

Poéticas na residência em saúde mental comunitária: um relato de experiência na construção coletiva de grupos e atividades artísticas em Aracati-CE

Poetries in the residence in mental health community: a report of experience in the collective construction of the groups and activities Aracati-CE Artists

Renata Cristina Dantas da Silva¹, Evelyne Nunes Ervedosa Bastos², Vera Lúcia de Azevedo Dantas³

Resumo

Este artigo discute o cuidado em saúde mental para além dos muros dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), com reflexões sobre os grupos e as linguagens artísticas como possibilidades de sensibilização e expressividade. Ele visa relatar a experiência de cuidados em saúde mental comunitária no contexto da Residência no município de Aracati-CE. É um Relato de Experiência com abordagem qualitativa, embasado na Observação Participante e Sistematização de Experiências. Participaram usuários, familiares, profissionais dos CAPS e da Rede de Atenção Primária e comunidade.

Obstáculos foram encontrados na comunicação entre as equipes e a resistência de usuários em participarem dos grupos. Percebeu-se que os vínculos afetivos são essenciais na concretização do cuidado em saúde. Expandiram-se as atividades nos CAPS e o olhar de profissionais e da comunidade sobre saúde mental comunitária. Saúde esta que acolhe os saberes e as potencialidades existentes nos territórios e entre os sujeitos que ocupam esses espaços, fazendo-os perceberem-se capazes de cuidarem da sua saúde, da saúde dos que estão ao redor e da natureza que os cerca.

Palavras-chave: Saúde mental; Desinstitucionalização; Arte; Prática de grupo.

1 Psicóloga, Especialista em Saúde Mental Coletiva, Escola de Saúde Pública do Ceará.

2 Psicóloga, Coordenadora adjunta da Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas de Fortaleza, Mestre em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará.

3 Médica Sanitarista, Doutora em Educação, Secretária de Saúde do Ceará.

Abstract

This article discusses about mental health care, beyond the walls of the Psychosocial Attention Centers (CAPS), with reflections on groups and artistic languages as possibilities of awareness and expressiveness. Aims to report the experience of community mental health care in the context of the Multidisciplinary Residence of Aracati-CE. Is an account of experience with qualitative approach, based on participant observation and Systematization of experiences. Participated in users, families, professionals of the CAPS and the primary care network and community. We face obstacles in communication between teams and users in participating in resistance groups. We realize that the affective links are essential in achieving health care. Expanded activities in CAPS, the view of professionals and the community on community mental health. This welcoming health knowledge and existing powers in the territories and among the subjects that occupy these spaces, making them understand able to take care of your health, the health of those who are around and the nature that surrounds them.

Keywords: Mental health; Deinstitutionalisation; Art; Group practice.

Introdução

A discussão em torno da necessidade de transformação das práticas do cuidado em saúde mental cresce, consideravelmente, na atualidade. A Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001¹, que dispõe sobre a atual política de saúde mental no Brasil, institui a necessidade da atenção à saúde mental em uma rede de base territorial e comunitária. Modifica, assim, o modo de pensar a saúde mental de forma institucionalizada para a inclusão de novos modos de cuidado.

Para essas mudanças acontecerem e o cuidado ser colocado em prática de

forma efetiva, necessitamos discutir com os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Atravessar o pensamento manicomial existente, levantando a ideia de que o cuidado, como atitude de responsabilização e afeto, favorece uma prática comprometida e implicada com o processo saúde-doença dos sujeitos: “Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro”².

Buscamos o compartilhamento da experiência de trocas do cuidado e dos afetos, relatando modos de produzir saúde mental que aconteceram fora dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), onde o nosso saber acadêmico se misturou aos saberes dos demais profissionais e aos da comunidade.

Esse diálogo entre os saberes apreendidos nos espaços formais e o “saber-de-experiência-feito”³, categoria utilizada por Paulo Freire para referendar o saber popular, expressa-se na vivência aqui relatada como algo potente na promoção de uma saúde mental comunitária. Trata-se de um saber construído no coletivo, ou melhor, saberes – modos de promover saúde, que nascem da necessidade de enfrentar os desafios cotidianos na realidade de cada comunidade.

