



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva



SILVIA SANTOS NASCIMENTO

Autonomia na Saúde Mental:
uma perspectiva dos profissionais de CAPS de Aracaju/SE

SALVADOR
2012

SILVIA SANTOS NASCIMENTO

Autonomia na Saúde Mental:
uma perspectiva dos profissionais de CAPS de Aracaju/SE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luis Augusto Vasconcelos da Silva

SALVADOR
2012

SÍLVIA SANTOS NASCIMENTO

Autonomia na Saúde Mental:
uma perspectiva dos profissionais de CAPS de Aracaju/SE.

Dissertação apresentada em 27 de abril de 2012 ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final.

Prof. Dr. Luis Augusto Vasconcelos da Silva– IHAC/UFBA
Orientador

Prof.^a Dr.^a Mônica de Oliveira Nunes – ISC/UFBA

Prof.^a Dr.^a Mônica de Lima de Jesus – IPS/UFBA

SALVADOR
2012

“sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidade e como tal incerto, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo, e belo (...) A complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento, (...) em aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos da existência e não reduzindo o sujeito à doença ou a comunicação ‘perturbada’, ou/e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo e/ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social”.

Fernanda Nicácio

AGRADECIMENTOS

Escrever é, quase sempre, uma atividade solitária, mas a conformação das ideias e o desejo de contribuir para a construção de uma história, é algo que se faz a partir dos coletivos. Por assim entender, reconhecemos a contribuição de inúmeras pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para esta doce conquista.

Assim, agradeço inicialmente aos usuários da saúde mental com os quais desde o primeiro encontro estabeleci relações onde sempre recebi mais do que dei. Quão rico e significativo para o meu crescimento pessoal e profissional foram esses encontros. Vocês são a razão e o sentido desse estudo acontecer.

Aos caros colegas de trabalho e sujeitos dessa pesquisa, meu muitíssimo obrigado por terem aceitado o desafio de revelarem o cotidiano profissional de maneira tão íntima e destemida. Sem dúvida esse atitude demonstra o compromisso e o desejo dessa equipe em fazer uma saúde mental melhor, não só para os usuários do nosso serviço, mas para todos os sujeitos que vivenciam a difícil experiência de ser portador de uma doença ainda tão mal compreendida socialmente. Agradeço especialmente a Leleu, que durante esse processo foi muito mais que uma coordenadora, sempre compreensiva e cuidadosa, torceu e apoiou, desde o início, a construção desse projeto, agora uma realidade.

Às minhas amigas e colegas de trabalho Susana e Fábيا, responsáveis pela minha entrada nesse mestrado, que desde a seleção acreditaram e me incentivaram a levar esse desafio até o fim. Muitíssimo obrigada, amigas.

Aos colegas de mestrado, pessoas com quem dividi ricos momentos de discussão e aprendizagem, e também de descontração e muita alegria, demos boas risadas juntos e, sem dúvida, vou levar cada um de vocês na minha memória e no meu coração. Um agradecimento especial a Simone, companheira de outras jornadas da saúde mental, agora colega de mestrado, sempre solícita e disponível a acolher as minhas dificuldades no decorrer desse processo. Obrigada, seu apoio foi decisivo para que eu pudesse chegar até aqui.

A Luis, parceiro permanente nesse processo de construção. Obrigada pela acolhida carinhosa e compreensiva de sempre, e por acreditar no meu potencial e capacidade de superar os desafios que se apresentaram no percurso para chegar até aqui. Adorei que os nossos caminhos tenham se cruzado.

Aos componentes da banca que aceitaram de pronto contribuir para a realização desse estudo. Mônica Lima, obrigada pelas dicas e, principalmente, pelo incentivo e aposta na minha capacidade de realizar uma análise de um contexto onde eu estava intimamente ligada; à Mônica Nunes, agradeço pelas inúmeras produções teóricas que serviram de luz para esse estudo, sinto-me privilegiada por contar com sua contribuição nessa construção.

Às minhas amigas de sempre, Juliana, Priscila, Simone, Ívina e Janine obrigada por compreenderem a minha ausência durante esses quase dois anos, estou de volta querendo ficar bem pertinho e matar toda a saudade que senti durante todo esse tempo, não tenham dúvidas que conviver com vocês me faz uma pessoa melhor e mais feliz, estou de volta!

Kal, Paty e Taís, sem dúvida, a amizade de vocês foi a primeira boa colheita que esse mestrado me proporcionou. Saibam que essa caminhada, sem a companhia, o apoio, o carinho e o incentivo constante de vocês, seria muito mais difícil. Obrigada, amigas, amo muito vocês.

A Minha família de longe, meus pais, meus irmãos e sobrinhos, quase sempre distantes fisicamente, mas muito próximos no pensamento e no coração, torceram e pediram a Deus que me guiasse até aqui. A vocês, minha eterna gratidão.

E minha família de perto, o que dizer, senão obrigada, mil vezes obrigada. Celma, minha irmã querida, sempre presente na minha vida segurando a minha mão e me protegendo quando eu mais preciso, eu te amo. Cíntia, como definir o lugar que ocupas em meu coração. Não sei se é de sobrinha, de irmã, de comadre, de amiga... Na verdade sei sim, você tem a capacidade de ocupar e desempenhar com maestria todos esses papéis na minha vida, obrigada por cada palavra de carinho e de incentivo para que eu não desistisse quando parecia impossível continuar, obrigada, meu amor, eu te amo muito.

E, finalmente, ao meu lindo esposo Geninho, meu amado, amante, amigo e companheiro de todas as horas. Obrigada pela escuta, sempre atenta e carinhosa; por suportar meu estresse, ansiedade e angústia, com a paciência e o cuidado tão peculiares. Ninguém mais do que você acreditou que eu venceria mais essa etapa. Te amo, te amo, te amo!

RESUMO

Nas últimas décadas ocorreram mudanças significativas no modo de conceber e ofertar o cuidado em saúde mental. A lógica psicossocial pretende ser substitutiva ao paradigma psiquiátrico tradicional, e tem na inserção social desses sujeitos seu principal objetivo. Neste sentido, a produção de autonomia do portador de transtorno mental adquire um papel central no processo de tratamento. Trata-se do reconhecimento das possibilidades desses indivíduos de fazer escolhas, estabelecer relações e trocas sociais de acordo com expectativas e modos de vida próprios de cada sujeito. Contudo, a discussão da autonomia nesse contexto é bastante recente e recoberta de sentidos e conceitos diversos e imprecisos, apresentando dificuldades de entendimento e de adoção de estratégias que possibilitem a efetivação do cuidado nessa perspectiva. O objetivo desse estudo é compreender as dimensões do conceito de autonomia referida aos usuários para profissionais de CAPS a partir de suas práticas de cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como estratégias de coleta de dados entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de um CAPS III de Aracaju e a observação participante no cotidiano desta instituição. Na análise dos dados, empregou-se o método de análise de conteúdo a partir de categorias analíticas. Os resultados demonstram que os trabalhadores atribuem diferentes significados acerca do termo autonomia, os quais influenciam na adoção das intervenções e estratégias utilizadas na prestação do cuidado. Evidenciou-se também a presença de fatores que interferem na prestação de cuidado, quais sejam: cuidado interdisciplinar, fragilidade teórica da equipe, constante renovação da equipe, entre outros. Os resultados apontam para a necessidade de se investir em práticas que contribuam e alterem significativamente as condições de saúde e vida das pessoas com transtorno mental.

Palavras-chaves: Saúde Mental, Autonomia, Atenção Psicossocial.

SUMMARY

In recent decades significant changes in the way of conceiving and giving the mental health care. The logic psychosocial intended as a substitute to traditional psychiatric paradigm, and has in the social status of these subjects his main goal. In this sense, the production of autonomy of mental patients acquires a central role in the treatment process. It is the recognition of the possibilities of individuals to make choices, establish relationships and social exchanges in accordance with expectations and lifestyles specific to each subject. However, the discussion of autonomy in this context is fairly recent and covered with various meanings and concepts and imprecise, presenting difficulties in understanding and adoption of strategies that facilitate the effectiveness of care in this perspective. The aim of this study is to understand the dimensions of the concept of autonomy that users to CAPS professionals from their care practices. This is a qualitative study that used the data collection strategies structured interviews with workers from a CAPS III of Aracaju and participant observation in this institution. In data analysis, we used the method of content analysis as analytical categories. The results show that workers attach different meanings on the term autonomy, which influence the adoption of interventions and strategies used in the provision of care. It also showed the presence of factors that affect the provision of care, which are: interdisciplinary care, theoretical fragility of the team, constant renewal of the team, among others. The results point to the need to invest in practices that contribute to significantly alter the health and lives of people with mental disorders.

