitórias. A vocês todo o meu agradecimento.

Todo dia o Sol levanta
E a gente canta
Ao Sol de todo dia

Fim da tarde a Terra cora
E a gente chora
Porque finda a tarde

Quando a noite a Lua amansa
E a gente dança
Venerando a noite

(Canto do Povo de um Lugar – Caetano Veloso)

Resumo

A pesquisa em questão, tendo como base o olhar para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, seus avanços e entraves, buscou refletir e problematizar sobre o cuidado à crise psíquica grave na esfera da Atenção Básica na realidade de município pequeno porte, especificamente no norte do Estado do Maranhão, em contextos rurais. Problematizando que o cuidado para usuárias (os) com sofrimento psíquico grave. É sob esse cenário de preocupações em que se inserem as questões de pesquisa que pretendemos investigar. Assim, objetivos específicos, são: 1- Acompanhar famílias da zona rural com histórico de usuários com crise psíquica grave. 2- Identificar as concepções e sentidos de crise psíquica grave junto aos familiares da zona rural e as necessidades de acolhida e cuidado em saúde mental por parte dos serviços de saúde. 3- Produzir analisadores acerca dos limites e desafios da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental diante das situações de crise psíquica grave em contextos rurais. Em relação ao caminho metodológico foi utilizado os direcionamentos da Análise Institucional (AI). A pesquisa foi realizada com moradores de áreas rurais da cidade de Água Doce do Maranhão, usuários que passaram por internação psiquiátrica e seus familiares. Ao todo participaram das entrevistas 9 pessoas: dentre os usuários, 2 mulheres e 1 homem e entre os familiares: 2 homens e 4 mulheres. Como ferramenta foi utilizada entrevistas e diários de campo. Após as entrevistas realizadas com as famílias e os usuários de saúde mental, emergiram 3 blocos, a saber: a) “A vida que insiste”: condições de vida na zona rural; b) “Nós estamos no meio da mata”: a experiência de usuário e de familiar da saúde mental em contexto de zona rural; c) “O problema não é geográfico é político”: cuidado em saúde mental na zona rural. Que abordam as concepções de crise psíquica; a insuficiente retaguarda à saúde mental por parte dos serviços de saúde; os cuidados que acontecem de maneira informal por parte dos familiares; e uma cobertura ainda escassa em relação a Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico; Zona Rural; Família; Reforma Psiquiátrica.

Abstract

The research in question, based on a look at the Brazilian Psychiatric Reform, its advances and obstacles, sought to reflect and problematize the care of the severe psychic crisis in the sphere of Primary Care in the reality of a small city, specifically in the north of the state of Maranhão, in rural contexts. Problematizing that the care for users with severe psychological distress. It is under this scenario of concerns that the research questions we intend to investigate are inserted. 2- To identify the conceptions and meanings of the severe psychological crisis among the rural families and the needs of mental health care by the health services. 3- To produce analyzers about the limits and challenges of the Psychiatric Reform and Mental Health Policy in face of situations of severe psychic crisis in rural contexts. Regarding the methodological path, we used the guidelines of the Institutional Analysis (IA). The research was carried out with residents of rural areas of the city of Água Doce do Maranhão, users who had undergone psychiatric hospitalization and their families. In all, 9 people participated in the interviews: among the users, 2 women and 1 man, and among the family members: 2 men and 4 women. Interviews and field diaries were used as tools. After the interviews with the families and the mental health users, 3 blocks emerged, as follows: a) "The life that insists": living conditions in the rural area; b) "We are in the middle of the woods": the experience of a mental health user and family member in a rural area context; c) "The problem is not geographical, it is political": mental health care in the rural area. Which address the conceptions of mental crisis; the insufficient mental health care provided by the health services; the informal care provided by family members; and a still scarce coverage in relation to the Psychiatric Reform.

Keywords: Psychic Suffering; Rural Area; Family; Psychiatric Reform.

Lista de Abreviações

AB- Atenção Básica

APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CT- Comunidade Terapêuticas

CRAS- Centro de Referência a Assistência Social

ESF- Estratégia de Saúde da Família

GIPSI- Grupo de Pesquisa e Intervenção Precoce em Primeira Crise do Tipo Psicótico

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM- Política Nacional de Saúde Mental

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RP- Reforma Psiquiátrica

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNB- Universidade de Brasília

Sumário

Introdução.....	15
Cena 1 – A vida que insiste, persiste, resiste.....	15
Cena 2 – As incontáveis lágrimas.....	19
Cena 3 – “Eu não sou louco!”	22
Cena 4 – “Eu quero passar com a minha fé!”	25
Cena 5 – A dor estava nos olhos dela	27
Capítulo 1- Abrindo nossa caixa de ferramenta para orientar o percurso metodológico da pesquisa: Análise Institucional	35
1.1 Cenário.....	41
1.2 Participantes.....	42
1.3 Ferramenta de Pesquisa	43
1.4 Procedimentos.....	44
1.5 Aspectos éticos.....	45
Capítulo 2- Os atuais caminhos da Reforma Psiquiátrica	47
2.1 Reforma Psiquiátrica: uma política do cuidado em liberdade	48
2.2 A Pandemia por Covid-19 e o cenário das políticas públicas.....	59
2.3 A cobertura e o acesso a atenção psicossocial nas áreas de zona rural	62
Capítulo 3- A compreensão sobre crise e os aspectos implicados na crise psíquica grave	70
3.1 Crise: reflexões sobre sua origem e atravessamentos	71
3.2 A crise psíquica grave	79
3.3 A crise psíquica em contextos de zona rural e a implicação das famílias nesse processo	87
Capítulo 4- A Reforma Psiquiátrica e seus atravessamentos na zona rural	97
4.1 “A vida que insiste”: condições de vida na zona rural	99
4.2 “Nós estamos no meio da mata”: a experiência de usuário e de familiar da saúde mental no contexto de zona rural.....	117

4.3	“O problema não é geográfico é político”: cuidado em saúde mental na zona rural ..	129
	Considerações Finais.....	150
	Referências Bibliográficas	156
	ANEXOS.....	172
	Anexo I- Roteiro de Entrevista.....	173
	Anexo II - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	174

Introdução

A vida na sua simplicidade com o tempo, com o lugar... De gente que sorri com os olhos ao lhe oferecer um “pouquinho de café”; de gente que sabe que vai chover ao olhar para o céu, mesmo que não haja indicativo de chuva aos olhos leigos; de gente que planta e colhe o esforço de tantos dias de trabalho; de gente que tem um sinal de fé perto de sua casa, local em que pode fazer suas orações e pedir por proteção. É dessa gente tão acostumada a lutar pela vida, que sofre, que chora, e sorri, que encontra sentido e insiste inventando outros possíveis diante das provações que a própria vida lhes apresenta, de que trata este trabalho.

Foi por meio das andanças enquanto psicóloga da equipe do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), da pequena cidade de Água Doce do Maranhão/MA¹, especialmente em comunidades rurais do município, que me veio uma série de indagações acerca dos desafios da Política de Saúde Mental, notadamente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em acolher e criar estratégias de retaguarda e cuidado às famílias que enfrentam situação de crise psíquica grave. Para compor o campo problemático em que se insere minhas questões de pesquisa, apresentarei algumas cenas registradas no diário de campo, que me acompanha em minha prática profissional e que orientará o problema de pesquisa e a proposta metodológica a que me proponho realizar.

Cena 1 – A vida que insiste, persiste, resiste

Casa simples. De fora avistava os cômodos pequenos e poucas janelas. As paredes não eram rebocadas e havia areia em todo o seu entorno. Por dentro se convive com pouca luminosidade. Do lado de fora a luz é vibrante naquele período do ano. A temperatura era sempre mais quente e fazia calor o dia inteiro. Já à noite, às vezes, chegava uma brisa mais

¹O município contava, em 2020, com uma população estimada em um pouco mais de 12.000 habitantes.

amena. O cheiro era sempre de mato verdinho, cheiro presente como companhia diária nas visitas que realizávamos por aquelas redondezas.

Ao chegar logo se podia avistar o chão batido da casa e uma vegetação verde de mata bem fechada e pouco acessível em seu entorno. Um detalhe surpreendia: parecia que a casa morava ali sozinha no meio do nada! A longa distância entre uma casa e outra indicava não haver vizinhos. Talvez o entendimento de vizinhança pudesse ser outro do que estávamos acostumados na cidade. Mesmo porque aquele modo de organização e distância entre as casas era visto pela maioria dos habitantes daquela localidade como um modo mais aprazível de viver. Ali estavam mais sossegados! Distância necessária para cada um insistir na vida! Há quem se incomodava pela falta de possibilidade de trabalho remunerado. Trabalhar só para prover o alimento de cada dia tinha seus aprisionamentos, por isso alguns insistiam em migrar para a cidade ou até mesmo para outras localidades para ganharem a vida, inclusive para ajudar os que ficaram para continuarem a insistir, a teimar na vida. Mas a lavoura e a produção de farinha estavam sempre lá para dali tirarem seu sustento da terra.

A cidade de Água Doce do Maranhão/MA tem em sua maioria extensão de áreas da zona rural, condição que diz muito sobre a organização de vida desse povo. É uma cidade de pequeno porte, com pouco mais de 12 mil habitantes. Conta a lenda da cidade que um grupo de pescadores que se dirigia para a Ilha do Caju, uma das fozes que compõe o Delta do rio Parnaíba, ficou sem água para beber e então caminharam até um local de mata fechada e manguezal. Depois de um tempo de caminhada encontraram água cristalina e abundante e então um deles gritou: Água doce! Vem daí a referência para o nome da cidade. Depois do ocorrido, o casal Pedro Carvalho e Águia Rosa fizeram um rancho de palha nas mediações do lugar e, posteriormente, outras famílias também passaram a mora na então vila de Água Doce, que ficava situada dentro da cidade de Araiões/MA. O local só veio a ser emancipada em 10 de novembro de 1994 (Prefeitura de Água Doce do Maranhão/MA, 2021).

O som da cidade é marcado por dois ritmos: o Bumba-meu-boi que é um orgulho para os jovens que o dançam; e a dança do Coco inspirada e fortalecida pelas mulheres da microrregião conhecida por Freixeiras com suas saias que rodopiam num balanço majestoso. Com o Coco as mulheres cantam, tocam seus tambores e dançam para celebrar, agradecer e renovar suas esperanças. É praticamente impossível ouvir o tambor do coco e não entrar na roda!

Retomando à visita que realizávamos conjuntamente com os demais profissionais da equipe NASF, ao nos aproximar da localidade em questão logo avistamos a casa com o pai da moça que iríamos atender à nossa espera. Quando nos aproximamos, logo nos apresentamos e ele começou a conversar e explicar a situação. A mãe, que encostou em seguida, pouco falava. Apenas respondia quando lhe perguntávamos mais diretamente sobre algo; quando não, ela dizia que o marido sabia responder melhor. A filha não participou desse primeiro encontro. Preferiu não sair do quarto.

Tratava, de acordo com os relatos colhidos, de uma jovem com 19 anos, que possuía duas filhas e um filho, que ela teve ainda na adolescência. Iniciou a primeira crise psíquica, um tanto agressiva, com falas desconexas, sendo que pouco cuidava das filhas. Preferia o isolamento do quarto, passando a não ter cuidado com sua própria higiene na grande parte do tempo. Ainda assim, às vezes, usava batom e fazia penteados. Raramente ajudava nas tarefas de casa, o que gerava cansaço e sobrecarga nos pais, que precisavam, além de dar conta das tarefas de casa e do roçado, ainda tinham que cuidar das netas quando a filha caía doente da cabeça!

Para o pai, a filha “começou a ficar estranha”, “não olhava mais no nosso olho”, “não participava de conversas em casa”.

— “Acho que a lua mexe com ela”, relatou o pai, “pois nesse período ficava agressiva de um jeito que só eu posso com ela”. “Quando ela está assim nem o pai das filhas dela vem

aqui. Já disse que mais um filho não dá certo. Já levei no médico e ela toma remédio controlado, mas não é todo dia que o remédio funciona!”

Era a primeira vez que uma equipe multiprofissional de saúde realizava uma visita àquela família em dois anos, desde que a jovem apresentou os primeiros sintomas. Inicialmente, pelo relato do pai, o problema da filha era considerado apenas como “estranhamento”. No entanto, as crises ficaram mais intensas justificando a necessidade de uma consulta com um especialista, médico-psiquiatra, na localidade mais próxima, cidade de Parnaíba-PI, que fica a 106 Km.

Água Doce conta com poucos serviços de apoio e suporte, são: seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma equipe NASF, um hospital que se encontra fechado, por falta de recursos financeiros, uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no caso do público infanto-juvenil, e um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Nos casos que precisam de acompanhamento especializado em saúde mental, o serviço tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo de referência para Água Doce mais próximo, está localizado na cidade de Chapadinha/MA, a 216,7 Km, o que dificulta e inviabiliza a oferta de cuidado para os moradores da cidade, e ainda mais da zona rural. Muitos não conhecem e nem ouviram falar das ofertas de cuidado da atenção secundária para usuários de saúde mental, mesmo considerando a lógica da regionalização das redes de atenção em saúde e saúde mental a partir da RAPS.

Após as primeiras crises mais severas, a jovem foi levada ao psiquiatra em Parnaíba-PI, retornando com o diagnóstico de esquizofrenia. Além do reduzido ou dada as dificuldades em realizar um acompanhamento por parte da equipe multiprofissional mais sistemático, também não são percebidos recursos em relação a vínculos comunitários e suporte social na localidade. Tal quadro intensifica a sobrecarga familiar. No caso do pai, é este quem leva a filha às consultas, e é quem insiste para que ela seja acompanhada por um profissional de Psicologia.

Mas dada a distância e a falta de recursos da família para viabilizar o deslocamento, bem como a quantidade de áreas a serem visitadas, os atendimentos acabam espaçados com acompanhamento muito precários.

Como manejar situações de crise psíquica grave por parte de famílias que residem em áreas rurais e contam com uma extrema dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e que contam com poucos recursos comunitários, de apoio e suporte social? Como lidar com a sobrecarga física e emocional, além de financeira, restando apenas a busca por consulta psiquiátrica, de forma pontual, e uso de medicamentos como forma de lidar com os momentos mais críticos diante da situação de crise psíquica?

Todas estas questões permeiam meu fazer enquanto psicóloga do NASF. Saber que a Reforma Psiquiátrica avançou tanto em muitas áreas do país, me faz questionar porque ainda caminhamos a passos lentos na zona rural das pequenas cidades. E assim me pergunto: que práticas de saúde poderemos ofertar se estamos desprovidos de retaguarda e da própria rede de que tanto falamos na teoria?

Cena 2 – As incontáveis lágrimas

A estranheza da fala com a língua embolada, as palavras que não seguem uma linearidade ao contar uma história, a contra vontade da internação que é anunciada em vista de um “bem comum”, a sensação de que se foi despedida da própria existência, e que só resta naquele retorno as lágrimas que são incontáveis, estas foram algumas das falas que nos acompanharam após a visita que apresentaremos agora.

Avista-se ao longe uma casa simples, agora, já próxima de outras casas, em outra zona rural do município de Água Doce. Dessa vez sou recebida fora da casa. Sentamos nas cadeiras em meio à pouca sombra de uma árvore que nos fazia companhia. Aquela que me fala, com voz trêmula e choro embargado, mantém a filha mais velha próxima ao seu corpo e ao redor dos seus braços, enquanto lhe afaga o cabelo. Ao seu lado está o marido. Trata-se de uma mulher

de 32 anos, que já havia nos recebido algumas vezes em sua casa, por conta da possibilidade de fazer uma laqueadura. Na oportunidade conversamos sobre uma medicação que estava tomando. Porém, desta vez nosso encontro se dava em função do surgimento de um sofrimento visceral, conforme nos foi narrado.

Mulher, mãe de cinco filhos e esposa, que em meio àquela situação apresentava um olhar perdido, diante das preocupações que trazia: “meus filhos não vão ficar bem sem mim”, “não quero deixar meus filhos”, “ninguém me limpava”, “eu peguei doença de pele”, “bateram no meu rosto”, “eu não consigo dormir”, “me deixaram amarrada”, “eu não quero voltar”.

Essa é a fala de uma mulher que teve sua primeira crise psíquica aos 14 anos e que já passou por várias internações psiquiátricas, sendo que passou pelas crises mais severas após o nascimento dos filhos. Esta última internação foi a mais longa, cerca de dois meses, sendo que voltou para casa não porque houve uma completa estabilização, mas porque seus familiares julgaram que era o momento de voltar. A médica e o enfermeiro da unidade básica de saúde viabilizaram a documentação para o encaminhamento para uma nova internação. Porém, foi só depois de algumas semanas que a equipe multiprofissional foi realizar a visita domiciliar para acompanhar o caso.

Durante toda nossa conversa aquela mulher chorava, lágrimas incontáveis de uma internação sofrida e sem qualquer acolhimento. Quanto mais aquele corpo seria capaz de suportar? Com mãos trêmulas, rosto pálido e suado que indicava a dor de quem teve a experiência de uma vida tomada como loucura, validação para exclusão. Aquela mulher chora porque já não suporta mais, porque sua dor não é somente física, mas diz de uma existência em sofrimento.

Após o avanço pretendido pela Reforma Psiquiátrica com a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e a criação de novos dispositivos em saúde mental ampliando a acolhida de usuários e familiares por todo o Sistema Único de Saúde (SUS), se desejava romper com o

modelo manicomial, com a segregação e marginalização dos corpos, de vidas aprisionadas a um diagnóstico. O manicômio serviu de depósito, sem qualquer manejo saudável a quem já sofria e por vezes nem conseguia entender o funcionamento de sua mente e corpo, enfim, de sua existência em sofrimento.

A intenção de extinção dos manicômios é outro marco da trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Porém, apesar dos avanços com a reorientação do modelo técnico-assistencial em saúde mental, ainda se convive com os hospitais psiquiátricos, e o pior, com práticas manicomiais exercidas para além da estrutura dos manicômios. Por isso a pergunta: que práticas manicomiais continuamos exercendo? Que tipo de cuidado é ofertado nas internações psiquiátricas que promovem mais sofrimentos aos usuários? Como pensar na pós-internação ao usuário e sua família, sendo estes moradores da zona rural? Com que recursos contar?

O que se percebe, na prática, é a precariedade da Rede de Atenção Psicossocial. Apesar de uma gama de serviços implantados, especialmente nos grandes centros e capitais, falta sinergia e estratégias de continuidade do cuidado entre os serviços e intersetorialmente. Mas se deslocarmos nosso olhar para os municípios do interior das unidades federativas do país, mesmo sob a perspectiva da regionalização do SUS e da própria RAPS, e se adentrarmos na realidade dos municípios pequenos e das populações que vivem em áreas rurais, o que vemos são ações pontuais e isoladas, espaçadas no tempo, em que muitos precisam recorrer a outras localidades distantes para busca de assistência. Realidade que se reflete nas lágrimas de uma mulher que volta para casa totalmente desestabilizada, impregnada de medicação, com o sentimento de abandono do cuidado que tinha aos filhos, pois lhes foram separados e ficaram aos cuidados de seus familiares. A sensação é de total abandono em meio à iminência de outras crises, falta de retaguarda e apoio dos serviços, falta recursos e suporte para acolhida. É assim que se revela a experiência da pós-internação quando se retorna para a zona rural: desassistência e desamparo.

Essa última visita marcou profundamente nossa equipe, todas as questões citadas estavam ali diante de nossos olhos e de maneira gritante nos indicavam a necessidade de ampliar e repensar nossas ações. Deixar aquela casa, em que o sofrimento estava latente em todos, inclusive em nós, foi tão difícil que era perceptível em nossos semblantes o desapontamento de quem não conseguiu ofertar o cuidado necessário ao caso, pois nós, que fazemos a atenção básica, também estávamos sem retaguarda para lidar com casos em saúde mental.

Parece que circulamos pela tentativa de responder apenas ao imediatismo da prática, e essa nunca foi a proposta da desinstitucionalização. Ali somos impostos a todo o momento a responder às produções e o cumprimento de horários e campanhas de saúde já estabelecidas pelas orientações de uma gestão muitas vezes burocratizadas por rotinas e planilhas, e assim os projetos terapêuticos singulares (PTS) não cabem em nossos processos de trabalho, pois ficamos atados em meio a visitas esporádicas e pontuais. É difícil reconhecer essa lógica, mas difícil ainda lutar contra ela sozinhos!

Cena 3 – “Eu não sou louco!”

Quanto mais longe ele tentava ir, mas perdido se sentia. Já não respondia com clareza ao que lhe perguntavam, já não estava mais à vontade no lugar que chamava de casa. Sem entender o que lhe acontecia, do mundo, resolveu desistir. Nada mais fazia sentido, já não queira existir! Ele criou, então, um mundo particular, onde não há outros moradores e nem visitantes. Ninguém acessa esse espaço. Ninguém lhe arranca uma risada, ou um suspiro de emoção, também não há lágrimas ou irritação.

Estamos agora diante de uma das regiões mais próximas do centro da cidade de Água Doce. Trata-se da história de um jovem de 29 anos, que morou por alguns anos em São Paulo, mas que voltou a morar com a mãe e o pai em Água Doce. A mãe do jovem relata que este fez uso de algumas drogas, no entanto aqui ressaltamos a compreensão acerca da redução de danos como melhor proposta quando nos referimos a questões relacionados ao uso de drogas. Depois

de um tempo morando com os pais, o jovem sofre um acidente de carro. Apesar de não ter tido consequências maiores com o acidente, como sequelas físicas, o evento foi um divisor de águas em sua relação com a cidade.

O pai do jovem, por outros motivos, teve as duas pernas amputadas, sendo a esposa a cuidadora de ambos, pai e filho. Além da responsável pela casa, a esposa tem um emprego e é a única pessoa da família com quem o jovem se comunica. Há outros dois filhos, porém, já saíram de casa; e com eles o jovem não troca uma única palavra. A mãe é uma mulher baixinha, de olhos claros, que conta a história dessa família com muita energia em cada palavra. No entanto, é visível seu cansaço, parece que nunca para e passa a grande parte do seu dia atenta aos que necessitam dos seus cuidados. Curioso que não percebi uma só expressão de reclamação. Ela só quer mais força para continuar sendo o pilar que sustenta essa família.

Ao chegarmos para fazer a visita, a mãe nos diz que provavelmente o jovem não nos receberá. Ele vive em um isolamento constante, não sai de casa, não faz as refeições nos horários que a família faz, não ajuda a cuidar do pai, repete os mesmos gestos, e apresenta um cuidado exagerado com sua higiene, chegando a passar horas no banheiro. Além disso, em alguns episódios apresenta delírio de perseguição. No meu primeiro contato com ele, percebi que, em momento algum, o jovem me olha nos olhos, mal responde meu cumprimento, também percebi que ele pode estar abaixo do peso e que seu cabelo está bem grande devido à recusa de sair para cortá-lo. É como se aquele jovem tivesse criado um mundo totalmente particular e qualquer pessoa que tentasse manter algum tipo de contato fosse visto como um estranho.

Fica perceptível nossa dificuldade com o estabelecimento de vínculos e apesar da visita da equipe multiprofissional, o jovem se recusa a uma possível consulta médica. Fala por meio da mãe que “não está louco”, e que por isso não vai. A mãe também diz que seu filho não tem nada, mas que ela queria que ele fosse como antes, e pergunta se nossa equipe não poderia resolver isso. Sabemos o quanto que, para a família, o desejo, na maioria das vezes, é para a

resolução imediata do problema, desconsiderando a complexidade do caso e as necessidades implicadas no processo de cuidado.

Por outro lado, o acompanhamento acaba esbarrando nas dificuldades de acesso. Como a equipe de saúde poderia realizar uma intervenção produtiva diante da dificuldade de criar vínculos e da compreensão por parte da família de que seria preciso uma avaliação mais ampla, além da construção do vínculo e do manejo do caso de forma mais continuada e longitudinal? Que alternativas e recursos do próprio contexto familiar ou do território poderiam ser pensados para mediar tal situação? Estávamos diante de um jovem que simplesmente se fechou para o mundo, que não vai mais à quadra que jogava futebol no final da tarde; que não assiste mais as apresentações culturais muito características dessa região; enfim, que parou de receber os amigos com quem geralmente saía para tomar banho de rio; dentre outras relações e interações possíveis.

A dor de um isolamento no caso desse jovem não se traduz em lágrimas, mas no retraimento social e distanciamento das atividades que tanto gostava de realizar em seu território e que lhe perderam o sentido. Isolamento de quem prefere não falar o que lhe ocorreu para justificar tal retraimento e expressar o que sentiam, o que lhe faz ou não sentido, projetos, etc. Acessar o mundo desse jovem parece uma tarefa delicada para uma visita pontual.

Nada além do cuidado com sua higiene parece lhe importar, no entanto os mundos não acessíveis não são o motivo para a nossa desistência. O cuidado em saúde mental se apresenta não de maneira uniforme e em uma visita ou atendimento apenas. Pelo contrário, é preciso investir em outra forma de cuidado. Para isso, é preciso acessarmos outra temporalidade do trabalho em saúde, diferente da lógica produtivista que nos ocupa diante das planilhas e dos agendamentos que precisamos realizar, dos quais sinalizamos na cena anterior. O cuidado em saúde não pode ser igual ao trabalho numa fábrica com esteiras produtivas e o consumo de

tecnologias, de procedimentos! Afinal, a Reforma Psiquiátrica chegou até aqui, ou estamos apenas operando em novos serviços manicomiais?

Cena 4 – “Eu quero passar com a minha fé!”

Quem vive no campo aprende muito cedo a pedir proteção: para as lavouras, para os animais e até mesmo para vingar a existência de um novo embrião. As famílias enfrentam distâncias bem longas para seguir em procissão no culto da sua fé, proteção e salvação. Também tocam tambores e dançam em respeito e tradição. Há quem não seja de acordo com a vivência do espiritual em coletivo, há quem prefira zelar por seu altar em casa. E há quem peça passagem para seguir com sua fé.

As horas já se aproximam de 11 da manhã, apesar do sol bem quente, o tempo tenta nos presentear com um sereno que em nada alivia o calor. O ofício da visita domiciliar nos exige disposição e atenção ao encontro com cada história, compreendendo-a em sua singularidade. Somos recebidas por uma senhora de um pouco mais de 60 anos. Ela nos cumprimenta e entra na casa para pegar cadeiras. Nossa conversa acontece próximo ao jardim, com muitas flores e ervas que servem para fazer chá. Ao fundo da casa a senhora nos relata haver um açude, onde sempre vão tomar banho. No lado da casa há uma extensão de mata fechada, e na frente, ao longe, algumas outras casas vizinhas.

O lugar onde estamos tem muitas árvores, e nos contempla com a natureza que nasce por si só, que é forte e por vezes um grande indicador de que estamos em áreas da zona rural. Ali não se tem asfalto, o chão é de piçarra e levanta muita poeira quando qualquer carro passa por essas imediações. É possível ver uma vizinha, ao longe, na porta da outra jogando uma conversa fora antes de terminar o almoço. Esse ar de tranquilidade vai na contramão do medo da violência nos grandes centros.

As pessoas ali tentam resolver as aflições da vida e tocar o cotidiano por meio da fé. Se reza para chover e ter uma boa colheita; e quando chove demais se reza para a enchente não

castigue tanto. A fé não é esquecida mesmo quando a questão requer medicina. A senhora chama o seu neto pra participar da conversa. Ele se senta longe da gente. Ela nos conta que ele tem 19 anos, e que no ano passado começou a ficar com medo. Ele acha que tem gente o seguindo, que escuta vozes, que sente muitas dores de cabeça, e que já não dorme à noite toda. A avó nos revela que os pais do jovem são separados, e por isso lhes pediu para cuidar dele.

Ao perceber que os sintomas não passavam, ela, a avó, leva o jovem em uma consulta na UBS. Depois do seu relato, a médica receita Risperidona, medicação que o jovem não quis fazer uso. Ao julgar que seria uma medicação muito forte, a avó resolve procurar um terreiro na busca da cura para o seu neto. Ela nos conta que foi a dois terreiros, mas que devido o valor cobrado não foi possível que o trabalho fosse realizado. Porém, afirma que procurará outro terreiro como última alternativa. Apesar de não frequentar terreiros, ultimamente, a avó do jovem nos conta que havia um próximo a sua casa, espaço que era frequentado por algumas pessoas da família dela, inclusive ela em tempos anteriores. Também nos conta que tanto a irmã e outra tia do jovem apresentavam os mesmos sintomas que ele. No entanto hoje não são mais moradoras da zona rural.

A luta incansável de uma avó que deseja ver seu neto curado, na zona rural de uma cidade pequena, precisa nos comunicar algo. Seremos os doutores da lei que convencem de que a medicação é o único meio de estabilidade dos sintomas? Potenciaremos nossa escuta para entender qual o lugar da espiritualidade frente aos diagnósticos e as necessidades em saúde mental? A fé daquele povo não os abandona, em cada história escutada percebemos a insistência em acreditar que haverá um novo possível, seja na colheita, seja no adoecimento, eles buscam se conectar com a espiritualidade, como se a medicação não representasse o grande salvador de seus problemas. E muitas vezes desconfiam também de quem quer lhe entregar espiritualidade por algumas “moedas de ouro”. Apesar do cansaço, pois mesmo caminhando de um lado a outro

na tentativa de suspender aquele sintoma, de ajudar seu neto, continuam seguindo com sua fé diante dos desatinos e a esperança da vida.

Cena 5 – A dor estava nos olhos dela

Quem conta uma história certamente é atravessado por ela. Pode até nunca ter lhe ocorrido aquele fato. Mas ao contá-lo, algo lhe transforma. Quem escuta uma história certamente vai ouvir os ecos dos causos que ouviu ao logo do seu caminho. Impossível esquecer os olhos que já não choram, mas cuja dor ainda reside na alma. A dor de não ser compreendido a vida inteira, a dor de não ser preenchido. A quem fuja da realidade. Porém, diante de tal ruptura, segue sua sentença: a exclusão!

Ao nos dirigir para mais uma visita na zona rural do município, dessa vez por uma estrada de chão pedregoso e por trechos de mata fechada, avistamos a casa que não é solitária e compõe um conjunto de outras casas, uma comunidade. Ficavam próximas uma igreja e logo em seguida uma escolinha para crianças da pré-escola. O tempo nos brinda com um sol bem quente que cede intervalos para uma chuva fininha. Somos recebidas por duas senhoras.

A primeira tem 63 anos, cabelo grisalho, uma coluna um pouco torta e poucos dentes na boca. Ela inicia o diálogo dizendo que é doente desde que tinha 13 anos. Fala de forma efusiva parece que aquelas palavras estavam guardadas a meses nos esperando. Foi também com a idade de 13 anos que apresentou a primeira convulsão e foi levada pra São Luís/MA. Fez consultas e desde então toma medicações psiquiátricas. Hoje faz uso de Diazepam e Carbamazepina. Relata que ainda apresenta convulsões, mas que depois de tanto tempo consegue perceber quando vai entrar em crise: “é meu coração que diz que vou ficar mal, fica agitado”. Também é relatado à nossa equipe que ela sai de casa sem avisar, tira as roupas em ambientes públicos e não consegue lembrar desses episódios e nem de quem a leva para casa.

A vida dessa senhora é marcada por dois pontos muito recorrentes em sua fala: o fato de seus vizinhos e outras pessoas a chamarem de louca, estigma produzido por esses episódios

que foram lhe causando um sentimento de muita revolta; e de certa forma, de estar isolada em relação à comunidade a qual está inserida, contando apenas com alguns poucos conhecidos que a ajudam a encontrar o caminho de casa. Aquela senhora de cabelos grisalhos, com cheiro de essência de hortelã, carrega em seus olhos e na própria alma uma dor que nem o tempo foi capaz de amenizar.

O sofrimento está em cada palavra sua, nas lembranças do que viveu e em cada momento que não foi possível viver ao lado de sua mãe, que partiu ainda muito jovem, vítima de um acidente de carro. Ao falar de sua mãe ela vai costurando sua história de vida e adoecimento à falta que essa perda lhe gerou. Ela nos fala assim: “se minha mãe estivesse aqui seria diferente”, “eu nunca ficaria sozinha”, “ela foi cedo demais”. O apoio familiar tem um grande impacto no tratamento do usuário, assim como a ausência do mesmo provoca fissuras e dores incontestáveis.

A segunda mulher que nos recebe é irmã da primeira. Diferente, ela fala bem pouco. Quando pergunto algo sobre sua irmã seu semblante me parece tão desinteressado, como se nossa conversa não fosse contribuir com nada. Então me afasto com ela e começamos a conversar. Só então pude perceber o quão cansativo é a rotina dela. Ela e os irmãos perderam a mãe há muito tempo em um acidente de carro, onde o motorista foi culpado, mas nunca preso. Ela cuida do pai que é cadeirante e passa a madrugada lhe chamando para ir ao banheiro, fato que desorganiza seu sono. Um dos seus irmãos viajou e deixou os sobrinhos para que ela cuidasse, e para finalizar ela é a principal cuidadora da irmã, que em suas palavras “sempre foi estranha”, “teimosa”, e que “vive correndo risco de morrer” devido as convulsões que já aconteceram e até mesmo no açude que fica nos fundos da casa, onde tomam banho.

Quanto um familiar cansado pode suportar? É a primeira vez que minha equipe visita aquela família. Não tínhamos conhecimento do caso, que será discutido em breve com o enfermeiro que é recém-chegado na unidade. Ela se dirige a mim com uma fala baixinha, e com

lágrimas nos cantos dos olhos, nada de choro alto e que chame atenção dos demais, talvez ela tenha aprendido a transformar seu cansaço naquela apatia.

Sua principal tarefa é cuidar, não há horas de descanso ou tarefa prazerosa estabelecida em sua rotina. Isso é visível em sua postura, com a coluna encurvada, e com um semblante que parece não saber mais esboçar alegria. Sua vida parece estar marcada por esse cansaço contínuo, que se atualiza nas tarefas do dia seguinte, sua cruz!

Aquela foi uma manhã de muitas reflexões ao retornar para a cidade, pois o território continuava lá. E uma vez tendo habitado seus contornos psicossociais, com todas as dificuldades que nos foram apresentadas e em meio às lágrimas, a impregnação no corpo por causa do medicamento, o estigma, o desconhecimento, o cansaço, o medo de novas crises, apesar de voltarmos para as nossas rotinas na cidade, tudo aquilo continuava lá. O que poderia a equipe de saúde produzir de potência em visitas raras e isoladas dos demais serviços de saúde, e por vezes, longe de um diálogo com outros níveis de atenção mais especializada? Como lidar com suas realidades, sofrimentos, cansaços, esgotamentos e esperanças? Como atuar sem esquecer os pressupostos da Reforma Psiquiátrica em um lugar como a zona rural, que parece, por vezes, desprovido de todas as conquistas da mesma, ao longo desses anos em distintas áreas do país?

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem na Lei nº 10.216/2001 a conquista de um grande avanço, por meio da materialidade de uma Política Nacional em Saúde Mental (PNSM), iniciada com a criação de dispositivos de caráter substitutivo ao modelo asilar e de base territorial. Inicialmente a política esteve voltada para implantação de serviços do tipo Centro de Atenção Psicossociais para diferentes públicos: adultos, infanto-juvenil e com necessidades de cuidado por uso de álcool e outras drogas. Em 2011, com o avanço e expansão da rede de serviços tem-se o seu incremento com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3.088/2011, articulando: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial

Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial. (Brasil, 2013).