Saúde comunitária é um conceito que leva em consideração a potência de vida de cada sujeito e as experiências acumuladas ao longo do tempo, entendendo esse indivíduo como um cidadão capaz de cuidar de sua saúde, da saúde dos que estão ao seu redor e da natureza⁴. O envolvimento comunitário pode ser um fator psicossocial significativo, auxiliando na confiança pessoal e capacidade de enfrentar problemas.

Entendemos, aqui, que a produção de saúde ocorre por meio do Trabalho vivo, quando nos permitimos vivenciarmos encontros do cuidado em um espaço relacional, por meio da fala, escuta, dos toques e olhares⁵. Nesse sentido, provocamos reflexões e acrescentamos outras práticas às que já aconteciam nos CAPS de Aracati-CE, entendendo que a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de saúde mental, na qual o CAPS deve estar integrado à comunidade e às suas atividades culturais. Quanto mais os serviços forem capazes de estabelecerem relações com outros equipamentos e recursos existentes, mais podem ser considerados de base territorial⁶.

O presente estudo busca ampliar a concepção sobre saúde mental: como e onde podemos promover saúde? Como expandir as nossas ações para além dos muros e das práticas institucionais dos CAPS?

Acreditamos no cuidado em saúde mental que se delinea em uma rede de vínculos e afetos, entrelaçada pelos encontros que nos fazem perceber as potências existentes em cada sujeito e nos territórios. Por meio das relações de afeto construídas junto aos atores das comunidades aqui descritas, percebemos que afetos ou afecções podem aumentar ou diminuir a nossa potência de agir: “Por afecção, entendo as afecções do corpo, pelas quais a potência de agir desse corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou travada, assim como as ideias dessas afecções”⁷.

Por meio das redes que tecemos nas relações entre equipes, comunidade e território, produzimos alegrias e tristezas, afetos pelos quais a potência de cada indivíduo aumenta ou diminui. É nessa teia

de encontros que ocorre o exercício da promoção de uma saúde mental comunitária.

As experiências, aqui narradas, foram construídas por meio de um planejamento participativo, ferramenta que possibilita o diálogo entre os atores envolvidos, multiplica nossas forças e possibilidades, proporcionando um trabalho qualitativamente melhor, entendendo planejamento como uma ação politicopedagógica que resgata e promove a qualidade de vida, estimulando o fortalecimento desses sujeitos⁸.

Buscamos, por meio desse artigo, relatar a experiência dos cuidados em saúde mental comunitária, vivenciada no contexto de uma Residência Integrada em territórios de Aracati-CE. De forma particular, refletir sobre as linguagens da arte como possibilidades de sensibilização e expressividade no cuidado em saúde mental e identificar as potencialidades e os desafios do trabalho com grupos, sob a ótica do cuidado. Este artigo, então, é um convite a refletir sobre os modos de fazer saúde mental, diferenciados, baseados nas vivências de saúde comunitária que acolhem os saberes e as potências existentes nas comunidades e entre os sujeitos que ocupam esses espaços.

Metodologia

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, na modalidade de Relato de Experiência. Para organizar o percurso, aqui descrito, foi utilizado como referencial metodológico a sistematização de experiências proposta por Holliday⁹. Constitui-se como um instrumento que nos permite o exercício de uma reflexão crítica da experiência vivida. A sistematização de experiências é um desafio politicopedagógico, um exercício rigoroso de identificação, classificação e reordenamento do processo vivenciado⁹.

Trata-se de um trabalho que surge da nossa implicação, permeada pelas relações do afeto, dos vínculos construídos e das experiências vividas enquanto profissional residente em saúde mental coletiva. Em uma pesquisa, a implicação se dá “sob o ângulo da vida psicoafetiva do sujeito e seu imaginário”¹⁰.

Elaboramos este relato de experiência com base na Observação Participante, nos registros em diário de campo, recursos de audiovisual e outros materiais como as sínteses criativas, produzidos nos encontros ao longo dos anos de 2013 ao início de 2015.