Keywords: Mental Health, Autonomy, Psychosocial Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AD – Álcool e Drogas
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências
IPS – Instituto de Psicologia
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OMS - Organização Mundial da Saúde
PM – Portaria Ministerial
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PSF - Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
REAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
RT - Residência Terapêutica
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SHRAD – Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Drogas.
SM – Saúde Mental
SMS – Secretária Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Técnico de Referência
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 2.1. Refletindo sobre o paradigma psiquiátrico e o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. | 16 |
| 2.2. Atenção psicossocial: um novo paradigma para a saúde mental | 21 |
| 2.3. Autonomia e Saúde Mental: garantia de processos de subjetivação para os sujeitos..... | 24 |
| 3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS | 30 |
| 3.1. Desenho e contexto do estudo | 30 |
| 3.2. Estratégias e técnicas de produção de dados | 32 |
| 3.2.1. Entrevista semi-estruturada | 33 |
| 3.2.2. Observação participante | 34 |
| 3.3. Plano de análise e interpretação dos resultados | 35 |
| 3.4. Aspectos Éticos | 38 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 39 |
| 4.1. Significado de autonomia..... | 39 |
| 4.2. Estratégias de cuidado | 43 |
| 4.2.1. Estratégias e intervenções que favorecem a produção de autonomia . | 49 |
| 4.2.2. Intervenções e condutas terapêuticas que limitam a autonomia dos usuários..... | 55 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3. Fatores que interferem na adoção do cuidado com vistas à produção de autonomia | 57 |
| 4.3.1. Fatores que favorecem o desenvolvimento do cuidado com vistas à produção de autonomia..... | 58 |
| 4.3.2. Fatores que interferem de modo a dificultar o cuidado na perspectiva da produção de autonomia..... | 62 |
| 4.4. Empoderamento X Tutela | 74 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 80 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 85 |
| APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas | 89 |
| APÊNDICE B – Roteiro de Observação | 90 |
| APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 91 |

1. INTRODUÇÃO

O atual modelo de atenção à saúde mental adotado e implementado no nosso país nas últimas duas décadas, denominado psicossocial, tem na inclusão social dos portadores de transtorno mental um objetivo a ser alcançado e também um dos seus maiores desafios (Saraceno, 2010).

As transformações necessárias para se alcançar tal objetivo passam por questões que envolvem o *campo teórico-conceitual*, que engloba a desconstrução e reconstrução da epistemologia da instituição psiquiátrica, calçada na explicação dos fenômenos através das ciências naturais; o *campo técnico-assistencial*, criação de serviços e práticas inovadoras, que privilegiem a sociabilidade, as trocas sociais e a criação de subjetividades; o *campo jurídico-político*, que engloba as dimensões do exercício de cidadania por parte desses sujeitos; e o *sociocultural*, que remete ao imaginário social e às suas representações a respeito da loucura (Amarante, 1995).

Nessa perspectiva, temos observado nestes últimos anos que a atual política de saúde mental brasileira privilegiou a implantação de serviços abertos de base territorial, denominados *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*, entendendo serem estes o principal dispositivo e ordenador da rede de cuidados em saúde mental. De acordo com dados da área técnica do Ministério da Saúde, em 2011, totalizavam-se 1.650 CAPS espalhados por todos os estados da federação, contabilizando uma cobertura de 0,66/100.000 hab. (Brasil, 2011).

Contudo, Alvarenga e Dimenstein (2005) ressaltam a necessidade de considerar que a implantação de serviços por si só não assegura a superação do paradigma psiquiátrico, notadamente conhecido por sua centralidade nos aspectos biológicos dos indivíduos e no tratamento pela medicalização, e que historicamente tinha no sujeito louco a personificação da alienação, da desrazão, e, por consequência, a incapacidade de gerir a própria vida.

Inquieta-nos o fato de que muitas vezes, serviços e equipes são capturados pela subjetividade manicomial, imprimindo a estes serviços o papel de afirmação do manicômio, multiplicação e pulverização das clausuras do desejo. Concebemos que formas

manicomiais de expressão ou de subjetivação permeiam todos os espaço-tempo, estão arraigadas em nossas ações (ALVARENGA e DIMENSTEIN, 2005, p. 60).

Amarante (2009) coaduna com este modo de pensar, à medida que, para o referido autor, o ato de fechar manicômios não é suficiente para superar o tratamento balizado na lógica da segregação e do isolamento. É preciso pensar estratégias de cuidado que possibilitem a essas pessoas a reconstrução de subjetividades e o seu reconhecimento como sujeitos capazes de se reinventar e transformar sua existência por meio de processos autônomos.

Para Saraceno (2010), o processo de reabilitação social - entendendo este muito além de uma estratégia de minimização dos efeitos “desabilitantes”¹ devido à cronificação da doença – deve ser capaz de estimular a produção de autonomia, com vistas a possibilitar às pessoas em sofrimento psíquico fazerem parte do processo de trocas sociais. Essa discussão é lembrada ainda por Rotelli (2001), quando completa referindo que desinstitucionalizar² se trata da saída do espaço zero das trocas sociais para o espaço múltiplo do viver em relação com outrem.

Nesse sentido, Leal (2001) considera que a produção de autonomia dos sujeitos com transtorno mental adquire um papel central no processo de inclusão social dessas pessoas, visto que a autonomia tem uma representação imediata da liberdade humana e um valor que o qualifica e caracteriza-o enquanto indivíduo.

¹ A Organização Mundial da Saúde faz referência ao processo de Reabilitação Psicossocial, como tendo este a função de habilitar os “desabilitados” nas funções psicológicas, sociais ou anatômicas, em decorrência do processo de cronificação da doença mental. Saraceno (2010) faz duras críticas a essa concepção, pois para ele não se trata de minimizar ou recuperar estágios de habilidades anteriores à doença. Não se trata de passar de um estado de desabilidade para outro de habilidade, algo ortopédico, próximo do que se defende a concepção doença-cura. Pretende-se, aqui, dar um sentido muito mais amplo e relacionado com a aquisição de maior poder de contratualidade social dos sujeitos.

² Diversos autores trabalham com a temática da desinstitucionalização em detrimento da desospitalização. Desse modo, quando discutimos o campo da atenção psicossocial, estamos nos referindo ao primeiro, uma vez que não basta que as pessoas sejam desospitalizadas, mas que se pense e construa um novo lugar para as pessoas com transtornos mentais, inclusive passando pelos questionamentos sobre a ideia do louco perigoso, incapaz, os preconceitos, discriminação, enfim, a necessária desconstrução dos “manicômios mentais”.

Destarte, afirma a autora: “a autonomia frequentemente é considerada o que de mais importante o processo de tratamento tem a produzir” (LEAL, 2001, p. 81).

O termo autonomia no contexto da saúde mental é recente e pouco pesquisado, recoberto de múltiplos sentidos por vezes imprecisos e até divergentes. Alguns autores referem-se à autonomia enfatizando alguns critérios ditos pragmáticos – muito próximos do conceito de independência e utilidade prática - como autonomia para higiene, alimentação, ir e vir (Pitta, 1996).

De acordo com Tykanori (2010), a autonomia incorpora outras dimensões da vida do sujeito, que dizem respeito à seara das relações sociais. É compreendida como a “capacidade do indivíduo gerar normas, ordens para sua vida conforme as diversas situações que enfrenta” (TYKANORI, 2010, p.57), e como condição necessária para a realização de trocas sociais que possibilitam fazer parte do jogo social. Nesse sentido, percebe-se uma estreita relação da autonomia com o poder contratual dos indivíduos.

As diferentes formas de compreensão acerca da autonomia e a dificuldade em contextualizá-la no campo da saúde mental nos levam a inferir que tais dificuldades são também encontradas pelos operadores da política de saúde mental -trabalhadores dos CAPS – que, por sua vez, interferem no modo como estes trabalhadores percebem a autonomia e a relacionam com suas estratégias de cuidado.

Deste modo, a compreensão que os trabalhadores em saúde mental têm acerca do conceito de autonomia e como a relacionam com suas práticas de cuidado torna-se algo determinante na efetivação do modelo de atenção psicossocial. Assim, a depender do entendimento e referencial que tenham a esse respeito, suas práticas no cotidiano da assistência podem, por exemplo, incorrer em práticas reducionistas e tuteladoras (características do modelo manicomial), comprometendo a lógica de cuidado que tem, na produção de autonomia, parte fundamental do processo de conceber e tratar o sujeito com transtorno mental (Leal, 2001).

Ademais, verificou-se não haver referencial teórico exaustivo acerca da temática “autonomia e saúde mental”, o que denota uma lacuna grave para o processo corrente da Reforma Psiquiátrica brasileira, já que ele se pauta nesse princípio como um de seus fundamentais.

Desse modo, consideramos importante desenvolver um estudo que focalizasse a discussão sobre o conceito de autonomia no contexto da saúde mental e o seu significado e articulação na prática profissional de trabalhadores de CAPS. Tem, assim, os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Compreender as dimensões do conceito de autonomia referida aos usuários para profissionais de CAPS a partir de suas práticas de cuidado.

Objetivos específicos:

- Identificar os significados de autonomia referida aos usuários pelos profissionais;
- Descrever as estratégias e práticas de cuidado que favorecem a produção de autonomia dos usuários;
- Identificar os principais aspectos observados pelos profissionais que interferem na adoção de estratégias que visem à promoção da autonomia.

Deste modo, buscou-se apreender, através da fala dos entrevistados e da observação das práticas de cuidado desenvolvidas no CAPS, o entendimento que esses trabalhadores têm acerca da autonomia e como o articulam às suas práticas de assistência, e ainda, de que maneira esse entendimento interfere no cuidado ofertado ao sujeito em sofrimento psíquico no CAPS estudado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do referencial teórico desse estudo se inicia com uma breve contextualização da trajetória histórica da saúde mental baseada no modelo manicomial e do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em seguida, apresentamos a atenção psicossocial como um novo paradigma de cuidado em saúde mental. Por fim, abordamos os vários conceitos de autonomia no campo da saúde mental e sua importância para o processo de subjetivação dos sujeitos.