Dentre os principais pontos de prestação de serviço da RAPS tem-se: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios Na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais; Serviços Residenciais Terapêuticos. (Brasil, 2013)

Apesar dos avanços, tal modelo encontra muitas contradições. Do ponto de vista da população que vive em municípios pequenos ou nas áreas rurais, há uma grande concentração de serviços da RAPS, especialmente CAPS, leitos integrais e demais serviços em áreas de zona urbana, especialmente localizados em municípios de grande e médio porte populacionais. Nesse aspecto, municípios com menos de 20 mil habitantes, contam apenas com atenção básica como ponto de atenção para RAPS. Isso faz com cidades pequenas não recebam demais serviços da RAPS trazendo barreiras físicas para o acesso de pessoas com sofrimento psíquico para os serviços, além das históricas barreiras simbólicas (Brasil, 2011).

Como consequência, por vezes, as famílias das cidades pequenas e da zona rural encontram na internação psiquiátrica o seu principal recurso de tratamento, justificando assim o acesso em outros municípios que contam com uma rede de maior retaguarda para necessidades mais complexas no cuidado em saúde mental. O que nos faz retornar a práticas manicomializantes, como: internações demoradas, atendimento desprovido de acolhimento e medicação excessiva. (Silva, 2010)

A criação dos serviços citados não tem conseguido fazer a cobertura de áreas da zona rural que contam com as equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) da Atenção Básica

e geralmente com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família composta por profissionais de especialidades distintas. As ESF no alto de suas rotinas de procedimentos e atividades de campanhas do Ministério da Saúde não compreendem o sujeito que apresenta sofrimento psíquico como demandante de cuidado em saúde no território. E então quando a crise agudiza ou as demandas tornam-se mais intensivas, este se faz presente no serviço e a intervenção ofertada acaba sendo a internação em hospital psiquiátrico.

Leão e Batista (2020) corroboram com a questão acima quando pontuam acerca da fragilidade do trabalho em rede, pois o cuidado em saúde mental acaba sendo fragmentado em diferentes especialidades e serviços, não havendo integralidade e continuidade do cuidado. Apesar da implantação do Apoio Matricial, Fagundes, et al. (2021), esboçam o quanto é nítida a dificuldade de profissionais de saúde na manutenção dessa organização de serviço, aprofundando as ações de saúde mental na atenção básica de forma integral e longitudinal. Assim, a crise psíquica grave ainda é vista de forma excludente, sendo comum práticas manicomializantes fazerem parte das rotinas nos serviços.

Podemos pensar em limites ainda mais paralisantes nos cenários de cidades da zona rural, como o de visitas domiciliares realizadas apenas pela psicóloga e o agente de saúde porque a equipe entende que aquela demanda de sofrimento psíquico grave não lhe diz respeito. O que fazer diante de um jovem em luto pela morte da mãe com vínculo quase zero com as irmãs, que praticamente não se alimenta, apresentando delírio persecutório e ideação suicida. O cenário descrito é pertencente como venho apresentando a cidade de prevalência de zona rural e que por não contar com a rede de serviços estruturada e distante geograficamente, por vezes me faz sentir que andamos em círculos, repetindo as obrigações do serviço, mas sem ofertar uma resolução a estes casos. Minimamente escuto também o sofrimento dos familiares e tentamos juntos pensar em soluções que forjem ao plano que deveria ser um trabalho articulado em rede.

Jardim e Dimenstien (2007) afirmam que, mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica e a saída dos loucos dos manicômios e hospitais psiquiátricos, em grande medida, as crises vão se configurar como principal ponto de desequilíbrio entre as relações usuário e o entorno social, bem como a relação com a própria família. Portanto, para as autoras a medicação é solicitada para responder à fase aguda da crise e assim fazer com que o sujeito volte à normalidade. Portanto, o olhar acaba reproduzindo a lógica manicomial e medicalizadora.

Nesse ponto precisamos pensar o quanto esse panorama de poucos recursos humanos e logísticos ferem a própria proposição da Reforma Psiquiátrica em seu maior interesse: tanto no sentido de promover a mudança técnica quanto em fomentar uma mudança política e social no âmbito da saúde mental (Yasui, 2006). Como ponderamos há circunstâncias ainda mais adversas quando nos reportamos ao cuidado em saúde mental voltado para usuários da zona rural de muitas cidades do país. As famílias que já contam com poucos recursos em muitos sentidos, por vezes não sabem lidar com a “estranheza” apresentada por seu familiar. Sentem-se tristes, irritadas pela falta de normalidade de seu familiar e pedem cura, almejam a cura que não vem. Ao se depararem com as crises psíquicas grave recorrem ao espiritual, ora encaram como castigo aquele comportamento, ora fazem as pazes com o Divino e ficam no aguardo da cura.

Apesar da mudança de compreensão do lugar da família no processo de cuidado dos usuários a partir do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, enquanto “peça-chave” para ações de cuidado em conjunto com os serviços de saúde mental, como a “coparticipação e corresponsabilização no cuidado à portadores de transtorno mentais” (Silva, 2013, p. 16), para Rosa e Vilarinho (2020) as famílias vêm perdendo um pouco da participação política da luta, por vezes, estando de maneira mais tímida nesses espaços. Em muitas situações não são compreendidas como sujeitos de cuidado nessa perspectiva do atendimento em liberdade ao sujeito com sofrimento psíquico grave.

Aqui acrescentaremos um olhar a mais para essas famílias que residentes de áreas de zona rural não contam com o devido acesso aos serviços diante dos seus pedidos de socorro, respondidos quase sempre com internações psiquiátricas. Sozinhas as famílias da zona rural, como apresentado nas cenas iniciais dessa escrita, acabam exauridas em meio às sobrecargas e o cansaço, culpabilização, pouca compreensão em relação ao transtorno mental, pouco vínculo com as equipes de saúde, sujeitas a práticas isoladas de cuidado, e a internação como principal recurso para a crise psíquica grave. Fica patente, portanto, o cansaço, o esgotamento e a falta de ânimo quando precisam exercer seu papel de cuidadoras e seguirem suas vidas.

Conhecer o que seja à crise psíquica, inclusive em sua forma aguda e grave, sua processualidade, os recursos e a necessidade de manejo e gerenciamento, do ponto de vista de cuidados preventivos e intensivos (Costa, 2013; Jardim & Dimenstein, 2007) torna-se um grande desafio da Reforma Psiquiátrica. Pensar esse contexto em cenários de municípios pequenos e usuários da zona rural torna esse desafio ainda maior (Silva & Dimenstein, 2014).

A partir das reflexões apresentadas surgiram as seguintes problemáticas para o problema de pesquisa para este estudo: (1) Como as famílias na zona rural têm enfrentado o cenário de crise psíquica grave de seus familiares? (2) Quais os analisadores da Reforma Psiquiátrica e da regionalização da Política de Saúde Mental emergem diante de situações de crise psíquica grave nos contextos rurais?

Assim, com o objetivo geral da pesquisa, pretendemos: Conceber a crise psíquica grave em contextos rurais como analisador do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e da regionalização da Política de Saúde Mental.

Como objetivos específicos, apontamos:

1) Acompanhar famílias da zona rural com histórico de usuários com crise psíquica grave.

2) Identificar as concepções e sentidos de crise psíquica grave junto aos familiares da zona rural e as necessidades de acolhida e cuidado em saúde mental por parte dos serviços de saúde.

3) Produzir analisadores acerca dos limites e desafios da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental diante das situações de crise psíquica grave em contextos rurais.

Capítulo 1- Abrindo nossa caixa de ferramenta para orientar o percurso metodológico da pesquisa: Análise Institucional

Este capítulo nasce com o intuito de apresentar o caminho metodológico traçado ao longo da pesquisa, esta tem seus direcionamentos afinados com a Análise Institucional (AI). Para Martins (2017) houve uma abertura para as práticas *psi* no que se refere a novos espaços de atuação a partir da consolidação da análise institucional. É imprescindível, ainda de acordo com o autor citado, entender que o movimento de Análise Institucional a que estamos nos referindo tem sua concretude na França, após a Segunda Guerra Mundial, e que Georges Lapassade e René Lourau, autores muito conhecidos, são dois nomes representativos desse movimento.

Para a Análise Institucional a intervenção não pode ser desvinculada de um caráter político, ou seja, da realidade em que o analista está inserido e passará por uma transformação, tendo como foco a instituição e as relações constituídas dentro dela. (Lourau, 2004). Para Martins (2017) as relações que serão estabelecidas no campo de pesquisa entre sujeito e objeto apresentam caráter intersubjetivo, e não estão simplesmente presas a questões teóricas e metodológicas. Dessa forma, a heterogeneidade presente nesse encontro terá papel fundamental para a produção do conhecimento.

Para Romagnoli (2014), um institucionalista precisa estar atento às questões macropolíticas e micropolítica, bem como os apontamentos históricos, sociais e econômicos que permeiam seu campo de análise e de intervenção. A autora citada também reforça a ideia de uma pesquisa que não contribua para a separação sujeito-objeto, teoria-prática, comumente separados em outras visões teóricas. Dessa forma a produção científica realizada no âmbito da análise institucional diz respeito à pesquisa-intervenção que se dedicará a uma produção do conhecimento em parceria com participantes da pesquisa no próprio ato em que se transversaliza campo de análise e de intervenção.

Lourau (1993), durante um curso ministrado na UERJ se propões a falar sobre a “Análise Institucional e as práticas de pesquisa”, começou sua narrativa, comentando sobre um Novo Campo de Coerência que a AI anuncia. Para o autor, a AI não se detém a uma originalidade de métodos e conceitos, ao contrário utiliza os já existentes, formando uma multirreferencialidade, construindo assim um novo campo de coerência. Tal compreensão é fundamental para os caminhos que pretendemos traçar ao lado da Análise Institucional.

Diante da importância dos conceitos que fazem parte da AI, e de sua contribuição pra esse estudo, buscaremos de maneira compreensível apresentá-los ao leitor enquanto ferramentas-conceituais da pesquisa, são eles: instituição; instituinte; instituído; institucionalização; transversalidade; atravessamento; implicação; sobreimplicação; e analisador.

As instituições, de acordo com Baremlitt (2002), “são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos” (p.25). Ou seja, ao falar sobre instituição, o autor pontua que estas atravessam todos os aspectos da vida, e que a este conceito não atribuímos caráter material, mas é extremamente importante compreender que o autor fala sobre algo que atravessa os sujeitos e suas relações (Baremlitt, 2002).

No entanto, apesar do caráter abstrato, as instituições se materializam por meio das organizações que estão presentes em nosso meio, estas são concretas no sentido material e dão estrutura ao objetivo das instituições. Por sua vez as organizações são compostas por estabelecimentos (ex; unidade de saúde, igrejas, e etc.). Assim é interessante compreender que para que o processo apresentado esteja em curso as pessoas devem estar inseridas nessas práticas (Baremlitt, 2002).

Da primeira cena: “A vida que insiste, persiste, resiste”, contida na introdução podemos trazer um exemplo sobre instituição que é a própria saúde e como esta vai atravessando os sujeitos, pois o pai da jovem que começa a apresentar sofrimento psíquico percebe que os sintomas apresentados revelam uma questão de saúde mental, e a procura por consulta psiquiátrica na unidade e posteriormente em clínicas vai demonstrar o que chamamos de estabelecimentos.

Recorremos à obra de Lourau (2004), para seguir apresentando os conceitos relevantes. Para o autor é possível entender instituinte por “contestação a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como significante da prática social. No *instituído* colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, os modos de representação e organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão” (p.47). Ou seja, quando falamos de instituído falamos de algo praticamente estático, e que foi se estabelecendo, enquanto o instituinte caminha em processo, em constante tentativa de mudança.

Na segunda cena: “Eu não sou louco”, podemos compreender o estigma da loucura associada com agressividade como algo instituído e presente não só na zona rural, mas também em áreas urbanas, o que certamente provoca segregação e o próprio isolamento.

Ainda de acordo com Baremblytt (2002), o instituinte diz respeito às forças que transformam a instituição e o produto dessa transformação seria o instituído. Assim, “o instituído é o efeito da atividade instituinte” (p.30). É sempre importante ressaltar que não é interessante agregar a esses dois processos o caráter bom e ruim, apesar de suas particularidades, tanto instituinte como instituído vão se tecendo juntos. Também podemos dizer que estas duas forças estão o tempo inteiro em processo.

Ainda na segunda cena, podemos pensar que a força praticamente incansável daquela cuidadora também pode ser compreendida como uma força instituinte, como alguém que busca

estratégias de cuidado para seu filho, como por exemplo permanecer respeitando o espaço deste, ao passo que pede ajuda e intervenção da equipe de saúde.

Para compreendemos a institucionalização, retomamos Lourau (1975) que ao se dedicar a análise dos processos institucionais, faz menção a dialética hegeliana e aponta os três momentos, que são: universalidade; particularidade e singularidade. A primeira diz respeito a instância do instituído (universalidade), já a segunda se dedica às forças do instituinte (particularidade), enquanto a singularidade está ligada a institucionalização, que por sua vez, apresenta um produto que compõe um espaço físico e concreto. Dessa forma o processo acima descrito acontece por meio de forças e não pode ser pensado como etapas distintas e sem diálogo uma com a outra.

Diante da escolha da utilização desse método de pesquisa é relevante apresentar os analisadores. De acordo com Romagnoli (2014), esse termo foi cunhado por Felix Guattari e ele se refere a “elementos da realidade social que manifestam com maior veemência as contradições das instituições e do sistema social” (p.47). Portanto, os analisadores emergem revelando contradições e conflitos para além do cenário de harmonia das instituições. É a partir dos analisadores que construiremos nossa análise.

Nosso maior exemplo de analisador durante toda a escrita desse trabalho é a própria crise, e como esta faz ver que problemas presentes no início da luta da Reforma Psiquiátrica, ainda são visíveis nos dias de hoje. Como por exemplo, a internação psiquiátrica ainda como centro de possibilidade de tratamento, mesmo quando hoje a política a prever como último recurso a ser utilizado.

Quanto à implicação, é importante ter a concepção de esta não diz respeito ao nível de afeto ou motivação que se tem no desenvolver da pesquisa/intervenção (Romagnoli, 2014). Para Lourau (2004) ao falarmos de implicação no cenário da pesquisa, estamos na verdade falando de um “conjunto de condições” que permeiam a pesquisa. O autor também explana que por

muito tempo a ciência tentou afirmar a existência da neutralidade, no entanto ao longo do tempo fica mais evidente que a neutralidade almejada não existe. Diante dessa linha de pensamento Romagnoli (2014) pontua que para a análise institucional a implicação é investigar as instituições que nos atravessam, entendendo que esse processo diz algo sobre nós e que se produz num campo coletivo.

A implicação poderá ser compreendida nas falas em que a pesquisadora/trabalhadora mostra a inquietação voltada a distintas realidades que vão se apresentado ao longo do cotidiano dos atendimentos e visitas domiciliares na zona rural, como por exemplo, a maneira esporádica com que as visitas são realizadas na zona rural.

Dentro desse campo de compreensão, Martins (2017) diz que o “objeto teórico da análise institucional deixa de estar ligado a um espaço cultural ou histórico particular, pois passa a caracterizar-se como uma maneira de olhar o outro e a si mesmo, em relação” (p.494). Ao dizer isso, o autor estar falando sobre a própria implicação para a análise institucional. Quanto ao conceito de sobreimplicação esse é cunhado por Lourau (1990). Para o analista, esta acontece quando os sujeitos acabam se envolvendo muito com o trabalho que estão inseridos, dificultando que a análise das implicações aconteça nesses espaços, pois os trabalhadores/pesquisadores não terão facilidade para analisar suas próprias implicações.

A transversalidade também é uma marca da análise institucional, pois as instituições já não são concebidas como uma instância única e individual, mas como “cruzamentos de instâncias”, ou seja, estamos falando de transversalidade dentro das instituições (Lourau, 2004). Com relação aos atravessamentos precisamos compreender que no contexto da análise institucional eles estão ancorados numa perspectiva que vai além do critério individual e de nossos próprios julgamentos (Lourau, 1990). Para Junges et al (2009), o “atravessamento significa que qualquer instituição é sempre atravessada por outras instituições, introduzindo suas dinâmicas e práticas” (p.938). Durante o processo da pesquisa buscamos ter atenção a estes

atravessamentos e assim compreender de que maneira essas dinâmicas se apresentavam nas relações.

A vida no campo também passa por uma série de atravessamentos, como podemos ver na cena: “A dor estava nos olhos dela”, quando uma jovem mulher recebe o diagnóstico de transtorno mental, e posteriormente o luto pela morte de sua mãe lhe atravessa provocando uma dor capaz de permanecer e ser descrita em muitas lágrimas, pouco mais de 40 anos depois.

Guattari (2004) faz uma série de reflexões sobre a transversalidade dentro da análise institucional, para o autor é extremamente mais difícil dar conta da análise sobre as questões políticas e sociais que envolvem as instituições, apenas mediante a estrutura transferencial descrita no complexo de Édipo. Dessa forma, o sujeito com quem nos encontramos nunca é apenas alguém individualizado e cercado por determinada redonda, ele é também a própria transversalização de tudo que ao longo de sua vida o atravessou e da constante troca sobre as dimensões que estão postas para ele e para a sociedade que está inserido.

Uma das questões transversal é a econômica como podemos perceber na cena: “Eu quero passar com a minha fé”, associada a procura da cura em ambientes religiosos, compreende-se que essa mobilização exige também um certo investimento financeiro, assim como pontuado em outras cenas as questões financeiras irão incidir sobre a possibilidade da oferta de tratamento para seu familiar.

De acordo com Simonini e Romagnoli (2018) o que Guattari faz é propor a transversalidade como ferramenta conceitual e para isso afirma que a mesma acontece “quanto um grupo consegue “observar” seu funcionamento como mais complexo do que mera submissão a uma hierárquica autoridade ou limitado a arranjos horizontalizados de uma estabilidade identitária” (p.920). Dessa forma, para Guattari (1987) a transversalidade será capaz de produzir algo novo junto aos juntos, mudança que será alcançada através da própria comunicação que não deve ser restrita, mas contemplar todos os sujeitos do grupo.

Para Lourau (2004) a transversalidade também revela os conflitos ali presentes em determinado grupo, que podem estar de certa maneira ocultos, portanto seria uma tarefa também da transversalidade deixar surgir o inconsciente institucional, o que certamente não parece ser uma tarefa tão simples, pois o caráter hierárquico das instituições retém.

Diante da conceituação apresentada buscamos em nosso estudo compreender e refletir sobre os efeitos da Reforma Psiquiátrica em áreas rurais, ressaltando como familiares e usuários de saúde mental enfrentam a crise e como o papel de uma profissional do SUS encarregada das demandas de saúde mental (psicóloga) ecoa diante da solidão nas práticas profissionais, por falta do trabalho em rede. Dessa forma, os analisadores que emergiram em nosso encontro com o campo e a própria crise psíquica presente em usuários moradores de áreas rurais podem ajudar na compreensão de como essas dinâmicas acontecem nos espaços citados.

1.1 Cenário

Quanto ao cenário da pesquisa, esta aconteceu na cidade de Água Doce do Maranhão/MA, localizada a 363 Km de São Luís, capital do Maranhão, e a 216,7 km de Chapadinha/MA, sua referência de encaminhamento para CAPS II. Para o censo de 2020 a cidade contava com uma estimativa de 12.652 habitantes. E em 2010 apresentava densidade demográfica de 26,13 hab/km² (IBGE, 2021). A cidade de Água Doce do Maranhão é composta por 6 regiões, a saber: Salgadinho, Cana Brava, Curvinha, Coqueiro, Freixeiras e a Sede do município.

A cidade de Água Doce do Maranhão/MA apresenta prevalência de áreas de zona rural: cerca de 73,05% da população vive fora do núcleo “urbano” da cidade. Água Doce está inserida na Mesorregião Leste Maranhense, e se estende por uma área de 443,3 km². “Ocupa a bacia hidrográfica do rio Parnaíba, sendo drenada pelo rio Magu, que desemboca fluindo no rio Santa Rosa, um tributário do rio Parnaíba” (Filho & Lages, 2011, p.23).

A população do município vive basicamente da pecuária, da extração vegetal e da lavoura permanente e temporária (IBGE, 2021). Se alguém sentar na porta de casa, no final da tarde de cada dia, costume comum da região, é possível ver os pescadores voltando do mangue com as cordas de caranguejo para venda. No caso do camarão ou o peixe, certamente os encontrará em uma banca ali na praçinha do lado da igreja. Uma das ilhas que compõe a cidade chamada Barrinha, ainda faz uso de uma metodologia muito utilizada antigamente o escambo, eles trocam o camarão geralmente seco, por sacas de farinha que são produzidas em regiões um pouco mais distantes dos rios.

Em todas as áreas rurais da cidade de Água Doce do Maranhão há casos de pessoas com sofrimento psíquico grave, boa parte deles com histórico de internação psiquiátrica, estas geralmente ocorrem na cidade de Parnaíba-PI, justamente por ser uma cidade mais próxima, apenas 124,7km, em vista da capital que fica a praticamente o triplo dessa distância. A informação apresentada também se configura como uma questão sempre debatida nas Conferências de Saúde, pois além dos usuários de saúde mental, esta procura por serviços do SUS na cidade vizinha, se dar em praticamente todas as especialidades e como não há uma contrapartida financeira e nem negociação sobre a mesma, em diversas ocasiões estes usuários ficam sem os atendimentos dos quais vão à procura.

1.2 Participantes

Para a realização da pesquisa, solicitamos à secretaria de saúde do município uma autorização institucional, bem como explicamos a todos os enfermeiros responsáveis pelas ESF, de que se tratava a pesquisa e os passos para a mesma. Dessa forma, escolhemos 3 famílias que devido a visitas domiciliares já realizadas apresentavam vínculo com nossa equipe, e que em sua composição familiar possuísse um usuário de saúde mental que já tivesse passado por internação psiquiátrica e que estivessem dispostos a participar da pesquisa. Cada uma das

famílias mora em regiões distintas, devido nosso compromisso com o sigilo, as áreas em que as famílias moram não serão reveladas.

Ao todo participaram das entrevistas 9 pessoas: dentre os usuários, 2 mulheres e 1 homem e entre os familiares: 2 homens e 4 mulheres. Com idades entre 18 a 45 anos No início dos encontros expliquei de que se tratava a pesquisa e apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido e assinado por todas e todas e todos.

1.3 Ferramenta de Pesquisa

Quanto à utilização de ferramentas de produção de dados: levamos em consideração a produção dos diários de campo e entrevistas com núcleo familiar. Segundo Barros e Kastrup (2009), os diários de campo dizem respeito a anotações que “colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer” (p.70). Pois ainda de acordo com as autoras é importante citar a atenção as informações objetivas, bem como às impressões que se dão no encontro com o campo problemático.

Também fizemos uso de uma ferramenta muito importante para boa parte dos métodos de pesquisa: as entrevistas. Utilizamos a entrevista de manejo cartográfico que para Rossi (2021) não está fincada a um modelo específico, mas antes tudo diz de um *ethos* cartográfico que deve acompanhar toda a pesquisa. A entrevista utilizada tem com peça central a experiência produzida no encontro entre pesquisador e campo problemático. Ainda para este autor é imprescindível a concepção de que as entrevistas ocorrem como diálogo e que tanto o caráter da experiência vivida quanto o da experiência pré-reflexiva estarão contidos nesse processo. Portanto, não nos detemos somente nas informações em si, mas, principalmente, na própria experiência produzida ali, assim como com transformações em curso.

Em relação às entrevistas com o núcleo familiar, contam os com a presença concomitante dos familiares e usuários de saúde mental, todos moradores da área rural, nossa

busca consistia em uma produção de dados que estivesse atenta ao que emerge do campo. Para Barros e Kastrup (2009) precisamos escolher dispositivos que façam sentido ao campo problemático e que cooperem para a produção de dados. Para Aragaki et al (2014) a utilização das entrevistas na pesquisa não se dá como uma mera coleta de informações, mas que esta é “coproduzida em ato, estando, portanto, a reflexividade presente desde o momento da escolha da entrevista como ferramenta” (p.58).

1.4 Procedimentos

Quanto ao local da realização das entrevistas, este foi pactuado com os próprios usuários. Dois destes afirmaram se sentir à vontade para falar em uma sala da unidade de saúde, portanto duas destas entrevistas foram realizadas nas unidades. A última entrevista foi realizada na casa da usuária, pois o acesso da mesma até a unidade de saúde é algo bem difícil, devido à distância e à falta de transporte.

Portanto por meio das entrevistas buscamos compreender como os sujeitos se relacionam com o fenômeno da crise psíquica grave, problematizando assim que efeitos a Reforma Psiquiátrica, após todos esses anos de implantação dos serviços e da expansão da lógica desinstitucionalizante, tendo como enquadre os espaços de zona rural. Por meio do encontro entre pesquisadora e participantes observamos que possíveis analisadores emergem, sabendo que esse encontro também já se dar por meio de visitas domiciliares, de atendimentos nos postos de saúde, e assim o meu próprio fazer enquanto trabalhadora do SUS e apoiadora da Reforma Psiquiátrica estar em análise, na tentativa de compreensão de como as instituições me atravessam.

A realização das entrevistas foram encontros para além da produção dos dados da pesquisa, de uma profunda mobilização de sentimentos e lembranças. Em vários momentos os participantes se emocionaram ao lembrarem-se das primeiras crises e dos dias difíceis na

internação psiquiátrica, então a gente parava um pouco pra acolher os afetos que ali se expressavam.

Diante da delicadeza do tema tratado nas entrevistas e de nosso compromisso com os participantes da pesquisa, também oferecemos uma escuta individual, em um momento posterior à entrevista, bem como respeitamos os momentos em que os participantes silenciavam e pediam para falar mais adiante sobre as marcas provocadas pós as internações psiquiátricas.

Nesse quesito a escrita dos diários de campo se torna um grande suporte para análise da implicação, pois os relatos e reflexões presentes ali podem ajudar a capturar que instituições e como estas tem provocado atravessamentos ao logo desses anos como psicóloga de uma cidade pequena e como apoiadora da Reforma Psiquiátrica que ainda encontra tantos entraves, por todo país, sobretudo nas áreas de zona rural.

1.5 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, num primeiro momento o projeto em questão foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí e teve sua aprovação concedida tendo como o número do parecer: 5.498.876, logo em seguida iniciamos a pesquisa em campo. Levamos em consideração a Resolução Ciências Humanas nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que considera “o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos”.

Também levamos em consideração a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016 que prever uma série de normas para as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, tais orientações são imprescindíveis para a concretização de uma pesquisa que a cima de tudo respeite os participantes, levando em consideração os Direitos Humanos. O Art.3 da Resolução em questão dispõe sobre alguns princípios éticos fundamentais para realização das pesquisas, dentre eles,

citamos: “I - reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; II - defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; III - respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas” (p.5).

As autoras Escóssia e Tedesco (2015) tomando como base a obra de Simondon, refletem sobre a ética do cartógrafo e evidentemente podemos trazer até aqui tal postura que perpassou a pesquisa em questão. Para as autoras pensar em um ato ético é ir além do cumprimento das normas que já estão postas, mas é se conduzir por certa amplificação, perpassando assim as relações, e se unindo a outros atos, numa postura que se mantém atenta ao campo e ao que emerge deste. Nesse sentido sujeito e objeto preservam suas diferenças, mas podemos dizer que permanecem conectados.

Portanto esta pesquisa levou em consideração todos os princípios adotados nas resoluções citadas, bem como essa postura ética de amplificação, assim compreendemos a necessidade de realizar uma pesquisa que seja ética e que respeite os participantes. Como citamos acima o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi apresentado a todos os participantes, foi garantido a desistência dos participantes a qualquer momento, bem como garantimos o sigilo e o anonimato das famílias. O TCLE se encontra na íntegra nos anexos desse trabalho. Como temos destacar os aspectos éticos se configuram como um dos pilares essenciais na pesquisa com seres humanos dessa forma buscou-se atendê-los durante toda pesquisa.

A seguir, apresentaremos um capítulo sobre a Reforma Psiquiátrica ressaltando não somente seu viés histórico, mas os atuais caminhos percorridos pela mesma, apresentaremos também os impactos da pandemia por Covid-19 nas políticas públicas do país, compreendendo a grande relevância destes tópicos para o trabalho.

Capítulo 2- Os atuais caminhos da Reforma Psiquiátrica

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

(Nise da Silveira)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um marco em nossa história e um processo marcado pela luta popular, pela força e organização de um povo incomodado pela forma degradante como o sofrimento psíquico era tratado. A seguir refletiremos sobre como a Reforma Psiquiátrica tem avançado nos últimos anos, em que dificuldades a Política de Saúde Mental tem esbarrado e como estes entraves prejudicam o funcionamento dos serviços substitutivos, revelando, por vezes, posturas ainda manicomiais, que certamente dificultam a aspiração de que a Reforma Psiquiátrica seja um constante movimento político pela liberdade, respeito e acolhimento.

Devido nosso grande interesse em pensar sobre a RAPS, os serviços de saúde e sua relação com áreas de zona rural, nos dispomos a apresentar na segunda sessão desse capítulo alguns pontos sobre a pandemia por Covid-19, que no Brasil teve início em março de 2020, por entender que esta causou problemas econômicos, sociais, bem como promoveu desestabilidade na própria saúde mental dos indivíduos. Dessa forma, por atingir o cenário das políticas públicas e ter se configurado como um grande desafio a ser enfrentado por todos nós, faz-se importante trazer essa questão para o debate.

Na última sessão desse capítulo apresentamos reflexões sobre a cobertura e o acesso a Atenção Psicossocial nas áreas de zona rural, buscando dialogar com autores que tem estudos nessa área e que trazem importantes pontuações. A Atenção Psicossocial é um paradigma que privilegia o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, em liberdade, tendo os serviços substitutivos ao modelo asilar como retaguarda e ressaltando a família como ator político

imprescindível para a consolidação desse modelo de cuidado, no entanto quando nos referidos às áreas de zona rural é notório a dificuldade de promover o que está proposto pela própria lei.

2.1 Reforma Psiquiátrica: uma política do cuidado em liberdade

A Reforma Psiquiátrica Brasileira nutriu, por meio da manifestação popular a partir de familiares, usuários e apoiadores, bem como pela participação de profissionais de saúde, o desejo de uma transformação nas práticas de saúde mental e da própria sociedade, no tocante à relação que esta cultivava com a loucura e com a diferença. Tal feito não nasce de uma única tentativa, mas de um plano que se deu em processo. Portanto a conquista e os avanços foram sendo consolidados ao longo do tempo e dos constantes debates interessados em pensar em melhorias na assistência à saúde, embora reconheçamos os desafios e entraves para a consolidação do projeto ainda em curso (Gadelha et al., 2015).

Destarte, a Reforma Psiquiátrica permanece em processo de consolidação em direção a uma sociedade sem manicômios, pois além da destruição física, também precisamos nos livrar das posturas e concepções manicomialistas. De acordo com Lima (2015) a luta presente no desejo de reformar o modelo de exclusão, tutela e isolamento, produz na própria Reforma Psiquiátrica uma força instituinte ao se relacionar com a realidade em questão, buscando interferência no que já estava dado e se repetia enquanto tratamento a ser ofertado.

Para Silva et al. (2015), a Reforma Psiquiátrica Brasileira introduz a mudança do paradigma do modelo asilar para o modelo psicossocial. Tal transformação implicou no crescente aumento e implantação dos serviços substitutivos por todo país. No entanto, a criação e implantação dos mesmos não é a garantia do fim de práticas manicomialistas, como veremos mais adiante. De acordo com Brasil (2021) os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se tornaram o serviço/referência nessa mudança de paradigma, em relação à quantidade,

“atualmente, o Brasil conta com 2.742 CAPS habilitados, distribuídos em 1.845 (um mil, oitocentos e quarenta e cinco) municípios em todos os Estados e no Distrito Federal” (p.5).

Para Amarante (2003) a Reforma Psiquiátrica não pode ser compreendida como um processo simplório, mas como algo que de acordo com sua própria complexidade pode ser visto em quatro dimensões, que são elas: dimensão jurídico-política, técnico-conceitual (epistemológica), técnico-assistencial, e sociocultural. Sobre estas dimensões Liberato (2011) afirma “que se complementam e, não obstante remetam a esferas de ação distintas, se encontram entrelaçadas e produzem ressonâncias entre si” (p.19)

O autor Yasui (2010) partindo dessas quatro dimensões citadas desenvolve um estudo sobre as mesmas. Assim, em relação a jurídico-política a reflexão gira em torno da mudança das leis e legislações que fazem a associação direta da loucura com periculosidade, na busca de reverter esse quadro, propondo uma ligação com os direitos humanos; no tocante a dimensão teórico-conceitual se dedica a pensar sobre a mudança do caráter epistemológico que abrangia a psiquiatria tradicional para novos saberes e práticas advindas com a RP; a dimensão técnico-assistencial se propõe a revisitar constantemente a práxis, na tentativa de uma articulação interna e entre serviços em vista da consolidação do projeto; em relação à dimensão sociocultural nos deparamos com a missão de transpor concepções coletivas do lugar estabelecido para a loucura – isolamento, perigo, tutela – e assim, construir um lugar de respeito e acolhimento para quem apresenta algum sofrimento psíquico.

São evidentes todos os avanços alcançados pelo processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, inclusive por meio da aprovação da Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, apontando assim, como foi citado acima, mudanças no plano político, jurídico, assistencial e cultural. No entanto, se faz necessário para a discussão aqui apresentada elencar os pontos de entraves compreendidos no contemporâneo.

Como nos aponta Delgado (2020), apesar da lei em questão buscar a garantia da reintegração da pessoa em sofrimento psíquico a um ambiente saudável e comunitário, o cenário de sua aprovação não conseguiu prontamente uma mudança na prática de exclusão, evidente em todas as camadas da sociedade. Atualmente, constatamos o quanto a Lei 10.216 é um marco na luta pela garantia dos direitos as pessoas em sofrimento psíquico grave. Porém, buscamos refletir sobre possíveis entraves e contradições do processo em curso.

Para Furtado et al. (2017) ainda estamos diante da seguinte problemática: a permanência de práticas que reforçam a tutela do usuário. Se antes a tutela ocorria no espaço do hospital psiquiátrico, agora foi estendida para os próprios serviços substitutivos, como o CAPS. A tutela exercida pelos serviços e familiares, em muitos casos, restringe a possibilidade de autonomia por parte do usuário, como se este não pudesse refletir sobre seu próprio caminho, muito menos fazer escolhas. Podemos atribuir a ocorrência desse fenômeno à permanência de um instituído que preza pela anulação de autonomia do sujeito, bem como o priva de uma inserção social verdadeira.

Para Cruz et al. (2020) vivemos uma crise, no que diz respeito à atenção psicossocial no país, pois ao logo desses 30 anos de Reforma Psiquiátrica sempre foi presente a busca constante pela reversão das práticas do modelo asilar, fazendo com que a atenção psicossocial se fortalecesse, por meio da base territorial, do funcionamento em rede e intersetorial dos serviços, tendo em vista o respeito e o incentivo a práticas de inserção social do sujeito com sofrimento psíquico. Todavia os autores alertam para a crise por compreenderem que desde 2016 há uma mudança nesse cenário.

Apesar de passos lentos, era possível dizer que havia uma caminhada rumo à melhoria das práticas. No entanto, a partir de 2016 se inicia um verdadeiro desmonte dos avanços já alcançados. Assim, de 2016 a 2019 se tentou instituir uma Nova Política Nacional de Saúde Mental que, basicamente, incentiva a internação psiquiátrica e reforça o trabalho de

comunidades terapêuticas (CT). Estamos, portanto diante de uma política que retoma seu caráter asilar e aliada ao proibicionismo, sendo cada vez mais punitiva (Cruz, et al, 2020).