A Observação Participante (OP) permite a inserção do pesquisador no grupo observado e sua interação por longos períodos com os atores envolvidos, em um processo no qual é possível compartilhar o cotidiano para buscar sentir o que significa estar em uma determinada situação¹¹.

Na intenção de sistematizar a experiência, referenciamos os cinco tempos propostos por Holliday¹².

O nosso ponto de partida surge com o desejo de sairmos de dentro dos CAPS e propormos ações que dialogassem com a arte e interagissem com a comunidade em seus territórios, por meio do movimento de implicação nessa prática e dos registros em diário de campo, de audiovisual e das produções artísticas relacionadas à experiência, “[...] acreditamos que, quem viveu a experiência, deve ser o principal protagonista de sua sistematização”¹².

A formulação de um plano de sistematização é quando iniciamos o processo de sistematização.

Definimos os objetivos, identificamos os aspectos centrais, quais as fontes de informações e os procedimentos adotados e em qual tempo. Debruçamo-nos sobre os objetivos deste trabalho, percebendo o

que mais nos afetava nessa experiência para, com isso, iniciarmos a costura dessa colcha de experiências, alinhando o cuidado em saúde aos vínculos afetivos desse processo.

A recuperação do processo vivido foi o momento em que pudemos realizar um movimento de distanciamento do processo sem nos preocuparmos, ainda, com as interpretações ou justificativas para os acontecimentos, “trata-se de realizar uma exposição da trajetória, seguida pela experiência, que nos permita objetivá-la, olhando, “de longe”, seus distintos elementos”¹².

No momento das reflexões de fundo, é possível, por meio da análise e síntese, traçar um caminho de interpretações críticas sobre o processo vivido. Esse é o tempo “de ir mais fundo às raízes do que foi escrito, reunido, reconstruído, organizado e classificado”¹². Deixamos a experiência falar, provocando diversas reflexões sobre potencialidades, como o protagonismo e a participação ativa dos atores de alguns territórios e limitações, ao questionarmos o que poderia ter sido feito para provocar maior implicação de alguns profissionais do município nas atividades.

Sobre os pontos de chegada, entendemos esse momento como o tempo de sintetizar as reflexões sobre a experiência e socializar as aprendizagens adquiridas por meio deste trabalho de conclusão da Residência em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública – CE. Maturamos as reflexões críticas e voltamos o nosso olhar para as potencialidades e limitações encontradas, além de percebermos as possibilidades de transformação da experiência.

Respeitamos todos os critérios éticos, mesmo não envolvendo seres humanos, preservando os nomes e as imagens dos participantes dos grupos.

Resultados

1. Primeiros passos: “Não andar tão depressa que atropеле, nem tão devagar que atrapalhe”

Inicialmente, a equipe de residentes realizou uma territorialização da região de Aracati-CE. Entendemos territorialização como:

[...] processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicas, sociais, culturais, políticos etc.)¹³.

Esse processo nos permitiu a expansão da concepção sobre território, perceber as potencialidades dos espaços e compreender os obstáculos como situações-limites. As situações-limites são, aqui, entendidas como aquelas que exigem transformação no contexto local por dificultarem a concretização dos sonhos, desejos e das necessidades coletivas das populações¹⁴.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 2015), o município de Aracati-CE possui 69.159 habitantes¹⁵. A cidade é mundialmente conhecida por suas praias, onde parte da população trabalha com a pesca e o artesanato.

ARAPS do município é regionalizada, referência da 7ª Microrregional, e acolhe outros três municípios: Fortim, Itaipaba e Icapuí. É constituída por um CAPS II, um CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), que prestam atendimento ambulatorial e de atenção psicossocial e um leito de psiquiatria no Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias.

Por meio da territorialização, percebemos que a Atenção à Saúde Mental em Aracati-CE encontrava dificuldades

para atender as demandas mais distantes do centro da cidade, onde estão localizados os dois CAPS, devido às limitações quanto à logística para locomoção dos usuários que não tinham condições financeiras para pagarem o transporte.