2.1. Refletindo sobre o paradigma psiquiátrico e o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As transformações pelas quais vêm passando a saúde mental nas últimas décadas suscitam o questionamento de elementos teóricos e práticos fundantes do paradigma psiquiátrico. Trata-se de um processo complexo e abrangente que não se limita à instituição psiquiátrica, sendo esta apenas mais um componente da diversidade de saberes e práticas que constituem esse campo.

O referido paradigma inaugurado por Phillippe Pinel no século XVIII tinha no isolamento hospitalar sua única forma de conhecimento/estudo e também de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. Acreditava-se que o isolamento era necessário, pois assim afastava-se o sujeito das interferências do meio que tinham influências na doença e prejudicavam o tratamento. Assim, se estabelecia uma relação com a doença enquanto objeto abstrato – explicação baseada nas ciências naturais - e não com o sujeito da experiência da doença (Amarante, 2007).

Durante séculos, a instituição psiquiátrica, após construir seu objeto, a doença mental, deteve o monopólio da competência para tratar a loucura e o fez por meio do isolamento e da crença na cura da doença mental. Provocando um

empobrecimento da compreensão da experiência humana, levando a classificações científicas reducionistas.

A psiquiatria libertou da corrente os loucos porque carregou de correntes a nossa forma de enxergar a loucura, ancorada na doença mental, no erro, na periculosidade social e na violência. Desta maneira, a experiência da loucura passa a ser encoberta pelo discurso psiquiátrico anátomo-patológico, ao invés de ser mais revelada e melhor conhecida. (ALVARENGA E DIMENSTEIN, 2005, p. 49).

Entretanto, o modelo hospitalocêntrico, desde seu apogeu até os dias atuais, fora objeto de críticas e propostas de reformulação em todo o mundo. Essas propostas, todavia, estiveram voltadas para a reestruturação dos ambientes asilares e para a tentativa de humanização das práticas assistenciais que lhes davam sustentação, sem haver um questionamento do paradigma psiquiátrico no que se refere à concepção de doença mental, como o fez a reforma psiquiátrica ocorrida na Itália nos anos 60, denominada Psiquiatria Democrática (Alvarenga e Dimenstein, 2005).

Assim, coube à proposta italiana pôr em questão todo o aparato manicomial, entendendo-o não apenas como a estrutura física do hospício, mas todo o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que davam sustentação a um lugar de isolamento e segregação da experiência humana (Amarante, 2007).

Os reformistas da psiquiatria Democrática questionavam a ideologia da ciência psiquiátrica, tendo como tese o entendimento de que existe uma doença, mas que para além dela, existe antes de tudo um sujeito. Por isso, propõe ser preciso colocar a “doença entre parênteses”, enfatizando que há uma experiência que produz sofrimento. Radicaliza, portanto, com os movimentos manicomiais e outros movimentos reformistas, demarcando a diferença na forma de conceber a doença, não mais baseada nas explicações das ciências naturais que busca uma objetivação e produz a “coisificação” do sujeito (ALVARENGA E DIMENSTEIN, 2005, p. 54).

Diante desse novo modo de conceber a loucura, o fechamento dos hospitais psiquiátricos torna-se uma necessidade, e os serviços substitutivos surgem

com a proposta de se tornarem espaços estratégicos de substituição do lugar até então exclusivo ocupado pelos hospitais psiquiátricos. Serviços de base territorial, situados na própria comunidade, inaugurando uma nova relação social com a loucura, que tradicionalmente foi relacionada ao erro, à alienação, à periculosidade, à incapacidade. Pensa-se em inclusão social do sujeito em sofrimento mental.

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica ocorreu tardiamente em relação ao restante do mundo, somente a partir da década de 70, inspirado pela experiência italiana e impulsionado por um período de grande efervescência política que clamava pela redemocratização do país e por garantias sociais, especialmente relativas à atenção à saúde (reformulação do conceito de saúde e a reorganização do sistema). Com o lema "Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado" (Paim, 2010), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) passa a exercer o protagonismo na luta contra o paradigma do cuidado em saúde mental com bases na hospitalização.

O MTSM articulou suas ações através de críticas e denúncias da prática de segregação e exclusão social pelo manicômio, marcada pela violência, mercantilização da loucura e hegemonia de uma rede privada de assistência. Construiu coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas em sofrimento psíquico no nosso país (Amarante, 1995, 2002).

De acordo com Arruda (2011), uma das estratégias do referido movimento era divulgar a realidade dos manicômios junto às organizações da sociedade civil, pressionando a criação de serviços substitutivos ao manicômio e aprovação de legislação específica que regulasse o tratamento e assegurasse os direitos e a proteção às pessoas com transtorno mental.

A década de 80 é marcada na nossa história pelo processo de redemocratização do país, que garante a inclusão na Constituição Federal da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, e mais tarde pela aprovação da Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde - a qual institui o Sistema Único de Saúde. Além dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS preconiza a atenção à saúde nas dimensões biológica, psíquica e social dos sujeitos.

É nesse cenário propício de redefinição da assistência à saúde no nosso país, que é apresentado no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89, que dispunha acerca da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos, de caráter comunitário, com ênfase na ressocialização. Após longo período de espera e algumas alterações na proposta original, em abril de 2001, foi promulgada a Lei 10.216, que ficou conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que versa sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

Nos anos seguintes, sucederam-se portarias ministeriais, leis estaduais e municipais que dão sustentação à política de saúde mental que vem se consolidando no nosso país nos últimos anos. O papel desempenhado pelo MTSM (movimento inicialmente composto apenas por trabalhadores da saúde mental e posteriormente por familiares e pelos próprios usuários) foi fundamental para a articulação com os diversos movimentos sociais e o envolvimento da sociedade como um todo com os ideais da reforma psiquiátrica e por uma sociedade sem manicômios.

Amarante (1995) ressalta que o processo de RPB (Reforma Psiquiátrica Brasileira) deve ser compreendido como um processo em constante transformação que engloba um conjunto de mudanças nas dimensões *teórico-conceitual*, *técnico-assistencial*, *jurídico-política* e *sociocultural*.

A *dimensão teórico-conceitual* diz respeito à superação dos conceitos mais fundamentais da psiquiatria, como doença mental, alienação, periculosidade, que foram formulados a partir de uma visão epistemológica, onde a doença era tida como objeto natural, externo ao homem. Propõe-se enxergar esse sujeito para além da doença, considerando sua existência e vivência concreta. Ao considerarmos as várias dimensões que perpassam a existência dos sujeitos em sofrimento psíquico, superamos a noção de tratamento por meio da disciplina, da repressão e da exclusão, e passamos a pensar em uma forma de cuidado que privilegie a escuta e o acolhimento do sujeito e do seu sofrimento; em espaços de cuidado que

proporcionem as trocas sociais e a produção de subjetividades. Esses aspectos encontram-se situados na *dimensão técnico-assistencial* (Amarante, 2007).

Na dimensão *jurídico-política* reside a necessidade de adoção de medidas práticas que alterem legislações que relacionam o sujeito em sofrimento mental à noção de periculosidade, irracionalidade, incapacidade civil e impossibilidade do exercício de cidadania.

De acordo com Amarante (2007), o reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como cidadãs passa por um processo social bastante complexo. Afinal, o imaginário de periculosidade e incapacidade reforçado e difundido pela psiquiatria tradicional encontra-se enraizado nas sociedades, e a transformação/superação desse imaginário não ocorre de modo repentino, pois não passa por um processo autoritário de imposição, e sim por uma construção histórica e coletiva, que ocorre por meio de interpretações e sentidos dados às pessoas e fatos. Outro aspecto a ser mencionado é que essa nova relação social com a loucura não deve se dá por meio da caridade e/ou da tolerância, mas sim pelo respeito e solidariedade. Nesse *campo sociocultural*, é imperativo estimular e incentivar a sociedade a pensar, discutir e incluir a temática da loucura.

Exatamente por estarmos tratando de um processo em construção onde muito há que ser realizado, a passagem de um determinado modelo para outro é algo histórico e social, e não se faz apenas com normativas e legislações. Conforme destaca Rotelli (2001), os serviços de atenção à saúde mental de base territorial (CAPS), e o modo como operam, apresentam, ainda, dificuldades em assumirem o cuidado e responsabilizarem por seus usuários de modo satisfatório, confirmando e reforçando - em algumas situações - a necessidade da internação psiquiátrica e garantindo a permanência do manicômio como lugar certo e que não “abandona” os pacientes. Nesse sentido, a política de saúde mental tem muito ainda o que avançar.

Contudo, já se é possível perceber as transformações decorrentes do processo de RPB. Dados do Ministério da Saúde/MS (Brasil, 2011) revelam que a substituição dos serviços asilares por outros de base comunitária (que se

fundamentam na lógica psicossocial³) vem se concretizando em todo o país, sobretudo, com a criação e regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas (RT's), que passam, inclusive, a ter legislação própria, a saber, as Portaria GM 336/2002 e Portaria GM 106/2000, respectivamente (Brasil, 2004).

Estamos falando de serviços que prestam assistência sob uma nova ótica, seguindo os pressupostos indicados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se fundamentam, prioritariamente, pela atenção ofertada na comunidade e não no hospital, estamos falando da ótica psicossocial.