De acordo Severo et al. (2020) o cuidado em liberdade no âmbito da saúde mental vinha sendo construído por meio de significativas experiências e boas práticas espalhadas pelo país. No entanto, estes autores também datam o ano de 2016, como o início de “mudanças nas diretrizes governamentais relativas às políticas de saúde mental e publicações normativas ameaçam as conquistas do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira” (p.11). Assim, uma vez que se reforça uma atenção em saúde que centraliza o cuidado a partir da estrutura psiquiátrica asilar, simbolicamente e concretamente, estamos voltando à manutenção de práticas manicomialis e retrocedendo.

Uma reflexão voltada para o início da luta pela Reforma Psiquiátrica nos ajuda a compreender em certo ponto o porquê do retrocesso iniciado em 2016. Para Oliveira e Szapiro (2020), o projeto e o processo de Reforma Psiquiátrica nunca teve uma boa relação com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Para essa associação a psiquiatria não necessitava de reforma, uma vez que esta não tinha parte com a produção de sofrimento implicada na lógica manicomial. Sendo, portanto, necessário apenas uma reforma no próprio manicômio. A não superação dessa relação historicamente tensa e ruim, bem como a visão de que o lugar da loucura é a internação por parte da ABP que está à frente da Coordenação Nacional de Saúde Mental, apoiada pelo atual governo federal, viabilizou o retorno de uma agenda de saúde que preconiza práticas de caráter manicomial e excludente, com o retorno ao apoio à indústria da loucura, aliada ao mercado da fé com as Comunidades Terapêuticas.

Outro destaque que podemos fazer nesse cenário de retrocesso, diz respeito a Nota Técnica nº 11 de 2019 que tenta instituir uma Nova Política Nacional de Saúde Mental. De acordo com Cruz et al. (2020) logo no lançamento da nota houve muitos posicionamentos que

se mostravam contra, pois os apoiadores da RAPS de imediato compreenderam que havia ali um retrocesso claro em relação a tudo que já foi conquistado.

Delgado (2019) nos apresenta os pontos descritos na nota citada, o que nos faz perceber como o plano neoliberal gira em torno do controle dos corpos, por meios punitivos e o retorno mascarado do isolamento como solução para um tratamento. Dentre os pontos, cita-se:

O reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (Delgado, 2019, p.3).

A tentativa organizada de realizar esse desmonte do qual somos testemunhas ocular, é um potente analisador em relação ao trato com as políticas públicas no contemporâneo, pois é possível afirmar o interesse de reforçar o caráter conservador, com ações proibicionistas e punitivas, evidentes através do financiamento a serviços que reforçam essas duas mentalidades, bem como a diminuição dos investimentos aos serviços substitutivos, quando na verdade se deveria promover saúde e respeito às populações através do compromisso dos serviços.

Constantinidis et al. (2021) concordam com o que vem sendo apresentado, ao apontarem que há fragilidades no processo em curso, no que diz respeito a falhas no financiamento da rede de atenção psicossocial e divergências entre os interesses públicos e privados, o que ocasiona um descompasso na própria gestão e no cumprimento das ações que deveriam em seu propósito maior fornecer ao usuário práticas de saúde distantes de quaisquer resquícios do manicômio. Desse modo, as fragilidades citadas ficam aparentes nos serviços como, por exemplo: CAPS III, com atendimentos 24hs e leitos de internação. A política e o plano de organização dos serviços foram pensando para dá conta das demandas, todavia os entraves até hoje aparentes impedem a consolidação da própria RAPS.

No tocante ao corte de recursos para a Atenção Psicossocial, Amarante (2019) um dos grandes nomes da luta pela Reforma Psiquiátrica no país, nos diz que essa redução no investimento financeiro não é só uma ameaça a Reforma e seus avanços, mas um verdadeiro retrocesso geral na política do Brasil. Podemos presenciar isso por meio dessas e outras ações que ferem a própria democracia e cidadania, desrespeitando as práticas sociais extremamente fundamentais. Dessa forma, o que se percebe é um problema de estrutura maior que é a volta para uma política privatizante, que promove a ideia de que saúde e doença são mercadorias. Tal concepção deixa de lado o que se preconiza nas Estratégias de Saúde da Família e nos serviços de Atenção Psicossocial: a promoção de saúde e da cidadania, o cuidado, a proteção e a prevenção de doenças, a garantia de direitos. No lugar disso o que se tem é a valorização dos lucros acima da vida.

Partindo da reflexão de Rodrigues (2021) tem-se o apontamento de que os CAPS foram sendo constituídos historicamente como a grande aposta da sonhada substituição do modelo manicomial e das práticas destinadas aos pacientes em sofrimento psíquico grave. No entanto, apesar desse lugar de privilégio, no sentido de figurar como serviço central da saúde mental, outros dispositivos foram engendrando boas alternativas de cuidados capazes de produzir saúde e acolhimento aos usuários. A autora ressalta que uma dificuldade envolvendo a centralidade em respostas que deveriam vir do CAPS reverbera no, “pouco investimento em outros lugares e formas de cuidado para além do CAPS, ou mesmo dos ambulatórios de Saúde Mental, Prontos Socorros Psiquiátricos, alas de internação psiquiátrica em Hospitais Gerais, Saúde Mental na Atenção Básica” (p. 237).

Guimarães e Rosa (2019) ampliam a dimensão das dificuldades ao traçarem um panorama da Reforma Psiquiátrica de 2010 a 2019. Assim, em 2011 temos a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS (Portaria nº 131, 2012) o que foi compreendido como um retrocesso, pelo caráter manicomial dessas instituições. Em 2015 a Política Nacional de Saúde

Mental sofre mudanças pra cumprir ajustes políticos, o que faz com que em 2016 o financiamento do CAPS seja prejudicado. Em 2017 a PNSM sofre mais um golpe em sua estrutura, agora com as comunidades terapêuticas (CT) pertencendo à rede, se tem a divisão do trabalho realizado entre CAPS e as CTs, num verdadeiro atraso e fortalecimento das práticas manicomialis de isolamento, punição e submissão.

Ainda nesse cenário Guimarães e Rosa (2019) destacam quatro pontos essenciais, partindo da Portaria 3.588/2017, são eles: “ambulatorialização do cuidado com equipes especializadas; a remanicomialização da saúde mental; a utilização de até 20% da capacidade dos leitos em Hospitais Gerais; a ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas” (pp.123-124). A descrição desses pontos nos ajuda a compreender o quanto o retrocesso tem acontecido de maneira concreta, em mudanças de práticas, ou inserção de ações que contribuem para a manutenção do manicômio.

Ao lembrar o início da luta que reuniu tantos militantes, também podemos fazer menção à Psiquiatria Democrática Italiana que tem como principal militante Franco Basaglia, através de sua luta foi instituída a lei 180 que extinguiu por total os manicômios na Itália. A forma como a Itália enfrentou o modelo manicomial chamou de muitos país e despertou a atenção dos militantes brasileiros, assim em 1979, Basaglia veio ao Brasil e proferiu diversas conferências (Serapioni, 2019). Certamente por meio de suas colocações ajudou a impulsionar os representantes da Luta Antimanicomial no Brasil que já ansiavam por uma reforma também no cenário brasileiro que nessa época contava com o pleno funcionamento de manicômios por todo país.

Hoje com serviços substitutivos ao modelo asilar; uma lei que garante os direitos a pessoas em sofrimento psíquico; maior número de profissionais de saúde formados; parece que estagnamos diante da “luta”, e que a política do governo liberal tem mais força que nossa resistência. Talvez seja necessário voltar nosso olhar para quem começou e fez de sua vida a

bandeira pelo direito dos que sofrem. Além de Basaglia na Itália, podemos citar o grande Frantz Fanon psiquiatra martinicano que lutou contra as concepções de seu tempo, defendendo que a saúde mental era atravessada pelas práticas do colonizador, que o racismo domina e oprime e que o sujeito não pode ser pensando sem levar em consideração a cultura em que está inserido (Sevalho & Dias, 2022). Apreciar a luta de quem se comprometeu a defender o direito mais básico, o de existir e ter seus direitos assegurados pode nos ajudar a seguir resistindo.

As melhorias alcançadas no Brasil também só puderam acontecer devido o esforço e o comprometimento de muitos profissionais das áreas de saúde, estudiosos da área de saúde mental, artistas e tantos outros que diariamente se integram ao movimento, seja em suas práticas nos serviços de Atenção Psicossocial, seja dentro das universidades. Tudo que alcançamos em vitórias na saúde mental são conquistas de todas essas pessoas. Todavia a concretude dos serviços e a implantação de equipes por todo território necessita de uma política que caminhe na direção da garantia de direito, acolhimento e respeito ao sujeito que sofre, é praticamente impossível realizar um projeto que atenda a atenção psicossocial sem um apoio de uma conjuntura maior.

Ao voltar pro cenário que vínhamos descrevendo, podemos refletir que estamos diante de uma política com boas estruturas, e com serviços que foram a princípio bem planejados, assim as dificuldades que sempre se apresentavam no que se refere à consolidação da RAPS, sofreram na atualidade um golpe, pois hoje estamos diante de um organizado desmonte das políticas públicas, que tem a contribuição efetiva dos governos neoliberais, presente na atual conjuntura política do país, os mesmos se atuam em práticas que desvalorizam os direitos conquistados pela população, o que seria no caso da reforma uma tentativa de retroceder a três décadas de luta.

De acordo com Delgado (2020) a “desmaterialização da vida produzida pela arrecadação fria de impostos sem destinação social, ou destinação para políticas públicas

erradas, isso também é um fator de desequilíbrio do processo de reforma psiquiátrica no Brasil” (p.25). Assim, o autor nos faz refletir que em certos momentos o que se apresenta é um descrédito de ações voltadas para a promoção de vida, pois estas estão na verdade culminando em práticas que se dedicam à internação psiquiátrica; isolamento; e tutela do sujeito. Práticas que em nada dialogam com a desinstitucionalização.

De acordo com Litter et al (2020) em relação à Política Nacional de Saúde Mental é possível dizer, que há fissuras em todo tecido organizacional, desde a gestão, aí compreendida pela orientação da utilização dos recursos, bem como estratégias para a abrangência e acessibilidade, como da própria Rede de Atenção Psicossocial, responsável pelo diálogo entre os serviços, organização destes, ressaltando o caráter de atenção em saúde mental de base territorial. Deste modo é imprescindível priorizar um sujeito que sofre e não um transtorno mental a ser contido, medicado e internado sem levar em consideração seu entorno social e as circunstâncias em que sua crise psíquica grave se manifesta (Costa, 2013).

Ainda sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Faria (2020) introduz uma problemática já conhecida que se refere à formação de profissionais, para a autora a política em questão visa a concretude da desinstitucionalização, e a efetivação da atenção psicossocial, que de certa forma exige que os profissionais de saúde mental tenham formação que priorize o caráter intersetorial das práticas, e o olhar atento e acolhedor, longe de práticas de tutela, que inviabilizem a autonomia do sujeito.

Amarantes e Nunes (2018) pontuam que a reforma psiquiátrica é, sobretudo um processo social, pois pensar as vias da desinstitucionalização é uma ação que não envolve apenas estruturação e criação de novos serviços, mas algo que realmente se amplia no atravessamento das questões sociais. Por muito tempo o lugar do louco foi o manicômio, e o hospital psiquiátrico, ou seja, associar o louco a apenas a um serviço substitutivo é promover novamente o manicômio. Assim é preciso estar disposto a criar “estratégias e dispositivos

políticos, sociais e culturais” (p.2070), tendo como premissa a certeza que o indivíduo que apresenta sofrimento psíquico grave também é um sujeito de direitos.

De acordo com os autores Nascimento e Silva (2020) a “desinstitucionalização diz respeito ao processo contínuo de desmontagem dos saberes e práticas que colaboram para manter a experiência da loucura como sinônimo de doença mental” (p.34). A proposta no campo da desinstitucionalização ainda permanece sendo um grande desafio para a sociedade, pois esta permanece com olhares discriminatórios para quem apresenta sofrimento psíquico. Para uma grande parte das pessoas a loucura deve permanecer dentro do CAPS, as cidades e espaços coletivos não recebem, não acolhem, não são equânimes ao menor sinal de diferença. Portanto só haverá reinserção efetiva quando a desinstitucionalização for um projeto social abraçado por todos e não somente o desejo de militantes da Luta Antimanicomial.

O que debatemos acima nos faz perceber, de certa maneira, um impasse na tentativa de fazer com que a RAPS tenham resolutividade em seu grandioso projeto. As armaduras do manicômio ainda estão presentes na lógica da gestão que compreende que o melhor investimento ainda é no hospital psiquiátrico e não em intervenções precoces diante do sofrimento psíquico grave. Segundo Kinker e Moreira (2021) é real a preocupação com o retorno ao modelo hospitalocêntrico, uma vez que na atualidade se percebe muitos apoiadores ao cenário de retrocesso nas políticas públicas, o que torna a política de saúde mental um destes possíveis alvos para o desmonte.

Partindo da Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019, encontrada no Diário Oficial da União, Capítulo III, intitulado: Crise e dispositivos para internação e acolhimento, ressaltamos o artigo 12 que descreve: “A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso de exceção, como descrito na Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 4º: "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes” (Diário Oficial da União, 2019). Todavia quando nos deparamos com uma

política que prioriza o aumento de leitos psiquiátricos e que ver as estratégias de inserção social como algo desprovido de sucesso em relação ao bem estar dos usuários, estamos diante da lógica de quem amarra e dar choques, estamos diante do próprio manicômio.

Desta forma, há um reconhecimento por parte da lei de que a internação psiquiátrica não seja o recurso central ao cuidado do usuário em crise psíquica grave, todavia quando recorremos à prática percebemos a dificuldade de que isso se opere concretamente, e nas áreas de zona rural a questão se complica devido: dificuldade de acesso; distância dos serviços e vulnerabilidade econômica das famílias, dentre outras questões.

Assim, a crise psíquica grave é o grande desafio da reforma psiquiátrica, o que ainda faz o sujeito caminhar para internação psiquiátrica, despotencializando o projeto da desinstitucionalização. Os autores Dias et al. (2020) destacam que apesar de todo trabalho de profissionais comprometidos em seus setores de serviço, podemos citar a internação psiquiátrica ainda como principal recurso diante da crise psíquica grave o que acontece em muitas partes do país, se configurando como uma das principais dificuldades enfrentadas pela reforma psiquiátrica. Essa tentativa de furar a lógica manicomial carrega em si uma potência instituinte que valoriza a tentativa de mudança de práticas de cunho manicomial.

Pensar a saúde mental de alguém, ou de uma população é sempre um momento também para refletir em que circunstâncias históricas esse coletivo estar inserido, além de todas as questões apresentadas até aqui, uma nova questão de saúde pública surgiu no mundo e nos últimos 3 anos tem sido palco de investigação, desafio, e superação da própria ciência, estamos falando da Pandemia por Covid-19. Na sessão a seguir falaremos um pouco sobre alguns pontos pertinentes sobre a pandemia e sua relação com as políticas públicas.

2.2 A Pandemia por Covid-19 e o cenário das políticas públicas

Para situar o leitor e evidenciar ainda mais o descaso com as políticas públicas, citamos a difícil e delicada situação vivenciada por todo planeta. Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) elevou a transmissão de novo coronavírus (Sars-Cov-2) a categoria de pandemia, devido à rapidez do contágio (UNA-SUS, 2020). O que parecia ser algo quase impossível para leigos, tomou uma proporção gigantesca que causou muito sofrimento. Durante os dois primeiros anos de pandemia todos os dias éramos atualizados acerca de notícias sobre o aumento dos casos e da quantidade de vidas perdidas, o que durante o primeiro ano chocava absurdamente pela quantidade diária de vidas perdidas.

O Brasil não ficou distante dessa triste realidade e em março de 2020 tivemos a confirmação da primeira morte no Brasil causada por coronavírus. No pico da pandemia o país chegou a registrar em março de 2021 um número de 3.869 mil mortes por dia (Valente, 2021). Em relação às medidas de controle, estas se referiam a: distanciamento social; higiene constante; e o uso de máscaras. Num cenário já bem caótico ainda nos deparamos com o negacionismo do presidente Jair Bolsonaro evidenciado nas declarações que desconsideravam a gravidade da pandemia; que incentivavam o uso de medicamentos ineficazes; bem como a disseminação de falas falsas como se tivessem o respaldo da OMS; e por fim uma postura totalmente antivacina, foram algumas das posturas do presidente ao longo da pandemia (Bezerra, et al. 2021).

Apesar de todo avanço implicado na tecnologia para a produção de vacinas e o desejo de grande parte da população para que as vacinas contra a covid-19 chegassem o mais rápido possível, o nosso país se viu emaranhado de desinformações a respeito das vacinas, num verdadeiro retrocesso. Estas reflexões se fazem pertinentes tanto a compreensão do atual momento vivido pelo país, como pela necessidade de nossa resistência à tentativa de destruição das políticas públicas.

No tocante a como a pandemia alcança as pessoas, Moraes (2020) nos aponta uma série de fatores intrinsecamente ligados à pandemia por Covid-19 que podem causar estresse à população, no entanto é relevante ressaltar que os grupos em situação de pobreza ou na emergência de passar necessidade serão sim os grupos mais afetados. Por isso a necessidade de reforçar que as políticas públicas sejam fortalecidas e não desorganizadas como no cenário que presenciamos. Os fatores citados pelo autor são cinco, a saber:

- i) o medo de ser infectado, de alguém próximo também ser infectado ou de não ser possível receber atendimento médico; ii) a diminuição da renda, resultando em sacrifícios no consumo ou endividamento; iii) o confinamento; iv) informações conflitantes ou imprecisas sobre a pandemia e seu enfrentamento; e v) a ausência de uma estratégia de saída da crise (Moraes, 2020, p. 37)

Realizar essa contextualização acerca do panorama dessa crise sanitária e humanitária também é relevante, pois certamente apresentaram efeitos na política de saúde mental tanto agora como em longo prazo. E ressaltar a postura do presidente do país diante da pandemia nos faz perceber como as políticas públicas estão ameaçadas de seguir garantindo os direitos previstos em nossa constituição.

Dessa forma, Dimenstein et al. (2020) nos diz que “em um país socioeconomicamente tão injusto e desigual e culturalmente tão heterogêneo, o desafio de defender a vida, singular e coletiva, se redobra em inúmeras camadas de complexidade” (p. 2). A pandemia teve seu número de vítimas diminuído devido à distribuição de vacinas em praticamente todo o planeta, mas ainda há vítimas e contágio pelo vírus, certamente a história ajudará a contar os efeitos causados por esse momento tão desolador vivido pela humanidade.

É possível dizer que houve certo controle da doença em 2022, certamente marcado pela distribuição da vacina contra a covid-19 que já estar em sua quarta dose para a população. Em

relação ao número de mortes em abril de 2022 foram registrados cerca 114 mortes por dia, causadas por complicações diretamente ligadas à doença (Agência Brasil, 2022).

Em relação ao sofrimento mental ainda é cedo pra mensurar de forma consolidada todos os efeitos causados pela perda de tantas pessoas; do luto que aconteceu sem o ritual de velar o corpo; das crianças que se tornaram órfãs de pai e mãe; da crise financeira que tomou todo o país, e de forma mais severa na população pobre; dos estudantes que ficaram praticamente dois anos sem aulas presenciais. Possivelmente não será uma tarefa tão simples conseguir traçar tantos os efeitos já presentes, como os que ainda vão surgir, no entanto muitos estudiosos já iniciaram pesquisas sobre saúde mental e a pandemia.

Para Ribeiro et al. (2020) “a pandemia de COVID-19 exerce efeitos na saúde mental dos participantes, de forma que, sentimentos de impotência, angústia, medo de perder familiares, amigos ou conhecidos, irritabilidade, tristeza estiveram amplamente presentes”, na pesquisa realizada pelos autores (p.4). Para Nabuco et al (2020) é possível realizar um paralelo entre a pandemia por covid-19 e as questões de saúde mental, aonde se ressalta estressores como: o medo de ser infectado; o medo de perder seu familiar e preocupações com a garantia financeira; dentre outras questões podem ser associadas ao estresse pós traumático, bem como a restrição ao contato e o isolamento por muito tempo podem cooperar com o desenvolvimento de Ansiedade e Depressão.

Os efeitos de uma pandemia são sempre avassaladores e se estendem por toda sociedade, além da perda concreta que a morte de quem amamos, também nos deparando com pequenas perdas que geram uma carga de sofrimento muito grande. Nos espaços desprovidos de acolhimento individual e de políticas públicas que garantam retaguarda no sentido de garantia de direitos; promoção de saúde e ajuda psicológica em meio às dores provocadas pela travessia de uma pandemia, se torna mais difícil o enfrentamento e a superação dos problemas descritos.

Assim, compreendendo a relevância de traçar um pequeno panorama sobre essa crise sanitária que o planeta tem enfrentado, seguimos com nossas reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica nos dias atuais. A seguir, acrescentaremos uma discussão muito importante para este trabalho que é pensar a lógica da RAPS também nas áreas de zona rural. A Política Nacional de Saúde Mental foi pensada para proporcionar uma cobertura em todo território nacional e como podemos perceber ao logo dessa escrita, ela tem esbarrado em várias dificuldades, da gestão ao fomento e execução das práticas. O que não invalida a luta da reforma psiquiátrica, mas nos faz pensar que ainda é tempo pra permanecer na trincheira.

2.3 A cobertura e o acesso a atenção psicossocial nas áreas de zona rural

Ao longo de todo território nacional há espaços de zona rural, e cada vez mais autores pensam e pesquisam sobre como estas populações se organizam; quais seus modos de vida, bem como problemas enfrentados. Para Wanderley (2001) é importante falar em “rurais”, pois seria uma ingenuidade pensar que as populações desses espaços são fruto dos meus processos históricos. É fundamental, portanto, perceber o espaço rural com o qual estamos nos relacionando e suas especificidades.

Como sabemos a Rede de Atenção Psicossocial se propõe a organizar os serviços em base territorial. Para Bonfada e Guimarães (2012) entre os serviços substitutivos propostos e implantados pela conquista da reforma psiquiátrica, é possível elencar, entre eles, um extremamente relevante para o atendimento psicossocial, pois assim, “se destacam os Centros de Atenção Psicossocial – CAPSs - oferecem uma alternativa terapêutica que procura evitar o internamento dos sujeitos em sofrimento psíquico” (p.228). Dito isto, compreendemos que a luta pela queda dos manicômios exigiu a criação de uma alternativa substitutiva ao modelo de isolamento e tratamento ineficaz.

No tocante a instalação do serviço, há uma grande concentração de CAPS em áreas de zona urbana, pois um dos seus critérios para a implantação é determinada quantidade de população. De acordo com a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tem-se a necessidade de 15 mil habitantes para a implantação de CAPS I e uma população acima de 50 ou 70 mil habitantes para as demais modalidades de CAPS, o que faz com que as cidades de pequeno porte não recebam o serviço, e estejam geralmente distantes de seu CAPS de referência, esse é um dado a ser refletido, uma vez que a Reforma se propunha a contemplar todos os sujeitos em sofrimento psíquico (Brasil, 2011). Por vezes, as famílias da zona rural encontram na internação psiquiátrica o seu principal recurso de tratamento, o que nos faz retornar a práticas manicomializantes, como: internações demoradas, atendimento desprovido de acolhimento e medicação excessiva, que culmina em impregnação (Silva, 2013).

Avançamos tanto na criação de uma política que atenda às necessidades dos usuários em saúde mental, que parecia que ela seria o suficiente, no entanto ao chegarmos em praticamente todas as cidades pequenas e com áreas de zona rural percebemos o quanto esses espaços sofrem pela falta de cobertura e, por vezes, falta assistência mínima quando a questão é a atenção psicossocial.

Para Gryscek e Pinto (2015) houve um crescimento na quantidade de Estratégias de Saúde da Família e dos serviços de Atenção Psicossocial distribuídos por todo país. No entanto a constatação de que a implantação do CAPS se dar via quantidade de habitantes, podemos dizer que a criação dos serviços citados não tem conseguido fazer a cobertura de áreas da zona rural que contam sempre com as equipes de Estratégias de Saúde da Família da Atenção Básica e geralmente com uma equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família composta por profissionais de especialidades distintas. As ESF são responsáveis por muitos procedimentos e atividades de campanhas do Ministério da Saúde, e por vezes não compreendem o sujeito que apresenta sofrimento psíquico como usuário do serviço ao qual estão vinculados.

Para Cruz et al. (2020) é plausível falar em estagnação em relação a implantação de novos serviços, o que evidentemente prejudica a efetivação de uma política que consiga atender à necessidade, não só das aéreas de zona rural, mas como de todo o país, de acordo com os autores houve:

queda no incremento anual dos CAPS. Entre 2004 a 2015, o incremento de CAPS situava-se em média em torno de 130 novos serviços anuais. O ano de 2016 apresenta incremento que se equipara ao de 2004, já apresentando declínio expressivo. Os anos de 2017 e 2018 expressam a queda dramática do ritmo de implantação, que praticamente se estagnou em 2018, com a implantação de apenas 30 serviços (Cruz et al. 2020, p.13)

Diante da apresentação desse retrocesso, um dos maiores desafios para a política de saúde mental permanece nos contextos diários das famílias e dos serviços: a crise psíquica grave do usuário, que na grande maioria dos casos encontra como resposta de intervenção a internação em hospital psiquiátrico. Assim, em relação a práticas de saúde mental na ESF, os autores Arce e Sousa (2010) apontam que é perceptível “o despreparo profissional, a concepção medicalizante e fragmentada de Saúde Mental, a falta de uma rede de apoio às ações e o preconceito dos profissionais acerca dos transtornos mentais representam elementos que dificultam a integralização do cuidado” (p.33).

As concepções já instituídas de que a pessoa em sofrimento psíquico é agressiva, reforçam o distanciamento das equipes de saúde em relação aos usuários moradores de áreas mais afastadas dos centros. Assim, por vezes a equipe limita sua ação, inviabilizando a possibilidade de práticas instituintes que prezasse por uma nova construção de cuidado junto ao sujeito que sofre.

Gryschek e Pinto (2015) assinalam que no cotidiano das Equipes de Saúde da Família há sempre demandas de saúde mental, mas que estas passam despercebidas aos olhos da equipe,

ou simplesmente não são o foco, para estes autores a proximidade com o território e vínculo mantido com as famílias da comunidade ajudaria em possíveis intervenções em saúde mental, no entanto os resquícios do modelo biomédico impedem que os demais profissionais busquem uma atuação nas demandas que envolvem saúde mental. Em muitas lógicas de trabalho na atenção básica o encaminhamento ao psiquiatra parece dar conta da demanda, a estes parecem não importar que a crise requer uma intervenção precoce.

Em concordância com o descrito Sousa et al (2021) afirma que as ESF podem cooperar de maneira muito efetiva com a sustentação de um modelo de atenção ao usuário de saúde mental, que preconize o território em que este estar inserido, seus vínculos, bem como valorize as relações familiares quando estas estiverem dispostas a ajudar na reinserção do usuário.

De acordo com esse cenário Constantinidis et al, (2021) reforça que a atenção básica não pode ser pensada como não pertencente a RAPS, pois dentre outras barreiras esta é uma das que coopera para o afastamento do cuidado em rede, ao qual o usuário de saúde mental também tem direito. Para estes autores:

Nota-se a dificuldade nas interações entre os diferentes níveis de complexidade da RAPS, sobretudo, no que se refere ao nível da Atenção Básica, sendo aspectos importantes o despreparo dos profissionais para lidar com as questões da saúde mental, a forte presença dos estigmas, e também da falta de corresponsabilidade com o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico (Constantinidis, et al. 2021, p.22)

Silva (2013) em seu trabalho sobre zona rural do alto sertão nordestino (de maneira específica o paraibano) e cuidado a usuário em sofrimento psíquico grave nos aponta um cenário de vulnerabilidade social e econômica e práticas de saúde geralmente precárias, em relação às práticas ofertadas nas cidades urbanas. O autor também reforça a constatação de que “a ausência local de serviços de saúde de alta complexidade, bem como, de infraestrutura que

compõe as “rápidas” demandas familiares de todas as ordens possíveis fomentam ainda mais novos questionamentos” (p.58). No sentido, de a quem estas famílias poderão recorrer e quais recursos tem sido presente em suas rotinas?

De fato, os serviços de saúde mental simbolizam um avanço em todo território nacional, todavia como pode se perceber pela fala dos autores citados, a zona rural tem permanecido distante dos benefícios propostos pela rede psicossocial, que se propõe a oferta de uma prática de saúde que não mais excluísse e crucificasse o usuário de saúde mental, já tão estigmatizado pelo status de louco. Nos cenários da zona rural a crise psíquica grave não ganha apoio de retaguarda e intervenção precoce, o que é imprescindível segundo Sade et al. (2020) para um processo mais resolutivo e capaz de fornecer ao usuário segurança e mais tranquilidade ao atravessar todas as mudanças implicadas em uma crise.

Costa et al (2021) também realizam uma pesquisa sobre atenção psicossocial em áreas rurais paraibanas e ao falar sobre as fragilidades encontradas nos serviços de saúde do campo os autores apontam que as análises sobre essa temática podem ser realizadas de acordo com três dimensões, que são elas:

A primeira é a individual, onde são reconhecidos os acontecimentos vivenciados pelos indivíduos, suas trajetórias e diferentes condições econômicas e intersubjetivas; na dimensão social, analisa-se cenários socioculturais, relações de poder e de proteção ou discriminação de direitos; e o terceiro plano, a dimensão programática, abarca a dimensão social e individual, além de analisar políticas e serviços de diversos setores como elementos intervenientes no processo de vulnerabilidade (Costa et al, 2021, p. 70)

As dimensões citadas acima se configuram como uma potente ferramenta de compreensão em relação ao campo estudado, pois consegue abranger a ideia de que sujeito requer um olhar mais integral, sem a fragmentação dos reducionismos. O indivíduo que mora

na zona rural é atravessado por características já mencionadas aqui, como questões econômicas e sociais, no entanto não se pode esquecer dos atravessamentos individuais à cerca da história que cada um constrói.

De acordo com Bezerra Jr (2007) “num país como o Brasil, de dimensões continentais e enorme diversidade cultural, não é possível construir um modelo assistencial que sirva igualmente para as megalópoles e as pequenas cidades do interior” (p.244). A reflexão apresentada pelo autor realmente se mostra pertinente diante da diversidade, em todos os aspectos do país, no entanto é preciso ir além do reconhecimento desse fenômeno, mas pensar em uma organização do cuidado em saúde mental que levasse em consideração o território em que o sujeito está inserido, limitações e potencialidades dessas áreas rurais, na tentativa de uma atenção a crise psíquica grave, de maneira efetiva.

Para Aruda et al (2018) a população da zona rural conta com dificuldades que ao longo do tempo vão contribuindo com o surgimento de doenças e agravos de outras ordens. Como já citado ao longo desse trabalho tais dificuldades dizem respeito a questões socioeconômicas (renda e moradia) e a própria carência de políticas públicas que contemplem esses espaços. De acordo com Magalhães et al (2022) as populações da zona rural contam em sua maioria apenas com os serviços de saúde que são disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde o que ao longo do tempo não supre totalmente suas necessidades de saúde.

Ainda nesse contexto Costa et al (2021) discorrem que a Atenção Básica tem sim uma preocupação com as pessoas em sofrimento psíquico, todavia a intervenção se limita ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso, diminuindo as possibilidades de uma intervenção que levasse em consideração o território em que os usuários estão inseridos, e quais recursos podem ser acionados para cooperar com a criação de um projeto terapêutico singular.

Em relação a construção de vínculos entre profissionais da atenção básica e moradores da zona rural a autora Guilherme (2016) pontua que o deslocamento que os profissionais fazem

para atender nessas áreas acaba restringindo suas intervenções, fazendo com que estas sejam voltadas para a resolução pontual da doença, não levando em consideração as questões do território, que em algumas situações pode contribuir com a manifestação do adoecimento. Outro ponto diz respeito a compreensão de que o território também pode fornecer recursos que de certa forma cooperem com a promoção de saúde.

Os moradores das áreas mais afastadas das cidades de pequeno porte resistem, e por muitos motivos seguem, enfrentam problemas, às vezes choram, às vezes recolhem as lágrimas ao falar das dificuldades, já citados ao longo de nossa escrita. Eles sabem acolher, oferecem logo uma cadeira e um café fresco. O sofrimento psíquico existe também ali, é concreto, e às vezes causa muita dor pela falta de retaguarda. Solidão de quem sabe que sua missão é ser possivelmente o único cuidador do sujeito que sofre.

Os autores Shimizu et al (2017) também assinalam algumas contribuições para o tema em debate, os autores concordam com as melhorias alcançadas pela expansão das ESF, mas apontam que em relação às áreas rurais ainda é possível perceber entraves, tais como: recursos mínimos; profissionais pouco conectados com as necessidades desse território; poucos médicos dispostos a trabalhar nessas áreas, bem como algumas outras dificuldades que já foram citadas ao longo dessa sessão. A reflexão sobre essas limitações precisa gerar a necessidade da construção de estratégias que se alinhem com as necessidades de quem mora no campo, e têm direitos a uma assistência em saúde mental.

Estamos diante de uma questão desafiadora, que nos faz pensar: a criação de mais um serviço de atenção psicossocial daria conta dessa problemática? Se existe equipes de saúde espalhadas por todo país por que ainda existem tantas áreas rurais descobertas? E como pensar em uma assistência em saúde mental que consiga contemplar as áreas rurais do Brasil, respeitando suas singularidades e o território em que estão inseridas. Evidentemente o desmonte as políticas públicas provoca um desarranjo ainda mais severo quanto ao cenário descrito.

Apesar de tais constatações, nossa escrita busca contribuir com esse tema que ainda requer muitas pesquisas, ressaltamos nosso compromisso em sempre promover um diálogo respeitoso aos moradores da zona rural.

O acolhimento à crise psíquica grave sempre se configurou como um desafio as práticas ditas não manicomiais. Na estrutura do modelo asilar a resposta a crise grave era a contenção e o isolamento do sujeito. Ao avançamos com a modelo psicossocial as crises não somem, então, se faz necessário pensar em como manejá-las respeitando o sujeito e buscando o fortalecimento da rede de apoio, tendo nas famílias um dos pilares centrais nessa nova perspectiva. A seguir buscamos contextualizar a crise psíquica grave, apontando a relação das famílias com o familiar em crise, ressaltando as implicações nesse processo.

Capítulo 3- A compreensão sobre crise e os aspectos implicados na crise psíquica grave

“A crise releva as forças que estavam em jogo, ou melhor, ela as redistribui, respondendo à questão: será que as coisas irão no sentido da vida ou da morte?” (Peter PalPelbart)

O termo crise é certamente uma expressão muito utilizada no contemporâneo, sendo um fenômeno que sempre acompanhou os povos, estando presente em distintas culturas e promovendo um atravessamento na vida dos sujeitos e das coletividades. Parte daí a necessidade de compreender que crise tem um significado polissêmico e que não pode ser pensada distante dos modos de vida das populações. A seguir abordaremos um pouco desse conceito de maneira mais ampla, refletindo sobre como as crises de sistemas importantes são atravessadores dos modos de vida dos indivíduos e de como ao longo da história a humanidade buscou estratégias para a superação das mesmas.

Na segunda sessão deste capítulo falaremos sobre a crise psíquica grave ressaltando desafios e potência diante desse processo. Apontando através de distintos autores conceitos e reflexões sobre a experiência da crise, compreendendo que esta atravessa o sujeito a longo de sua existência, das fases de sua vida, e de que quando provoca um desequilíbrio psíquico podemos estar diante de um sofrimento psíquico. A crise é certamente um momento impreciso, onde o sujeito vive uma desordem de pensamentos e sentimentos, além do caráter individual, a crise também movimenta os serviços de saúde substitutivos ao modelo asilar, responsáveis por ofertar retaguarda aos indivíduos em sofrimento psíquico grave.