Identificamos, nos prontuários dos pacientes dos CAPS, elementos para auxiliar na escolha dos territórios onde realizaríamos o planejamento participativo em saúde mental. Destacaremos, aqui, os territórios de Marjolândia e Cajueiro.

Fizemos, também, ações de desinstitucionalização nas praças da cidade de Aracati, através da participação comunitária e das expressões artísticas, buscando aproximar as equipes de saúde mental da comunidade.

2. Majorlândia: a força da maré e da mulher

Em Majorlândia, as atividades ocorreram na sede da Associação de Artesãos de Marjolândia. Isso não teria acontecido sem ajuda da líder comunitária, pessoa engajada na atividade comunitária da localidade.

Quando não havia material para as atividades, ou limitações técnicas dos serviços ou, ainda, resistência de alguns profissionais dos CAPS em participar das atividades, as mulheres dessa comunidade encorajavam a nossa equipe para continuarmos fazendo o que acreditávamos, exercitando com isso o “[...] desenvolvimento da consciência social e pessoal e da construção da responsabilidade comunitária”¹⁶.

Construímos, junto a esses atores, as atividades que seriam desenvolvidas, iniciando com o grupo de Terapia Comunitária Integrativa (TCI). A partir da experiência de enfrentamento que cada participante apresentava, edificávamos uma ampla rede de possibilidades do cuidado em saúde. Geralmente, surgiam

questões, referentes aos cuidados em saúde mental, dos familiares e o sofrimento relacionado ao desgaste em suas relações.

O grupo acontecia semanalmente, com a participação de usuários dos dois CAPS, familiares e pessoas interessadas da comunidade. Os participantes solicitaram outras atividades além da TCI, como a inclusão de vivências de biodança, Tie Dye (tintura em tecido) e arte terapia. Para desenvolver essas atividades, eram necessários materiais que o município não disponibilizava, mas a falta desses materiais não impediu que as ações acontecessem.

Ao oferecer nossos saberes, recebemos uma colcha de aprendizados. Nos retalhos, que foram alinhavados à nossa experiência pessoal e profissional na área da saúde, identificamos os usuários dos CAPS, altamente, implicados na mobilização comunitária. Uma usuária sempre comparecia ao serviço para solicitar que a psiquiatra fosse à comunidade. Nossa equipe de residentes acreditava não ser possível e, após não conseguirmos abertura para dialogar com a psiquiatra, desistimos. Os atores da comunidade, implicados no processo, continuaram insistindo. E conseguiram. Estabeleceram vínculos afetivos com essa médica, que participava também das festas comemorativas, inclusive, tocando teclado e cantando.

No início, pensamos que o grupo não continuaria, pois poucos participantes frequentavam. Havia obstáculos com relação aos materiais e ao diálogo com os profissionais dos CAPS, pois estes desejavam que os residentes atuassem apenas dentro dos CAPS. Ouvimos, de uma das mulheres, que não precisávamos nos preocupar porque o grupo aconteceria com o que a equipe pudesse oferecer e com quem estivesse interessado. Quando a equipe não conseguia chegar ao

território no dia da atividade com o grupo, a comunidade se reunia e fazia o encontro do modo deles.

Essa comunidade apresentava muito empoderamento e sensibilidade quanto às dificuldades que surgiam entre si e as da equipe de residentes. Compreendemos que o encontro afetivo aumenta as nossas potências de vida, sim! E o saber do psicólogo é mais potente quando entrelaçado com todos esses saberes, que não tivemos acesso na academia formal. Nesse sentido, vivenciamos o “saber-de-experiência-feito”, ensinamento ao qual somos imensamente gratos.

3. Cajueiro: o despertar da mulher e a geração de saúde do idoso

No Cajueiro, dois grupos foram propostos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que faziam parte daquele território e conheciam as demandas locais, são eles: “Geração Saúde” e “Essas Mulheres”.

O grupo “Geração Saúde”, direcionado aos idosos da comunidade e familiares dos usuários dos CAPS, contava, em média, com 25 pessoas. Durante os encontros, utilizávamos metodologias participativas que refletissem sobre a educação e promoção em saúde.