2.2. Atenção psicossocial: um novo paradigma para a saúde mental

O termo *psicossocial* configura-se como um conceito no novo modelo de atenção à medida que se acrescentam elementos que dizem respeito à própria concepção de “doença mental”, os modos de conceber e estruturar as instituições como dispositivos e, principalmente, a forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas. Todos esses elementos produzem mudanças radicalmente distintas das práticas asilares (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003).

É comum perceber a presença dos termos *Apoio, Atenção e Reabilitação*⁴ associados à palavra *Psicossocial* e, por muitas vezes, eles aparecem compondo-se ou como substitutos que pretendem significar a mesma coisa. Apesar de apresentarem algumas diferenças conceituais no seu sentido estrito, é importante demarcar que a referência a quaisquer desses termos no contexto da saúde mental refere-se a um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas,

³ Essa discussão será aprofundada na seção a seguir.

⁴ Cabe aqui uma ressalva ao termo *Reabilitação*, o qual destoa, em certo modo, dos demais, à medida que tende a se pensar numa lógica de retorno, de volta a estados já habitados anteriormente aos episódios “desabilitadores”; sendo necessário tomar o devido cuidado para não se deixar pensar que o cuidado em saúde mental está balizado na lógica do restabelecimento de condições e valores previamente determinados socialmente.

norteadas pela aspiração de substituírem o modelo hospitalocêntrico e, por que não dizer, o paradigma da psiquiatria (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003).

A concepção de cuidado adotada na lógica psicossocial é sustentada na perspectiva da promoção do bem-estar do sujeito. Para tanto, é indispensável ouvir esse sujeito, “auscultar”, conhecer suas necessidades de saúde e também suas aspirações em relação à mesma, uma vez que estas têm relação com suas crenças, convicções e modos de vida (Ayres, 2000).

Ayres (2004) menciona alguns pressupostos necessários para que o cuidado ocorra nessa perspectiva, quais sejam: acolhimento, vínculo e responsabilização. Esses elementos comunicacionais devem ocupar uma dimensão privilegiada nos serviços de saúde. Tais estratégias de cuidado devem perpassar todos os espaços e momentos, permitindo a interrupção do outro com suas demandas; e a orientação assistencial deve ser voltada para acolher e proporcionar a integralidade do cuidado, com capacidade e agilidade capaz de dar respostas às demandas dos usuários.

Estamos tratando de uma clínica onde a subjetividade do sujeito ocupa lugar de destaque; nela estão presentes a ideia de autonomia, de liberdade, de autorreflexividade e autorresponsabilidade, potencialidades que conferem cunho próprio e único à personalidade. Esses atributos podem ser compreendidos no âmbito da singularidade ou como expressão da relação “humano-social” (Leal, 2001).

Amarante e Torre (2001) referem-se à subjetividade como algo produzido de forma histórica e cultural pelo coletivo e não de modo individual pelo sujeito. Neste processo, mecanismos e estratégias diversas definem os modos de existência regulados pelas normas, verdades e crenças num determinado período histórico que funcionam produzindo subjetividades, que modelam o modo de sentir e pensar dos indivíduos.

Nardi e Ramminger (2006) entendem que os modos de subjetivação dizem respeito à forma predominante como as pessoas se relacionam com

determinadas regras/verdades; já o processo de subjetivação acontece de acordo com o modo particular como cada sujeito vivencia ou relaciona sua trajetória de vida.

Nesse processo de construção de subjetividades, os equipamentos sociais e políticos exercem a função de criar e disseminar determinadas verdades - e são detentores de tal poder - capazes de fazer com que os indivíduos as aceitem sem restrição e as tomem como verdades absolutas. É nesse íterim que os coletivos podem funcionar para naturalizar ou desnaturalizar as subjetividades a depender do propósito a que sirvam (Nardi e Ramminger, 2006).

Nesse sentido, reconhecemos o importante papel que as instituições de saúde (através de seus mecanismos políticos, sociais e ideológicos) ocupam nesse novo modo de conceber e lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. A depender do modo como elas funcionem, podem contribuir para a construção de uma relação de respeito desses sujeitos com a sociedade, ou reforçar o lugar de marginalidade que ocuparam desde a instituição da “doença mental”.

É nessa perspectiva que coadunamos com Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), ao apontar que o paradigma psicossocial deve operar transformações significativas quanto à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos utilizados; quanto à organização das relações intrainstitucionais; quanto à relação da instituição e seus agentes com a clientela e a sociedade em geral; e quanto à efetivação dos efeitos das ações em termos terapêuticos e éticos⁵.

Para Saraceno (2010), a reabilitação psicossocial só fará sentido, e poderá alcançar seu objetivo, se conseguir englobar todos os atores envolvidos nesse processo, quais sejam: trabalhadores, usuários e seus familiares; e finalmente, a sociedade. Feito isto, teremos as bases necessárias para dar andamento ao processo de inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico.

⁵ Para maiores detalhes, sugerimos a leitura do capítulo Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva, pg. 34 a 40, do livro Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, coordenado por Paulo Amarante, 2003.

2.3. Autonomia e Saúde Mental: garantia de processos de subjetivação para os sujeitos.

Os conceitos discutidos até então nos fazem reconhecer a dimensão necessária que se deve dar ao processo de cuidado na lógica psicossocial, na perspectiva de propiciar a produção de novas subjetividades acerca dos sujeitos em sofrimento psíquico e da própria noção de loucura. Trata-se de possibilitar novos modos de vida, novos modos de se colocar e se viver no mundo; na mesma direção, cabem à sociedade civil a concepção e a prática da inclusão, ou seja, da convivência e do respeito às diferenças, garantindo-lhes o direito de serem cidadãos e desfrutarem da vida com suas alegrias e tristezas, conquistas e derrotas, direitos e deveres.

Com a definição do modelo de atenção à saúde mental em vigência, denominado *psicossocial*, a inclusão social dos sujeitos em sofrimento passou a ser considerada um objetivo a ser alcançado permanentemente. Esse referencial pretende superar a condição de excluídos socialmente a que essas pessoas foram submetidas por séculos, em consequência dos conceitos e imagens construídas a respeito da loucura pela produção histórica da mesma, da construção do paradigma psiquiátrico e de suas formas de assistência calçadas no isolamento, segregação e reclusão social.

A efetivação desse novo modo de enxergar e cuidar do sujeito em sofrimento psíquico passa por profundas mudanças que dizem respeito, sobretudo, ao reconhecimento das possibilidades que estes têm de gerar normas, ordens para suas vidas, a partir das várias situações que enfrentam. Estamos falando de fazer escolhas e estabelecer relações e trocas sociais, diversas e variadas, que são fundamentais para se viver com autonomia.

Conforme ressalta Tykanori (2010), o processo de reabilitação social - entendendo que está muito além de uma estratégia de minimização dos efeitos “desabilitantes” devido à cronificação da doença – deve ser capaz de estimular a produção de autonomia, com vistas a possibilitar às pessoas em sofrimento psíquico

fazerem parte do processo de trocas sociais. Nesse sentido, deve ser entendido como um processo capaz de restituir o poder de contratualidade desses sujeitos.

Ao fazer referência à contratualidade, Tykanori (2010) a percebe numa estreita relação com o valor atribuído previamente para cada indivíduo dentro do campo social, especialmente em três dimensões: bens, mensagens e afetos, sendo, portanto, este valor o que definirá seu poder contratual. Deste modo, a capacidade que o sujeito tem de contratualizar irá depender da posição que ele ocupa no jogo social. Ao tratarmos de indivíduos ditos loucos, alienados, desprovidos de razão, nos deparamos com sujeitos, na maioria das vezes, sem nenhum poder contratual, pois “seus bens tornam-se suspeitos, suas mensagens incompreensíveis e seus afetos desnaturados” (TYKANORI, 2010, p55).

Ainda nessa perspectiva, Saraceno (2010) entende que a reabilitação psicossocial deve propiciar o aumento da contratualidade dos portadores de transtorno mental para que eles a exerçam nas suas trocas sociais, afetivas e materiais, e só então poderemos falar em inclusão social e exercício de cidadania.

Entre as várias críticas que se fazem ao paradigma psiquiátrico e à sua principal forma de assistência, o manicômio, existe aquela que diz respeito à sua capacidade de transformar todas as manifestação do sujeito em sintomatologia da doença, e assim configurar-se um espaço de zero trocas sociais. Esse é um aspecto que deve ser superado pelos serviços substitutivos, pois estes devem se constituir enquanto espaços produtores de subjetividades e trocas sociais. Contudo, sabemos que muitas técnicas ditas reabilitadoras têm se constituído como formas de reprodução de práticas manicomiais, que em nada tem a ver com o aumento do poder contratual, da autonomia e do exercício de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, onde o poder contratual de seus usuários e o estímulo à produção de autonomia não são colocados como um fim a ser alcançado (Tykanori, 2010).

O conceito de autonomia é discutido e aplicado em várias instâncias da vida social. Falamos de autonomia na educação, no trabalho, na instituição. No contexto da saúde mental, o termo é bastante recente. Surge com o novo modo de conceber a loucura e seu lugar no jogo social – possibilidade apontada pela reforma

psiquiátrica - e recoberto de sentidos imprecisos, carecendo maior estudo e discussão. Ao nos reportarmos à origem da palavra autonomia, vemos que ela vem do grego e é usada para designar a capacidade de o indivíduo se autodeterminar, se autorrealizar - auto (si mesmo), nomo (lei) (Barreto, 2009).