Na última sessão faremos apontamentos à cerca da relação família, usuário e crise. Pois ao longo de muito tempo a família foi considerada culpada pelas crises e pelo sofrimento psíquico de seu familiar, impressão que dificultava a aproximação e apoio das famílias ao familiar diagnosticado com transtorno mental. Ressaltaremos como as famílias se tornaram

importantes apoiadoras no processo de Luta Antimanicomial e de como nos dias atuais é impossível pensar o projeto da desinstitucionalização sem a participação das famílias.

3.1 Crise: reflexões sobre sua origem e atravessamentos

O interesse pela investigação sobre crise acompanha a humanidade há muito tempo, muitos autores refletem sobre sua origem, bem como sua associação às instituições que nos atravessam. Pensar sobre as crises de maneira macro é compreender que o momento histórico ao qual estamos inseridos tem papel fundamental no desencadear e na superação das mesmas. O autor Novaes (2006) em *A crise da razão* nos convida a pensar sobre uma série de questões a cerca dessa problemática. O que seria na verdade a crise? Seria possível entender sua origem? E neste mesmo sentido, ao falar que ela não diz respeito a um acontecimento e que, portanto não pode ser entendida dentro de uma esfera reducionista, é que o autor faz a seguinte afirmação em relação à crise: “ela guarda um sentido oculto, que nos leva a procurar reencontrar o que nela ou por causa dela foi perdido” (p.10).

O autor faz vários apontamentos sobre razão e crise, para ele a crise nasce quando a ideia de razão é instaurada. Assim, para Novaes (2006) seria plausível dizer que a crise presente no próprio início não coloca o homem do lado do bem ou do mal, mas dá à oportunidade de que este através da racionalidade possa gerenciar aspectos da sua vida. Dessa forma, a razão vai apresentar uma ligação com os contrários não no sentido de subvertê-los, mas na concepção que a própria força destes contribui para sua existência. “Assim, toda razão é enigma se entendemos razão como encontro com os opostos em um movimento sem fim” (p.11). Para o autor crise e razão são faces da mesma moeda.

A crise é um processo que desestabiliza e promove incertezas e fragilidades, todavia diante desse fenômeno como é colocado pelo autor acima, se inicia uma busca, pois ela não é necessariamente o fim de tudo, mas o período que pode relevar possibilidades que antes não

teriam sido imaginadas. No entanto esse processo não acontece exatamente de maneira didática, pois ele vai sofrendo intercorrências dadas às próprias singularidades em que os sujeitos estão inseridos.

A crise das mais distintas ordens sempre se configurou como um processo de intensa mobilização. Para Bornheim (1996) o novo da crise paira na compreensão de que ela consegue perpassar todas as esferas do real, onde de alguma maneira o sujeito está implicado. Desde situações analisadas pelo sujeito como um cálculo de matemática até uma possível dificuldade capaz de promover uma verdadeira desestabilização. O autor também afirma que buscar esquemas e categorias para explicar e prever novas crises é algo limitante no sentido de que as crises tendem a se revelar como algo original, em praticamente todas as situações.

Nesse sentido Dell'Acqua e Mezzina (1991) apontam que é praticamente impossível explicar uma crise, mas que seria possível compreendê-la ao levar em consideração o contexto que se está inserido; como as relações são produzidas; e as dificuldades e problemas que estejam presentes nesses espaços. Sem descartar a complexidade que é a vivência de uma crise e tudo que é problematizado quando esse fenômeno se apresenta.

Um exemplo cabível diante dessa relação entre contexto, singularidade e crise, seria o trabalho desenvolvido por Frantz Fanon, psiquiatra martinicano que dedicou boa parte de seu trabalho no Hospital Psiquiátrico de Blida, na Argélia, para investigar como os mulçumanos percebiam os transtornos mentais. Ou seja, a forma que a cultura destes assimilava o sofrimento psíquico. Fanon compreendia que se aproximar da cultura seria a chave para devolver ao paciente um tratamento mais efetivo. (Sevalho & Dias, 2022)

De acordo com Jardim (2008) “A crise é expressão de embate de forças contrárias, o instituído e as novas possibilidades, que causa um desequilíbrio” (p.49). Dessa forma, para a autora qualquer tentativa de engessamento do sujeito a aquilo que despertou a crise não

viabilizaria nenhum tipo de avanço, o que levaria a repetição das mesmas. O desequilíbrio que é sentido como aspecto negativo, poderia ser reorganizado por novas configurações.

Ao longo da história acompanhamos a crise sendo encarada como aspecto unicamente negativo. Na contemporaneidade quando alguém fala sobre a temática a associação negativa é bem presente. No que se refere a essa questão, Bornheim (1996) assinala que muitos autores disseminaram a negatividade da crise ao reforçarem em suas análises que a modernidade teria produzido desvio por toda sociedade, e que toda crise já carregava em si mesma aspectos negativos. Para o autor em questão, tal problemática não é assertiva e tal reflexão ganha força quando se coloca em análise a origem da palavra crise que em nada se relaciona com negativo, mas que releva dimensões de expressões, como; discernir e combater, entre outras.

Bornheim (1996) também faz uma interrogação interessante com a qual vamos seguir buscando o diálogo com outros autores. Ele questiona; “quais ciências pensam a crise?”. (p.50). Dentre as diversas áreas que discutem tanto o conceito de crise quanto seu campo epistêmico, também podemos citar as ciências econômicas, que tem como Marx um dos principais teóricos dessa ciência. A seguir apresentaremos exemplos de como as crises de fato estão em todos os âmbitos da vida humana e de como ela nos atravessa nas vivências coletivas, o que certamente também produz queixas a níveis individuais.

De acordo com Menezes (2017) Marx realiza a discussão a respeito da crise do capital e o impacto desta nas condições da vida socioeconômica. Deste modo, Marx compreendia a possibilidade de crise no âmbito capitalista, quando se tratava da transformação da divisão social do trabalho em força produtiva do capital. E embora a negatividade esteja presente nesse contexto de crise, quando superada ela é entendida como afirmativa para o capital, ou seja, apesar de violentas, as crises são também soluções (Bornheim, 2006). De acordo com Santos e Garcia (2015) “a relação capital e trabalho é permeada de lutas e antagonismos que, aliados a

outros fatores, geram crises que levam o capital a buscar formas de reestruturar e recuperar seu ciclo produtivo” (p.8).

A reflexão sobre o capitalismo seus efeitos e impactos na vida dos indivíduos é feita por uma série de autores que buscam compreender como essa ligação afeta a saúde mental. Corbanezi (2018) elucida que “para a lógica inerente à teoria do capital humano, o trabalho se converte em capital e o trabalhador, em capitalista” (p. 344). Diante dessa afirmativa o autor em questão ainda acrescenta que a racionalidade econômica na qual estamos inseridos não se restringe apenas aos espaços de trabalho, mas que evidentemente atravessa as relações familiares, de amizades, de casamento, como a forma que organiza seu tempo, como se projeta pra o futuro. Para Foucault (2008) “a economia, já não é, portanto, a análise da lógica histórica do processo, é análise da racionalidade interna, da programação estratégica da atividade dos indivíduos” (p. 307). Ou seja, estamos diante de um sistema que orienta tudo aquilo que vai atravessando os indivíduos.

Ao longo do tempo as civilizações foram sofrendo crises e se reorganizando na busca de estratégias para a saída do conflito. Dentre as crises econômicas, a história registra uma das mais graves que teve início nos Estados Unidos em 1929 e afetou diversos outros países, inclusive o Brasil que se viu prejudicado e teve sua moeda desvalorizada (Brito, 2010). Como desfecho uma série de problemas foram surgindo e tomando proporções não esperadas, tais como: desemprego em massa; falências de muitas empresas e bancos; surgimento de crise também na Europa; ascensão ao poder de regimes radicais e extremistas, ou seja, dificuldades internacionais que foram atravessando vários lugares e aspectos de muitas vidas (Faria, 2016).

Todas as características citadas acima são grandes mobilizadoras de desequilíbrio, pois o sujeito se depara com uma realidade que o incomoda e para a qual, por vezes, ele ainda não dispõe de um repertório que o ajude na superação. Dessa maneira as crises econômicas geram insegurança e sofrimento tanto a nível individual como pelas coletividades.

Ao realizar uma pesquisa sobre fator econômico e saúde mental Amaral (2014), pontua que esta teve como amostra dois Centros de Saúde de uma região de Coimbra e explana em seus resultados que indivíduos que possuem sintomas psicopatológicos relataram que a situação econômica e os problemas de saúde pessoais contribuíram de forma significativa para as condições que agora estavam apresentando. O autor ressalta que não podemos esquecer que esse resultado se trata de uma determinada amostra, mas que certamente nos ajuda a compreender que crises econômicas podem gerar desarranjos emocionais, na forma com o sujeito se sente e de como ver as possibilidades e ausência dessas.

Os autores Sequeira et al (2015) refletem sobre a crise financeira que deu início em 2008, e pontuam que ainda era possível encontrar resquícios desta no ano de 2015. E que problemas já conhecidos, a saber: desemprego, dívidas crescentes, e baixa produtividade, levam à desorganização da saúde mental, pois para esses autores a questão econômica pode ser entendida como determinante para a Saúde Mental. As crises econômicas também teriam impacto no acesso aos serviços de saúde mental; na qualidade de vida e no aumento das taxas de pessoas com sofrimento psíquico.

Em relação à pandemia que teve início na esfera nacional em março de 2020, os autores Lima Neto et al. (2022) ilustram que o cenário desfavorável economicamente e as orientações que ajudaria a controlar o vírus, como por exemplo, o distanciamento social, contribuíram para o aumento de desempregados, o que escancarou as severas desigualdades sociais do território nacional. Dessa forma, os autores, afirmam que “o impacto da crise da Covid-19 na economia nacional em 2020 exacerbou as condições socioeconômicas já em forte deterioração” (p. 199).

Os impactos causados pela pandemia por Covid-19 não são apenas econômicos, embora num primeiro olhar sejam aspectos que rapidamente se evidenciam. Mas a saúde mental também foi fortemente afetada, tanto no período do aumento diário do número de mortes,

quanto dos resquícios de dor e sofrimento pelas percas. É relevante portanto, esse paralelo entre crises econômicas e saúde mental.

Dentro desse contexto Loureiro et al. (2015) também correlacionam as crises econômicas com questões de impacto na saúde:

A crise econômica mundial que se instalou na sequência da crise financeira de 2008, trouxe consigo o deteriorar das características do ambiente socioeconômico para uma parte significativa da população, não só nos Estados Unidos, onde a crise teve início, mas também na Europa. Como tal, o estudo dos efeitos dos ciclos econômicos na saúde têm-se intensificado nos últimos anos, significando um maior leque de consequências documentadas para a saúde mental. (Loureiro, et al, 2015, p. 15)

Como sabemos uma crise acontece decorrente de uma série de fatores, além das crises econômicas podemos citar a crise social, para a compreensão da mesma recorreremos à análise sobre a guerra que aconteceu no Líbano entre os anos 1975 e 1991, realizada por Neto (2007) na busca de compreender que impactos de uma crise social causada por esse tipo de conflito podem acarretar às experiências e à vida dos sujeitos. Dessa forma o autor conclui que, “a crise social condicionou a exacerbação dos mecanismos internos e interacionais dos sujeitos, e exigiu o controle egóico da situação, que se mostrava ameaçadora e confusa” (pp.287-288). Para o autor a superação e reorganização daquele espaço de sofrimento e dor exigiram das pessoas uma retomada às suas origens, ou seja, seu contato com a própria história do Líbano.

Retomando a Pandemia por Covid-19 vemos que esta assolou o mundo e fez ver no Brasil uma crise social que estava posta, porém tornou-se algo ainda mais perceptível. Para Matta et al (2021) a transmissão do vírus Sars-Cov-2 tem implicações para além da tentativa de controle imediato do vírus, pois este quando analisado em contextos de extrema pobreza e vulnerabilidade social desvela a desigualdade dos indivíduos em relação ao próprio

enfrentamento da situação. Portanto, além da superação de crise sanitária, os brasileiros se viram diante de marcadores, já conhecidos, que contribuíam pra esse cenário descrito, a saber: territórios, gênero, raça e classe social. (Matta et al, 2021)

As políticas públicas sempre foram uma grande conquista das lutas comunitárias. O Sus é um dos maiores exemplos de como a organização e luta popular é capaz de buscar a garantia de direitos. No entanto, para que isso seja uma constante é preciso que as gestões sejam comprometidas, o que não pode ser visto durante a pandemia, pois a atual gestão federal, de cunho liberal, atravessou essa pandemia com posturas negacionistas; implantando em cada fala noticiada descrédito a ciência, o que não ajudou a melhorar o cenário já calamitoso em que nos encontrávamos.

No contexto da emergência do Sars-CoV-2 no Brasil, os agenciamentos e atravessamentos com uma conjuntura política e econômica pautada pela austeridade, pela minimização dos direitos e políticas de proteção social geraram uma crise humanitária de proporções alarmantes. O Brasil não explorou os potenciais do seu sistema público de saúde e de uma comunidade científica forte e internacionalizada, vantagens estratégicas para a resposta a uma pandemia como esta (Bueno et al, 2021).

O desencadear da pandemia, com todos os problemas citados, o número excessivo de mortes, mais de 700 mil, promoveram uma crise cujos efeitos ainda são sentidos. Com a chegada da vacina houve uma queda significativa do número de mortes. Segundo Faro et al (2020), as crises sociais mobilizam preocupações com a saúde mental da população, pois certamente é esperado agravos no que se refere a perturbações psicológicas. Os autores também pontuaram que além da tristeza pela perda de tantas vidas, é possível avistar ainda mais sequelas no tocante a saúde mental, tanto durante a pandemia, como após o fim destas. Sequelas de sofrimento psíquico entre profissionais da saúde, que estiveram na linha de frente do problema;

como de crianças e jovens que tiveram que ficar longe da escola; de indivíduos que tiveram prejuízos financeiros; bem como de todos os enlutados devido a pandemia.

Um último ponto a ser colocado, mas não menos importante em relação à pandemia a nível nacional, é o retorno dos brasileiros para o mapa da fome. De acordo com a Fundação João Pinheiro e o Conselho Regional de Economia – MG (2022), desde 2020 o Brasil já vinha dando sinais do aumento do quadro de insegurança alimentar que ganha força quando a inflação produz um aumento dos produtos, e devido ao grande número de pessoas sem emprego esse quadro vai piorando o que culmina no aumento da fome por muitas áreas do país. O cenário descrito se agrava com a pandemia de Covid-19, mas em princípio as desigualdades sociais já estavam presentes. Dessa forma, que saúde mental se produz diante de um cenário como esse? Não ter condições para se alimentar e fornecer comida para sua família é sim, um grande mobilizador de sofrimento.

Para continuar falando de crises que provocam impactos na saúde mental, apresentaremos as questões que envolvem os condicionantes locais e crises financeiras e econômicas. No prefácio do livro *Territórios Saúde Mental em Tempos de Crise*, Ferrão (2015) elucida que apesar das individualidades presentes nos *locais*, como por exemplo, as relações que são construídas ali e modos de vida no quesito econômico, as crises financeiras a nível macro certamente provocam um grande impacto nesses espaços micros.

De acordo com ideias apresentadas, Loureiro et al (2015) conseguem sintetizar de maneira muito interessante, a relação entre os espaços ocupados pelos sujeitos, as vivências ali compreendidas e seus impactos na saúde mental, ao relatarem:

As características do contexto (onde os indivíduos nascem, crescem, trabalham e passam os tempos livres) influenciam os resultados em saúde mental das populações. A literatura científica sustenta que os ambientes físico, construído, socioeconômico e de interação social e cultural produzem impactos no bem-estar individual e da comunidade.

A ocorrência de determinadas doenças mentais é assim justificada como consequência das características dos lugares, sendo esta relação ainda mais expressiva e significativa em períodos de crise econômica. (Loureiro, et al. 2015, p. 20)

Portanto, se percebe o quão significativo é o ambiente e o contexto no qual os indivíduos estão inseridos, bem como as situações que vão se apresentando ao longo da história. Dessa forma, tentamos ao longo dessa primeira sessão mostrar o quanto o território em que os sujeitos estão inseridos produz neles vida e adoecimento, por conseguinte cada indivíduo precisa ser compreendido dentro de seu contexto social e histórico, pois suas crises também despontam pelas situações conflituosas presentes nesses espaços.

3.2 A crise psíquica grave

A existência humana sempre foi atravessada por crises, períodos considerados desafiadores e em muitos casos o marco, o divisor de águas, para uma possível nova etapa. Evidentemente, as crises mobilizam também sofrimento e angústia, portanto essa sessão tem o intuito de apresentar as características de crises psíquicas graves e uma reflexão sobre suas possibilidades de potência.

De acordo com Brasil (2013) “a palavra crise vem do grego *krísis*, que significava, na sua origem, momento de decisão, de mudança súbita; separar, decidir, julgar” (p.100). A definição dos chineses também chama muita atenção, pois no ideograma que representa crise, os mesmos a definem como “perigo” e “oportunidade” (Dubugras Sá et al., 2008). Para Costa (2013) a crise é um “modo de decisão que pode tornar a vida melhor ou pior” (p.34).

Ainda com relação ao conceito de crise encontramos em Carvalho e Costa (2008) uma definição que se faz pertinente ao que vem sendo apresentado, pois para os autores pode-se dizer que a crise é um momento no qual o seu “aparecimento causa desequilíbrio psíquico, no

qual o sujeito se encontra desprovido das competências que o levam a uma acomodação às situações de conflito” (p.154).

Segundo Brasil (2013) quando se trata de crises psíquicas há o “desarranjo, o desespero, as vozes, visões ou a eclosão psicótica” (p.100). Outra constatação é o fato de que na saúde mental “os sintomas não necessariamente devem ser suprimidos, muitas vezes eles devem ser acolhidos e suportados – considerando aqui ofertas de suporte adequadas” (p.100). Portanto o cuidado não diz respeito somente àquele momento em que houve a instabilidade, mas ele é, sobretudo processual, diz também do contexto e suas particularidades. Diante desse campo de significados Jardim (2014) nos diz que “contextualizar a crise é mais importante que definir um diagnóstico” (p.143).

A compreensão acerca do contexto em que o sujeito está inserido e de como esse simboliza os problemas e dificuldades pode ser uma chave interessante quando se busca ofertar suporte ao sofrimento que se apresenta. Como os autores colocaram acima, tentar apenas retirar o sintoma não dar conta da complexidade das crises.

Para Gordim (2007) partindo de seu estudo sobre os vínculos na crise psíquica grave, encontramos o seguinte conceito, de que a crise é um episódio em que:

Sem levar em conta se a estruturação do paciente é neurótica ou psicótica, mas caracterizada por momentos em que os contornos do eu são difusos ou perdidos, com alterações que envolvem sentimentos, comportamentos, senso-percepção, com expressão na ruptura ou na geração de transtornos vinculares e alteração na percepção da realidade. (Gordim, 2007, p. 8)

Para Kinker e Moreira (2021) a crise psíquica grave precisa ser entendida como um fenômeno e que a atenção a esta se configura como um desafio da RAPS, desde seu surgimento até os dias atuais, para os autores esse fenômeno da crise:

A coloca como o desenrolar de uma cena composta por múltiplos atores e cenários. Uma cena longitudinal, em movimento, cujo desdobramento não pode ser definido *a priori*, dependendo de respostas que a coproduzem, em um movimento recursivo no qual o efeito retroage sobre a causa. (Kinker & Moreira, 2021, p.182)

Dell'acqua e Mezzina (2005) destacam a compreensão de que o conceito de crise não é algo tão simples de delimitação e que se deve levar em consideração o contexto histórico em que essa crise se manifesta. Outra característica citada pelos autores é a complexidade envolvendo a crise, o que para eles também faria com o que os recursos usados no suporte a crise fossem complexos e assim pudessem dar conta de tal “situação existencial”.

O sujeito é atravessado por várias instituições, se relaciona por toda sua vida com estas, produzindo encontros que ora o fazem bem e ora desencadeiam preocupações, raiva e irritação. Pela escassez de recursos internos, em determinadas circunstâncias isso poderá ocasionar uma crise, que apesar de ser um momento de desequilíbrio e desorganização do sujeito, também pode se caracterizar como abertura para o encontro com novas possibilidades.

Kinker e Moreira (2021) apresentam a relação da crise com as transformações vividas pelo indivíduo após o período de latência, estas podem indicar potência a existência ou simplesmente mobilizar certo retraimento. Para os autores também é necessária a compreensão de que a crise pode ou não se desvelar em um transtorno psicótico. Daí a importância de uma investigação e manejo desse processo.

Ferigato et al (2007) fazem reflexões interessantes sobre o manejo na crise. Estas autoras pontuam que é fundamental efetivar suporte no momento da crise, suporte este que passa a considerar o momento vivido pelo usuário assim como ele também o considera, ou seja, prezando por sua singularidade. Há também o lado afetivo sentido na experiência da crise e este não pode ser negado, para as autoras é preciso que o outro que cuida dê valor a esse caráter

afetivo, portanto tanto familiares como profissionais da saúde presentes no contexto do indivíduo que experenciam a crise podem ser responsáveis pela reorganização dos fragmentos do usuário. De acordo com Amarante (1995) a crise é assim multifacetada, e que de maneira nenhuma conseguem dialogar com respostas pontuais e violentas, que desconsiderem que na verdade o processo desta se dar em curso.

É possível dizer que a crise pode se dá devido a um acontecimento que não havia sido previsto, ou seja, fenômenos que fogem ao controle, e que alteram de forma brusca o curso da vida, bem como pode estar atrelada a situações que são previsíveis, dentre elas as fases da vida que causam muitas mudanças corporais e emocionais. As crises são possibilidades ao longo da vida, no entanto tendo em vista as particularidades e singularidades de cada sujeito não se pode confirmar com exatidão se haverá manifestação da crise e em que período da vida está ocorrerá (Frigato et al., 2007).

Aqui se faz necessárias colocações a respeito de alguns pontos referentes à crise e o papel desta na história da loucura. A princípio e tendo como base teórica Foucault, as autoras Jardim e Dimenstein (2007) colocam que no século XIX, a crise perde um pouco seu valor no sentido de ser um instrumento prático usado pela medicina, pois está agora fará uso da anatomia patológica o que deu a mesma as ferramentas para os diagnósticos diferenciais. No entanto neste cenário a psiquiatria não se sente confortável, tendo em vista que a mesma faz uso de um diagnóstico absoluto, ou seja, um diagnóstico diferente do usado pela medicina tradicional.

Partindo de Foucault (2006) compreendemos que a psiquiatria buscou incessantemente algo que pudesse dizer de onde vinha a loucura, a que órgão estava ligada ou que genes causavam a mesma, mas todas as tentativas pareciam ser em vão e é, portanto, diante disto que a crise entra em cena para validar o poder do psiquiatra, e a existência da doença mental. Uma

vez que a crise é a prova de que se precisava, o psiquiatra vira médico com poderes de tratar a doença mental, determinando que o tratamento seja a própria internação e isolamento.

A crise passa a ser a explicação mais convincente dada com relação à validação da doença mental, esta explicação se encontra na Psiquiatria Preventiva. Reforçando as crises como as principais causadoras do desequilíbrio do indivíduo e do seu adoecimento, tem-se a necessidade de realinhar o sujeito procurando um retorno a normalidade, àquilo que é esperado, pela via de medicamentos, de contenção e/ou da retirada deste do meio em que está inserido. Tais proposições fortaleceram a criação dos serviços de urgência psiquiátrica, era preciso agora longe dos muros do hospital psiquiátrico continuar contendo o indivíduo que manifesta a crise (Jardim & Dimenstein, 2007).

Dias et al (2020) faz a seguinte reflexão: “atualmente, predomina o referencial de que nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica e não pode ser manejada de forma acrítica com as mesmas tecnologias de cuidado” (p. 596). Dessa forma, o manejo deveria passar por uma avaliação criteriosa de quais estratégias seriam melhor utilizadas diante do sujeito em questão. Por vezes, os relatos dos usuários em relação às internações psiquiátricas revelam muito sofrimento em relação as contenções físicas realizadas de maneira abrupta e violenta.

E sim, nós avançamos com serviços que substituem o modelo asilar, espalhados por todo país, no entanto, apesar de já contarmos com uma boa literatura sobre o assunto, no dia a dia dos serviços presenciamos limitações em relação a estratégias para lidar com a crise. Em uma grande parte dos serviços nem há reflexões sobre crise, sobre como estas de dão e tantos outros apontamentos que seriam fundamentais dentro desse contexto.

Compreender que a crise se dar em determinadas fases se configura como um passo importante nesse cenário de apresentação. São, portanto elas: pré-crise, crise e pós-crise. Durante a “pré-crise” apesar de já haver alguns sinais a maioria do envolvidos não percebem com clareza a instalação da mesma, pois a grande parte dos comportamentos são julgados como

aceitáveis. A “crise” é o momento propriamente dito do desequilíbrio e da percepção dos demais em relação a mudança do indivíduo e da não aceitação do comportamento. A última fase desse ciclo é o “pós-crise”, nesse período possivelmente será realizado um diagnóstico e partindo dele medidas serão tomadas. Futuramente a crise pode retornar a mesma estrutura de antes, ou novas crises podem ser apresentadas. (Nepomuceno, 2012)

As crises de acordo com Costa (2013) podem ser amenas; semiagudas; e agudas. Nesse primeiro tipo é possível identificar um sujeito que consegue fazer um enfrentamento por meio de recursos internos; nas semiagudas se exige uma maior urgência na intervenção; e nas agudas uma expectativa bem mais alta quanto a urgência da intervenção. Um destaque imprescindível nesse aspecto de compreensão das crises é o fato de que elas se dão em um processo, e que é impossível pensar crise como um produto pronto, mas que na verdade ela se dar em “movimento e mudança” ainda de acordo como autor citado.

A forma como o sujeito vivencia a crise também terá impacto em suas consequências. Para Costa (2013) os fatores internos e externos estão intrinsecamente ligados ao caráter positivo ou negativo da crise, pois estas se configuram em momentos de vulnerabilidade dos sujeitos, no entanto podem apontar caminhos interessantes, não necessariamente se configurando como risco. Quando o sujeito consegue subjetivamente e aliado aos recursos pessoais um desenvolvimento mais positivo da crise, seguramente essa experiência lhe conferirá recursos para administrar situações também desagradáveis.

Para Costa e Ramos (2018) “a crise psíquica é vivência basilar da angústia do existir” (p.252). O que nos faz refletir que a crise como uma possibilidade do existir poderá incorrer em qualquer espaço e tempo, sem fazer distinção de classe social, etnia e espaço geográfico, é, por conseguinte a angústia humana que agudiza e desvela a estranheza dos delírios e alucinações. O psiquiatra Winnicott (1963 como citado em Costa, 2013) nos fala de uma falha na “provisão ambiental” capaz de gerar os distúrbios ditos psicóticos e que somente a reversão desse quadro,

tendo o surgimento de uma “nova provisão ambiental”, seria capaz de promover um tratamento que certamente alcançaria bons resultados.

Perbalt (2013) ao falar de crise as associa a uma abertura de possibilidades, embora num primeiro momento elas pareçam bloqueadas a quem passa pela experiência e sente que nada mais será possível. O autor também pontua o caráter de decisão percebido no cenário de crise, pois para ele não se pode esperar um resultado pronto e absoluto, mas algo novo que se apresentará após o jogo de forças que foram desveladas pela própria crise. As duas forças do “nada é possível” e “tudo é possível” se apresentam ao sujeito e serão as impulsionadoras na transformação da catástrofe em criação.

Em concordância com essas concepções Tosquelles (1986 citado por Pelbart, 2013) em seu trabalho como psiquiatra aponta as seguintes reflexões; o abalo existencial vivido pelas pessoas em sofrimento psíquico desperta dois lados, o de uma sensação de fim de mundo e o de uma necessidade de reconstrução. Para o autor o próprio delírio visto como algo que precisa ser rapidamente suprimido é na verdade uma tentativa de cura. Assim, a angústia tão comumente citada pelos pacientes e vista como um momento de tensão seria uma oportunidade para um novo começo.

Evidentemente, o sujeito que se depara com a instabilidade psíquica estará tão imenso no sofrimento, que num primeiro momento será difícil para o mesmo distinguir as possibilidades para outros caminhos mais confortáveis. Daí a importância sobre o que Ferigato et al (2007) nos fala, ao descrever que promover vínculo e acompanhamento do sujeito que sofre dando relevância ao caráter afetivo daquele momento se configura como algo primordial, em vista de estratégias mais acolhedoras.

Pensar a crise como recomeço nos exige um trabalho de intervenção precoce, pois ao nos apresentar o trabalho realizado pelo Grupo de Pesquisa e Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (Gipsi), composto por colaboradores da Universidade de Brasília,

Silva e Costa (2013) nos apresenta a necessidade de uma atenção ao usuário e a seus familiares quando está se dá diante dos pródromos (primeiros sinais de que haverá a eclosão de crise), o que pode ser citado como “estranhamento, angústia intensa e retraimento social” (p.166).

Para estes autores acima citados quanto mais se tem atenção aos primeiros indícios da chegada do sofrimento psíquico, acolhendo e acompanhando usuário e família, mas chances se têm de que as vivências não caminhem para um nível de sofrimento ainda mais atordoante, e assim não necessariamente se poderá afirmar que o desencadear dessa primeira crise culminará no que é comumente chamado de psicose.

Diante desse contexto também podemos citar uma experiência muito exitosa que tem ocorrido em Trieste na Itália. Segundo Sade et al (2020) foi organizado uma equipe de crise em casa e que atua na base territorial dando suporte intensivo as crises, elaborando junto aos pacientes e familiares estratégias de intervenção diante da crise que se apresenta. Com esse trabalho desenvolvido foi possível constatar a diminuição de internações em hospitais, bem como foi registrado melhora de 93% dos sintomas psiquiátricos dos pacientes acompanhados em 2018.

Evidentemente os serviços exercem um papel fundamental em relação ao suporte à crise. Para Keitel (2018) pode-se dizer que estes desenvolvem “um papel importante de continência das angústias e medos diante das situações limite, tanto aos usuários/familiares como aos outros serviços da rede, possibilitando cuidados na comunidade ao invés da internação psiquiátrica” (p.156). Ter atenção ao usuário é traçar com ele estratégias que ajudem na superação das crises.

Lancetti (2015) também faz potentes reflexões sobre os serviços, como o CAPS e sobre o trabalho de suas equipes, para o autor às situações limites, não podem ser tratadas como outrora, por meio isolamento e tutela, mas que na verdade as ações envolvendo o manejo deveriam privilegiar uma capacidade afetiva, presente em quem escolhe trabalhar nessa área. Ressaltando a flexibilidade que envolve ações de manejo em situações de crise.

Ainda no sentido de potencialidade em relação à superação da crise é essencial uma atenção em saúde que trabalhe com o território em que o sujeito está inserido, que recursos estão ali disponíveis, assim como quais entraves acabam prejudicando o indivíduo. Ou seja, as demandas de sofrimento psíquico encontradas em famílias das áreas de zona rural necessitam de uma constante contextualização, reduzir o sujeito aos sintomas sem levar em consideração em contexto social, limita a criação de estratégias mais coerentes com o próprio sofrimento que se apresenta.

Todas as colocações até aqui apresentadas fazem parte de um esforço de resgatar reflexões pertinentes a esse campo de estudo, através de grandes estudiosos dedicados a compreender a experiência da crise psíquica grave, entendendo está com um fenômeno em movimento, do qual, diversos atores fazem parte e são atravessados. Um destes sistemas é a própria família, que no cenário de reforma psiquiátrica se une a luta Antimanicomial em defesa do projeto de cuidado em liberdade para o usuário de saúde mental. Nem sempre os caminhos são simples e sem atribulações, pois quando o sistema deixa essas famílias sozinhas, no que se refere à oferta de atenção á crise é que se percebe o quanto é desterritorializante esse cenário.

Assim pretendemos no tópico a seguir trazer para a centralidade do debate como as famílias de usuários de saúde mental se relacionam com a crise, refletindo sobre o período anterior a Reforma psiquiátrica, bem como sobre atualidade dessa questão. Também buscamos traçar alguns apontamentos sobre como os moradores de áreas rurais têm agido diante do sofrimento psíquico grave de seu familiar. Se estes contam com recursos diante da crise e qual sua relação com os serviços de saúde e a própria possibilidade da internação psiquiátrica.

3.3 A crise psíquica em contextos de zona rural e a implicação das famílias nesse processo

Buscamos apresentar reflexões sobre a ligação das famílias e seus familiares que apresentam sofrimento psíquico grave e o quanto esse laço é um grande atravessador tanto de

possíveis conflitos, quanto de potência de vida, assim, as crises presentes ao longo da existência do sujeito também fazem parte desse contexto. Acrescentamos o olhar sobre a relação descrita no contexto de zona rural, pois compreendemos que a crise pode ser um analisar da própria Reforma Psiquiátrica em relação a zona rural.

Ao longo do tempo, as famílias foram vivendo transformações frente ao cenário de adoecimento psíquico de seus familiares. Logo quando o sofrimento psíquico era tratado como loucura, as famílias foram excluídas de prestar algum acompanhamento; a ideia de “isolamento terapêutico” também reforçava o distanciamento das famílias (Resende, 2019). Em dado momento segundo Bessa & Waidman (2013) as famílias passaram a ser consideradas como culpadas pela loucura de seu familiar, visão que ganhou força e perdurou por muito tempo da história.

Também podemos citar elementos como o desconhecimento à cerca do sofrimento psíquico, de como fornecer suporte; e a sobrecarga que é física e emocional, como fatores extremamente presentes nos sistemas familiares (Resende, 2019; Covelo & Badaró-Moreira, 2015). Dessa forma a família, pelos motivos citados acima se viu impossibilitada de construir vínculos que pudessem contribuir com o tratamento de seus familiares, se mantendo distante destes. Esse cenário começa a passar por mudanças com a Reforma Psiquiátrica que foi fruto de longo processo de reflexões de profissionais e questionadores da realidade com a qual se depararam; bem como de estudiosos e militantes das áreas de saúde mental, não só do país como do cenário internacional, entre eles: Franco Basaglia; Felix Guattari; Robert Castel. (Amarante & Nunes, 2018). Os demais apontamos sobre a Reforma Psiquiátrica são explanados no anterior.

A Luta Antimanicomial também foi e é um importante movimento que presa pela inserção das pessoas que apresentam sofrimento psíquico em ambientes sociais, longe do que significou o modelo asilar, desde seu início o movimento compreende a família como um

sujeito político dentro dessa luta, capaz de participar da cena dessa luta social com propostas, apoio e participação efetiva na busca de estratégias que estejam dentro da esfera da atenção psicossocial (Cavalcante & Carvalho, 2020). Ou seja, a família é uma grande base estrutural para que o projeto da desinstitucionalização seja concreto no dia a dia e por todo território nacional.

Esbarramos notadamente em limitações quanto à tentativa de promover aos sujeitos em sofrimento psíquico uma inserção concreta, nos espaços coletivos e por vezes até dentro dos sistemas familiares, como é o caso das famílias que constroem cárcere privado para seus familiares, em muitas situações por estarem sobrecarregadas, com medo de alguma situação de agressividade e por falta de retaguarda do serviço. Evidentemente, a luta por uma atenção a saúde mental necessita ser abraçada por muitos atores sociais, como: familiares; profissionais de saúde; estudiosos da área; e uma sociedade por inteiro.

Para Macedo et al. (2016) é necessário reconhecer todos os avanços implicados na garantia de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico pela Atenção Básica, no entanto, não foi rezado a ocorrência de cárcere privado, pois as famílias ainda constroem espaços de exclusão dentro de suas casas, que funcionam como uma verdadeira manutenção de ações manicomiais.