Buscamos parceria com a equipe de residentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ofertando serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças. Apostávamos no diálogo entre as equipes de residentes da saúde mental e saúde da família para avaliarmos as ações realizadas. Questionávamos sobre como poderíamos avançar na nossa prática, envolver outros profissionais não residentes, além dos ACS que já participavam das ações. Não conseguimos esse envolvimento nos grupos, mas, quando necessário, dialogávamos com médico ou enfermeiro da ESF, que sempre acolham

nossa demanda e se disponibilizavam em nos ajudar.

Articulamos ações com a escola municipal da localidade, construindo atividades com pessoas da terceira idade e os adolescentes – momentos enriquecedores de trocas de saberes entre gerações: “Ao estimular atividades intergeracionais, cuja relação com o idoso é positiva, as crianças transformam seus conceitos em relação ao velho e a velhice, promovendo a inclusão do idoso na família e comunidade”¹⁷.

Como produto dos encontros entre idosos e adolescentes, construímos, de forma compartilhada, uma cartilha que abordava os modos de produção de saúde em diversos âmbitos da vida, a partir do entendimento dos sujeitos sobre saúde, contemplando elementos presentes no cotidiano destes.

Quando realmente adentramos na comunidade, percebemos quantos saberes e práticas de saúde existiam no território comunitário.



FIGURA I: Grupo Geração Saúde

O grupo “Essas Mulheres” foi sugerido para diminuir o fluxo intenso de mulheres que chegavam à Unidade Básica de Saúde (UBS) com discurso poliqueixoso, superlotando o serviço com as mesmas demandas. Dessa forma, trabalhamos a prevenção e o cuidado em saúde mental, oferecendo-as outros espaços de cuidado: “[...] não há estatísticas sobre o paciente

poliqueixoso na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Contudo, ele já é considerado um problema sério, que tem um custo muito alto, além de congestionar o atendimento nos ambulatórios e prontos socorros [...]”¹⁸.

Realizamos ações com arteterapia e rodas de conversa sobre saúde sexual e reprodutiva da mulher, oferecendo espaço de escuta e acolhimento. A abordagem a essa temática brotou, após o primeiro encontro, quando as mulheres falaram sobre si e expressaram interesse nesses assuntos, com falas que remetiam à falta do cuidado da aparência e da saúde, alegria em viver com a família e o desejo de ser mais feliz.

Usamos metodologias participativas e criamos formas descontraídas de abordar os temas, pois percebemos timidez entre as participantes. Muitas delas nunca tinham pensado no que lhes dava prazer e bem-estar na vida, na família e nas relações amorosas. Ao final dos encontros, uma participante comentou que o grupo fazia com que saísse da “toca”, levando-a a conhecer outras realidades, outras formas de perceber a si e ao mundo ao seu redor.

Por meio do grupo, à medida que construíamos outras possibilidades de cuidado em saúde e alívio de alguns sintomas, o número de mulheres que chegava à UBS com discurso poliqueixoso diminuiu.

A equipe concebeu essa experiência como desafiadora, pois, inicialmente, as participantes apresentavam muita resistência em participar do grupo. Diziam que participavam por consideração às ACS. Quase não falavam, estavam sempre de braços cruzados, mas, aos poucos, fomos nos vinculando por termos algo em comum: éramos todas mulheres e estávamos ali para ajudar e apreender mutuamente.

Por fim, as ACS se dispuseram a continuar os grupos da forma que elas sabiam e a nossa equipe atentou que, por mais que soubéssemos diferentes técnicas terapêuticas, de nada serviriam se não estabelecêssemos um vínculo afetivo com essas pessoas.