Leal (2001) destaca três modos diversos de compreensão da autonomia no campo da saúde mental, quais sejam: autonomia relacionada à independência, autossuficiência e autogoverno. Assim, autônomo é aquele sujeito independente e com capacidade para se autogovernar. Essa forma de enxergar a autonomia não considera a relação do sujeito com a sociedade, as regras e normas sociais - que fazem parte da vida em sociedade - não são tematizadas. O segundo modo considera autônomo o indivíduo livre, independente e autossuficiente, porém essa potencialidade é limitada porque ele é sempre devedor de obrigações ao meio em que vive. Aqui as normas e regras sociais exercem um controle sobre o indivíduo que o limita nas suas vontades, e ele precisa adequar-se aos modos de vida estabelecidos socialmente. A terceira e última forma de compreensão da autonomia diz respeito à capacidade de o indivíduo gerar normas para sua vida a partir da possibilidade de ampliar suas relações sociais. Assim, quanto maiores e diversificadas forem as relações estabelecidas pelo indivíduo, maiores serão suas possibilidades de escolha, o que lhe permitirá gerar normas e condutas para sua vida.

Nesta mesma perspectiva, Tykanory (2010) define autonomia como a capacidade de o sujeito produzir normas e ordens para sua vida, conforme as diversas situações que encontra no seu cotidiano. Ressalta, o referido autor, que não se trata de ser autossuficiente ou independente, mas sim de depender do maior número de relações e coisas, pois assim ampliam-se as possibilidades de estabelecer novas normas e ordenamentos, fazer escolhas, estabelecer relações interpessoais, ser autônomo.

Outro entendimento bastante comum sobre autonomia diz respeito à capacidade de o indivíduo realizar atividades de vida diária/prática de maneira independente (higiene, alimentação, ir e vir, etc.). Nessa perspectiva, a autonomia é tida como algo bastante pragmático (Pitta, 1997).

Os documentos que definem e regulam a política de saúde mental vigente no Brasil (portarias, decretos, relatórios e manuais) referem-se à produção de autonomia dos usuários dessa política como um objetivo a ser perseguido no decorrer de todo o processo de cuidado. Fazem referência ao termo autonomia de modo bastante abrangente e superficial, sem aprofundar seu conceito nem significado. Entretanto, é possível inferir que o sentido contido nesses textos regimentais refere-se à autonomia a partir de um entendimento que caminha na mesma direção que Tykanori (2010) e Saraceno (2010) apontam, haja vista uma preocupação com a produção de uma autonomia para o usuário baseada na construção dos laços familiares e comunitários, ou seja, na ampliação das relações interpessoais e no estabelecimento de trocas sociais.

O tratamento ofertado no CAPS deve ser capaz de proporcionar a reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, para que seus usuários possam conviver socialmente e exercer o protagonismo de suas vidas (Brasil, 2004, p.27).

Convém destacar ainda a esse respeito que a não explicitação do conceito de autonomia adotado pela política de saúde mental abre brechas para que esse entendimento e, como consequência, o tratamento prestado ao usuário ocorram sob as mais variadas formas.

Dentre as várias formas de compreensão acerca da autonomia, acreditamos que aquela que dá ênfase à ampliação e diversificação das relações como possibilidade de o sujeito se colocar, propor, negociar, enfim, encontrar formas de lidar com as situações que se apresentam no seu cotidiano, seja a mais adequada ao campo da saúde mental e, portanto, a que deva ser incorporada ao cuidado ofertado aos seus usuários; visto que estes têm, em sua imensa maioria, prejuízos e limitações quanto ao estabelecimento e manutenção das relações sociais, sendo quase sempre dependentes excessivamente de poucas relações e coisas. Contudo, reconhecemos a importância dos aspectos ditos pragmáticos na vida de qualquer sujeito, porém entendemos que autonomia está para além desses aspectos.

Nesse sentido, Moreira e Andrade (2003) destacam a importância do convívio social dos sujeitos em sofrimento psíquico para o desenvolvimento de sua

autonomia, ou seja, a ampliação de suas relações sociais tem um papel fundamental nesse processo. Permite-se, assim, que esses indivíduos possam enfrentar quotidianamente o mundo, de modo a interferir nele; numa relação cotidiana capaz de produzir soluções para as dificuldades e problemas que fazem parte da vida de qualquer sujeito social.

O termo capacidade é inerente à palavra autonomia. Desse modo, parece-nos desafiador falar em produção de autonomia para pessoas em sofrimento psíquico que foram, e para muitos ainda o são, considerados incapazes. A esse respeito, entendemos que a capacidade dos sujeitos é sempre relativa, portanto, variável de pessoa para pessoa e de situação para situação. Então, não nos interessa estabelecer parâmetros pragmáticos de desempenho que possibilitem medir o grau de autonomia dos sujeitos, e sim que se possa permitir que essas pessoas descubram os seus próprios limites, assim como a melhor forma de lidar com eles e, por que não dizer, de superá-los.

Como destacamos anteriormente, o recente reconhecimento da autonomia como possibilidade a ser alcançada para as pessoas em sofrimento psíquico tem desafiado os serviços substitutivos (CAPS) a ofertarem um cuidado que privilegie e estimule a produção de autonomia em seus usuários. Falamos em desafio porque, para esses serviços – constituídos de usuários, profissionais, familiares e gestores – o entendimento que se tem sobre a autonomia é por vezes equivocado e calçado nos pressupostos pragmáticos de desempenho, que se aproximam muito mais do conceito de independência (Tykanori, 2010).

Dentre os atores que constituem os CAPS - que devem atuar na lógica da inclusão social - destacamos a atuação dos profissionais como fundamental para o desenvolvimento de ações de fomento à produção de autonomia de seus usuários. O início de tudo se dá no estabelecimento da relação entre profissionais e usuários, pois essa relação pode determinar o aumento ou a diminuição do poder contratual destes últimos e, conseqüentemente, ampliar ou restringir sua autonomia. Outro fator importante no processo de cuidado com vistas à produção de autonomia dos usuários é a capacidade de se propor projetos e ações práticas contextualizadas com a realidade cotidiana dos usuários, capazes de modificar as condições

concretas de vida, produzindo novos modos de subjetivação que irão interferir na relação existência-sofrimento desses sujeitos (Saraceno, 2010).

No intuito de contribuir com essa discussão, trazemos uma reflexão feita por Carvalho e Amarante (1996), que reconhecem as dificuldades e desafios que os serviços substitutivos enfrentam para operacionalizar esse novo processo de cuidado (ainda em construção), de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica. Contudo, não resta dúvida que o caminho a ser percorrido é o adotado pela atual política de saúde mental: o local para tratar problemas de interação humana é onde eles acontecem, ou seja, no entorno do seu convívio social (comunidade, família, amigos).

É unânime entre os estudiosos da área da saúde mental, trabalhadores e militantes, a necessidade de se avaliar a capacidade de respostas do cuidado ofertado pelos serviços substitutivos (CAPS), tendo como ponto fundamental a inserção social de seus usuários, que, como enfatizamos anteriormente, passa, necessariamente, pelo poder de contratualidade no jogo social. Esses mesmos autores destacam a utilização de metodologias qualitativas como sendo mais adequadas para realizar tal análise.

3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1. Desenho e contexto do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, que utiliza o estudo de caso em um CAPS III, localizado no município de Aracaju, com a finalidade de compreender as dimensões do conceito de autonomia referida aos usuários para profissionais de CAPS a partir de suas práticas.

De acordo com Minayo (2002, 2008), a pesquisa qualitativa explora um nível da realidade que não é passível de quantificação, ou seja, trabalha no âmbito mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos sociais. Possibilita a compreensão dos significados que emergem das representações, das percepções, das crenças e das opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos fazem acerca de como vivem, sentem e pensam. Portanto, apenas por meio do método qualitativo é possível abordar o mundo dos significados, das ações e das relações humanas, um lado não perceptível e não captável em médias e equações.

A escolha desse método para abordar o objeto da presente pesquisa justifica-se ainda, conforme afirma Gaskell (2003), por sua capacidade de explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em questão. Possibilita estudar grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias e relações sociais sob a ótica dos atores para análise de discursos.

Optou-se pelo estudo de caso como caminho metodológico por este possibilitar a análise do objeto em intensidade, através de observações diretas sobre o fenômeno. Permite, assim, mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação ou episódio em questão (Minayo, 2008).

Para esta autora, apesar de o estudo de caso comumente focalizar apenas uma unidade, como uma instituição, tem-se o entendimento de que seus achados podem ser úteis para a compreensão de algo mais amplo, fornecendo

insights sobre um determinado assunto. Pois, ainda que não seja possível produzir generalizações quantitativas, o estudo de caso pode fornecer proposições teóricas aplicáveis a outros contextos.

No caso específico desta pesquisa, trata-se de um Centro de Atenção Psicossocial tipo III, conforme especificações da PM 336/02, em funcionamento há aproximadamente 04 anos, sendo responsável por prestar assistência às pessoas portadoras de transtorno mental grave⁶, da região norte de Aracaju, caracterizada como área periférica da cidade.