Por falta de suporte da rede de cuidados e, muitas vezes, em função da dificuldade de acesso aos serviços, considerando as diversas iniquidades das condições de vida da população, as famílias acabam recorrendo ao cárcere, reproduzindo em seus próprios lares a mecânica manicomial em sua forma total. (Macedo et al. 2016, p.509)

Barros et al (2013) declaram que as mudanças, em relação a melhorias são perceptíveis em vista ao período em que o sofrimento psíquico era tratado como doença a ser isolada, todavia ainda é presente questões que se tornam um desafio no dia a dia das famílias e profissionais de

saúde “que cuidam de pessoas com transtornos mentais, especialmente no que diz respeito às repercussões de diferentes naturezas no âmbito da família, tais como redimensionamento permanente dos cotidianos, tensões no convívio e sobrecarga para o cuidador familiar” (p. 823). Tais circunstâncias são visíveis e compreendem boa parte dos conflitos que vão surgindo dentro dos sistemas familiares.

De acordo Zuwick et al. (2015) as famílias e a forma como se organizam são um grande atravessador da vida de cada indivíduo, quando esse sistema se vê diante de um familiar em sofrimento psíquico grave, os desafios aparecem se tornar redobrados. Dessa forma falamos em marcadores, a saber: desconhecimento sobre sofrimento psíquico; estigma da loucura; visão do sujeito como inapto; agressividade; cronicidade do problema; resistência para iniciar tratamento. Para os autores as famílias “vivenciam o impacto das alterações físicas, mentais e econômicas que interferem na sua qualidade de vida e institucionalização da pessoa sob esses cuidados” (p. 491).

Apesar de todo avanço em questão dos serviços da RAPS e de uma maior participação das famílias, os autores Kinker e Moreira (2021) acrescentam que tanto profissionais quanto familiares, ainda evocam “os conceitos de sujeição à doença, incapacidade de interação social racional e periculosidade da pessoa tomada como doente” (p.181). O que coopera para prevalecer o olhar manicomial sobre o outro.

Se desprender dos preconceitos relacionados aos transtornos mentais requer um exercício constante de reflexão sobre a prática profissional, sobre a relação que estabelecemos com familiares e usuários de saúde mental. Sem incorrer assim, em um julgamento desprovido de aproximação do que realmente acontece na realidade dos sistemas familiares, pois cotidianamente questões se apresentam, que estão dentro de um caráter coletivo, mas que também são individuais.

Os autores Amarante e Nunes (2018) ressaltam a importância de que seja pensado um lugar social para aquele que outrora foi totalmente excluído da sociedade, e que o cuidado a este se der, sobretudo em liberdade. O que nos leva a refletir sobre o projeto de desinstitucionalização, que não pode ser direcionado apenas aos cuidados dos serviços substitutivos ao modelo asilar, mas que requer a participação dos familiares e da sociedade em geral, pois a diferença não merece exclusão e clausura, mas acolhimento e autonomia.

Para Coelho et al (2017) “por meio da análise da dinâmica familiar, os profissionais podem compreender as diferentes nuances do sofrimento psíquico, direcionando adequadamente os projetos terapêuticos” (p. 491). Dessa forma, os autores ressaltam o quanto a aproximação entre família e serviço da RAPS pode contribuir para que as estratégias presentes nos PTS’s possam fazer sentido para os próprios usuários. Aqui, ressaltamos que a aproximação citada também tem papel fundamental quando pensamos no suporte as crises, afinal o usuário estar nos serviços, mas é para os espaços familiares que ele voltará. Quando há uma articulação entre estes é possível alcançar resultados mais integrativos e coerentes.

De acordo com Ferreira et al (2019) as mudanças advindas com a Política Nacional de Saúde Mental, conquista da Reforma Psiquiátrica, também reconfiguram o lugar da família, pois está “passa a ser convocada a integrar as redes de apoio do usuário, e, como tal, deve ser considerada na produção do cuidado, de modo que não seja apenas acionada para o atendimento do sujeito, mas também possa fazer parte das ações” (p. 442). Assim, as políticas de atenção à saúde mental vigentes entendem a família como parte essencial no cuidado dos usuários, e de que quando esse sistema não tem participação, certamente haverá entraves no sentido da oferta de cuidados em todas as esferas que o usuário necessita.

Almeida et al (2014) ressaltam que as mudanças da prática asilar para o modelo psicossocial constroem também uma nova relação com a crise psíquica grave, entendendo que esta diz respeito a um sujeito singular, o que requer aproximação com seus contexto de vida,

compreendendo também que este indivíduo passa por relações familiares que precisam ser levadas em consideradas. Para estes autores “é essencial visualizar na pessoa que sua crise possui um sentido e, para isso, é esperado um acolhimento dialogado que traga segurança, menos medo e possibilite o estabelecimento de vínculo pela transferência” (p. 709). Dessa forma, o caráter psicossocial implica em estratégias de promoção de vínculo e de respeito e consideração a família em cada contexto.

Rodrigues e Palma (2015) nos apresentam situações que podem funcionar como entraves na relação das famílias com os serviços de saúde mental, que dizem respeito a ausência do sistema familiar nas ações voltadas aos usuários, para os autores, “sem o acompanhamento da família, o tratamento fica defasado e pouco eficaz devido a dificuldade de manter o processo correto, como conservar a administração medicamentosa, reinserção gradual de socialização interpessoal e igualdade no relacionamento afetivo com os indivíduos” (p.18). Dessa forma, reafirmamos o quanto a participação das famílias nas ações desenvolvidas por serviços da RAPS é basilar para a concretude da atenção Psicossocial.

Destarte, como já citado nessa escrita a crise validou os transtornos mentais como doença e o psiquiatra como tutor do adoecimento, mas evidentemente podemos dizer que a crise se configura até os dias atuais como um grande desafio, para as famílias e para os profissionais. O nível procedimental, de contenções e utilização de medicações, desprovido de análise do contexto de vida dos sujeitos, não dar conta de atender a proposta de atenção à saúde mental do paradigma psicossocial, que se interessa pelos sujeitos e suas vidas, entendendo que cada um destes tem direito a ter tratamento; viver em liberdade; e ser respeitado.

As famílias moradoras de áreas de zona rural foram acompanhando ao longo dos anos certo avançar das áreas urbanas em sua direção a territórios que antes eram predominantemente rurais, no entanto esse fenômeno não diminui a constatação que ainda há muitos tipos de atraso

nas áreas rurais, devido a marcas históricas como: a escravidão; desacerto no tocante a questão fundiária, o que confirma a presença das desigualdades sociais (Faco, 2007).

Os autores Silva e Macedo (2017) apontam ampliações na compreensão das relações entre campo e cidade, e constatam que a pobreza ainda é presença nos meios rurais, o que fica perceptível pela “vulnerabilidade das famílias, pois, tende a ser mais expressiva seja em relação ao critério da renda, seja ainda em relação às dificuldades de acesso a serviços básicos de saúde, educação, saneamento básico, dentre outros, apoiando as teses da multidimensionalidade da pobreza” (p. 823).

Compreender em que contexto as famílias estão inseridas, quais seus recursos e limitações é tarefa fundamental para a possibilidade de também compreender suas relações. Para Kriskovic e Costa (2013) a família é “o núcleo inicial, no qual o indivíduo vem ao mundo e onde tem suas primeiras experiências; é também seu primeiro nicho acolhedor, protetor, estimulador e repressor” (p.369). Ou seja, estamos falando dos primeiros e importantes contatos com essa existência e com relações humanas. De acordo com Silva (2013) “o núcleo familiar é portador de historicidade: revela-se à luz dos acontecimentos sociais, políticos, econômicos e culturais de um determinado contexto” (p. 22).

Assim, Romagnoli (2006) em seu vasto estudo sobre família e saúde mental, faz a seguinte conceituação: “a família é a célula mestra da sociedade contemporânea, atuando não só para a continuação da existência dos indivíduos, mas também para a proteção e socialização de seus membros” (p.310). Ainda com base nessa autora, é importante destacar essa concepção de família como:

Uma organização por excelência, sobre a qual incidem todas as outras instituições vigentes na malha social, instituições estas que pertencem a múltiplas ordens: a ordem biológica, a ordem jurídica, a ordem política, a ordem religiosa, a ordem moral, a ordem política e a ordem privada, todas elas interpenetrando e se articulando, tecendo uma rede

institucional da qual o grupo familiar é a peça primordial (Romagnoli, 2007, p. 109-110).

Os autores citados compreendem as famílias como o lugar desse primeiro contato, assim o sujeito será também atravessado pela forma como está família se organiza, seus modos de pensar e agir de certa maneira ajudaram na constituição dos novos membros da família, e na forma como se relacionaram com o mundo.

Segundo Melman (2001) é possível assegurar que a família é um sistema e que este dar suporte ao sujeito ao logo de seus primeiros contatos e a produção de modelos, bem como dos sentimentos, emoções e da própria pulsão. E que são esses investimentos e equipamentos disponibilizados a estes nas relações que serão responsáveis pela forma como o indivíduo vai se relacionar com as dificuldades e problemas que vão se apresentando ao logo de sua existência.

Minuchin (1990) um dos grandes teóricos da compreensão da família enquanto sistema, afirma que a abordagem sistêmica se dedica a pensar a contextualização das famílias, tendo como um dos focos a percepção sobre as repetições, bem como sobre as heranças, gerações, ou seja, a vida do sujeito como um todo. Para este autor é impossível conceber o sofrimento psíquico grave como algo individual, ele é na verdade um “sofrimento sistêmico”, que perpassa os membros da família, fazendo com que esta não seja indiferente ao que acontece em seu seio.

De acordo com Kriskovic e Costa (2013) a família diante dos primeiros sinais de crise tenta esconder a real situação, desconsiderando a possibilidade que a crise psíquica grave possa a partir daquele momento relevar o surgimento de um transtorno mental, assim recorrem à religião tentando buscar uma solução para o comportamento do familiar. Posteriormente, quando não encontram uma amenização dos sintomas procuram por atendimentos médicos.

A realidade citada acima também é presente nas áreas de zona rural estendidas por boa parte do país se configuram ainda mais delicadas, pois as famílias se encontram desamparadas quanto a práticas de saúde que viabilizassem suporte adequado até mesmo antes da crise propriamente dita.

Para Neto e Dimenstein (2021) as populações das áreas rurais permanecem sentindo os impactos causados pela pobreza e desigualdade sociais o que certamente produz sofrimento, é possível perceber o quanto estas áreas são vulneráveis, necessitando como já citamos de políticas públicas que atendam às suas necessidades. No que se refere à saúde mental os moradores da área rural, os autores citados pontuam que “é visível sua ausência na construção da agenda e na implementação das principais políticas públicas no país, atualmente alvo de desmonte” (p.3). Em relação às famílias nesse contexto Neto e Dimenstein (2021) disparam que a Atenção Básica delega as famílias a cargo de seus próprios cuidados, quando sabemos que a AB tem responsabilidade pelas pessoas de seu território.

Silva et al., (2013) alerta que as famílias em contextos rurais não conseguem compreender que são pilares essenciais no cuidado do familiar em sofrimento psíquico grave; também não contam com suporte eficiente das políticas públicas de saúde mental; e descrevem a necessidade de que haja mais estudos que contemplem a esfera famílias do campo e saúde mental.

Sganzerla et al., (2021) ao pensarem sobre as práticas de saúde presentes no campo, descrevem que por vezes as famílias escondem o familiar que vivencia o sofrimento psíquico grave, dado que pode ser atribuído ao próprio estigma presente quando se trata da temática de saúde mental. Ou seja, se percebe em algumas realidades rurais uma resistência à aceitação e busca de tratamento psicológico e psiquiátrico o que acaba realmente sendo esbarrado nas limitações de acesso e condições financeiras.

Para Costa (2013) o trabalho precoce de intervenção à crise psíquica grave certamente consiste em uma prática de saúde e enfrentamento capaz de alcançar bons resultados, no que diz respeito a não prolongar o sofrimento do sujeito e até mesmo fazer com este tenha experiência de pura desumanidade nas internações psiquiátricas. No entanto, quando falta o suporte das equipes de saúde, as famílias da zona rural ficam à mercê somente de seus recursos, o que pode dificultar essa proposta de intervenção precoce.

Portanto, se evidencia o quanto as famílias da zona rural necessitam de uma cobertura em relação à equidade e integralidade nas práticas de saúde, pois ao usuário de saúde mental morador de áreas rurais também foi garantido, por meio da lei 10.216 de abril de 2001 e implantação da RAPS, o direito a atenção em crise, por meio do paradigma psicossocial, ou seja, por meio de práticas de saúde que não tivessem em sua estrutura o manicômio, zelando assim pela liberdade, autonomia e saúde do usuário.

Falamos do essencial apoio concedido pelas equipes de saúde e de como os serviços de saúde substitutivos ao modelo asilar são fundamentais para que a desinstitucionalização não seja um mero projeto faraônico, mas sim algo no campo do possível. Todavia nosso trabalho também quer apresentar a relevância de escutar/acolher/compreender o usuário de saúde mental morador da zona rural e seus familiares, pois existe um conhecimento, possivelmente o mais genuíno, que parte de quem vivência o próprio fenômeno, e o qual entramos em contato quando nos deparamos com o território.

Assim, além da implicação política com o campo, também precisamos de sensibilidade e respeito no encontro com a família e usuário. Sinalizamos, ao encerrar esse último tópico que o debate acerca do mesmo não se encontra findado, mas que ao longo da pesquisa acrescentaremos novas interfaces em relação às famílias na zona rural e saúde mental.

Capítulo 4- A Reforma Psiquiátrica e seus atravessamentos na zona rural

“O som do Porto, as folhas amarelas caídas do mangue e um grito que rasga o silêncio do recinto confessado que há mais vozes do que conseguimos ouvir”

A proposta dessa pesquisa surgiu pelo interesse de lançar um olhar para a Reforma Psiquiátrica em espaços de zona rural, de maneira mais específica, os relacionados à cidade de Água Doce do Maranhão, bem como da minha implicação enquanto trabalhadora/pesquisadora do SUS. Utilizamos a discussão sobre crise psíquica grave, seu surgimento e os procedimentos a serem realizados quando essa se instala como o centro de nosso trabalho em campo, dessa forma a crise se constituiu um potente analisador sobre a própria Reforma Psiquiátrica.

O Brasil é um país enorme em extensão territorial ocupa um espaço de 8.510.345,540 km² (IBGE, 2022), é também um país rico em diversidade cultural, compreendida pelos modos de vida diferentes que vão sendo manifestados pelo povo, tais como: a maneira como se relacionam com o ambiente; sua linguagem; os valores traduzidos as novas gerações; sua alimentação e tudo que de certa forma vai particularizando determinado povo que divide o mesmo território (Moniz, 2019). Estas observações são pertinentes quando decidimos estar com determinado grupo para pensar como estes se relacionam com distintos temas.

Pensar sobre o contexto atual nos convoca a não esquecer como se deu nossas origens, para Colucci (2013), o Brasil foi gestado sobre autoritarismo e profundas desigualdades, nosso país foi uma “invenção” que nem ao menos considerou os povos originários que aqui habitavam (p.9). E apesar, desse trabalho não se dedicar a essa discussão de forma profunda, nós a compreendemos como relevante num cenário atual, que permanece imbricado em desigualdades que assolam o país, pois até os dias atuais o cenário nacional não conseguiu superar todas as dificuldades sociais o que certamente incide sobre todas as esferas de vida dos indivíduos, como por exemplo: educação, saúde e a própria distribuição de bens.

Assim, produzir um sistema de saúde que consiga ser efetivo é um grande desafio. A primeira conquista que nos provoca orgulho foi a garantia de direito a saúde previsto pela Constituição de 1988, fruto de muitas manifestações populares e do desejo de que todas as pessoas desse país tivessem acesso a serviços de saúde de qualidade. Depois de 32 anos da criação do SUS, nos deparamos com serviços de saúde presentes por todo território; campanhas de vacina que chegam até os espaços mais isolados; profissionais de saúde que atuam nas áreas de zona rural; realização de cirurgias de alta complexidade. Avanços notórios e significativos, dentre tantos outros que poderiam ser citados.

No entanto, todo o dia nos deparamos com entraves e dificuldades das mais diversas ordens na busca de fazer um dos maiores sistemas de saúde do mundo funcionar. Pacientes que são barrados quando o encaminhamento é entre estado por não haver repasse de verba; filas de espera gigantesca para a realização de cirurgias; profissionais desmotivados devido à baixa valorização salarial; centralização do poder médico; gestores desalinhados com os princípios do SUS; desvalorização da saúde mental, dentre outros problemas.

Ao longo das colocações sobre o que emergiu no contato com o campo foi possível trazer apontamentos também sobre a realidade da RAPS no contexto de zona rural citado, como observamos o SUS avançou por todos esses anos, assim como a atenção psicossocial também avançou, todavia ainda é pertinente refletir sobre o conjunto de atravessamentos que se dão no dia a dia dos serviços e de seu contato com as populações que buscam saúde. Como citamos no capítulo teórico sobre a Reforma Psiquiátrica a própria gestão dificulta o andamento das políticas públicas.

Desde que esta pesquisa começou a ser colocada no papel, nós já estávamos imersos no contato com o campo, portanto vivenciando as forças instituídas e instituintes, dessa forma compreendemos que estar no campo é produzir de certa maneira atravessamentos e ser também atravessada. Após a realização do trabalho de campo produzido com as famílias e os usuários

de saúde mental, organizamos 3 blocos a partir do que emergiu das falas durante os encontros, a saber: “A vida que insiste”: condições de vida na zona rural; “Nós estamos no meio da mata”: a experiência de usuário e de familiar da saúde mental em contexto de zona rural; “O problema não é geográfico é político”: cuidado em saúde mental na zona rural.

A seguir apresentaremos cada um destes, ao fazemos a discussão dos pontos que emergiram através da análise usaremos citações dos próprios participantes da pesquisa, mas estes permaneceram em sigilo, pois seus nomes e a região em que moram não serão divulgados, pois dessa maneira estamos cumprindo o que foi acordado no Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Gostaria de ressaltar que a proposição em resguardar os nomes dos participantes e as áreas em que moram em nada nos distancia dos participantes, pois este trabalho foi construído e pensado durante todo seu percurso partindo da experiência que estes puderem nos descrever e sobre a qual também temos contato devido o encontro que acontece por meio do serviço ao qual estou vinculada, como trabalhadora do NASF e os participantes como usuários dos serviços de saúde.

4.1 “A vida que insiste”: condições de vida na zona rural

As populações que vivem na zona rural partilham de modos de existir que em muitos casos é dotado de enfrentamento a questões delicadas, como: distância dos serviços de saúde; baixa escolaridade da população; trabalho pesado com a lida no campo e pouco remunerado, entre outras questões que vão se apresentando nesses espaços. Mas, certamente é um povo que segue reexistindo e lutado para que seus costumes e valores permaneçam por entre a comunidade, também lutam pela sobrevivência que se dar no cotidiano.

Os contextos rurais também suscitam reflexões sobre os processos de saúde-doença dos sujeitos, a partir da determinação social da saúde, envolvendo aspectos estruturais e de acesso

aos serviços de saúde, condições de trabalho e de vida, relacionais e de sociabilidade, simbólicos e de subjetivação, que marcam o território em que as pessoas vivem. Dessa forma, compreende-se a determinação social da saúde “como forma de apreensão das múltiplas determinações que incidem sobre uma realidade concreta e, conseqüentemente, sobre as condições de saúde de uma coletividade” (Dimenstein et. al., 2017).

Ou seja, quando analisados a determinação é perceptível o impacto desta sobre a saúde das populações e, em particular, dos indivíduos. Daí o cuidado de não reduzir o sujeito a um quadro de doença específica, sem levar em consideração o conjunto de aspectos implicados na produção da sua saúde (Garbois et. al., 2017).

Ao pensarmos sobre o contexto de zona rural nos deparamos com vários determinantes sociais de saúde que vão ficar visíveis ao longo do texto e que certamente se configuram como algo que causa impacto direto da vida dos sujeitos. Quanto à determinação social em saúde a percebemos por meio desse processo como um todo, levando em consideração todos os elementos que atravessam o sujeito e se conectam com sua saúde e bem-estar.

A pobreza é um atravessador considerado frequente nas populações que moram nas áreas de zona rural, que provocam vulnerabilidade e impacto na saúde mental. Podemos perceber isso através do trabalho excessivo, nas produções de roça onde anualmente é realizada a colheita de mandioca para a transformação em farinha de puba que tanto alimenta quem a produz, como também serve de produto para obtenção de recurso financeiro. A pouca remuneração do serviço citado; a falta de empregos que garantam estabilidade financeira; e ausência de benefício mesmo quando há necessidade cooperam para que as dificuldades financeiras estejam presentes nesse cenário. Algumas falas ajudam a ilustrar essa realidade:

“Se eu tivesse dinheiro acho que a gente teria ido fazer essa viagem. É um sonho que ficou para atrás eu ir a Brasília com eles”. (U1).

“Eu trabalhava de roça, todo dia, ia bem cedo, não sei como foi, mas eu sei que fui adoecendo de novo, ficando mais fina, o tempo passando. Me internaram de novo”. (U3).

“Então eu trabalhava demais, uma outra coisa que eu acho que prejudicou minha saúde foi porque, a gente tava numa crise naquela época, pior do que essa, ah não essa de agora tá pior, inflação altíssima”. (U1).

As falas acima ilustram algumas das demandas em relação a questão econômica, com por exemplo; o trabalho excessivo, o cansaço físico, a fome e a constatação do próprio impacto na saúde mental. É possível perceber o quanto estar instituído que a vida nas áreas de zona rural carrega o peso das poucas oportunidades de trabalho que reverberam na restrição quanto ao uso do dinheiro. Muitas famílias contam apenas com o trabalho da lavoura ou pesca e algumas situações o sistema familiar também dispõe do benefício previdenciário de algum dos familiares. A renda financeira é um grande atravessador na organização dos sistemas familiares, e quando um sofrimento psíquico se apresenta, tendo ou não uma ligação direta com a questão econômica, certamente a pouca aquisição financeira incidirá sobre o tratamento, o que fica presente nas seguintes falas:

“Condição financeira era pouca, a gente já não tinha e gastou tudo. A gente tinha pra comer, mas a gente ficou muito apertado. Eu não podia vender minha moto, foi difícil, mas a gente superou tudo. E usamos muito o particular.” (F3).

“Hoje eu não estou tomando os remédios, eu durmo bem, só sinto dor de cabeça ai eu tomo dipirona. Os remédios são caros, como que compra? Os que eu trouxe eu tomei tudinho”. (U3).

Como vimos nas falas acima, os recursos econômicos incidem sobre o tratamento do sofrimento psíquico grave nessas regiões, o que é notado por vários entraves, no entanto

podemos perceber através das famílias que foram entrevistadas o quanto a força instituinte opera, quando mesmo diante de várias limitações geográficas e econômicas, estas se movem para traçar outra realidade para o familiar adoecido. Buscando atendimento em outras cidades, custeando consultas e recorrendo a internação psiquiátrica, discussão que será realizada posteriormente. Assim, a baixa aquisição econômica da família de origem culmina em problemas – baixa escolaridade, dificuldade no acesso de oportunidades de trabalho- e posteriormente incide sobre a realidade que a família nuclear irá traçar.

A descrição realizada aponta uma questão transversal, pois a baixa aquisição financeira não é uma mera atribuição a quem não se esforçou, como se tenta comprovar através da meritocracia, ela revela problemas maiores em relação às condições externas tanto em relação às limitações como as possibilidades ofertadas pelo meio, e como apontamos também há reverberações sobre os recursos que a família poderá ou não ofertar aos filhos, os impactos causados também alcançam as questões que envolvem tratamento em saúde; locomoção aos serviços; manutenção desse tratamento, dentre outras questões. As famílias entrevistadas apesar de não se conhecerem traçaram agenciamentos semelhantes quando a questão envolvia buscar alternativas para manutenção dos recursos financeiros, como vamos observar do decorrer desta sessão.

O território físico em que os moradores estão inseridos incide sobre suas relações de trabalho, bem como suas relações de afeto. A zona rural não é tão somente um lugar demarcado geograficamente pelos mapas disponíveis a qualquer um de nós. Os sujeitos crescem nesses espaços tecendo encontros com o próprio território. As crianças escutam histórias de terror e lendas nos dias em que as pessoas mais velhas resolvem sentar-se na porta de casa; a concepção sobre os dias de chuva vem com experiência conquistada com o tempo; e a *casa de forno* onde a farinha é produzida não dispõe apenas de trabalhadores renumerados pelo dono da farinha,

mas é também um espaço de muitas conversas e risadas de quem doa um turno seu de trabalho pela consideração a um amigo, compadre ou vizinho.

Dessa forma, percebemos que o território não é tão somente um espaço de demarcação da terra, mas ele é também os vínculos ali produzidos; as histórias que quando contadas remetem a uma determinada época e as alegrias e percalços dela. O território abraça as pessoas e faz com que elas se sintam em casa, com que a paisagem sempre verde e o silêncio desses lugares também sejam a representação de seus lares.

Durante as visitas domiciliares que estão registradas nos diários de campo também percebemos que a questão financeira incide sobre tratamento a doenças de ordem física, como a realização de cirurgias e o acompanhamento a tratamentos que necessitam da atenção secundária. Pois apesar do encaminhamento acontecer via atenção primária, os pacientes e seus acompanhantes julgam ser difícil se manter longe de casa dado suas condições financeiras, limitação em relação aos transportes e preocupação com os que ficam em casa, mesmo que por pouco tempo, e em muitas situações abandonam o tratamento ou resolvem nem o iniciar.

Perceber durante as visitas que este atravessamento impossibilitará os pacientes de realizarem seu tratamento causa uma sensação de impotência, como se o nosso trabalho não tivesse a capacidade de sobrepor às barreiras socioeconômicas. Em determinadas visitas a orientação sobre a condução a ser realizada faz com o que paciente veja que é possível conseguir que sua necessidade em saúde seja atendida pelo SUS, no entanto em muitos casos apesar de toda nossa orientação e esforço para articular a rede, as questões econômicas batem na porta e falam bem alto.

Para Dimenstein et al. (2017) “é evidente que contextos de pobreza afetam negativamente na saúde. As políticas públicas, programas e ações não podem estar desconectadas dos aspectos sociais e econômicos da sociedade” (p.74). Dessa forma, ao se conectar com os contextos de zona rural é necessário também compreender como tem

funcionado o contexto econômico dessas famílias. Esquematizar uma estratégia de cuidado da qual a família não consiga se aproximar é na verdade não promover um cuidado efetivo.

Loureiro, et al. (2015) nos diz que “as características do contexto (onde os indivíduos nascem, crescem, trabalham e passam os tempos livres) influenciam os resultados em saúde mental das populações” (p.20). Assim, pensar sobre a saúde mental de uma determinada população é refletir sobre os enfrentamentos, sobre as dificuldades que se apresentam em seu contexto de vida. Na zona rural o acesso a transportes; lazer; e serviços de saúde são geralmente um grande desafio a estas populações que se situam distantes dos grandes centros e distante até mesmo da cidade a qual pertencem em território.

Dessa forma, os efeitos em relação à questão financeira também causa impacto sobre acesso aos serviços, para Magalhães et al (2022) as “barreiras socioeconômicas e culturais ligadas a população rural, como a falta de transporte em horário oportuno até a unidade de saúde, as longas jornadas de trabalho que impossibilitavam a procura pelos serviços de cunho preventivo e promocional” (p.6), bem como a procura pelos serviços somente de forma pontual são marcadores que fazem parte dos contextos de zona rural.

Apesar do enfrentamento constante à realidade de poucas oportunidades financeiras e da necessidade de que as políticas públicas sejam fortes e atuantes nesse cenário, raramente nos deparamos com indivíduos hostis, na grande maioria das visitas domiciliares somos bem recebidos e mesmo diante de problemas graves como necessidade de fazer alguma cirurgia; conseguir um benefício; ou de caráter afetivo como a saudade de um familiar que viajou, os moradores dessas áreas parecem resistir. Ora resignados, sem contestar, o que nos faz ver um analisador de como a população dessas áreas não questiona a ausência de políticas públicas efetivas que estivessem mais presentes nesses espaços, pois como bem sabemos estas são asseguradas em lei.

Certamente o que estamos descrevendo parece contemplar um espaço ainda com muitos entraves e dificuldades, o que nos faz refletir que se determinada parcela da população dispõe de muitos recursos e outra parcela vive com o mínimo houve uma falha nesse sistema, a utilização dos recursos e distribuição destes é visivelmente desigual. O Antropoceno termo utilizado para designar a era geológica que estamos vivendo afirma que esta é a era dos humanos, dessa forma, aumentamos nossa espécie e estamos por praticamente toda parte do planeta, evidentemente esta não é a única característica atribuída a esta era.

Para Alves (2020) “o Antropoceno representa um novo período da história do Planeta, em que o ser humano se tornou a força impulsionadora da degradação ambiental e o vetor de ações que são catalisadoras de uma provável catástrofe ecológica” (p.2). A ideia instituída de que o bem estar está ligado à utilização desenfreada dos recursos cooperou para o desmatamento; as queimadas; produção exacerbada de plástico; dispensa de lixo nos oceanos evidentemente caminha para o que o autor chamou de catástrofe ecológica.

Para a filósofa Donna Haraway (2016) falar em Antropoceno é na verdade falar em evento-limite, tendo em vista que para a autora a coisa mais sabia a fazer seria trabalhar para que este evento ocupasse o mais curto espaço de tempo, pois o extermínio que nossa espécie produziu em relação aos recursos naturais do planeta já não é mais tolerado sem grandes consequências. Assim a filósofa propõe a utilização do Chthuluceno, que não seria apenas o emprego de um conceito, mas que podemos chamar de um tempo/espaço onde pudesse acontecer “arranjos multiespécie ricas, que incluam as pessoas” (p.140).

Mas como fazer isto em espaços onde prevalece a concepção instituída de que a espécie humana está a cima da natureza? Como afirma Donna Haraway (2016) é preciso recompor e compor com as outras espécies terrenas. As forças instituintes que nos fazem entrar em contato com planos e buscar por coisas criativas podem cooperar com este cenário que não dispõe a

prioridade de um caminho ou uma receita pronta, mas que prioriza uma boa vida, enquanto dispomos dela, mas adiante retomaremos estas reflexões.

Compor com novas espécies como nos propõe a filósofa parece uma estratégia interessante em meio a concepção de que o ser humano é a espécie central desse planeta e que os demais seres podem ser dominados, desvalorizados e destruídos em prol do homem. Pelo contato através das visitas domiciliares percebemos que os moradores das áreas rurais na grande maioria de suas práticas buscam respeitar a natureza, pois sabem que a colheita vem dela e que passos de destruição tem consequências imensuráveis. É necessário que nossa espécie aprenda a compor com as espécies que partilham esse planeta conosco.

O cenário da zona rural e os entraves já apontados também refletem na não realização de muitos sonhos, e na mudança de planos que também sofrem alteração quando o sofrimento psíquico grave se apresenta. Para Alves e Dayrell (2015) as condições econômicas incidem sobre a vida dos indivíduos e “tais condições podem, sim, produzir efeitos perversos, ceifar sonhos individuais e comprometer o próprio desenvolvimento social, por não oferecer igualdade de condições e oportunidades e por não proporcionar a todos o mesmo ponto de partida” (p. 380).

“Mas meu sonho era passar no concurso do estado, aí eu teria dinheiro, se eu tivesse saúde e com dinheiro e comprando um carro ficava melhor pra fazer nossa viagem”. (U1).

“A rotina mudou bastante, eu tive que ficar mais tempo com ele, eu não podia sair e tinha que ter muito cuidado com ele. Como se fosse uma criança. A convivência mudou totalmente por que eu tinha que tá sempre ali”. (F3).

Assim, precisamos ressaltar de forma respeitosa os sonhos da população que mora na zona rural, muitos migram para os grandes centros por desejarem realizar um trabalho distinto

daquele que é ofertado no contexto em que nasceram, viajam também com o sonho de ofertar um conforto para seus familiares. As metrópoles por serem espaços físicos diferentes do que a população do campo estar acostumada exige destes uma adaptação. É evidente o preconceito quando um novo nordestino se apresenta nesse espaço urbano, sujeito esse que precisa contar com a sorte de achar pessoas que não tenham em si cristalizado a exclusão e que pela força instituinte sejam receptíveis a um sotaque diferente do seu, a modos de agir e se comportar próprios de quem se relaciona com a terra com respeito e de quem aprendeu na convivência diária a ser solidário com quem está próximo.

Nascimento et al. (2017) fazem reflexões acerca do que foi descrito acima, para os autores, no país “essa transformação espacial ocorreu tanto pelo êxodo rural provocada pela industrialização no Sudeste quanto pela modernização tecnológica e conservadora que chegou aos campos a partir, principalmente da década de 60, alterando significativamente a distribuição da população no território brasileiro” (p.3). Portanto, apesar de ser um fenômeno que acontece há muitas décadas, ainda presenciamos resquícios dessa lógica nas cidades de pequeno porte.

Também podemos refletir sobre as poucas atividades destinadas ao lazer na zona rural, dessa forma os indivíduos cuidam de suas tarefas, com a terra, com a criação de animais, cuidam dos filhos e parece não haver agenda para atividades que sejam totalmente destinadas ao lazer, para além das atividades que eles são convocados a realizar. No entanto há lugares em que as famílias se localizam perto de açudes, estes se tornam uma fonte de lazer, em muitos casos até para as crianças.

“Trabalhávamos demais, não tinha lazer, era uma correria muito grande. Esse aqui (filho) também teve problema de saúde, foi aquela correria com criança”. (U1).

Outra questão atribuída a aspectos da zona rural é o difícil acesso que os sujeitos enfrentam em relação a níveis de escolarização. De acordo com Pereira e Castro (2019) o Brasil

buscou ao longo desses anos desde a década de 1930 se organizar para que houvesse um desenvolvimento em todos os setores do país, no entanto a educação é um dos pilares que menos atingiu um patamar de igualdade por todo o território, os autores citam os notório avanços em relação ao aumento de estabelecimentos de ensino e melhoria no tocando a qualidade do próprio ensino, mas ressaltam que o “acesso às instituições de ensino e a qualidade do serviço não são uniformes no território brasileiro. Existem diferenças significativas entre regiões, estados e municípios. Possivelmente, a diferença mais marcante é verificada entre os indicadores educacionais dos meios rural e urbano” (p.63).

Os autores Nogueira e Silva (2022) apontam de acordo com a pesquisa que realizaram que a maior taxa de defasagem escolar estar entre os alunos moradores das áreas rurais do país, isto em relação ao ensino fundamental. E pontuam que “apesar da maior democratização do acesso à educação básica no Brasil, os estudantes moradores de áreas rurais estão em desvantagem em seus percursos de escolarização em relação aos moradores de áreas urbanas” (p.4).

França (2021) nos dar outro dado para ilustrar essa desvantagem em relação ao ensino da população urbana e a rural, ao descrever que em 2012 já era preconizado a quantidade de 8/9 anos de estudos no ensino fundamental, no entanto “a população urbana com 15 anos ou mais de idade atingiu 8,4 anos de estudo e, a população rural, 5,1 anos” (p.16). O que demonstra que os estudantes das áreas interioranas não estavam concluindo a etapa do ensino fundamental.

Dos três participantes da pesquisa que apresentam sofrimento psíquico grave, dois não haviam concluído o ensino fundamental, executando trabalhos no campo (produção de roça) e trabalho na construção civil, ressaltando que ambas as funções ficam suspensas quando a crise surge, a outra participante concluiu o ensino superior na Universidade Estadual do Maranhão por meio do descolamento de alguns dos cursos para as cidades de pequeno porte do Estado,

uma grande conquista e vitória carregada de esforço e luta presentes em cada menção que ela faz sobre as dificuldades para concluir o curso.