4. Ocupa a Praça: arte, saúde e loucura

Construímos, coletivamente, diversas ações nas praças públicas de Aracati, iniciando a ação “Expresse sua loucura”, no dia 10 de outubro de 2013, Dia Mundial da Saúde Mental. Utilizamos recursos artísticos e expressivos para as pessoas conhecerem a RAPS e, assim, expressarem suas emoções. Estendemos um tecido no chão, tintas, pincéis, microfone, caixa de som e instrumentos musicais. Os sujeitos contaram histórias, cantaram canções e recitaram poesias. Os profissionais dos CAPS e residentes em saúde, que participaram, caminhavam pela praça, segurando cartazes que diziam: Qual a sua loucura? Quer um abraço? Expresse, aqui, sua loucura!

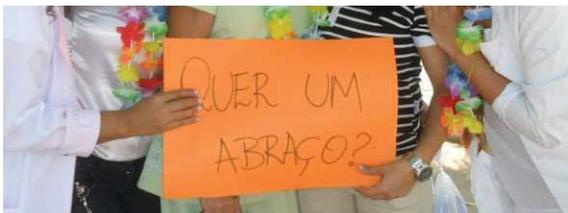


Figura 2: Expresse sua loucura

Por meio dessa ação, uma antiga usuária do CAPS AD, que não aderiu ao tratamento, vinculou-se e iniciou o acompanhamento no serviço. Essa usuária solicitou levar materiais para realizar pinturas em casa. Segundo seu relato, com as pinturas, conseguiu passar o final de semana sem fazer uso do crack e, durante todo o seu tratamento no CAPS AD, a arte foi o que mais lhe auxiliou.

Nesse dia, um grupo de amigos, que fazia uso de álcool, aproximou-se para participar das atividades. Espontaneamente, foram largando as garrafas e incentivando um dos amigos a parar de beber durante a atividade. No dia seguinte, outra ação semelhante foi realizada. Esse mesmo grupo de amigos participou, porém com atraso. Um deles preparava uma produção artística para presentear uma residente da equipe de saúde mental. Quando o grupo de amigos chegou, dessa vez sem garrafas de bebida, já não encontraram nenhuma atividade para realizar. Olharam uns para os outros e comentaram que, sendo assim, iam sair para beber.

Particularmente, fomos muito afetados por esta situação. Eles desejavam repetir a atividade do encontro passado, ou qualquer possibilidade de criação artística. Perguntavam, inconformados, se não havia mesmo mais nada para fazer. Fomos “pegos de surpresa”. A academia não nos ensinou o que fazer em casos como esse. Paralisamos. Nas mãos, segurávamos uma delicada flor e os olhos se inclinavam para chorarem diante daquela limitação – uma situação-limite.

Em novembro de 2013, realizamos, em parceria com o Serviço de Atenção Especializada (SAE), no dia mundial de combate a AIDS, uma “Conversa sobre amor e sexo”. Colocamos essa frase em um cartaz; as pessoas passavam e olhavam com curiosidade. Aos poucos, aproximavam-se e se permitiam conversar sobre o assunto, inclusive os usuários dos CAPS, possibilitando um diálogo sobre saúde mental e sexualidade sem os estigmas provocados pela instituição, auxiliando, assim, um trabalho de promoção da saúde e prevenção em saúde mental mais eficaz.



FIGURA 3: Conversa sobre amor e sexo

Refletimos que a arte pode expandir para além das telas, argilas e tintas. Ela pode ocupar territórios, ser povoada por performances, experimentos e atuações diferenciadas¹⁹. O cuidado em saúde mental pode ir além dos muros dos CAPS. O usuário do CAPS não possui, apenas, “mente”. Ele tem direito a outros cuidados de saúde e os profissionais dos CAPS podem se implicar nesse processo.



FIGURA 4: 18 de Maio - Dia da Luta Antimanicomial

No dia da Luta Antimanicomial no Brasil, contamos com a participação dos usuários e trabalhadores dos CAPS e alunos da Faculdade Vale do Jaguaribe. Os usuários possuíam pouca informação sobre a militância, envolvida no 18 de maio. Fizemos rodas de conversa e preparamos cartazes sobre o assunto. Elaboramos e distribuímos materiais informativos sobre o que é a saúde mental, o funcionamento e os contatos dos CAPS de Aracati-CE.