O referido serviço compõe a rede de atenção psicossocial do município, a qual dispõe atualmente de 06 (seis) CAPS em funcionamento, sendo que 03 (três) são tipo III (funcionam 24h/dia, todos os dias da semana), 01 é AD (para usuários adultos que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas), 01 é iAD (para infância e adolescência, atendendo a dupla demanda: com transtornos mentais graves e usuários que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas) e 01 é CAPS I (funciona de segunda a sexta). Além disso, conta com 04 (quatro) módulos de Residências Terapêuticas (Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, 2011).

A oferta de cuidado em saúde mental no município se amplia ainda para outras Redes Assistenciais, na perspectiva de atendimento às necessidades de saúde do usuário: prevenção, promoção e cuidado. Os casos leves são assistidos pelas ESF, na Atenção Primária; 06 (seis) Referências em Saúde Mental atendem os casos moderados, sendo uma delas específica para usuários da infância e adolescência; Urgência Mental em Hospital Geral atende casos agudos; 02 (duas) clínicas psiquiátricas tradicionais, privadas e conveniadas, perfazendo 280 leitos para o SUS; Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e/ou outras drogas (SHR-AD) em hospital geral, com 16 (dezesesseis) leitos de retaguarda clínica para crianças e adolescentes (feminino e masculino) e mulheres (SMS Aracaju, 2010).

Destaca-se a implicação da pesquisadora com o presente estudo, visto que toda sua trajetória profissional como assistente social se deu no campo da

⁶ A política de saúde mental define que o público alvo desses serviços são pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004).

saúde mental, e há cerca de 04 anos atua como assistente social na unidade ora pesquisada. Deste modo, compõe também a matéria de análise a experiência de quem vive o dia a dia desse serviço e participa de forma ativa de sua construção. Contudo, esse lugar de pesquisadora-trabalhadora só se torna possível na ocorrência do estranhamento daquilo que é familiar e se apresenta no cotidiano como algo habitual que percorre seu curso natural. Foi exatamente esse estranhamento em relação à forma de cuidado ofertado, com o objetivo que se espera alcançar, que proporcionou o desprendimento do “contágio” e o surgimento da trabalhadora-pesquisadora, estranhando aquilo que nos parecia até então habitual e dentro do seu curso normal.

A decisão de pesquisar o cuidado ofertado aos usuários de um serviço de saúde mental do qual fazemos parte como trabalhadora ganhou força ao percebermos a potência que esse processo teria por afetar os membros da equipe e possibilitar um pensar/refletir acerca do quê, e como estamos produzindo esse cuidado e, de que modo estamos contribuindo para a vida dessas pessoas. Tal entendimento ganha significado ainda maior por tratar-se de uma pesquisa resultante de um mestrado profissional.

Ressaltamos, ainda, que a referida pesquisa somente foi possível por haver entre a equipe de trabalhadores do serviço abertura, disponibilidade e desejo de contribuir com a produção de conhecimento para a área na qual estão inseridos. Assim, para o recrutamento dos entrevistados, foram tomados todos os cuidados para que estes pudessem decidir livremente sobre sua participação no estudo, procurando evitar qualquer tipo de constrangimento que possa decorrer da relação de trabalho estabelecida entre estes e a pesquisadora.

3.2. Estratégias e técnicas de produção de dados

Com a finalidade de alcançar os objetivos da pesquisa, foram realizadas **entrevistas semi-estruturadas** com 09 trabalhadores do CAPS III Jael Patrício de Lima (02 assistentes sociais, 02 psicólogos, 02 enfermeiras, 02 oficinairas e 01

terapeuta ocupacional), assim como **observações participantes** na referida instituição, procurando apreender, com o cotidiano institucional, as relações entre usuários e trabalhadores, assim como as práticas desenvolvidas no cuidado com os usuários: abordagens individuais e grupais, assembleias, reuniões técnicas e planejamento anual do serviço.

3.2.1. Entrevista semi-estruturada

Segundo Minayo (2008), a entrevista constitui-se importante forma de abordagem técnica do trabalho de campo das pesquisas qualitativas, onde o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa, possibilitando não só a descrição dos fenômenos sociais, como sua explicação e compreensão. Essa estratégia caracteriza-se por uma comunicação verbal com finalidade definida, e reforça a importância da linguagem e do significado da fala para entender os processos e fenômenos sociais.

Para Gaskell (2003), a entrevista qualitativa desempenha um importante papel na obtenção de informações necessárias para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. Possibilita a compreensão em maior profundidade das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Para a realização das entrevistas, utilizamos um roteiro com tópicos que serviram de orientação e guia para o andamento da interlocução entrevistador-entrevistado, contemplando os vários aspectos considerados essenciais e suficientes, que garantissem a abrangência das informações esperadas, como: entendimento sobre autonomia, estratégias desenvolvidas pelos profissionais e fatores que interferem no cuidado ofertado. Contudo, foi possível extrapolar esse roteiro, acrescentando questões no decorrer desse encontro, no sentido de obter informações mais aprofundadas em certos aspectos, a fim de atender melhor e mais

adequadamente aos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas após a anuência do entrevistado, e posteriormente transcritas.

Para a seleção dos entrevistados, foram utilizados como critérios o vínculo profissional com o serviço por um período superior a seis meses, assim como o desenvolvimento de ações de assistência direta aos usuários. Segundo Gaskell (2003), para a definição da seleção dos entrevistados, o pesquisador deve utilizar a imaginação social científica, e é claro, considerar a natureza do objeto da pesquisa, os diferentes ambientes considerados relevantes e os recursos disponíveis.

No quadro a seguir, apresentamos os trabalhadores que foram entrevistados e seus respectivos tempo de trabalho na instituição:

| PROFISSÃO | TEMPO DE TRABALHO NO CAPS |
|--------------------------|---|
| 02 Assistentes Sociais | 03 anos e 10 meses 01 ano e 10 meses |
| 02 Enfermeiras | 04 anos 04 anos |
| 02 Psicólogas | 02 anos e 06 meses 01 ano |
| 02 oficinairas | 04 anos 04 anos |
| 01 Terapeuta Ocupacional | 03 anos |

3.2.2. Observação participante

Com o intuito de melhor apreender o cotidiano institucional, as relações desenvolvidas entre usuários e trabalhadores, assim como as práticas desenvolvidas no cuidado com os usuários, foram realizadas observações

sistemáticas no serviço no decorrer dos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, prioritariamente nas atividades realizadas por profissionais que atendiam os critérios para participar das entrevistas. Assim, as observações ocorreram nas oficinas e grupos, assembleias do CAPS, reuniões técnicas e planejamento anual do serviço. Os dados observados foram devidamente registrados no diário de campo.

A observação participante se constitui como uma estratégia de coleta de dados, onde o pesquisador mantém contato direto com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. A utilização dessa estratégia mostrou-se importante, pois possibilitou à pesquisadora captar uma diversidade de fenômenos ou situações que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (Minayo, 2002).

Gaskell (2003) recomenda a combinação entre entrevistas e observação participante para a produção de dados na pesquisa qualitativa. Segundo esse autor, na observação participante, o pesquisador está aberto a uma maior amplitude e profundidade de informações, sendo possível triangular diferentes impressões e observações, buscando conferir discrepâncias emergentes no decorrer do trabalho de campo. Assim, a observação participante permite ao pesquisador identificar e obter respostas acerca de questões sobre as quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento.

Podemos, ainda, considerar como fonte de coleta de dados a percepção e o conhecimento acumulado com a vivência cotidiana da pesquisadora no serviço ora pesquisado, visto que a mesma é membro da equipe técnica da instituição. Nesse sentido, não há como desconsiderar esse lugar ocupado pela pesquisadora no decorrer da realização de entrevistas e observação de campo.

3.3. Plano de análise e interpretação dos resultados

No que tange à modalidade de análise do material produzido, utilizamos a técnica de análise de conteúdo.

Bardin (2002) define a análise de conteúdo como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que são baseadas em procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens. Ressalta que o interesse não está na mera descrição das mensagens, e sim nos significados contidos. Interessa ainda à análise de conteúdo o conhecimento relativo às condições de produção ou recepção das mensagens.

Ainda segundo Bardin (2002), a aplicação da análise de conteúdo é conveniente também para as comunicações não linguísticas, que são igualmente portadoras de significações, como: objetos, comportamentos, espaço, tempo, etc, que nos possibilitam fazer inferências sobre seus significados e contextos de produção.

Assim, através da técnica de análise de conteúdo, é possível compreender, por meio de inferências, os significados das mensagens expressas, valorizando as circunstâncias e o contexto em que elas são produzidas. Deste modo, a análise de conteúdo ultrapassa o aspecto meramente descritivo do que é dito, realizando uma interpretação mais aprofundada.

Os principais teóricos da análise de conteúdo referem duas características básicas deste tipo de análise, objetividade e processo sistemático. As regras preestabelecidas obedecem a diretrizes suficientemente claras capazes de possibilitar que, se replicadas, alcancem os mesmos resultados⁷. O conteúdo deve ser ordenado e integrado às categorias definidas, a partir dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos.