“Eu queria fazer UNB, como era difícil para eu passar lá, eu pensei em fazer a UEMA aqui, aí eu fui fazer essa alfabetização em Caxias-MA, aí lá foi minha primeira crise, lá minha tia não aceitava sair, aí era só casa e estudo, era só igreja, casa e estudo. Eu fui criada nessa rigidez”. (U1).

A não conclusão das etapas escolares por parte de alguns moradores de áreas rurais amplia a desvantagem em relação à oportunidade de trabalho e reforça o estigma instituído de que todas as pessoas destes contextos não tem escolaridade por preguiça, falta de esforço, sugerindo que as interferências vividas pelo sujeito em nada atrapalham sua relação com os estabelecimentos de ensino, quando na verdade compreendemos que ao longo do tempo os atravessamentos contribuem com a própria relação do sujeito com seu contexto.

Durante muitas visitas domiciliares cuja memória resgato por meio dos diários de campo, reflito como a instituição Educação atravessa os sujeitos e potencializa distintas concepções desde aqueles que julgam que os estabelecimentos de ensino não são para si, pois são mesmo “ignorantes”, na grande maioria desses sujeitos o que se apresenta é uma grande sabedoria e conhecimento sobre o mundo. Do outro lado temos jovens que buscam romper com a estigmatização que nordestino “não sabe de nada” e à custa de muito esforço chegam às universidades públicas e fazem a diferença em suas áreas de estudo, filhos de lavradores que não tiveram a oportunidade de concluir as etapas de ensino.

A instituição Educação estar presente em muitas falas das pessoas que moram no campo e que mesmo não tendo tido acesso ao ensino, incentivam seus filhos para que possam estudar. Em certos casos as crianças e jovens abandonam a escola porque precisam também ajudar com as tarefas do campo no período das roças. O cheiro da mandioca impregna nas mãos, e assim

os jovens relatam sentir vergonha de ir à escola durante esse período de colheita e produção da farinha, mesmo quando estes se esforçam é possível constatar nas escolas da zona rural um período de baixa nas frequências durante a colheita da mandioca. O que se configura como um analisador de que os jovens da zona rural precisam se esforçar mais ainda para conciliar apoio a família e estudo.

Ao refletimos sobre atravessamentos atuais sobre as condições de vida nas áreas rurais também podemos traçar um olhar sobre as consequências da pandemia por covid-19, ressaltando o recorte sobre o espaço ao qual a pesquisa se realizou. Durante os primeiros meses da pandemia foi possível perceber que o atendimento psicológico nos postos que geralmente contava com um número maior de mulheres passou a ter uma frequência também de homens com quadros de medo e angústia associados à pandemia; ao medo da morte; e do que esperar diante da situação em que todos nós estávamos inseridos.

A concepção já instituída na zona rural de que a vacina salva e evita uma série de doenças se configurava como algo consolidado, no entanto as diversas falas proferidas pelo atual governo federal: de que não teria dado tempo fazer uma vacina confiável; que as pessoas que tomassem a vacina poderiam desenvolver problemas, certamente cooperou para que a houvesse um descrédito em relação a tecnologia imprimidas nas vacinas. É possível dizer que havia muita confiança nas vacinas, pois os profissionais das ESF's conseguiram alcançar as metas traçadas de acordo com a quantidade de habitantes da população.

No segundo ano de pandemia as falas durante algumas visitas domiciliares realizadas pela equipe do NASF também tinham a preocupação de falar sobre a importância e eficácia das vacinas, dessa forma realizamos um trabalho que jamais havíamos pensado que seria necessário, tendo em vista o avanço em relação à concepção e procura das vacinas pelos moradores de cidade de pequeno porte. Assim, foi necessário produzir novos agenciamentos frente à onda de falsas informações e fortalecimento do negacionismo da ciência, fizemos isso

por meio das visitas e diálogo aberto sobre o próprio avanço do SUS e da organização do próprio sistema para a garantia do direito à saúde.

Por meio das forças instituintes foi possível produzir uma intercessão onde os usuários(as) das unidades de saúde começaram a refletir e recordar o quanto as vacinas acompanharam o desenvolvimento das crianças até a fase adulta promovendo uma proteção em relação a muitas doenças, e o quanto seria imprescindível que a população pudesse tomar a vacina para que a proteção acontecesse de forma coletiva, afinal estávamos diante de vírus com característica de alta transmissão.

Para Mascaro (2020) a crise vivida nesse período de pandemia por covid 19 não é apenas uma questão atrelada a saúde por se tratar da transmissão de vírus e uma quantidade gigantesca de óbitos por dia, mas é sobretudo uma crise que passa pelo modo de produção capitalista, uma vez que determinada parte da população pode ficar em casa e se proteger do contato excessivo, enquanto outra parte da população precisa trabalhar todo dia, fazer uso de transporte coletivo o que aumenta as chances de transmissão e dividir espaços de moradia bem pequenos, assim como quem enfrenta o problema ainda maior que é não ter a moradia. Problemas que não vieram com pandemia, mas que ela deu ainda mais visibilidade. Na cidade em que a pesquisa foi realizada o governo do Estado mandou cestas básicas para a população numa tentativa de minimizar as necessidades das famílias que recebiam auxílio, tal assistencialismo cumpre uma necessidade imediata, mas evidentemente não dar conta do problema.

Em relação à instituição Educação que permeia a vida dos sujeitos, era difícil conseguir falar logo de imediato qual seria as consequências provocadas pela pandemia que de pronto tirou os estudantes do modo presencial e os encaminhou para as aulas remotas, circunstância que também revelou problemas sociais, pois como seria possível aulas remotas para quem não tinha internet em casa e computadores disponíveis, e nos lares que tinha um computador como dividi-lo entre crianças e jovens. Os profissionais da educação se viram diante de um grande

desafio, com agendas e metas organizadas para o ano todo tiveram que se reinventar produzir agenciamentos que garantissem a inclusão de todos os estudantes, o que não foi possível garantir em todas as realidades em especial nas áreas mais afastadas das cidades pequenas.

No tocante à saúde mental podemos dizer que houve um aumento de atendimentos psicológicos de jovens durante 2022, com queixas de dificuldades escolares, tais como; acompanhar as disciplinas; se sentir capaz de compreender novos assuntos; bem como dificuldades também no contato interpessoal; recorrência de crises de Ansiedade no próprio espaço escolar. Evidentemente, não se pode apontar estas como as únicas consequências da pandemia no ambiente escolar, mas podemos afirmar que estas são algumas das mais percebidas atualmente.

Dessa forma, o coronavírus além de um problema de saúde se tornou um analisador de muitas instituições que nos atravessam e de aspectos que já estavam presente na sociedade como a própria divisão causada pelo capitalismo. Os desafios que foram se apresentando ao longo da pandemia demonstraram o quanto estamos diante de uma crise social. Foi possível perceber que uma boa parcela da população defendia que as pessoas seguissem trabalhando em vista da economia do país, assim, as vidas vinham por último, o importante seria manter a economia funcionando, estávamos, portanto diante do valor instituído pelo capitalismo, que a economia e a manutenção dos mais ricos estar a cima das vidas com menos ou quase nenhum poder aquisitivo.

As populações da zona rural também lidam com dificuldades em relação à garantia de direitos sociais, vinculados as possibilidades de bem-estar do sujeito, como sabemos a garantia da saúde faz parte do tripé da seguridade social, e estar prevista no artigo 196 da Constituição Federal. De acordo com Neto (2005) a previdência social importante órgão, em relação ao provimento de garantias sociais, viabiliza “o benefício auxílio-doença que surge como um instrumento específico que visa garantir a proteção social do risco social da incapacidade para

o exercício do trabalho, permitindo que os entes protegidos, os indivíduos, possam desenvolver sua condição humana com dignidade” (p.7).

“Tentaram ajeitar o benefício para mim, mas não deu nada certo, papai pagou minha consulta de 200,00, mas não deu nada certo. Aí foi indo. O doutor me deu papel ai ganhei quatro meses na perícia, mas depois parou, mas ninguém ajeitou mais”. (U3).

“Ai ela foi pra Tutóia-MA com o irmão pra pegar a parcela do filho, já não tinha dinheiro ai teve que dar entrada de novo, ai ela já chegou alvoroçada”. (F6).

“Acho ruim que ela não tem o benefício, passa até mal de fome isso que eu acho errado”. (F6).

“Sem benefício aí não dar, 5 filhos, meu marido trabalha de roça, até a doutora disse que eu preciso do benefício para comprar meus remédios”. (U3).

As falas citadas revelam o cenário de tentativas para se conseguir o auxílio-doença, e a desistência em relação a não obtenção deste auxílio, ou corte do mesmo. As famílias da zona rural se deparam com dificuldades em relação à distância geográfica dos órgãos públicos onde se requer o pedido do benefício, esse dado aliado a pouca condição financeira para investir em passagens, comida, busca de laudo médico provocam a desistência em relação ao benefício. O que reverbera na falta de recurso para comprar a medicação; na alimentação que sofre uma restrição obrigatória. Muitas vezes, quando o familiar adoece e não consegue desenvolver um trabalho, ele ainda necessitará dos cuidados de outro familiar que também diminuirá suas atividades em prol daquele que necessita de cuidados, comprometendo mais ainda, a renda familiar.

As famílias de origem buscam ajudar a família nuclear com os alimentos que dispõe, ou cuidado das crianças pertencentes a família durante determinado tempo, em algumas circunstâncias as crianças são adotadas por familiares próximos, como estratégia de apoio ao

familiar que apresenta sofrimento grave. No entanto, a própria comunidade em que a família estar inserida reforça o estigma em relação à loucura desvela o preconceito, através da exclusão e da manutenção de concepções manicomiais, que em nada buscam inserção social.

“Meu filho mais velho mora em Tutóia, com minha avó, ele não é bem sadio”. (U3).

“Aí levamos as crianças lá pra casa. Ai levamos ela pra igreja e ela foi melhorando. O pastor fez as orações nela”. (F6).

“Outra questão foi o preconceito que foi muito grande. Meu marido também percebeu a diferença, ninguém chamava mais meus filhos pra aniversário e ainda criticavam meu marido”. (U1).

“Uma dificuldade é as pessoas entenderem, a parte difícil foi isso, e até eu entender também que era diferente. Tem muita gente que entende, mas muita gente não entende e fica cada qual na sua. E ninguém tem o direito de ficar perto e ajudar mesmo não. Nosso mundo é assim. As pessoas tinham que ser mais humildes”. (U2).

Analisamos, então que a instituição familiar não é dotada sempre de posturas excludoras e que em meio às condições de vida que aqui citamos elas buscam estratégias de apoio, como o cuidado com as crianças do sistema familiar, o apoio em relação à busca de benefícios, ajuda com a administração da medicação, dentre outras estratégias que vão surgindo e revelando forças instituintes. Mas como percebemos determinados membros da família escolhem fortalecer o estigma em relação ao sofrimento psíquico e assim configuram a parte da família que causa segregação.

Como lidar com a diferença? Essa parece ser uma questão que atravessa a humanidade há muito tempo. Certamente a exclusão foi a resposta, durante anos, para esse questionamento. Excluir, segregar e isolar foi sem dúvidas a pior resposta que nossa espécie deu ao sofrimento psíquico. Hoje buscamos ultrapassar essa barreira, e reconhecemos que muito ainda precisa ser

feito tanto a nível macro, como a nível micro, pois são, sobretudo nossas relações diárias que podem iniciar essa superação.

Uma questão muito significativa para a população do campo é o apoio social, para Ximenes et al (2020) o estudo sobre o tema é importante e tem crescido, sua relevância compreende a necessidade de fazer ver a vulnerabilidade presente em vários contextos por todo país. Para Meneses (2010) o apoio social, é muito utilizado pelas comunidades, pois estas através dos laços produzidos encontram sentido para a superação de dificuldades que se apresentam no cotidiano desses sujeitos.

Para Cirilo Neto e Dimenstein (2017) o vínculo e o afeto são ferramentas de manutenção para o próprio apoio social dentro das comunidades, os autores ainda pontuam que “diante das condições de pobreza e vulnerabilidade que afetam as populações rurais, as redes de apoio podem se expressar como mecanismos de enfrentamento às condições adversas de vida, bem como de proteção social” (p. 471). Dessa forma, as redes de apoio social se configuram como uma importante estratégia para os moradores de áreas rurais.

Percebemos que o apoio social é presente na maioria das comunidades com quem temos contato, pois estas se fortalecem e apoiam umas às outras diante de dificuldades, no entanto quando o sofrimento psíquico grave se apresenta nem todas as famílias contam com essa rede de apoio, e em várias ocasiões vão buscar os recursos necessários para seu familiar, sem retaguarda comunitária.

O fator geográfico também coopera como isolamento que algumas famílias enfrentam devido às suas casas estarem localizadas distantes das demais, ou seja, estas famílias na maioria do tempo convivem apenas com os familiares de seu sistema. Dificultando assim, que o apoio social vindo da comunidade chegue até elas. Os participantes da pesquisa ressaltaram falas em relação ao estigma da loucura, e revelaram o pouco apoio social do qual dispuseram, sendo

presente em todos os casos o apoio ofertado pela família de origem no enfrentamento em relação ao adoecimento.

Até aqui buscamos apresentar algumas condições *de vida* que emergiram do encontro com os participantes da pesquisa. Outra grande marca da relação entre usuários(as) das regiões de zona rural e a garantia da saúde é a dificuldade em relação ao acesso limitado às ofertas de saúde, implicadas nos processos de adoecimento. Para Magalhães et al (2022) “entre os problemas que cooperam para dificuldades na qualidade da saúde estão, além do baixo investimento, a grande extensão do território e a dispersão populacional. Esse cenário contribui para que a quantidade de ESFs no campo seja baixa (p.3). O que certamente acarretará problemas quanto a resolução das demandas que vão surgindo.

Como podemos ver até aqui, o trabalho com a população da zona rural não é uma mera colocação das práticas que aprendemos na graduação, pois é um trabalho que nos convida a pensar que instituições atravessam estes usuários de que maneira isso chega também a nós profissionais, e assim de que maneira nossa implicação se dar no campo do trabalho, pois como diz Monceau (2008) mesmo que sejamos críticos ou não de nossa ação, há uma certeza e esta é de que estamos implicados.

“A vida que insiste”, não é uma história simples, de superação e mudança total da realidade em se estar inserido, ela é uma expressão de resistência, de luta constante que se dar desde os planos em relação à colheita e plantio até a reorganização frente ao sofrimento psíquico grave. A vida vai insistindo ganhando brecha em meio aos desafios, e respirando em meio às pequenas alegrias. A vida na zona rural não é só sofrimento e limitação, ela também é silêncio, calma e experiência que se constroem no dia a dia, nos encontros ora difíceis, ora potentes. O povo que reside merece ser respeitado em sua singularidade e evidentemente também merece ser contemplado em relação à garantia de direitos.

A seguir faremos reflexões sobre como as famílias se organizam em torno do sofrimento psíquico grave, que forças instituintes e instituídas fazem parte dessa esfera, e assim como os sistemas familiares lidam com o fenômeno da crise psíquica e quais atravessamentos estão presentes nesse contexto.

4.2 “Nós estamos no meio da mata”: a experiência de usuário e de familiar da saúde mental no contexto de zona rural

Uma permanente inquietação em relação ao trabalho em saúde mental é como fazer com que os encaminhamentos possam acontecer de forma célere e de acordo com a necessidade de cada usuário. Durante a rotina de minha prática de serviço que me permite encontrar com as famílias e usuários de saúde mental eu me questiono constantemente em como prestar cuidado a usuários que apresentam crise psíquica grave na zona rural, pois a distância dos serviços de atenção secundária é uma grande barreira para que nosso trabalho possa funcionar em rede, e diariamente me deparo com limitações dessa ordem que me fazem refletir sobre meu próprio fazer enquanto trabalhadora da atenção básica.

A seguir, apresentamos pontos sobre a experiência do sofrimento psíquico grave nos espaços distantes dos grandes centros, sobre o encontro dessas famílias com as equipes de saúde, refletindo sobre as instituições que compõe esse cenário, e seus diversos atravessamentos.

Ao longo da história como já descrevemos a relação loucura/família/ usuário passou por transformações que certamente vão de um polo a outro, pois a família já se configurou como a principal culpada pelo sofrimento do seu familiar, e no Brasil com a emergência da Luta Antimanicomial essa família passa a ser vista como ator político dentro do projeto que visa ofertar acolhimento e inserção social a cada usuário de saúde mental. No encontro com as famílias percebemos que os relatos sobre o início dos sintomas emergiram em muitas falas.

“Foi muito triste, na primeira crise dele, ele não reconhecia o pai, ele ficou muito agressivo com o pai, o pai chegava e ele já saía, mas a gente entendia que não era por que ele queria”. (F4).

“Quando a gente tava na casa velha da vó a mãe queria sair, queria ir na rua, ai eu lembro do tio segurando pra ela não sair, mas depois ela tentava sair, então não entendia, por que embora a mãe fosse alterada com todo mundo, ela não era alterada com a gente, mesmo ela estando em crise, ela não brigava com a gente”. (F3).

“A família mais próxima ele não aceitava perto, ajuda ele não aceitava. Foi bem difícil para mim, ele me apedrejava bastante, não que ele quisesse, mas ele tentou me afastar de várias formas, mas eu insisti pra ele não se acostumar comigo longe dele.” (F5).

As falas demonstram uma rejeição por parte do usuário aos familiares mais próximos, embora estes permaneçam tentando ofertar algum apoio, em alguns cenários essa realidade muda um pouco depois do início do tratamento e utilização da medicação. Em alguns casos quando a crise se apresenta novamente, os familiares tornam a sentir-se mal devido a palavras e atitudes que ressaltam o incomodo que os usuários deixam ecoar na presença desses familiares mais próximos.

Os autores Borba et al (2011) realizaram uma pesquisa sobre a dinâmica familiar e os transtornos mentais e dentre muitas reflexões que fizeram ressaltamos a de que “a família, ao vivenciar uma doença, experiência um processo de crise que pode ocasionar desentendimentos e tornar a convivência tensa” (p.445). Dessa forma, o surgimento dos primeiros sintomas desencadeia conflitos, discussões e sentimentos de tristeza e impotência.

Um dos principais estigmas ligados aos transtornos mentais é a presença de agressividade na postura dos usuários quando estão em crise psíquica, ressaltamos que nem sempre os usuários agiram assim ou tem o pleno domínio de suas ações. Assim, percebemos

que vínculos se fragilizam quando o usuário apresenta agressividade, dessa forma, familiares que eram os principais cuidadores delegam sua função para outro familiar e evidentemente essa estratégia causa sofrimento, mas em algumas circunstâncias ela é necessária.

“Ela ficava agressiva, uma vez ela pegou e socou a mão em mim, se ela tivesse um pau tinha me matado, parece que a mente dela fica fraca, muito agressiva.” (F6).

“Quando eu voltei pra casa eu comecei a piorar, a quebrar tudo, os vidros da casa. Ai eu lembro que chega meu pai e também tinha um monte de gente lá em casa, e eu estava quase pelada da rua e ele estava trabalhando. E meu marido falou pro pai: a partir de hoje eu não fico mais com sua filha por que eu não aguento mais, não dar mais.” (U1).

Os relatos acima descritos foram feitos em meio a lágrimas, silêncios e sofrimento. E ao reportá-los tenho a certeza de que as marcas do sofrimento psíquico não se apagam de maneira simples ou com o tempo, mesmo que muitos anos tenham se passado desde o aparecimento dos sintomas. Percebemos que a desestabilização presente nas crises coopera para a ideia instituída de que aquele sujeito permanecerá nesse quadro agudo de agressividade e de incapacidade de autocuidado. Ao retomamos a fala de Silva (2010) podemos dizer que a compreensão da crise como um processo composto pela pré-crise; a crise; e pós-crise sugere que o sujeito sairá da fase mais aguda (crise) e poderá com suporte e acompanhamento se reorganizar.

Os usuários vivem uma transformação em seu contexto familiar após os primeiros sintomas, e após o surgimento das crises. Em alguns cenários a família nuclear foi desfeita e esse usuário volta a morar com sua família de origem, às vezes isso acontece temporariamente, às vezes essa estratégia se torna realidade concreta. Nesses relatos, percebemos o quanto os participantes acreditam que poderiam ter vivido outra história se o sofrimento psíquico não tivesse sido tão grave e avassalador, ou se a possibilidade de tratamento estivesse posta de forma

clara e disponível a estes. Notamos uma questão transversal, pois a experiência do usuário não se limita a descrição daquele determinado diagnóstico, mas cada história relatada leva em si a maneira como a família reagiu aos sintomas, bem como a oferta ou ausência de cuidado pelas equipes de saúde.

A comunidade a qual os sujeitos estão inseridos também recebe de alguma forma o sofrimento psíquico, e isto tem muita relação com a cultura desse próprio espaço, de acordo com Sevalho e Dias (2022) o psiquiatra martinicano Franz Fanon já nos apresentava a relevância de compreender a cultura em que o sujeito estava inserido como peça-chave para entender aquele sofrimento e para a oferta de um tratamento. Percebemos que as reações no meio de inserção social dos usuários não são estáticas e de caráter negativo em sua totalidade, mas que elas transitam entre esses dois lugares.

Uma das participantes da pesquisa relata que após o diagnóstico de bipolaridade e as crises recorrentes seus filhos deixaram de ser convidados para eventos sociais; outro participante disse que parentes mais distantes começaram a lhe evitar e a não frequentar a casa do seu pai; na contramão desses primeiros relatos a mãe de uma das usuárias nos relata que na volta da internação psiquiátrica o pastor da sua igreja recebeu muito bem sua filha, fez orações por ela e sempre a convida para as celebrações religiosas. Assim, compreendemos que há relações de preconceito e exclusão em relação ao sofrimento psíquico nas áreas de zona rural, no entanto estas não estão instituídas como regra geral em todos os encontros que estes sujeitos vão produzir. E que as forças instituintes cooperam para que novas formas de se relacionar com o transtorno mental possam encontrar espaço nas áreas rurais.

A maneira como as relações vão sendo tecidas e apresentadas até aqui nos faz lembrar sobre o que Donna Haraway (2016) propõe ao falar sobre a possibilidade de “fazer parentes”, para a filósofa tal feito não consistiria em ter necessariamente filhos, ou manter contato apenas com nossa árvore genealógica, mas seria produzir relações de gentileza com humanos e não

humanos, bem como estender o cuidado a pessoas que não compartilhassem dos mesmos laços sanguíneos.

A proposição da filósofa se faz algo fundamental diante das questões que foram sendo colocadas, pois dentro das comunidades os sujeitos vão produzindo “parentes” que certamente passam a se configurar como um grande apoio frente às dificuldades que vão se apresentando. Como foi citada, a rejeição que muitos usuários fazem a seu familiar gera um grande desconforto e quando estes familiares encontram possibilidade de cuidado isso lhe fortalece, assim como os próprios usuários também conseguem produzir relações de proximidade com pessoas que não fazem parte da família de origem.

O fazer “parentes” encontra resistência em ambientes onde as pessoas se recusam a serem gentis e cuidadosas com quem não faça parte de sua árvore genealógica, e por vezes o cuidado também não é estendido à natureza – aos rios, a mata e aos animais silvestres- compreendendo essa como algo distante da existência humana. A zona rural por vezes, já utiliza o “fazer parentes” em seu dia a dia, nas relações gentis de apoio mútuo, mas compreendemos que estas relações podem ser potencializadas e assim, se tornarem grandes fortalecedoras de atenção e cuidado entre nossa espécie e as demais espécies que nos rodeiam.

A relação entre os membros da família se constrói no cotidiano de suas tarefas, na partilha com as preocupações que surgem, e nos novos projetos –reformas, plantio de alimentos- dentre outros. Quando o adoecimento surge seja de ordem física ou emocional há uma mudança na dinâmica das famílias, que às vezes demonstram todo seu empenho para ajudar e apoiar o familiar, mas que também se sentem cansadas e desmotivadas quando os sintomas não regridem, ou até mesmo quando se trata de uma condição de limitação física.

A culpabilização é algo muito compartilhado na relação família/usuário. Para Borba et al (2011) os sentimentos de culpa são bem aparentes e podem ser percebidos pelo questionamento realizado pelas famílias; sobre onde erraram e o porquê não conseguiram

perceber diferenças no comportamento do familiar. Como apresentamos em outro momento dessa escrita, a crise se dar em processo e durante a pré-crise já há indicativo de que algo não está bem, como um possível retraimento, mudança de hábitos, todavia as pessoas próximas julgam esses comportamentos como aceitáveis, e assim, quando há eclosão da crise o familiar se assusta e começa a refletir que o usuário já vinha dando sinais (Nepomuceno, 2012).

As famílias participantes da pesquisa apresentam certo sentimento de culpa em relação à dificuldade de conseguir tratamento, e em relação aos recursos financeiros limitados, o que causa decepção. No tocante a busca de consultas em outras cidades, e a tentativa de conseguir o benefício de saúde também é perceptível um grau de desapontamento quando estes não são alcançados. As famílias são atravessadas por sentimentos de decepção e impotência frente à necessidade de tratamento do seu familiar.

Um termo muito recorrente tanto capitado pela postura como por certas expressões é a sobrecarga vivida pela família cuidadora de pessoa em sofrimento psíquico. Para Eloia et al (2014) a expressão sobrecarga familiar apresenta a seguinte definição: o impacto e as mudanças vivenciadas no contexto familiar a partir e tendo como centro a relação com o sofrimento psíquico, alterações que podem ser desde as emocionais até as econômicas como apresentamos no primeiro bloco dessa escrita.

Os autores Lemos et al (2022) fazem importantes reflexões sobre a sobrecarga familiar, para eles “os familiares apresentaram elevada sobrecarga subjetiva relacionada à supervisão de comportamentos problemáticos (autoagressão, mudanças de comportamento/comportamento suicida), ao peso dos gastos financeiros e ao impacto das preocupações com seu familiar adoecido, principalmente em relação ao seu futuro” (p.5612). Tais preocupações são recorrentes e presentes também nos contextos de zona rural, pois a família muda sua dinâmica em prol de promover cuidado aqueles que se encontram dependentes naquele momento.

Sobre a sobrecarga familiar faço memória a duas visitas registradas nos diários de campo, sobre familiares que se tornaram o cuidador principal de seu sistema familiar. A primeira em relação a uma mãe que viu seu jovem filho deixar o emprego em uma cidade urbanizada e voltar para a zona rural, com comportamentos retraídos, preocupação exacerbada com a higiene; e isolamento social quase que total. Além do cuidado ao jovem, a mulher também cuida do marido que teve as duas pernas amputadas devido a complicações da diabetes. Ela trabalha meio expediente como auxiliar de limpeza de uma escola e precisa dar conta desse trabalho do cuidado com o marido e do filho que se recusa a aceitar qualquer cuidado de outro familiar.

Em nosso segundo registro também temos uma mulher de meia idade que não se casou, não teve filhos e a principal cuidadora da irmã que apresenta sofrimento psíquico desde a adolescência, ela também cuida do pai que é cadeirante, e de um sobrinho pequeno, cujos pais moram na capital do estado. A cuidadora em questão dorme pouco, pois o pai passa a noite lhe chamando, também se preocupa muito com a irmã que às vezes sai de casa sem falar aonde vai, tira a roupa em espaços públicos e se recusa a voltar para casa. A mulher nos relata sua história com uma fala baixinha, ao final percebo uma lágrima e a seguinte expressão: “mas é assim mesmo”.

Esses dois registros fazem perceber que as mulheres estão nesse cenário como cuidadoras e reforçam a existência da sobrecarga no dia a dia, na repetição das tarefas que precisam cumprir, na solidão ao ofertarem estes cuidados, pois geralmente dispõe de pouco apoio. Os encontros que tivermos com estas mulheres também revelam outro atravessamento: o de resignação em relação à realidade em que se encontram, por saberem que os sintomas do usuário estarão sempre por perto e de que a crise é uma possibilidade diante desse contexto. Como notado o status de cuidadora geralmente é dirigido a uma única pessoa, sem que haja

uma espécie de rodízio em relação às tarefas a serem cumpridas, por isso o cenário em muitos casos é realmente de total sobrecarga.

A questão do cuidado atribuído as mulheres é uma questão que se transversaliza com distintas realidades e com uma concepção instituída e difundida pelo patriarcado que das mulheres se espera o trabalho doméstico, o cuidado com os filhos, e zelo com os enfermos. Apesar de mudanças nesse panorama ainda é muito presente os discursos que caracterizam a mulher como principal responsável pelo cuidado aos membros da família.

No que se refere ao cuidado que as famílias da zona rural ofertam é evidente que este tem acontecido sem a retaguarda dos serviços, e mesmo cansadas buscam estratégias para lidar com o usuário, que em algumas situações se nega a ir a uma consulta, se nega a tomar medicação, ou mesmo tomando, apresenta episódios de automutilação e ideação suicida o que geralmente preocupa a família ainda mais. A Política Nacional de Saúde Mental considera as famílias como importantes aliadas na oferta de cuidado como verão no bloco a seguir. De acordo com Guilherme (2016) “A família passa a ser considerada importante parceira dos novos serviços e dos possíveis espaços de cuidado, passando a ser concebida como necessária e aliada na atenção terapêutica inclusiva” (p.30). Conceber as famílias com imprescindíveis não é delegar a elas a única instituição de cuidado.

As falas a seguir ilustram o quanto as famílias se esforçam para apoiarem seu familiar desde o surgimento dos primeiros sintomas até a confirmação de um diagnóstico, bem como o processo que envolve as crises.

“Quando ele tá com alguma dificuldade, estresse, eu vou conversando com ele, as vezes chamando a atenção dele em algumas coisas, por que se eu deixar ele fazer tudo que quer é ruim pra ele, mas eu tô sempre apoiando ele, com carinho e atenção”. (F5).

“Hoje com os meninos maiores é mais fácil, eu não preciso tá tão presente. Eu faço os agendamentos com o médico, quando eu percebo que há necessidade, mas eu converso primeiro com ela e tento convence - lá e quando consigo eu faço o agendamento.” (F2).

“Ajudo a cuidar dela, banhar ela, lavar a roupa dela, dar comida pra ela. Dar os remédios dela”. (F6).

Em pequenas estratégias notamos como as famílias tercem por meio de forças instituintes um caminho mais confortável para seu familiar, seja através de atitudes de carinho e demonstração de amor, seja através dos atos concretos como ajudar na gestão da medicação, e no cuidado com a higiene. Também notamos estratégias em relação a promover cuidado pela parceria com outros familiares, com espaços religiosos como igrejas e terreiros de candomblé.

Dessa forma, as famílias da zona rural distantes dos serviços de saúde como de outros serviços públicos dispõem de pouca assistência. Para Guilherme (2016) a rede de atenção psicossocial, fundamental peça da Reforma Psiquiátrica precisa traçar um trabalho em corresponsabilidade com as famílias, uma vez que os usuários estão totalmente inseridos em seu contexto familiar.

Os autores Ferreira et al (2019) ao pensar sobre o lugar da família no contexto de cuidados em saúde mental, pontuam que esta é vista por muitos profissionais como a aquela que prover e reforça o sintoma do paciente, portanto a volta deste ao sistema familiar coopera com a agudização das crises. Em outra reflexão os autores elucidam a ideia de que ao conceber que o ambiente familiar estar adoecido, também se deve reconhecer que este precisa de cuidados que podem ser fomentados pelos serviços de saúde, dessa forma compreender as nuances e organização de determinado sistema familiar ajudaria a equipe de saúde a cumprir a própria integralidade do cuidado.

Para Kebbe et al (2014) não podemos falar apenas na família, mas também em um envolvimento de toda sociedade no projeto de inserção social dos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico. Somente, assim, seria construído o que os autores chamam de novo espaço social, ressaltando que as famílias precisariam de apoio também das equipes de saúde que são extra-hospitalares. Dificuldade evidente aos moradores de zona rural, que vivem distantes desses serviços, mas que certamente também precisam de um olhar lançado para esse lugar e que respeite suas especificidades, pois a família que mora nessas áreas também é demandatária de cuidado.

De acordo com Brusamarello et al. (2017) tanto familiares como usuários de saúde mental devem participar ativamente das ações que promovem cuidado, assim, ambos deveriam receber “cuidado em âmbitos extra-hospitalares tanto em serviços da rede de atenção à saúde bem como da rede de apoio social, oferecendo-lhes várias possibilidades de tratamento e socialização junto à comunidade” (p.448).

O autor Campos (2019) explana que a participação da família no tratamento dos usuários de forma acolhedora e efetiva pode ajudar na diminuição de crises recorrentes, bem como pode contribuir para a maior aceitação do usuário em relação à medicação. Dessa forma, os autores sugerem algumas intervenções que podem ser pensadas diante do contexto apresentado:

- a) explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família; b) discutir com o paciente e a família as funções, papéis e limites que sejam adequados como forma de comunicação clara e afetiva; c) identificar regras familiares que reforçam comportamentos desajustados do paciente e buscar mecanismos para adequá-las; d) ajudar o paciente a desenvolver habilidades na resolução de problemas e; e) realizar ou encaminhar para terapia familiar (Campos, 2019, p.29).

Uma das questões mais evidentes neste contexto de dificuldades é certamente a concretização da desinstitucionalização, pois o primeiro passo foi sim tirar os indivíduos da clausura, do total isolamento e fornecer uma rede de apoio via serviços que encontrassem no encontro com as famílias ações de inserção social e não de completa tutela. No entanto, quanto disso, e dessas palavras tão lindas conseguimos cumprir na prática? E nossas ações nos serviços promovem inserção social, ou ainda separamos os usuários em caixinhas e em espaço que “possam estar”?

Também ofertamos nos serviços que estamos vinculados, ações pontuais, quando as famílias procuram as unidades de saúde para relatar a eclosão da crise de seu familiar, é aí que nos damos conta que não realizamos um trabalho de intervenção precoce como propõe diz Ileno Costa e que a última vez que vimos aquele usuário já faz cinco meses. Reconhecer que meu trabalho enquanto profissional da saúde não alcança ou produz as intervenções que eu desejava é frustrante, pois constantemente me deparo com situações que necessitam de cuidado em rede, e para onde encaminhar quando as vagas são limitadas e os serviços ficam a 400km?

Na pesquisa realizada a maioria dos participantes demonstrou em suas falas a compreensão da internação psiquiátrica como grande solução para os sintomas. O incomodo provocado pela desestabilização e episódios agressivos do familiar só seria barrado em uma internação, como podemos ver nas falas a seguir:

“A gente achava que ela ia perder o primeiro filho, por que ela se jogava no chão, se jogava na cerca, ai o pai dela pegava ela e o marido também tirava, ta com uns 15 anos isso”. (F6).

“Era muito difícil saber o que se passava com ele e que medicação dar pra ele, então Parnaíba –internação- foi a minha chance dele começar a aceitar a medicação que a gente agradeceu muito, pra dar um alivio pra ele e pra gente. Foi ai que ele começou a tomar os remédios e a ficar mais calmo”. (F3).

Apesar da internação psiquiátrica ter se configurado como um “socorro” em praticamente todos os relatos das famílias que participaram da pesquisa o que de certa forma também constitui meu percurso como trabalhadora do SUS, encontramos em falas posteriores sentimentos de decepção com o tratamento ofertado nesses espaços, como pode ser visto nas falas a seguir:

“E essa medicação que eles passaram me travava toda, eu parecia um robô. E todo dia eu passava mal. A minha família entendeu que a internação era ruim pra mim e aí eu não fui mais. Eu não aceitava mais a internação”. (U1).