Poesias foram impressas em receituários de controle especial, trazendo a reflexão da medicalização. Fomos às ruas com carro de som, cantamos e panfletamos nos sinais.

Percebemos o quanto as atividades artísticas e ações territoriais e comunitárias podem ser eficazes na redução de danos, na superação dos obstáculos encontrados no exercício profissional, na promoção e educação em saúde: “A clínica, nessa nova configuração, é aquela que se faz no território. Ela não está voltada para a remissão dos sintomas, mas para a promoção de processos de vida e de criação e poderá, portanto, comportar outra saúde”²⁰.

Discussão

Sair do CAPS, ocupar praças e comunidades, nessa troca de saberes em saúde, não foi um movimento fácil, especialmente, para difundir essa ideia e incluir os profissionais do município. Existia a fantasia das práticas, realizadas fora dos CAPS, de não se caracterizar como atividades do serviço.

Por meio do vínculo e diálogo com esses profissionais, conseguimos, ao logo dos dois anos da residência, contar com a participação efetiva da equipe multiprofissional dos CAPS, que se dispusera a dar continuidade às ações após a nossa saída dos serviços, que ocorreu em março de 2015.

Enquanto atuamos como residentes na saúde mental de Aracati-CE, procuramos sensibilizar os profissionais, proporcionando rodas de conversa e reflexões: Qual a importância da articulação da saúde mental com a Atenção Primária à Saúde? Como construir e efetivar a RAPS? Quais obstáculos as equipes e os serviços precisam ultrapassar e como fazer?

Dialogar saúde e arte, com a participação comunitária e os saberes populares possibilitou, também, questionamentos sobre nossa atuação profissional no âmbito da saúde mental. Seria possível o diálogo entre esferas tão diferentes e tão próximas ao mesmo tempo, como a ciência, arte, saúde e os saberes populares? Em alguns momentos, na nossa prática, enquanto equipe de residentes em saúde, isso aconteceu; em outros momentos, em outros espaços e nos territórios, conversando com outros atores, não conseguimos. Talvez, seja como aponta Ray Lima: “arte transita no terreno do desequilíbrio e equilíbrio do ser”²⁰.

A arte, é claro, não resolvendo por si só os problemas individuais e coletivos do mundo, problematiza, discute, ajudando a despertar no ser humano reflexões, que reorientem suas relações consigo mesmo e com o outro e apontem caminhos de superação de suas próprias limitações de ser incompleto e inacabado, como diz Paulo Freire²⁰.

Penso que seja necessário transitar, movimentar e reinventar, diariamente, a nossa prática do cuidado em saúde. Será que existe um ponto de chegada nessa caminhada? Será que estaremos prontos e capacitados para as demandas da saúde mental? “O problema não é inventar. É ser inventado, hora após hora, e nunca ficar pronta nossa edição convincente”²¹.

Conclusão

Estes relatos foram trançados no vai e vem dos encontros, entre muitos afetos e muitas emoções. Nem sempre conseguíamos chegar ao território, nem sempre tínhamos materiais para as atividades, mas sempre tínhamos amor envolvido. Desatamos os nós dos braços, ultrapassamos armaduras – manicômios mentais, timidez – ao final, conseguimos abraçar uns aos outros nessa experiência do cuidado em saúde mental comunitária e o diálogo com arte.

Os encontros, estabelecidos nos grupos e as ações nas praças, provocaram bons momentos. Identificamos que uma usuária aderiu ao tratamento no CAPS AD; a psiquiatra saiu do serviço e foi para comunidade; os atores de Majorlândia fizeram o grupo acontecer independentemente da equipe do serviço; as ACS do Cajueiro se empoderaram dos saberes para darem continuidade às ações; o diálogo sobre saúde, entre os idosos e adolescentes, aconteceu; mulheres saíram de suas “tocas” e conheceram diferentes realidades; entre outras situações que entendemos como bons encontros.