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, devendo o pesquisador optar por aquela que seja mais adequada às características e melhor

⁷ Apesar de se buscar maior objetividade na interpretação dos dados, é importante que tenhamos uma perspectiva crítica em relação a este posicionamento, na medida em que os resultados são dinâmicos, dependem dos contextos em que são realizadas as pesquisas e da posição (interpretativa) de quem as realiza ou faz a leitura dos dados/textos. Nesse sentido, sempre podemos produzir novos resultados.

atenda aos objetivos do estudo. No caso da presente pesquisa, utilizamos a análise temática por ser mais adequada aos estudos qualitativos (Minayo 2008). Esse tipo de análise é composta das seguintes etapas: pré-análise – onde realizamos leitura flutuante das transcrições das entrevistas e das observações do diário de campo, objetivando uma aproximação mais aprofundada das mensagens e buscando compreender o universo estudado em sua totalidade; exploração do material – consiste na definição das categorias⁸ analíticas a partir dos objetivos da pesquisa, do conteúdo emergente do campo empírico e do referencial teórico adotado, seguida da realização de recortes do conteúdo dos textos em função das categorias temáticas previamente definidas, procurando agrupar por semelhança temática fragmentos do material empírico que se mostrem significativos em si mesmos.

A última etapa refere-se ao tratamento e interpretação dos resultados; nesse momento ocorre a exploração do material propriamente dito. Configura-se um processo de inferência e de reflexão crítica. Assim, realizamos leitura exaustiva do relatório de cada categoria temática, procurando analisar o conteúdo de modo a identificar significados, comparar, avaliar e, principalmente, apreender as ideias principais do enunciado.

O rigor metodológico da análise de conteúdo busca assegurar a superação da “ilusão da transparência dos fatos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea” (BARDIN, 2002, p. 30). De acordo com a autora, essa atitude de vigilância crítica torna-se ainda mais necessária quando há a familiaridade do pesquisador com seu objeto de estudo, que pode induzir à leitura simplificada da realidade, por ter a sensação de já conhecê-la suficientemente.

As falas analisadas foram basicamente as produzidas pelas entrevistas com os trabalhadores do CAPS e das observações do diário de campo. Com a finalidade de enriquecer a discussão, lançamos mão do nosso conhecimento e vivência como membro da equipe pesquisada. No que diz respeito à identificação

⁸ Minayo (2008) define categoria como rótulo que pode ser atribuído a conteúdos que se assemelham por meio de sentido, ideias e pontos de vista dos sujeitos.

das profissões no decorrer das falas do texto, preferimos não colocar a categoria profissional a que pertencem os entrevistados, por tratar-se de um universo pequeno, havendo, inclusive, categoria com apenas um profissional, sob o risco de comprometer o anonimato dos informantes. Assim, adotamos também pseudônimos para cada entrevistado.

Nesta pesquisa, a maioria das categorias foi construída a partir do referencial teórico e dos objetivos específicos, ao passo que outra foi acrescida a partir da exploração dos dados obtidos empiricamente. As categorias teóricas foram: significado de autonomia, estratégias de cuidado e os fatores que interferem na adoção do cuidado na perspectiva da produção de autonomia. A categoria empoderamento *versus* tutela surgiu a partir dos dados produzidos. Cada uma delas podendo desdobrar-se no decorrer do processo de leitura e interpretação dos dados.

3.4. Aspectos Éticos

Para a realização desse estudo, foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96, que estabelece as normas e diretrizes para esse tipo de pesquisa. Sendo assim, o presente estudo destaca a importância de assegurar o respeito pelas pessoas do estudo, protegendo sua dignidade, seus direitos e assegurando o anonimato, assim como obter o consentimento informado para a realização das entrevistas semi-estruturadas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) buscou elucidar o conteúdo da pesquisa, destacando objetivos, justificativa e benefícios, com participação voluntária, devendo o entrevistado expressar sua concordância em participar da pesquisa, mediante leitura e assinatura do referido termo. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética Institucional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, aprovado sob parecer de número **050-11/CEP-ISC**.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciarmos a apresentação dos resultados da presente pesquisa, gostaríamos de ressaltar que as análises que fazemos dos dados coletados têm como pano de fundo nossa percepção de trabalhadora do serviço pesquisado. Assim, acompanhamos e colaboramos com o cuidado prestado aos usuários deste serviço, partilhando as mais variadas emoções: satisfação em acompanhar a saída do enclausuramento social e afetivo do sujeito que assume a responsabilidade pela condução de sua vida e passar a fazer parte do jogo social; a angústia pela ausência de melhora da condição de saúde e de vida da maioria dos usuários assistidos; e a observação da inércia e paralisação da equipe ante o sentimento de incapacidade para fazer desse serviço um espaço capaz de conduzir seus usuários à condição de sujeitos autônomos e inseridos socialmente. Assim, nosso envolvimento e implicação com a temática, exerceu grande influência nesse processo, desde o desejo de realizá-lo até sua materialização.

Esses resultados serão apresentados a partir de quatro grandes categorias de análise e algumas sub-categorias: significado de autonomia, estratégias de cuidado, fatores que interferem na prestação do cuidado e empoderamento *versus* tutela. Esses temas nos permitiram tratar dos aspectos relativos ao cuidado ofertado no CAPS e sua relação com a produção de autonomia e inserção social dos usuários.

4.1. Significado de autonomia

As recentes transformações ocorridas no campo da saúde, em especial no modo de conceber e dispensar o cuidado ao portador de transtorno mental, suscitam discussões acerca de temas até então estranhos a essa área. Dentre esses destacamos a incorporação do debate acerca da autonomia, que, apesar de ser um termo comumente utilizado no nosso cotidiano, apresenta dificuldades

quanto ao seu entendimento. Tais dificuldades se aprofundam quando falamos em autonomia no contexto da saúde mental.

Através da coleta de dados para a presente pesquisa, pudemos visualizar como o conceito de autonomia configura-se um desafio para a grande parte dos entrevistados. Um termo que comumente é utilizado por nós mostra-se tão estranho no momento que tentamos defini-lo, a ponto de alguns não conseguirem trazer esse sentido se não pela exemplificação de situações.

É algo tão difícil de explicar, acho que vou falar assim das minhas experiências dentro da minha oficina, né? Quando o usuário chega que aí eu vou recebê-lo para participar da minha oficina, porque como eu faço oficina fechada que é mais para aquelas pessoas que têm autonomia mais preservada, que autonomia seria essa? É o fato dele conseguir... o fato dele... não sei, não consigo explicar [...] (Janine).

Em sua maioria, os trabalhadores que participaram desta pesquisa conceituam autonomia como algo relacionado à independência/funcionalidade para realizar o autocuidado e desempenhar funções ligadas às questões práticas do dia a dia dos indivíduos.

[...] Autonomia está ligada à reabilitação, à pessoa poder ir e vir, ao fato dele poder realizar o autocuidado, mais nesse aspecto (Márcia).

Autonomia para pegar um ônibus para vir ao CAPS sozinho, não só para vir ao serviço de saúde mais até para ele ir ao comércio realizar uma compra, de ir ao mercadinho comprar algo, eu penso relacionado a todo o cotidiano dele, inclusive dentro da própria casa, porque a autonomia não é só fora de casa, também é dentro de casa, saber fazer uma comida, saber administrar sua própria casa, saber administrar sua medicação (Fernanda).

Percebemos também entre os trabalhadores o entendimento de autonomia como liberdade para realizar a vontade do sujeito. Esse modo de compreender autonomia é destacado por Leal (2001), que, segundo a autora, conceber autonomia como a possibilidade de os indivíduos realizarem a sua vontade, significa compreendê-la como algo independente da vida em sociedade, onde seria possível aos sujeitos exercerem suas vontades independente das normas e regras sociais.

É a capacidade de você mesmo dirigir sua vida, fazer sua vontade, fazer o que você quer, ter a liberdade de ser dono de sua vida, de

sua vontade, de poder fazer o que quiser e não depender de ter alguém determinando o que você deve fazer, autonomia é como se fosse uma liberdade de você poder fazer essas coisas (Sofia)

Poucos entrevistados referem-se à autonomia como capacidade de o sujeito estabelecer relações e poder se expressar, negociar, contratualizar, ante as diversas situações que encontra.

[...] É a capacidade de se relacionar com outras pessoas, é ter o poder de negociar, de fazer contratos, de se posicionar e encontrar solução para seus desafios e conflitos diários (Letícia).

E mesmo esses entrevistados que definiram autonomia nesses termos, ao relatarem situações concretas de exercício de autonomia, demonstram um entendimento muito mais relacionado ao conceito de autonomia como liberdade e possibilidade de aceitação no convívio comunitário. Assim, deixam de destacar a importância de esse convívio não ocorrer sob um caráter de tolerância.

Ele tem essa autonomia de ir e vir, essa liberdade de circular pelos espaços, e a comunidade consegue vê-lo de outra maneira, não mais como perigoso, mas como um membro daquele grupo... Ele participa da igreja, dos passeios. Ele hoje é aceito nessa comunidade, nesse grupo (Letícia).

Tykanori (2010), ao referir-se ao estabelecimento de relações como condição para o viver com autonomia, demarca que esse conviver, esse fazer parte, deve ser pautado no estabelecimento de relações sustentadas nas trocas e nas negociações, que permitem ao sujeito posicionar-se ante as situações e fazer escolhas.

Assim, os achados dessa pesquisa coadunam com o que se encontra também na literatura, ou seja, a existência de diferentes formas de compreensão acerca da autonomia, em especial no campo da saúde mental. Uma dessas formas está relacionada à capacidade de o indivíduo desempenhar de forma independente atividades práticas do seu cotidiano (autocuidado corporal, capacidade de ir e vir, etc). Tykanori (2010) diverge desse entendimento, pois, para o autor, autonomia diz respeito à capacidade de produzir normas e ordenamentos ante as várias situações que se apresentam no cotidiano. Ressalta ainda que o estabelecimento de múltiplas relações com pessoas e coisas é o que possibilita ao sujeito poder fazer escolhas, negociar, contratualizar, enfim, exercer autonomia sobre sua vida.