“Ele ficou praticamente 24hs, quando eu fui lá que vi a cena, eu não gostei aí eu tirei ele, era muita gente perturbada, Tinha gente mais que ele então isso foi um conflito pra mim também e ver aquela situação conduzida ali dentro. Não vi uma coisa animadora de achar q ele ia melhorar ali, que lá fosse controlado como a gente achou que seria”. (F3).

A internação psiquiátrica mesmo apesar de tantos anos após a implementação de políticas mais inclusivas, que não deveriam focar no isolamento como tratamento, ainda é considerada um grande desafio, sobretudo nas áreas rurais que não dispõem de tratamentos que antecedam a eclosão das crises. Evidentemente estar instituído que a loucura precisa ser enclausurada, e hoje com a sofisticação do termo internação psiquiátrica parece que a ruptura com manicômio aconteceu em sua totalidade, no entanto prever a internação antes de buscar meios e intervenções que garantam cuidado em liberdade e inserção social efetiva ainda é ter postura manicomial.

As experiências tanto do familiar quanto do usuário em relação ao sofrimento precisam ser levadas em consideração. A cultura que estes estão inseridos e aquilo que o território oferece

como potencialidade pode ser um aliado para que as forças instituintes resgatem estratégias criativas que endossem um cuidado que também se preocupa com as questões transversais.

“Nós estamos do meio da mata”, expressão de grande potência proferida ao final da segunda entrevista, por um familiar, para reforçar a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, também nos faz refletir como a experiência com o sofrimento psíquico encontrou barreiras geográficas e políticas ao longo desses anos em que se estruturava a própria Política de Saúde Mental. Estar no meio da mata é fortalecer um modo de existir que deve ser respeitado e, sobretudo ter seus direitos garantidos.

A seguir refletiremos sobre o cuidado ofertado em zona rural pelos familiares e pelos serviços de saúde aos usuários de saúde mental, buscando compreender que instituições estão presentes e quais os seus atravessamentos diante do cenário que estamos descrevendo.

4.3 “O problema não é geográfico é político”: cuidado em saúde mental na zona rural

O cuidado é um marcador que atravessa a humanidade e certamente é uma palavra muito utilizada por todos nós. Pensar sobre os sujeitos que recebem nossas práticas de saúde, é, sobretudo ter a concepção de que não estamos diante de um objeto, mas de alguém que coletivamente partilha valores e necessidades com sua comunidade, ou seja, que produz subjetividade no espaço que estar inserido. Que ora cuida e ora necessita de cuidados.

A instituição saúde certamente é presença em nossos passos enquanto humanos, assim o cuidado empregado nas práticas que destinamos ao outro o atravessa ao longo de toda sua história. Para Bustamante e Mccallum (2014) o cuidado quando destinado as práticas de saúde pode ser considerado um potente “horizonte normativo”. Para Ayres (2009) “precisaremos fundir horizontes entre nossos saberes técnicos e os saberes que as pessoas de quem cuidamos acumularam sobre si próprias e seus projetos de felicidade, com a abertura necessária para que, do diálogo entre esses saberes, surjam boas escolhas”.

A saúde mental evidentemente alcançou avanços pela garantia de políticas que estabelecem uma ruptura com o manicômio. Mas ainda somos convidados a traçar reflexões acerca da mesma, levando em consideração as distintas áreas do país. A crise psíquica grave é um fenômeno ainda desafiador para os serviços de saúde e para os sistemas familiares, desafio que se acentua em contextos rurais, dessa forma nossa análise compreendeu a crise psíquica nesses espaços como analisador do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, bem como da própria regionalização da Política de Saúde Mental.

As instituições que compõe a sociedade são diversas e distintas como afirma o institucionalismo, no entanto de certa forma elas permanecem juntas e se entrelaçam na dinâmica da vida (Baremlitt, 1988). As políticas públicas são um exemplo de instituições que fazem parte de nosso cotidiano e visam garantir direitos presentes na Constituição Federal, dessa forma a assistência à saúde realizada pelos serviços também são instituições que causam impacto direto na vida dos usuários de saúde, seja pela presença ou ausência dessa instituição.

Dito isto, ao refletir sobre minha implicação, reflito sobre a minha própria relação com assistência à saúde que além de ser um convite diário do trabalho que escolhi, é também a maneira em que acredito ser possível estabelecer uma relação de contato que promova saúde e esteja atenta as necessidades de intervenção. Nos desafios diários de produzir cuidado na zona rural me questiono se de certo modo estou conseguindo ofertar cuidado em saúde mental, a falta de uma rede estruturada faz com que nossas práticas sejam solitárias e encontrem ainda mais barreiras no cotidiano do serviço.

A concepção instituída de que a saúde mental é exclusiva das ações de psicólogos e psiquiatras também dificulta a potência que poderia haver em ações que agissem por via de forças instituintes para promover estratégias criativas frente às necessidades dos usuários de saúde mental moradores das áreas rurais. Dessa forma, sigamos nossas colocações sobre as ofertas de cuidado.

Refletiremos nesse bloco sobre o cuidado tanto ofertado pelas famílias como pelos estabelecimentos de saúde em relação ao sofrimento psíquico grave nos contextos de zona rural. Inicialmente citaremos as concepções acerca do sofrimento psíquico que emergiram durante as entrevistas, bem como de relatos registrados nos diários de campo. Uma unanimidade presente nos relatos se dar em relação ao desconhecimento de que os primeiros sintomas apresentados pelo familiar se tratava de um sofrimento psíquico grave, o que nos faz perceber que não se trata apenas de individualismo de cada sistema familiar, mas que estamos diante de processos sociais mais complexos, como a própria ausência ou a pouca assistência dos espaços destinados a prevenção de saúde via oferta de informação na zona rural.

“Eu não entendia como entendo hoje, até por que eu era adolescente, mas eu entendia o lado dela, eu entendia que não era uma doença física, mas eu não tinha o entendimento que tenho hoje”. (F2).

“Na verdade, é assim, a gente coloca pensamento na cabeça, como se você imaginasse coisa e criasse coisas, só que às vezes você não sabe o porquê, é isso que é difícil, por que a gente não sabe o porquê. É difícil para entender.” (U2).

“Queria brigar com a vizinha e a mãe não deixou, aí minha raiva prejudicou minha saúde, dizem que a raiva prejudica a saúde das pessoas. Nessa crise, acharam que eu já estava adoecendo e me levaram pro hospital”. (U3).

“Em 2000 eu tinha assistido duas reportagens de depressão no globo repórter por que naquela época o globo repórter começou a trabalhar essa orientação para as pessoas, por que naquela época não era igual hoje, a gente não sabia nem o que era depressão e até então eu tinha uma saúde de ferro.” (U1).

O que podemos observar pelas falas acima é que as pessoas do campo não tinham num primeiro momento do surgimento dos primeiros sintomas a compreensão de que se tratava de

uma questão de saúde mental, mas com a continuação dos sintomas elas passam a suspeitar que havia uma necessidade de orientação e tratamento. Dessa forma, os sujeitos começam a traçar justificativas para o surgimento do sofrimento como: uma raiva que sofreu; preocupações excessivas; uma viagem; uma doença física; falta de religiosidade. O campo também é um espaço de ações instituídas, como as tarefas com a terra, à espera da colheita, a lida com os animais, portanto o sofrimento psíquico e a crise, grande causadora de desestabilidade do próprio convívio se configuram como um atravessador que certamente mobilizará as relações ali presentes.

Os saberes coletivos presentes nas comunidades de zona rural não podem ser vistos como algo a ser desprezado e desvalorizado, pois sua fonte de conhecimento empírico certamente contribui para a melhoria do contexto analisado. A autogestão, construto presente no Movimento Institucionalista prever que uma potente articulação do que se dispõe em relação aos coletivos podem fomentar mecanismos que cooperem com melhorias para o sujeito e para seu contexto social.

Para Cirilo Neto e Dimenstein (2017) o sofrimento psíquico nas áreas rurais não tem uma única causa e de certa forma é possível dizer que sofre forte ligação com o próprio trabalho desenvolvido no campo, os autores reforçam que a saúde dessa população também “está aliada a fatores sociais, raciais, de gênero, econômicos, tecnológicos, organizacionais, ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho rural” (p.464). Dessa forma, quando a comunidade consegue perceber a que estão atreladas suas dificuldades e problemas será possível organizar mecanismos que impulsionem alguma resolução que faça sentido naquele cenário.

Ainda sobre as concepções que emergiram faremos a reflexão a partir de duas visitas registradas nos diários de campo, pois estas chamaram a atenção; a primeira de um jovem

cuidado pela avó que relata um comportamento repetitivo; escuta de vozes; automutilação e ideação suicida e as atribui a falta de Deus, e assim ela relata procurar o posto de saúde, mas não confiar no remédio que a médica receitou, buscando em terreiros a cura para seu neto. Na segunda visita registrada também nos encontramos com um jovem cujas crises se revelavam por meio de comportamentos agressivos; impulsivos e de desorientação espacial o que a família atribuía ao demônio, propondo assim que a cura só aconteceria se ele frequentasse a igreja evangélica.

Podemos perceber uma questão transversal quanto ao julgamento sobre o sofrimento psíquico, pois além do diagnóstico de transtorno mental, os sujeitos fazem suas próprias avaliações partindo de conhecimentos partilhados coletivamente, bem como procuram respostas na religião em que estão inseridos, essas diversas interpretações e leituras do fenômeno pode ajudar os sujeitos no enfrentamento da situação, no entanto também ressaltamos que a resistência em atribuir ao sofrimento psíquico o caráter de castigo ou manifestação espiritual limita as possibilidades de tratamento ao sujeito.

As concepções diante do sofrimento psíquico ditam a maneira como a família vai proceder no cuidado ao familiar, pois poderá ser adotado um plano religioso que leve em consideração o atendimento médico, ou este será deixado de lado e a centralidade será de cunho espiritual. Ao buscar autores que pudessem fazer o diálogo em relação às concepções do sofrimento psíquico nas áreas rurais percebemos o quanto é tímida a produção nesse tocante e embora já disponhamos de produção sobre as ruralidades, compreendemos a heterogeneidade desses espaços o que amplia a dificuldade de que o único recorte der conta da magnitude das questões do meio rural.

O entendimento de que o meio rural é estático, atrasado e completamente igual em sua dimensão geográfica é um produto instituído da disseminação de preconceitos em relação a estas áreas, pois descredibilizam a realidade social, e os modos como estas comunidades se

organizam. Dessa forma, há uma cristalização acerca das vivências e dos sujeitos que compõe o meio rural, recortes são feitos sem levar em consideração o contexto social.

Para Fernandes (2017) a regionalização compreende as delimitações que organizam o país em regiões e levam em consideração fatores de proximidade dessa dada região e sua ligação com os territórios a que pertencem. Quando falamos de SUS, a Regionalização se torna uma diretriz que “surge como expressão de compartilhamento solidário de responsabilidades das autoridades da administração pública e especificamente sanitárias no intuito de redução das históricas e crônicas desigualdades que assolam o país” (p. 1312).

Dessa forma, o planejamento e a organizações devem levar em consideração a região para a qual as ações estão sendo pensadas, nesse processo conhecido como regionalização que se dar de forma técnica e política. Assim, todas as vezes que a regionalização alcança seu objetivo é possível dizer que haverá melhorias naquele determinado território (Fiocruz, 2014). Quando os serviços de saúde atuam sem qualquer atenção a diretriz citada será mais difícil sanar problemas recorrentes no território.

A zona rural das cidades de pequeno porte enfrenta como estamos demonstrando, muitos desafios, o que pode ser visto pela realidade de exclusão social, citamos aqui também a problemática quando o assunto é a garantia da saúde a esses moradores. Na relação familiar/usuário também há oferta de cuidado pelos familiares, em relação ao sofrimento psíquico grave, no entanto, esta tem acontecido com a pouca retaguarda dos serviços. Tanto os familiares quando os usuários percebem algo de diferente no comportamento e na convivência com um determinado familiar, na maioria dos relatos percebemos que os familiares tentam ajudar e buscam ajuda, embora as linhas de condução não estejam em fácil acesso.

“No início eu não tinha noção nenhuma de como sair da crise, e nem me marido sabia também. Acho que minha irmã foi a primeira a perceber a crise. A gente sabia que tava

na crise, mas não sabia o que fazer, que meios fazer pra sair da crise. Era tudo descontrolado. Não tinha orientação de psicólogo.” (U1).

“A gente sofreu muito. A gente correu atrás pra ajudar e o problema foi ficando sério, e ele ficava de lá pra cá. Ai se eu vinha atrás dele quando ele chegava ele voltava. Ai ficou nessa correria, nem ele sossegava nem nós. Ele sofria, mas fazia a gente sofrer também, a doença não é questão da pessoa querer, é tão tal que nesse problema de saúde dele, a gente ficou muito abatido”. (F3).

“Eu mesmo não acompanho mais ela, quem acompanha é um filho meu. Quando ela era mais nova eu acompanhava. O pai dela também acompanhava ela porque eu não sou bem boa de saúde. Eu não me sentia bem, quando uma mãe tem uma filha doente ela não fica se sentindo bem. O marido dela também acompanhava.” (F6).

Dimenstein et al (2017) realizaram uma pesquisa sobre o processo saúde-doença-cuidado em assentamentos no meio rural, e suas reflexões são pertinentes ao debate que aqui traçamos. Para estes autores, o processo citado produz relação com as desigualdades sociais ambos vão “tecer os fios das histórias de vida, das dinâmicas de funcionamento familiar, das formas de organização social, das características geográficas dos espaços, fios que vão moldando subjetividades e territórios existenciais, constituindo as singularidades dos processos de vida e a heterogeneidade das vivências de sofrimento psíquico” (p.550).

A oferta de saúde proposta pelo SUS tem em um de seus princípios a equidade que valoriza um acesso em saúde que se conecte com a necessidade dos indivíduos e dos coletivos. Para Vicari et al (2022) o acesso aos serviços de saúde se modifica de acordo com a realidade a qual os sujeitos estão inseridos e que ter uma vasta quantidade de serviços não necessariamente garante que a população tenha acesso ao mesmo. Dessa forma, a reflexão de

como cada profissional estar implicado com o serviço que desempenha e assim como as instituições os atravessa pode ser um potente aliado da própria análise.

Como observamos nas falas citadas anteriormente, o atravessamento causado pelo sofrimento psíquico contribui para o desencadear de uma nova relação entre os familiares, estes tentam prover cuidado, se sentem desprezados quando o familiar rejeita o acolhimento, alguns seguem buscando alternativas para continuar perto e outros desistem devido à sobrecarga física e emocional implicadas nesses contextos. Aqui percebemos como as forças instituintes operam nesse novo que se apresenta, por meio da busca de permanecer ao lado do familiar mesmo em condições diferentes das que estavam acostumados. Ao falar de mudança na dinâmica familiar citamos a fala seguinte:

“A falta do conhecimento, isso atrapalhou a mim e meu marido. Precisávamos os dois de uma terapia de casal, ele tinha muita dificuldade. Por isso ele foi embora. Ele fala até hoje que se ele tivesse conhecimento ele não tinha ido embora, na época ele não tinha”.

(U1).

As famílias lidam com o sofrimento psíquico partindo de seu repertório de conhecimento, em algumas situações é a primeira vez que se deparam com a crise psíquica grave de seu familiar, podem ter escutado histórias anteriormente sobre sofrimento psíquico, mas quando ficam diante da desestabilidade produzida pela crise os sujeitos se sentem compelidos a buscar seus próprios recursos. Um dos primeiros desafios que fazem parte desse contexto inicial e que provocam desconforto e sofrimento é a rejeição aos familiares. As forças instituintes como citado ajudam os sujeitos a produzirem algo novo, no sentido de estratégias, logo se transformará em algo instituído.

“Ela fica com ódio de mim, que eu não chego nem perto. Quando ela é boa não sabe onde me bote. Eu aguentei aquela dor calada, sofrendo por dentro”. (F6).

“Era muito sofrimento de ver ela sofrendo e a gente também sofria junto. Porque ela não tinha controle. Ela não obedecia como ela mesma falou, se você gritasse com ela, ela gritava mais alto. E eu tentava sempre de outras maneiras, como até hoje eu tento, eu conversava com ela, meios termos. Mas era muito sofrimento”. (F2).

“Foi muito triste, na primeira crise dele, ele não reconhecia o pai, ele ficou muito agressivo com o pai, o pai chegava e ele já saía, mas a gente entendia que não era porque ele queria. Ele só aceitava os tios, irmãos do pai. Essa parte foi mais triste.” (F4).

Assim, as famílias sentem o peso da responsabilidade sobre o familiar em sofrimento, no entanto compreendemos que quando se trata de saúde havia uma necessidade de corresponsabilidade entre família e serviços de saúde. Na zona rural a maioria das situações envolvendo sofrimento psíquico grave revela o pouco apoio das equipes de saúde em relação à saúde mental, ou seja, não há um plano em vista de atender o aspecto da regionalização. Assim, estes estabelecimentos de assistência à saúde caminham por uma lógica institucional que prioriza ações pontuais, e procedimentos mais ligados ao campo da saúde física de sua clientela. Podemos dizer que há uma institucionalização das práticas referentes aos serviços de saúde, pois estas permanecem operando pela lógica mais estável possível, no entanto compreendemos que o território é vivo o que acarreta a necessidade de mudança e revisão de estratégias.

As Estratégias de Saúde da Família exercem um papel fundamental dentro do SUS, são as grandes responsáveis pelo cuidado continuado e na grande maioria dos casos pelo primeiro contato com os usuários, mas quando falamos em saúde mental em contextos rurais os desafios são gigantescos, podemos citar o desconhecimento por parte da ESF em relação ao funcionamento da RAPS e de seu próprio papel em relação a saúde mental. De acordo com Dantas et al (2020) as questões que envolvem a saúde mental sempre encontram barreiras a nível nacional e mundial e analisa que quando olhamos para o SUS é possível dizer que as

“populações rurais enfrentam problemas de acesso aos equipamentos de saúde, não têm cobertura satisfatória do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nem retaguarda suficiente em termos de consulta, vacinação, exames clínico-laboratoriais” (p.14).

“Naquela época transporte era mais difícil. Médico aqui não tinha, só clínico as vezes. Tinha hospital, mas não tinha médico todo dia. De lá pra cá melhorou bastante de 2015 pra cá; A gente precisa sair pra ter o serviço”. (F5).

“Era bem demorado pra chegar médico, pra falar a verdade a gente não tinha serviço aqui, só em Parnaíba. A gente pegou o encaminhamento aqui e levou ele pra Parnaíba, aqui não tinha ninguém com capacidade de ajudar ele em nada.” (F3).

“Eu não tinha nenhuma assistência do município, ninguém me ajudou, ninguém. Não me deram assistência psicológica, embora eu trabalhasse pro município. Prestasse serviço primeiro como contratada, e depois concursada. Eu nunca recebi ajuda nenhuma, nenhuma atenção mesmo. E recebi ajuda financeira, porque eles deixaram eu continuar recebendo pela folha deles. Agora em relação a saúde nada. A gente só tinha um clínico que vinha lá uma vez e não tinha NASF”. (U1).

As equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) também não ficam distantes dessa realidade, pois estão inseridos por todo território nacional, no entanto não conseguem fazer a cobertura dessas áreas distantes e mesmo quando estão presentes isto acontece por meio de visitas esporádicas e que certamente vão levar meses para se cumprir novamente. Isto acontece devido a falhas no transporte; a distância de uma localidade para a outra; e a necessidade de cumprir uma agenda que institui como prioridade atendimentos individual e palestras no espaço físico da unidade. Por fim, citamos a realidade da saúde mental como o último olhar lançado pelas equipes, como se não fosse importante.

Os casos de saúde mental em diversas situações são discutidos pela equipe apenas quando é percebido algum nível de importuno, quando o sujeito estar falando demais em espaços públicos, quando a agressividade do sujeito chega até polícia, e quando a família “já não sabe mais o que fazer”. Dessa forma, nos eximimos de estratégias de intervenção precoce que poderiam alcançar resultados mais satisfatórios.

Como ressaltamos em outro momento dessa escrita a tentativa de desmonte do NASF, por meio da unificação do valor destinado para a atenção básica, fez com que muitos gestores desfizerem as equipes e contratasse apenas um ou dois profissionais, o que certamente prejudicou ainda mais as ações que vinham sendo desenvolvidas em parceria com a equipe da AB.

A lógica de forças do instituído é algo extremamente notório no dia a dia dos serviços de saúde que precisa dar conta de quantidade de atendimento, de procedimentos a serem realizados e de notificações que precisam ser cumpridas mensalmente. Sobrando pouco espaço para o novo, para o criativo diante dessas lógicas. O trabalho com a saúde mental exige ações criativas, e de um verdadeiro encontro com as instituições que atravessam o usuário, bem como a compreensão de como este se relaciona com estas e como o meio em que estar inserido, e o atravessamento desse encontro.

As falas a seguir demonstram a lógica de encaminhamento que acontece quando a crise se manifesta, evidentemente isso precisa acontecer, mas nossa análise para esse fenômeno nos faz compreender que esta ação pontual releva a ausência de cuidados anteriores que poderiam ser ofertados as populações de áreas rurais.

“Quando ela adoeceu a gente teve que levar ela pra Parnaíba. A primeira vez foi logo direto pra Parnaíba, tem mais de 13 anos disso. Ai depois que ela se juntou ela tornou a adoecer”. (F6).

“Quando ele chegou em Parnaíba, ele foi primeiro pro Dirceu, mas ele não aceitou a medicação e saiu na rua, e eu não conhecia a cidade, aí um parente dele ajudou e nós fomos pra Santa Casa”. (F5).

“A doutora que me deu o encaminhamento e fui pra São Luís, porque não estava pegando ninguém em Parnaíba, todo mundo achava longe por causa que não dava pra visitar. Era muito longe, mas o jeito era ir pra São Luís. Se eu tivesse passado mais tempo aqui tinha era perdido minha vida”. (U3).

Na cidade em que a pesquisa foi realizada o fluxo do encaminhamento acontece por duas vias; na primeira os familiares se dirigem a Parnaíba-PI cidade próxima que recebe os pacientes na Santa Casa de Misericórdia; pela segunda via os pacientes conseguem encaminhamentos através na unidade de saúde à qual estão referenciados, para um hospital psiquiátrico que fica na capital São Luís-MA, como foi possível perceber nas falas colocadas acima.

A lógica institucional presente nos encaminhamentos releva um problema recorrente entre a referência realizada entre um Estado e outro, pois apesar da orientação que as cidades do Maranhão sejam referenciadas para o hospital psiquiátrico do próprio estado, os pacientes preferem tentar uma vaga em Parnaíba- PI, devido à proximidade geográfica com suas cidades, questão sempre debatida nas Conferências de Saúde da cidade, no entanto é perceptível o quanto o problema ainda persiste.

Uma das participantes cita em sua fala que o encaminhamento a direcionou para São Luís, capital do estado, tal fato aconteceu devido a pandemia por Covid 19, pois a cidade de Parnaíba não estava recebendo pacientes em crise, a internação psiquiátrica ter acontecido muito longe de casa fez com que a participante recebesse visitas ainda mais esporádicas de familiares, o que gerou um sofrimento ainda maior percebido em sua fala ao mencionar a falta

que sentiu do marido e dos filhos. Dessa forma o coronavírus implicou também sobre outros processos de encaminhamento e internação, acarretando sofrimentos que não haviam sido mensurados.

Grande parte das cidades de pequeno porte estão localizadas distantes das capitais, e quando se trata da área de zona rural todas as limitações já descritas dificultam ainda mais a chegada desses usuários as unidades de saúde. Em relação aos serviços especializados em saúde mental a distância não é apenas geográfica, ela é também diz respeito à informação. Durante todas as entrevistas em momento algum os participantes citam os Centros de Atenção Psicossocial. Essa ausência de falas sobre o principal serviço substitutivo ao modelo asilar é um analisador de como a oferta desse serviço não chega a quem está nas áreas mais afastadas, como se não fosse um direito destes a garantia desse atendimento.

Ao transversalizar essa informação se percebe que as reverberações sobre a mesma estão além da ausência ou distância do CAPS, mas é também sobre a ausência de olhares para essa população, como percebemos o sofrimento psíquico não é exclusividade das áreas urbanas, e por muito tempo a política se concentrou em estratégias que de certo modo privilegiam os espaços com maior concentração populacional. Fazer um primeiro acolhimento e saber que aquele usuário necessita de avaliação psiquiátrica e até neurológica e não ter para onde encaminhar é uma frustração diária de nosso serviço. Saber que nós faremos esforço para conseguir a consulta em outra cidade e que por questões financeiras, às vezes o usuário não conseguiu ir à consulta, é uma dupla frustração. Ter a certeza de que a consulta foi realizada, mas que o usuário não conseguirá pagar todos os meses a medicação é lidar constantemente com os entraves socioeconômicos da população.

O analisador citado também nos faz refletir sobre a própria Reforma Psiquiátrica, a qual compreende o cuidado em saúde mental como algo que deve ser ofertado em liberdade, concepção distinta da empregada no modelo asilar onde o isolamento era o centro do

tratamento. No entanto, compreender que ainda existem espaços de áreas rurais no país que não conhecem os serviços da RAPS, mas que se apoiam na internação psiquiátrica como solução para as crises de seu familiar, seria constatar que a Reforma Psiquiátrica não alcançou estes espaços.

Constatamos por meio das falas que os familiares acabam recorrendo à realização de parte do tratamento pela iniciativa privada, e mesmo não contando com tantos recursos econômicos, fazem gastos que não estavam previstos em seu orçamento. O que nos faz refletir como as famílias se preocupam com seus familiares e buscam estratégias que ajudem no apoio durante a agudização da crise.

“Meu tratamento psiquiátrico continua sendo particular. Já tentei psiquiatra pelo SUS, mas é só 20 minutos, aí é muito ruim pra mim, aí vi que não dava certo, aí só vou pela particular.” (U1).

“Nossa força foi porque logo no começo ele fez a perícia e não veio negado. Porque senão a gente tinha que sofrer mais. Porque ele ia com consulta com neurologista e tinha que ser paga. (F4).

Como tentamos demonstrar não há até os dias atuais algum trabalho direcionado aos usuários de sofrimento psíquico grave moradores das áreas rurais que seja traçado pelas Estratégias de Saúde em relação ao local da pesquisa. Dessa forma quando a crise se apresenta a internação psiquiátrica é sempre orientação dos profissionais da Atenção Básica, afinal aqueles familiares vão em busca de alguma solução.

O que a Política Nacional de Saúde Mental preconiza que a internação psiquiátrica seja a última alternativa a ser usada, pois o uso dessa estratégia de maneira centralizada e desprovida de cuidados anteriores reforça na verdade a ideia de manicômio, pois ver no isolamento a forma eficaz de tratamento. No artigo 4 da Lei 20.216 encontramos a seguinte colocação “a internação,

em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Lei N° 20.216 de 6 de abril, de 2001). Ou seja, a lei determinada que haja cuidados anteriores a internação psiquiátrica.

No entanto, a força dominante do instituído releva analisadores já conhecidos nas práticas de saúde, como a centralidade do saber maior na figura do médico; o descompasso no diálogo entre rede de atenção psicossocial e atenção básica, e a visão de que a internação psiquiátrica é a única possibilidade de tratamento para moradores de áreas rurais que apresentam sofrimento psíquico.

A seguir apresentamos relatos que revelam que a internação psiquiátrica em nada consegue ofertar algum tipo de cuidado afetivo e acolhedor. Pois a intenção desses espaços é dar conta de remissão de sintomas, sem valorizar a história que ali estar presente no sujeito e que de certa maneira compõe seu próprio sofrimento. Dito isto, também compreendemos que sem ações precoces á saúde mental em áreas rurais, as famílias se veem compelidas a buscar a estratégia disponível quando seu familiar está em crise.

“A internação causou uma confusão muito grande na cabeça dele e da gente, a gente fica ali sem saber entender, quem tem uma cabeça fraca acho que às vezes acaba não resistindo a tudo aquilo”. (F5).

“As pessoas não conseguem compreender o que você sente, é só quem passa que sabe. A internação me atrapalhou, eu tenho até hoje lembranças terríveis, aquilo não é um lugar, aquilo é um inferno, aquilo não é um lugar pra recuperar ninguém. Aquilo é como as cadeias do Brasil, eu me comparava a uma prisioneira nas cadeias do Brasil, naqueles presídios horríveis. Um médico completamente despreparado e uma equipe também despreparada.” (U1).

“A primeira internação eu fiquei na Santa Casa, eu lembro um pouco, lembro que quando eu cheguei eles me doparam, era um remédio muito forte e eu dormi, só que quando eu acordei eu não tava em mim. Lá foi pra me acalmar”. (U2).

“Eu fui pra internação em São Luís, devido os meus problemas eles me amarravam, me davam muito remédio. Me amarravam no colchão e me davam muita injeção. Ai depois quando eu fui melhorando, me despertando.” (U3).

Os relatos sobre a internação psiquiátrica são dolorosos e suscitam muitas reflexões quanto a que tipo de oferta em saúde mental estamos promovendo. O relato da participante que compara a internação psiquiátrica ao presídio aconteceu há 14 anos, ela ainda se emociona ao relatar como aconteceu e durante toda a entrevista percebo que essa foi a parte mais difícil de ser narrada, em diversos momentos ela começa outra narrativa até conseguir falar sobre o momento da internação. Em um relato mais recente sobre uma internação que aconteceu no início do segundo ano da pandemia outra participante da pesquisa com lágrimas nos olhos nos relata a dor que significou aquele mês na internação; a distância dos filhos; a ausência de visita devido à pandemia; a contenção física; o descaso com sua higiene, revelavam como as contenções ainda acontecem e geram dor e sofrimento.

Dessa forma, percebemos que os relatos dos familiares também indicam como a internação não produziu uma boa experiência, causando uma marca de dor e sofrimento para todo o sistema familiar.

“Ela se internava, mas ainda vinha doente. Ficava boa depois aqui quando já tava em casa. Lá ajudou pra ficar uns dias, tomar o remédio e controlar, mas sempre quando ela vinha ainda vinha doente. Tinha vez que ela passava mais de um mês, essa última vez parece que foi assim, mas de mês.” (F6).

“Aí quando eu vi ela naquela situação que era desumana, eles amarraram ela pra dar medicação. Ela também não tinha controle, ela virava mesa, virava tudo, subia na grade, ela gritava. Assim, era um sofrimento imenso e eu atrás dela. Quando eu vi aquilo dali eu decidi que ela não ia mais ficar, mas eu não consegui tinha que ser o esposo ou o pai. Como familiar é muito difícil, eu jamais gostaria de ver ela novamente naquela situação”. (F2).

Como fica notório tanto pelo relato dos participantes que são usuários como pelos que são familiares a internação psiquiátrica se configurou como um espaço para receber o paciente quando este apresentava agressividade; episódios de delírio e alucinação; descompensação; e uma dificuldade de estabelecer contato com os familiares. Todavia os relatos também comprovam o quanto o sofrimento ainda permanecia ali, e de como a própria internação provocava novo sofrimento, pois significava um atravessamento que em nada potencializava o sujeito. Portanto a internação psiquiátrica tem devolvido o usuário confuso; desestabilizado, com marcas físicas e emocionais capazes de durar uma vida toda.

Esses dois comparativos entre como se deu uma internação há 14 anos e outra atualmente é um potente analisador de como Reforma Psiquiátrica pouco tem avançado nos espaços de zona rural. Como Amarante (1998) nos fala a RP não se trata apenas de mais serviços de saúde implantados, mas na verdade toda uma nova organização política, social e técnica sobre a oferta de cuidado em saúde mental, numa busca de que a desinstitucionalização não seja apenas um projeto, mas a concretude compartilhada por toda sociedade.

Nas reuniões de matriciamento com as equipes da Atenção Básica é evidente a concepção instituída de que a internação psiquiátrica é a única alternativa de tratamento para os usuários de saúde mental. Pois impera a máxima: se não estiver em crise pode ficar em casa, se a crise surge então a internação psiquiátrica é a solução. E o que fazer no entre? Não existe

socialização para quem apresenta um sofrimento psíquico? Assim podemos dizer que não nos livramos por completo das concepções manicomiais, uma vez que as alternativas de tratamento ainda são voltadas para o isolamento.

A RAPS possui um papel fundamental no projeto de Reforma Psiquiátrica, para as autoras Silva e Rosa (2020) as estratégias para alcançar a desinstitucionalização constituem a própria Rede de Atenção Psicossocial e “estão voltadas à garantia do cuidado integral, da promoção de autonomia, do exercício da cidadania e da progressiva inclusão social às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (p. 136). Bem como o apoio a pessoas em internações mais longas.

No tocante ao assistencialismo por parte dos serviços na emergência da crise, foi possível perceber esse movimento quando os familiares necessitavam de atendimento para algum familiar que estava em crise, revelando assim uma prática costumeira na relação entre atenção básica e os moradores de áreas rurais da pesquisa em questão. Podemos observar que esta prática se tornou instituída na lógica desses serviços, mas que certamente forças instituintes poderiam operar nesses espaços e promover ações que estivessem mais próximas do território. Pelo relato dessas últimas três falas os participantes reconhecem mudanças positivas num comparativo à oferta de saúde de anos anteriores.

“Agora a gente já tem mais apoio do que do passado pra cá. Se você não vai atrás não tem como a situação melhorar, se você ver meu caso você tem condições de procurar algo melhor. E nós estamos no meio da mata, então é difícil mesmo”. (U2).

“Quando ela adoeceu a gente teve que levar ela pra Parnaíba. A primeira vez foi logo direto pra Parnaíba, tem mais de 13 anos isso. (...) Dessa vez foi a doutora que veio e deu um encaminhamento pra ir pra São Luís, e mandou o marido ir com ela por que ele não queria ir.” (F6).

“Hoje tem muita diferença. Hoje tem o prédio que antes não tinha, a gente era atendido em uma casa, e não tinha privacidade. As pessoas que adoecem hoje não vão passar pelo que eu passei.” (U1).

A proposta assistencialista e curativa durante muito tempo foi a base das ações de saúde do país, no entanto, com a Constituição Federal de 1988 há uma mudança nessa lógica de concepção, o Estado passa a ser o responsável pela garantia da saúde, mas é importante ressaltar que saúde de que tanto falamos hoje e que almejamos não pode ser vista apenas a nível de procedimentos, assim compreendemos que ela perpassa a lógica da garantia de educação, habitação e alimentação, componentes que constituem o bem estar dos sujeitos.

Como pontuamos no início desse bloco a instituição política pública estar presente nos atravessamentos que fazem parte da vida do sujeito e quando se trata dos serviços de saúde mental garantidos em lei via políticas públicas, temos a completa certeza de que as reflexões a cerca destes não se encontram cessadas. Compreendemos a partir de tudo que foi apresentado que as crises psíquicas graves fazem parte das vivências de moradores de áreas rurais que é o enfrentamento que estes fazem destas revela forças instituintes. Que como demonstramos a Reforma Psiquiátrica vence a lógica do asilo, mas ainda engatinha quando lançamos um olhar para as áreas rurais do país. Traçar mais trabalhos que realizem uma autoanálise dessas realidades pode contribuir para mudanças que também priorize os espaços citados.

A concretude da Política Nacional de Saúde Mental é um grande avanço para todo o país, a organização dos serviços, e o incentivo a práticas psicossociais mudaram a lógica da oferta em saúde mental. Como citamos ao longo da escrita, desde 2016 algumas ações da gestão federal começaram a comprometer o caráter técnico e social dessa política, o que nos convoca a participar desse cenário como atores sociais que podem atuar no enfrentamento a retrocessos. Também compreendemos que o processo de regionalização pode contribuir para sanar as

barreiras entre as necessidades em saúde mental enfrentadas pelas áreas rurais e as ofertas comumente realizadas por estabelecimentos de saúde.