Entretanto, também tivemos maus encontros. Algumas coisas não funcionaram como o desejado, tais como: os profissionais dos CAPS não chegaram à comunidade do Cajueiro, como ocorreu em Majorlândia; a nossa limitação, diante do grupo de amigos que buscavam alguma possibilidade de expressão artística para não ir ao bar, resultou que não soubemos o que fazer naquele momento.

Pela malha dessa rede de relações mencionadas, dos diferentes encontros, dos laços afetivos fortes e frágeis, trançamos o vivido em dois anos de ensino em serviço, como profissionais residentes em saúde mental coletiva, sujeitos de limites e fragilidades, de potências e criatividade.

E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
o povo sumiu,
a noite esfriou,
e agora, José?
e agora, você?
(Carlos Drummond)

E agora, será que os grupos vão continuar acontecendo? E as atividades artísticas nas praças? Será que as equipes dos CAPS vão continuar implicadas nessa atuação de base territorial e comunitária? Poderíamos ter feito mais ou diferente?

Sabemos, apenas, das aprendizagens sobre uma saúde pública que se faz no encontro, que se fortalece nas relações de afeto, que é mais potente quando consegue sair da instituição e dialogar com os saberes existentes entre os sujeitos em seus territórios. Uma saúde mental comunitária atravessada pela arte e pelos afetos.

Referências

1. Ministério da Saúde. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2001.
2. Boff L. Cuidado: o ethos do humano. In: Ferreira G, Fonseca P. organizadores. Conversando em casa. Rio de Janeiro: Sette Letras; 2000. p. 73-78.
3. Freire P. Saber erudito/saber popular/saber de experiência. Dicionário Paulo Freire. Nilton Bueno Fischer e Vinicius Lima Lousada. Belo Horizonte: autentica; 2008.
4. Góis CWL. Saúde comunitária: pensar e fazer. São Paulo: Hucitec; 2008.
5. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Franco TB, Merhy EE. Organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 68-94.
6. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
7. Spinosa B. Pensamentos metafísicos; Tratado da correção do intelecto; Ética; Tratado Político; Correspondência. Trad. Marilena Chauí et al.. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural; 1979.
8. Parente JRF. Planejamento participativo em saúde. S A N A R E, Sobral, 2011;10(1):54-61. Acesso em: 28 out. 2015. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144>>.
9. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. Tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. ed. rev. Brasília, DF: MMA; 2006.
10. Barbier R. A pesquisa ação. Tradução de Lucie Dídio. Brasília: Líber Livro Editora; 2002.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
12. Holliday OJ. A sistematização de experiências, prática e teoria: para outros mundos possíveis. Tradução de Luciana Gafrée e Sílvia Pinevro; colaboração Elza Maria Fonseca Falkenbach. Brasília, DF: CONTAG; 2012.
13. Gondim MMG, Monken M. Territorialização em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>> Acesso em: 28 de outubro de 2015.
14. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.
15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Informações completas. Acesso em: 20 jun. 2015. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/233OS>>.
16. Góis CWL. Psicologia comunitária: atividade e vivência. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais; 2005.
17. Carvalho MCBNM. O diálogo entre idosos e crianças do projeto intergeracional do SESC. 2007, p 70-108. Acesso em 28 out. 2015. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11345/11345_6.PDF>.
18. Quaresma SJL. A complexidade do paciente poliquixoso e do seu tratamento. 2009. Acesso em 28 out. 2015. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT1/EixoIV/complexidade-do-paciente-SilviaQuaresma.pdf>>
19. Lima MFA. Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Saúde, Educ. 2006;10(20):317-329.
20. Lima R. Um pouco mais de história não faz mal a ninguém: vida que segue, história que continua. Salto para o Futuro: saúde e educação: uma relação possível e necessária, Brasília, DF, ano 19, boletim 17, p. 51-55, nov. 2009.
21. Drummond C. Corpo: novos poemas. 10. ed. Acesso em: 19 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/frases/4170386>>

Endereço para correspondência

Renata Cristina Dantas da Silva
 renatadantass@gmail.com
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado em Saúde Coletiva
 Campus Universitário Lagoa Nova - Natal/RN - Brasil
 CEP 59078-970