O trabalho em saúde realizado em áreas interioranas se configura como um grande desafio por tudo que aqui foi citado. Estar nesses espaços é ser tomada também pelas diversas instituições, dentre elas a assistência em saúde que é um dos pilares de nosso trabalho. Assim, compreendemos que a Reforma Psiquiátrica não é algo, ou um produto a ser acessado somente por determinados sujeitos, mas que todos nós fazemos parte dela, familiares, profissionais, estudiosos e os usuários, pois não há reforma sem o compromisso de todos esses atores sociais. Dessa forma, julgamos importante esse passo de refletir sobre como o analisador crise psíquica na zona rural revela a necessidade de uma atualização da própria RP nessas áreas e esperamos que o mesmo possa contribuir e suscitar tanto reflexões quanto transformações.

“O problema não é geográfico é político”, essa frase tão potente e que intitula a última sessão desse capítulo foi dita por uma usuária que eu acompanho desde que iniciei meu trabalho no NASF e que participou da primeira entrevista desse trabalho. É possível perceber como a transversalidade percorre essa fala, que ao fazer menção à ausência de serviços de atenção especializada na zona rural, desvela não só a observação de uma participante, mas a própria vivência de alguém que não teve retaguarda dos serviços quando houve a eclosão de seu sofrimento psíquico e viu com os anos pequenas mudanças nesse cenário, uma delas a chegada do NASF e a possibilidade de atendimento psicológico com frequência. É, portanto, a avaliação de quem conhece na pele o sofrimento psíquico e a vivência do mesmo nas áreas rurais.

As recepções aqui apresentadas são um esforço de fazer ver questões e como as diversas instituições atravessam quem está no campo e por conseguinte como estes atravessamentos fazem ver uma série de limitações quando falamos em saúde mental. Evidentemente não esgotamos aqui todas as questões presentes nesses espaços, mas de certo modo tentamos

contemplar a experiência de vida daqueles que gentilmente se disponibilizaram a compor conosco esta pesquisa.

Considerações Finais

Tecer as últimas linhas de uma dissertação nos faz refletir sobre o percurso que nos levou até aqui. A escolha pelo tema crise psíquica grave se inicia quando ainda na graduação pude participar do PET-Saúde por 2 anos, pois o primeiro serviço que fui inserida construiria pra sempre em mim o vínculo com a saúde mental. Todas as experiências e vínculos produzidos no CAPS II de Parnaíba-PI cooperaram para o meu interesse em estudar crise. Estar com os usuários no dia a dia e na rotina do serviço ampliou meu olhar tanto para as dificuldades quanto para a potência do próprio encontro.

Depois da graduação concluída, e das expectativas de estudante superadas foi o momento de ser inserida nos serviços como profissional e a partir desse momento novas questões foram surgindo em relação aos usuários, à crise e a própria Reforma Psiquiátrica tão citada por mim na época da graduação. Hoje trabalho no NASF de uma cidade de pequeno porte, com pouco mais de 12 mil habitantes e com prevalência de zona rural. Foi nesse cenário que a condução em relação ao sofrimento psíquico grave começou a chamar minha atenção, pois as ações eram sempre pontuais e quando havia agudização da crise o encaminhamento para a internação psiquiátrica era uma certeza.

Comecei a perceber que os profissionais da saúde também se referiam à necessidade de internação psiquiátrica quando o usuário demonstrava isolamento social; agressividade; e quando os familiares também já demonstravam sobrecarga e cansaço físico, o contanto com os serviços de atenção especializada são praticamente nulos em relação a cidades pequenas e muito afastadas geograficamente do CAPS.

Na grande maioria dos casos minha equipe realiza visitas esporádicas a pessoas que apresentam sofrimento grave e são moradoras das áreas rurais e é possível dizer que a equipe compreende que é um caso exclusivo da psicologia, dessa forma há poucas possibilidades nas agendas de trabalho para a realização do projeto terapêutico singular para o usuário. As demais

competências como: visitas a acamados; palestras em relação às campanhas mensais; o programa de saúde na escola, bem como os atendimentos individuais realmente fazem parte de praticamente toda a rotina das equipes, dessa forma o olhar para a saúde mental na atenção básica é geralmente limitado, com raras estratégias de caráter preventivo e precoce.

Foram estes questionamentos e reflexões que me fizeram escolher seguir estudando sobre crise psíquica grave agora tendo como espaço físico as áreas rurais. Alguns estudiosos que estão citados ao longo desse trabalho também se engajaram na missão de pensar sobre saúde mental e áreas rurais. Em nosso trabalho buscar refletir como a crise pode ser um analisador da Reforma Psiquiátrica que atualmente tem um pouco mais de 30 anos no país foi nosso objetivo central e apesar da delicadeza desse tema, buscamos promover bons encontros e produzir uma escrita que analisasse as instituições e a presença das forças instituídas e instituintes nesse território.

Ao longo de nosso trabalho de campo contemplamos o primeiro objetivo específico que se propõe a acompanhar famílias da zona rural com histórico de usuários com crise psíquica grave. Foi a partir desses encontros que destacamos percepções além do conhecimento que já tínhamos, em relação à ausência dos serviços de atenção especializada na zona rural. Destarte, é significativa a disposição dos familiares em participar da pesquisa e compreenderem aquele espaço de tempo reservado para nosso encontro, como um espaço para reconhecer as dificuldades que eles pontuaram quando a crise se dava, mas também para reconhecer a importância daquele familiar pelo qual eles dedicam seus cuidados.

No tocando ao segundo objetivo específico que se refere a identificar as concepções e sentidos de crise psíquica grave junto aos familiares da zona rural e as necessidades de acolhida e cuidado em saúde mental por parte dos serviços de saúde, podemos perceber como a crise psíquica alcança distintos sentidos nas áreas rurais, como por exemplo, a associação da crise à falta de Deus; ou a eventos pontuais da vida do sujeito, não incluindo dessa forma a

compreensão de que a crise é um processo. É notório também o descontentamento quando o usuário rejeita o familiar que de certa maneira se esforça para ofertar cuidado. Assim, como descrito no trabalho os usuários e familiares sentem o pouco suporte ofertado às áreas mais distantes e com poucos moradores e de como as demandas em saúde mental são ainda mais escassas no sentido de ações preventivas.

O último objetivo específico foi produzir analisadores acerca dos limites e desafios da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental diante das situações de crise psíquica grave em contextos rurais. A RP é um projeto magnífico que inspira até hoje uma atualização de nossas práticas e nossos olhares para o sistema de saúde e seus usuários como atores sociais e não objetos a mercê de determinados procedimentos. No entanto, é evidente que a zona rural não dispõe de todo suporte conquistado com a RP, que em muitos casos estes usuários estão sem retaguarda dos serviços, dispondo apenas de ações pontuais, como o encaminhamento para a internação psiquiátrica.

Os objetivos descritos foram alcançados no trabalho de campo que contou com os encontros com as famílias, usuários, e as percepções de como outros profissionais vêem a saúde mental, a análise da minha própria experiência como trabalhadora do SUS que possibilitou produzir e organizar esse material em três categorias, a saber: “A vida que insiste”: condições de vida na zona rural; “Nós estamos no meio da mata”: a experiência de usuário e de familiar da saúde mental no contexto de zona rural; “O problema não é geográfico é político”: cuidado em saúde mental na zona rural.

Durante este trabalho refletimos como a saúde mental enquanto política pública alcançou decerto muitos avanços ao longo de todos esses anos de militância reforçados pela aprovação da lei 10. 216 de 6 de abril de 2001. No entanto, como aponta Cruz et al. (2020) vivemos uma crise, no que diz respeito à atenção psicossocial no país, pois ao logo desses 30 anos de Reforma Psiquiátrica era possível dizer que havia uma caminhada rumo a melhoria das

práticas. Percepção que começa a mudar a partir de 2016 quando se inicia um verdadeiro desmonte dos avanços já alcançados. Assim, de 2016 a 2019 se tentou instituir uma Nova Política Nacional de Saúde Mental que, basicamente, incentiva a internação psiquiátrica e reforça o trabalho de comunidades terapêuticas (CT). Estamos, portanto diante de uma política que retoma seu caráter asilar e aliada ao proibicionismo, sendo cada vez mais punitiva (Cruz, et al, 2020).

No tocante à zona rural, pudemos observar como esta já tão marcada pela ausência de oferta de serviços de saúde permanece enfrentando dificuldades em relação ao que foi conquistado através da Reforma Psiquiátrica, o que pode ser observado através do analisador crise psíquica que revela a frequência com que a internação psiquiátrica é considerada a cura e a solução para a desestabilização daquele usuário. A distância geográfica é certamente um marcador relevante em relação às populações que moram em áreas rurais, mas compreendemos que tal limitação não pode ser a resposta e o motivo de resignação para que as ofertas dos serviços públicos sejam mínimas nesses espaços.

As famílias como instituições presentes na vida dos sujeitos constituem papel significativo quando este passa a lidar com um sofrimento psíquico, em determinadas áreas rurais as famílias passam a cuidar partindo de seu próprio repertório de conhecimento, quando precisam intervir na crise psíquica grave de seu familiar entram em contato com uma série de sentimentos; é como se estivessem beira de um furacão, até se ouviu falar sobre o furacão, mas vai ser a primeira vez que a experiência será concreta, é nesse cenário que percebem que necessitam de mais recursos.

São as forças instituintes que ajudam os sujeitos nesse cenário a produzirem algo novo, no sentido de estratégias de cuidado para seu familiar, como por exemplo: diminuição das tarefas realizadas pelo usuário; corresponsabilização no cuidado com os filhos; fortalecimento do vínculo religioso. As famílias que participaram da pesquisa produzem diariamente cuidado

ao familiar que apresenta sofrimento psíquico grave, todavia seria fundamental que a benefícios da Reforma Psiquiátrica pudessem também chegar até esses moradores das áreas rurais.

A escrita desse trabalho também se dedicou a fazer ver que é possível pensar formas de como lidar com o sofrimento psíquico e que certamente as famílias moradoras de áreas rurais produzem redes de cuidado informais, pois como demonstramos os serviços de atenção especializada não chegam até estes espaços nem fisicamente, e em muitas situações nem através da informação, a maioria das famílias não cita o CAPS como opção de cuidado. Em contrapartida sempre há falas sobre a internação psiquiátrica o que por lei dever ser o último recurso a ser utilizado, mas evidentemente este recurso ainda é visto em muitos casos como o recurso central.

Compreender que a condução da crise psíquica grave na zona rural é analisador da Reforma Psiquiátrica reforça que a desinstitucionalização não se faz de um único ator social, pois as famílias e usuários necessitam de apoio dos profissionais da saúde e da própria sociedade, pois a inserção social dos usuários de saúde mental é um dos pilares da reforma, esperamos que um dia essa união fosse real entre a fala e a prática, e não apenas algo descrito na política e nos artigos que produzimos nas graduações.

Esperamos que nosso trabalho pudesse contribuir para que haja ainda mais reflexões sobre como a Reforma Psiquiátrica alcança os espaços de zona rural presentes por todo país, reflexões que podem se iniciar nos serviços, e chegar até a academia, tanto nos espaços promovidos pelos estágios como posteriormente na pós-graduação. É bem verdade que para avançarmos é preciso questionar a realidade a qual estamos inseridos como tão bem nos ensinou Nise da Silveira, pois a mudança e a transformação começam com os questionamentos sobre nossas práticas.

Também é imprescindível ressaltar a relevância de trabalhos futuros que contemplem as discussões sobre o RP nas áreas rurais; e sobre o constante desafio da atualização dos modos

de fazer saúde mental em áreas distantes. A zona rural das cidades do país merece atenção, bem como ter seus direitos assegurados, e apesar do crescente interesse por pesquisas nesses espaços, ainda encontramos limitações em relação a novas pesquisas, as barreiras geográficas podem contribuir para a questão citada. Em contrapartida ter equipes multiprofissionais com responsabilidades de cobertura a todas as áreas maximiza a potência do encontro com as demandas em saúde mental, que aliadas à esfera acadêmica podem seguir produzindo pesquisas com este relevante tema.

Produzir este trabalho e concluí-lo também significou minha reafirmação com o compromisso que fiz com a saúde mental quando ainda era estudante. A crise é certamente a experiência mais aguda do sofrimento psíquico e cabe a cada um de nós o respeito e a responsabilidade como atores sociais pelo fortalecimento de uma saúde mental de qualidade, justa e integral.

Referências Bibliográficas

- Agência Brasil (2022). Covid-19: Brasil registra 19,9 mil casos e 114 mortes em 24 horas. Recuperado de: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-04/covid-19-brasil-registra-199-mil-casos-e-114-mortes-em-24-horas>
- Albuquerque, G. S. C. D., & Silva, M. J. D. S. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 38, 953-965. doi: 10.5935/0103-1104.20140082.
- Almeida, A. B., Nascimento, E. R. P. D., Rodrigues, J., & Schweitzer, G. (2014). Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista brasileira de enfermagem*, 67, 708-714. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>.
- Alves, J. E. D. (2020). Antropoceno: a Era do colapso ambiental. *Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz*, 16. Recuperado de: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1106>
- Alves, M. Z., & Dayrell, J. (2015). Ser alguém na vida: um estudo sobre jovens do meio rural e seus projetos de vida. *Educação e Pesquisa*, 41, 375-390. doi: <https://doi.org/10.1590/s1517-97022015021851>.
- Amaral, L. F. D. S. D. (2014). *Impacto da crise económica na saúde mental* (Master's thesis). Recuperado de: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/37464/1/Impacto%20da%20crise%20economica%20na%20saude%20mental.pdf>
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 1, 45-65.

Amarante, P. (Ed.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Amarante, P. Análise do sanitarista Paulo Amarante sobre a nova política nacional de saúde mental. 2019.

Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: a disaggregation of factors from 1998 to 2008. *Cadernos de Saude Publica*, 34(6), 1-14. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>.

Ayres, J. R. D. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e sociedade*, 18, 11-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>

Barembliitt, G. (2002). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática* 5ª ed. Belo Horizonte-MG: Instituto Felix Guattari.

Barros, M. M. M. A. D., Jorge, M. S. B., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 821-841. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/physis/v23n3/09.pdf>.

Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013). Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22, 61-70. doi: 10.1590/S0104-07072013000100008.

Borba, L. D. O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da*

Escola de Enfermagem da USP, 45, 442-449. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>.

Bornheim, G. (1996). Crise da idéia de crise. *A crise da razão*. São Paulo: Companhia das Letras, 47-66.

Brasil. Ministério da Saúde (2011) Portaria N° 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2013. Cadernos de Atenção Básica nº 34. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2021) Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no sistema único de saúde (sus). Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf

Brito, G. C. (2010) da crise de 1929 à grande depressão: influências do padrão-ouro. universidade federal do rio de janeiro instituto de economia monografia de bacharelado. Recuperado de: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/2465/1/GCBrito.pdf>.

Bueno, F. T. C., Souto, E. P., & Matta, G. C. (2021). Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. *Book: Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Organizer: Matta GC, Rego S, Souto E, Segata J. Publisher: FioCruz, 1, 27-40. doi: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

- Bustamante, V., & Mccallum, C. (2014). Care and the social construction of the person: contributions towards a general theory. *Physis*, 24(3), 673. doi: 10.1590/S0103-73312014000300002.
- Castellanos, M. E. P., Trad, L. A. B., Jorge, M. S. B., & Leitão, I. M. T. D. A. (2015). *Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/18432/1/LIVRO.%20CRONICIDADE%20-%20EXPERIENCIA%20DE%20%20ADOECIMENTO%20E%20CUIDADO%20SOB%20A%20OTICA%20DAS%20CIENCIAS%20SOCIAIS.pdf>
- Cavalcante, R., & Carvalho, C. O. (2020) Participação da família na saúde mental brasileira: acessórios da atenção psicossocial e sujeitos desta política. IN: Rosa, L. C. S., & Vilarinho, L. S. (Ogs) *Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental*. Teresina: EDUFPI. Recuperado de: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/edufpi/Ebook_FAMI%CC%81LIA_NA_DESINSTITUCIONALIZAC%CC%A7A%CC%83O_EM_SAU%CC%81DE_MENTAL_EDUFPI_2021.pdf
- Cirilo, M., & Dimenstein, M. (2017). Saúde mental em contextos rurais: o trabalho psicossocial em análise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37, 461-474. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002542016>
- Coelho, R. S., Veloso, T. M. G., & Barros, S. M. M. D. (2017). Workshops with Mental Health Users: the Family as a Theme for Reflection. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 489. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002612015>

- Colucci, D. G. (2013). Brasil dos Brasis: e outros ensaios. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/IGCC-9A3Q6A/1/danielle_g_colucci_disserta__o.pdf
- Corbanezi, E. (2018). Transtornos depressivos e capitalismo contemporâneo. *Caderno CrH*, 31, 335-353. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792018000200011>
- Covelo, B. S. R., & Badaró-Moreira, M. I. (2015). Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 1133-1144.
- Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Regress of the psychiatric reform: the dismantling of the national Brazilian mental health policy from 2016 to 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18. doi:10.1590/1981-7746-sol00285.
- Cutait Neto, M. (2005). *O auxílio-doença no direito brasileiro*. (Master's thesis, Brasil).
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir a la desarticulación. *Trabalho, educação e saúde*, 17. Recuperado em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>
- Delgado, P. G. G. (2021). Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. *Saúde em Debate*, 44, 21-28. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>
- Dell'Acqua, G.; Mezzina, R. (1991) Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha.
- Dias, M. K., Ferigato, S. H., & Fernandes, A. D. S. A. (2020). Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 595-602. doi: 10.1590/1413-81232020252.09182018.

Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229053873006>.

Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229053873006>

Eloia, S. C., Oliveira, E. N., Eloia, S. M. C., Lomeo, R. C., & Parente, J. R. F. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: Uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 38(103),996-1007. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140085>

Escóssia, L., & Tedesco, S. (2015). O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Fagundes, G. S., Campos, M. R., & Fortes, S. L. C. L. (2021). Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2311-2322. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>

Faria, D. J. (2016). Crise de 1929 convergências e divergências entre o partido democrata e o partido republicano nos estados unido. (Master's thesis). https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21796/1/2016_D%C3%A9boraJacinthodeFaria.pdf

- Faria, D. L. S. (2020) *Trajetória de Formação dos Trabalhadores de Saúde Mental do Município de Betim/MG: experiência de Educação Permanente em Saúde*. (Master's thesis). Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48342>
- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 37. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Ferreira, T. P. D. S., Sampaio, J., Oliveira, I. L. D., & Gomes, L. B. (2019). A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde em Debate*, 43, 441-449. doi: 10.1590/0103-1104201912112.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008) *Nascimento da Biopolítica*. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes.
- França, D. D. M. C. (2021). Escolarização básica no Brasil: evoluções, permanências e contrastes entre a população rural e urbana. *Revista Brasileira de Educação do Campo*, 6, e8998-e8998. doi: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.rbec.e8998>
- Fundação João Pinheiro e o Conselho Regional de Economia – MG (2022) MÁQUINA DO TEMPO: O Brasil de volta ao Mapa da Fome. *Boletim 14*. Recuperado de: <https://uenf.br/portal/wp-content/uploads/2022/02/Boletim-14-O-Brasil-de-volta-ao-Mapa-da-Fome.docx-1.pdf>
- Fundação Oswaldo Cruz (2014). *A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS?* Recuperado de: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/35859>

- Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). From the notion of social determination to one of social determinants of health. *Saúde debate*, 41(112), 63-76. doi: 10.1590/0103-1104201711206
- Guilherme, M. I. S. (2016). *Saúde da família e saúde mental: possibilidades de articulação para o cuidado em um contexto de zona rural* (Master's thesis, Brasil). Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23477>
- Haraway, D. (2016). Antropoceno, capitaloceno, plantationoceno, chthuluceno: fazendo parentes. *ClimaCom Cultura Científica*, 3(5), 139-146. Recuperado de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4374761/mod_resource/content/0/HARAWAY_Antropoceno_capitaloceno_plantationoceno_chthuluceno_Fazendo_parentes.pdf
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risk and crisis: thinking about psychiatric urgency. *Psicologia em Revista*, 13(1), 169-190. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>
- Junges, J. R., Selli, L., Soares, N. D. Á., Fernandes, R. B. P., & Schreck, M. (2009). Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 937-944. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400028>
- Kebbe, L. M., Rôse, L. B. R., Fiorati, R. C., & Carretta, R. Y. D. (2014). Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em Debate*, 38, 494-505. doi: 10.5935/0103-1104.20140046
- Keitel, L. (2018). *Da doença ao sofrimento psíquico: sentidos da “loucura” na clínica da atenção psicossocial*. (Master's thesis, Brasil).

- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 28-9.
- Leão, A., & Batista, A. M. (2020). Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores em saúde mental da grande Vitória. *Trabalho, educação e saúde*, 18. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00271>
- Lemos, M. E. P., da Silva, A. X., da Silva, J. C. B., Leal, J. M. E., Silva, C. S., & Andreto, L. M. (2022). Sobrecarga familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa Family burden of people with mental disorder: an integrative review. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(2), 5599-5615. doi: 10.34119/bjhrv5n2-139
- Liberato, M. T. C. (2011). *A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicossocial*. (Master's thesis, Brasil). Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17393>
- Lima Neto, O., Martins, M. N. A. L., Martins, W. S., Nagatsuka, D. A. S., Ráo, E. M., & Rodrigues Junior, R. (2022) Impacto da pandemia na economia brasileira. *Revista Gestão em Foco – Edição 14*.
- Lima, M. (2015) A atenção a crise e o apoio matricial: analisadores da estratégia atenção psicossocial. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/20258>
- Litter, A. S., Leite, V. T., & Silva, A. M. P., (2020). Desmontes da política nacional de saúde mental e a fragilização das condições e relações de trabalho. Anais do V SERPINF e III SENPINF ISBN 978-65-5623-100-6 <https://editora.pucrs.br/>
- Lourau, R. (1975). *A análise institucional*. 2ª. Ed. rev. Petrópolis: Vozes.

- Lourau, R. (1993). Análise Institucional e práticas de pesquisa-René Lourau na UERJ. *Rio de Janeiro: UERJ*.
- Lourau, R. (2004). Pequeno manual de análise institucional. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*, 122-127.
- Lourau, R. (2004). Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, Diário de etnógrafo (1914-1918). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 259-283.
- Lourau, R.- Analista institucional em tempo integral. *Pequeno manual de análise institucional*. In S. Altoé (Org.). (pp. 122-127). São Paulo: Hucitec.
- Macedo, J. P., de Sousa, A. P., de Oliveira Silva, A. M., Teixeira, J. L. C., & Veras, G. F. (2016). A problemática do cárcere privado para familiares e trabalhadores da saúde mental. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*, 24(2), 507-518. doi: 10.9788/TP2016.2-06
- Magalhães, D. L., da Silva Matos, R., de Oliveira Souza, A., Neves, R. F., Costa, M. M. B., Rodrigues, A. A., & de Souza, C. L. (2022). Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. *Research, Society and Development*, 11(3), e50411326906-e50411326906. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26906>
- Martins, J. (2017). Análise institucional e o processo de construção de conhecimento: a questão da implicação. *Psicologia em Revista*, 23(1), 488-499. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a30.pdf>
- Mascaro, A. L. (2022). *Crise e pandemia* [recurso eletrônico].-1ª. ed. - São Paulo: Boitempo Editorial.

- Matta, G. C., Rego, S., Souto, E.P., & Segata, J. (2021) *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.
- Meneses, M. P. R. (2010). Conceitos sobre redes sociais no paradigma ecossistêmico. In: Sarriera, J. C. & Saforcada, E. T. (Orgs.), *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas* (pp. 97-112). Sulina.
- Menezes, D. A. (2017). *O conceito de crise nos livros I e II de O Capital de Marx*. (Master's thesis, Brasil).
- Monceau, G. (2008). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal: revista de psicologia*, 20, 19-26.
- Moniz, J. B. (2019). Diversidade cultural: um conceito fundamental para o estudo dos fenômenos religiosos modernos. *Revista de Ciências Sociais*. 50 (2), 73–109.
- Nabuco, G., de Oliveira, M. H. P. P., & Afonso, M. P. D. (2020). O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. *Revista Brasileira de medicina de família e comunidade*, 15(42), 2532-2532. doi: 10.5712/rbmfc15(42)2532
- Nascimento, C. A. S., de Albuquerque Vianna, M., Ramos, D. A. L., Villela, L. E., Francisco, D. N., & Junior, R. I. (2018). A migração do campo para os centros urbanos no Brasil: da desterritorialização no meio rural ao caos nas grandes cidades. *Brazilian Journal of Development*, 4(5), 2254-2272. Recuperado de: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/251/211>

- Nascimento, M. S., & Silva, M. B. B. (2021). Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 44, 33-44. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E305>
- Nepomuceno. C. (2012). Crise, o que é e como administrá-la melhor? *Netpôsts. Rascunhos Compartilhados*. Recuperado de: <http://nepo.com.br/2012/01/17/crise-o-que-e-e-como-administra-la-melhor/>
- Neto, J. Z (2007) Crise social extrema, processos identificatórios e resistência psíquica Os Druzos na guerra do Líbano. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. X, 2, 274-292.
- Nogueira, M. D. O. E., & Silva, L. C. (2022). Escolarização em áreas rurais: a distorção idade-série na ótica dos gestores. *Estudos em Avaliação Educacional*, 33. doi: <https://doi.org/10.18222/eae.v33.7289>
- Novaes. A. (1996) (organizador). A crise da razão. São Paulo: Companhia das Letras.
- Oliveira, E., & Szapiro, A. (2021). Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saúde em Debate*, 44, 15-20. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E302>
- Passos, E., & Escóssia, L. D. (2010). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. In: *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 207-207).
- Pereira, C. N., & Castro, C. N. D. (2019). Educação: contraste entre o meio urbano e o meio rural no Brasil. Recuperado de: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9661/1/BRUA21_Ensaio5.pdf

René Loureiro, A., Joana Lima, J., Partidário, M. R., & Santana, P. (2015) Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos. In: Santana, P. (2015) Território e Saúde Mental em Tempos de Crise. *Imprensa da Universidade de Coimbra*. doi: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1>

Resende, L. S. (2019). Impacto do sofrimento existencial na dinâmica familiar brasileira. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Recuperado de: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/27728/4/ImpactoSofrimentoExistencial.pdf>

Ribeiro, L. D. S., Bragé, É. G., Ramos, D. B., Fialho, I. R., Vinholes, D. B., & Lacchini, A. J. B. (2021). Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de uma comunidade acadêmica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO03423>

Rodrigues, A., & Palma, D. L. (2015). A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense. *Santa Catarina*, 20. Recuperado de: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Aline-Rodrigues1.pdf>

Romagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, 26, 44-52. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>

Rossi, A. (2021) *Formação em esquizoanálise: pistas para uma formação transinstitucional*. Curitiba: Appris

- Sade, R. M. S., Goljevscek, S., & Corradi-Webster, C. M. (2020). Suporte domiciliar intensivo para crises em saúde mental: experiência da equipe de crise territorial de Trieste-Itália. *Saúde e Sociedade*, 29. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020190831>
- Santos, J. O., & Garcia, L. T. S. (2015). Transformações do trabalho no contexto da produção capitalista do século XX. *Revista da XVII jornada Internacional de Políticas públicas*, 17(1),1-11. Recuperado de: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/transformacoes-do-trabalho-no-contexto-da--producao-capitalista-do-seculo-xx.pdf>
- Sequeira, C., Sá, L., Carvalho, J. C., & Sampaio, F. (2015) Impacto da crise financeira e social na saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (14), 72-76. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10284/8100>
- Serapioni, M., & Basaglia, F. biografia de um revolucionário. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, out.-dez. 2019, p. 1169-1187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>
- Sevalho, G., & Dias, J. V. D. S. (2022). Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 937-946. doi: 10.1590/1413-81232022273.42612020
- Severo, F. M. D., Guerrero, A. V. P., Scafuto, J. C. B., Szapiro, A. M., & Silva, P. R. F. (2020) Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde debate*. Rio de Janeiro,. 44 (3), 5-8.
- Shimizu, H. E., Trindade, J. S., Mesquita, M. S., & Ramos, M. C. (2018). Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52(1), 1-7. doi:10.1590/S1980-220X2017020203316

- Silva, F. E. C., Macedo, A. M. A., Silva, J. L. A., Michelle Leane Santana Silva, M. L. S. (2021) Conduas em saúde mental na estratégia saúde da família: *Revisão integrativa. Research, Society and Development*, 10 (10). doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18360>
- Silva, M. L. B. e & Dimenstein, M. D. B (2014) Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 66(3), 31-46. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180952672014000300004
- Silva, S. L. C., Rosa, L. C. S. (2020) As estratégias de (des) institucionalização em saúde mental do piauí e o caso das EAPS: contexto e perspectivas. IN: Rosa, L. C. S., & Vilarinho, L. S. (Ogs) *Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental*. Teresina: EDUFPI.
- Silva, S. R. A., Nascimento, T. V. S. D., Jimenez, R. R., Silva, R. L. D., Machado, A. L. D. O., Bigatello, C. S., ... & Morais, M. C. P. D. (2021). Atenção psicossocial na atenção básica: profissionais, serviços e intervenções em ruralidades paraibanas. *A PSICOLOGIA E SUAS INTERFACES NA SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE*, 1(1), 66-81. doi: 10.37885/210102845.
- Silva, V. H. F. D. (2013). *Estratégias de cuidados por familiares de portadores de transtornos mentais severos residentes na zona rural do alto sertão paraibano* (Master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/19464>
- Sousa, J. R. Determinantes Sociais da Saúde vs Determinação Social da Saúde: Uma aproximação conceitual 1. I Webcongresso Internacional de Direito Sanitário. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/323116676>

- Wanderley, M. D. N. B., & de Nazareth, M. (2001). A ruralidade no Brasil moderno: por um pacto social pelo desenvolvimento rural. *Una nueva ruralidad en América Latina*, 31-44. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20100929011629/3wanderley.pdf>
- Ximenes, V. M., Carvalho, M. A. A. S., da Silva Alves, K., Bacelar, B. C., & do Vale, D. M. L. (2020). Fontes de Apoio Social em contextos de pobreza: o que dizem as comunidades rurais?. *Interação em Psicologia*, 24(3). doi: <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v24i3.62691>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Editora Fiocruz. doi: <https://doi.org/10.7476/9788575413623>.
- Zuwick, A. M., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., E. C. C. R., & Leitão, I. M. T. A. (2015) Cuidado ao adolescente em situação de cronicidade relacionado à esquizofrenia: aspectos técnico assistenciais e familiares. In Castellanos, M. E. P., Rosa, L. C. S., & Vilarinho, L. S. (Ogs) *Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental*. Teresina: EDUFPI.

ANEXOS

Anexo I- Roteiro de Entrevista

Para usuários:

- 1- Como se deu sua primeira crise?
- 2- Já esteve em alguma internação psiquiátrica? Como foi? Qual a ideia que faz desta?
- 3- Quais as dificuldades que enfrentadas por você em relação a crise psíquica grave?
- 4- Quem te ajuda? Quais seus recursos internos e externos?

Para familiares:

- 1- Como foi acompanhar a crise de seu familiar?
- 2- Como compreende a internação psiquiátrica?
- 3- Quais as dificuldades enfrentadas por vocês em relação a crise do seu familiar?
- 4- Você consegue ajudar o familiar? De que maneira?

Anexo II - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa “Novos possíveis para atenção à crise psíquica grave em contextos rurais”, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Prof. Dr. João Paulo Sales de Macêdo. O projeto tem como objetivo cartografar processos de subjetivação implicados no processo da crise psíquica grave junto às famílias da zona rural da cidade de Água Doce do Maranhão/MA. Problematicando que formas de cuidado têm sido praticada por estas famílias diante de suas necessidades em saúde mental, e como novas produções de subjetividades podem ser pensadas juntas aos familiares e usuários de saúde mental nos contextos rurais.

Para a realização dessa pesquisa, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse documento que visa assegurar seus direitos como participante. Sua participação é voluntária, sem custos ao senhor(a), e se dará por meio de respostas a um roteiro de entrevista, com perguntas relacionadas aos recursos internos e externos de familiares e usuário de saúde mental frente a crise psíquica grave. Entendendo através da literatura pesquisada que as áreas rurais se encontram distante da cobertura realidade pelos CAPS, principal serviço substitutivo ao modelo asilar e principal aposta da Reforma Psiquiátrica. A entrevista poderá vir a ser gravada, mediante sua autorização prévia, a fim de resguarda com maior precisão as informações e conteúdo discutidos. Cabe frisar que sua participação na pesquisa é livre e que é possível o ter o acesso aos instrumentos de coleta de dados antes mesmo da assinatura deste termo para tomar conhecimento dos assuntos a serem tratados, cada entrevista terá um tempo estimado de 40 minutos com os usuários e familiares, podendo se prolongar ou diminuir a depender de alguma necessidade do entrevistado.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, é possível que em algum momento, possam surgir alguns riscos ou desconfortos em relação à pesquisa, uma vez que se trata de um contexto social marcado por vivências e afetações. Nesse caso, a pesquisadora oferecerá suporte apropriado, acolhendo as demandas surgidas. No caso de algum desconforto ao compartilhar informações, pelo tempo exigido ou sinta incômodo em falar de algum tópico em específico, você não precisa respondê-lo, reservando-se no direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa. Manteremos todos os cuidados éticos necessários, incluindo a garantia do sigilo, do anonimato.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá na compreensão sobre o tema, tendo uma grande relevância social e acadêmica, dando visibilidade e reconhecimento as questões de saúde mental implicadas nos contextos rurais. Contudo, pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento), podendo desistir de participar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Todos os resultados dessa pesquisa serão utilizados apenas para a sua execução, cuja finalidade é acadêmico-científica (divulgação em revistas e eventos científicos), e seus dados ficarão sob sigilo e guarda do pesquisador responsável. Também lhe será assegurado(a) o direito de assistência integral gratuita contra quaisquer danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário. Caso haja algum dano direto/indireto decorrente de sua participação, não sanado pelo responsável, o senhor(a) poderá buscar indenização por meio das vias legais vigentes no Brasil.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, o senhor(a) pode esclarecê-las com o pesquisador responsável João Paulo Sales Macêdo pelo telefone/celular (86) 9.9946-2381 (inclusive a cobrar) ou pelo e-mail jp.macedo@ufpi.edu.br com o pesquisador colaborador Ingrid Silva Costa pelo telefone/celular (98) 9.99719711 (inclusive a cobrar) ou pelo e-mail ingryd.delta@hotmail.com. Se preferir, pode levar esse Termo para casa e consultar seus

familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se mesmo assim as dúvidas persistirem, o senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFDPAR (CEP/UFDPAR), que é um colegiado interdisciplinar, independente, que acompanha, analisa e julga se as pesquisas científicas que envolvem seres humanos preservam a integridade e dignidade do participante da pesquisa, no seguinte endereço: Sala II do Bloco 03, Pavimento 3º, Lado Oeste, Sala, do Campus Universitário Ministro Reis Velloso da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, localizado à Av. São Sebastião, 2819, Bairro Reis Velloso, Parnaíba/PI, com atendimento ao público/pesquisadores de segunda à sexta-feira das 8h às 12h e das 14h às 18h. E-mail: cep.ufdpar@ufpi.edu.br.

Esse documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, rubricado em todas as suas páginas (exceto a com as assinaturas) e assinado ao seu término pelo(a) senhor(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

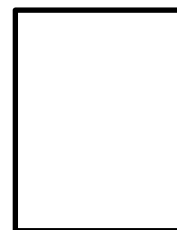
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, e ficando com a posse de uma delas.

Cidade- UF, ____/____/____

Assinatura e contatos (celular/e-mail)
do Participante

Assinatura e contatos (celular/e-mail)
do Pesquisador Responsável



IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPIC
A