Há ainda entre os trabalhadores o entendimento de que o sentido e a compreensão acerca da autonomia se apresentam de diferentes formas entre os profissionais, por tratar-se de equipe multiprofissional e cada disciplina a conceber de modo diverso. O que para uma entrevistada se reverte em ganho para o desempenho do cuidado ofertado, pois cada profissão contribui em determinado aspecto.

Dentro da equipe multiprofissional que trabalha em saúde mental, cada um vai pender pra uma parte, eu como enfermeira, fazendo parte da equipe de enfermagem, quando foco a autonomia a gente vai muito mais da atenção, será que o usuário tá conseguindo deambular por ele mesmo ou será que ele vai precisar de ajuda? será que esse usuário tá conseguindo se alimentar normalmente, cortar a alimentação [...] outros profissionais talvez foquem mais naquilo que é prioritário dentro do conceito que ele tem de autonomia e no geral todo mundo acaba buscando essa tão sonhada independência (Simone).

Apresenta-se de modo consensual entre os trabalhadores o entendimento de que estimular/promover o desenvolvimento da autonomia no portador de transtorno mental é um imenso desafio, pois este apresenta limitações impostas pela própria doença mental (cognitivas, relacionais, sociais, etc), que dificultam e, para muitos, inviabilizam o viver com autonomia. Portanto, para os entrevistados a autonomia do portador de transtorno mental será sempre limitada, restrita.

Autonomia como essa capacidade de entendimento, de avaliação, de se expressar na sociedade e se colocar na sociedade, então aí o portador de transtorno mental tem muitas limitações, e é um grande desafio se trabalhar essa autonomia, nesse sentido de colocar seus valores, sua visão de mundo de interpretar, de dizer o que você quer, aquilo que você almeja, ou até mesmo aquilo que você não quer, que lhe incomoda, então nesse sentido acho que esse sujeito tem muitas limitações em decorrência da própria doença (Juliana).

Em alguns usuários não há avanço em relação à autonomia, em virtude da própria doença, pelo próprio quadro que é regredido, cronicado, tem gente que por mais que você invista ela não sai da bolha dela, mas ali é do quadro... por mais que você estimule, incentive pra uma maior independência, você não vê um passo mais à frente [...] outros têm aquela coisa mais primitiva mesmo da doença, que está bem instalada e você não vê um avanço, porque tem um cuidado que antecede a autonomia que é a independência, então nem um cuidado físico ele consegue realizar por si mesmo, então pensar em autonomia para esses usuários é muito difícil (Márcia).

Dentro desse movimento de pensar sobre o que é autonomia para o portador de transtorno mental, os entrevistados fazem relação a outros aspectos que se encontram para além da doença, e que exercem influência acerca da autonomia dessas pessoas: baixa ou nenhuma escolaridade, principalmente aqueles onde a doença se desenvolveu na infância ou na adolescência, e pertencimento a famílias com recursos sociais, econômicos e emocionais frágeis.

Acho que as dificuldades do portador de transtorno mental ter sua autonomia, não é só por conta da doença que ele tem, também tem uma questão que é da condição de cada indivíduo, por não ter escolaridade, esclarecimento, e isso acaba interferindo na sua autonomia mesmo, por exemplo, não saber ler para pegar um ônibus; as famílias na maioria são desestruturadas emocionalmente, financeira e também socialmente (Fernanda).

Consideramos prudente reconhecer que, em geral, o sujeito com transtorno mental usuário do SUS, está inserido em contextos sócio-familiares e econômicos que interferem negativamente em sua vida, porém não podemos enxergar tais dificuldades como barreiras intransponíveis que nos impeçam de perceber que ali existe um sujeito que está para além da doença, e que, portanto, possui muitas possibilidades que precisam ser enxergadas e exploradas. Sob o risco de incorrer no mesmo equívoco cometido pelo paradigma psiquiátrico tradicional, tão crítica pela RPB, qual seja: enxergar a doença e não o sujeito (Amarante, 2007).

Nesse sentido, Tykanori (2010) aponta alguns elementos essenciais para a realização do cuidado com vistas à produção de autonomia, quais sejam: o reconhecimento das potencialidades do sujeito realizar trocas sociais, a partir da restituição de seu poder contratual; e a capacidade da equipe para desenvolver projetos e ações práticas que atuem sobre a realidade concreta da vida dessas pessoas, de modo que sua subjetividade possa enriquecer-se e as abordagens terapêuticas sejam contextualizadas no cotidiano dessas pessoas. É exatamente a respeito das abordagens utilizadas para o cuidado no CAPS estudado que trataremos a seguir.

4.2. Estratégias de cuidado

Em um serviço de saúde tipo CAPS, a concepção de cuidado deve ser pautada na perspectiva da promoção do bem-estar do sujeito e ter a escuta como elemento primordial para a realização do cuidado, devendo esta perpassar todas as etapas desse processo. Assim, Ayres (2004) destaca o acolhimento e o vínculo como tecnologias indispensáveis para pensar e realizar esse cuidado, devendo o serviço ser organizado de modo a permitir que as demandas dos sujeitos possam atravessar todos os momentos e espaços, com capacidade para acolher e oferecer respostas às necessidades de saúde apresentadas.

Nesse sentido, antes de pensarmos que estratégias de cuidado serão utilizadas, devemos ter a clareza de que elas partirão dos elementos do acolhimento, da escuta e do vínculo, e que esses mecanismos tenham a capacidade de favorecer a construção e reconstrução das subjetividades dessas pessoas, propiciando a produção de autonomia e o estabelecimento de relações sociais.

Apesar de a maioria dos entrevistados não citar o vínculo como ferramenta importante para o desenvolvimento do tratamento, ao relatarem casos onde se percebeu uma evolução na condição de saúde do usuário, os profissionais trazem situações onde o vínculo estabelecido entre usuário e equipe foi determinante.

[...] No início era muito difícil cuidar dele, a família tinha que fechar as portas para poder aplicar essa medicação injetável, e depois ele foi deixando a gente se aproximar, não só pelo efeito da medicação, mas de certa forma ele foi tendo mais confiança na gente, e o vínculo foi aumentando, e hoje a gente já percebe que ele sabe que queremos ajudá-lo (Sofia).

Esses achados vêm a confirmar a importância no investimento da equipe para realizar o cuidado a partir do vínculo, pois é a partir da confiança depositada no serviço, e principalmente em quem realiza o cuidado, que o usuário consegue mostrar-se inteiramente, e assim possibilita aos profissionais compreender melhor seu sofrimento e suas determinações. Os profissionais trazem relatos onde o vínculo possibilitou que a equipe realizasse intervenções e estratégias que foram fundamentais para o êxito no tratamento de muitos usuários, especialmente aqueles que apresentam maior resistência ao tratamento.

Se ela não tivesse se vinculado a gente, se não se sentisse segura, com certeza não tínhamos conseguido nem se aproximar, porque ela tem uma característica de agressividade muito forte [...] ela não gosta de nenhuma oficina, não desenvolve nenhuma atividade estruturada, mas a gente percebe que ela se sente bem aqui, é um lugar onde ela sabe que as pessoas gostam dela, se preocupam com ela, vínculo é isso, é confiar, é sentir-se seguro, sentir-se bem, e isso abre as portas para a gente poder cuidar dela (Sofia).

Nossa experiência profissional nesse serviço nos permite concordar com esse achado no que tange à importância do vínculo para o desenvolvimento do cuidado, haja vista a dificuldade que muitos usuários têm em reconhecer que necessitam de ajuda profissional para lidar com seu sofrimento. É exatamente aí que o vínculo exerce um papel muito importante, apesar de esse vínculo ir se fortalecendo à medida que a interação do usuário com os profissionais vai ocorrendo. Desde o início desse encontro, ocorre o que chamamos de empatia, onde o usuário se permite confiar no que é dito pelo profissional e aceita que este se aproxime de sua vida e por vezes de suas questões e dilemas mais íntimos.

Ao fazerem referência às atividades que possuem um caráter mais estruturado, os trabalhadores referem que lançam mão de diversas ferramentas e estratégias, tanto individuais como em grupo. Destacam que priorizam a oferta de cuidado por meio de grupos e/ou oficinas por entenderem que essa modalidade favorece o compartilhamento e a socialização, além de permitir que estes expressem suas emoções, assim como visualizem, através da experiência do outro, formas de elaborar e lidar com questões comuns ao cotidiano desses sujeitos.

[...] À medida que você tá trabalhando em grupo você tá tentando fazer com que ele exerça um pouco de protagonismo, de que apareça, então nesse sentido provoca um sentimento de eu sou capaz, eu posso fazer, então se eu posso fazer isso, é um degrau, um caminho pra que eu possa fazer outras coisas (Márcia).

A utilização de oficinas na assistência ao portador de transtorno mental é feita desde os primórdios da psiquiatria, tendo sido ressignificadas como recurso terapêutico ao longo do tempo. No âmbito da reforma psiquiátrica, as oficinas reaparecem como meio condutor de expressão e elaboração de ideias e afetos; como espaço de aprendizagem, inclusive algumas possuem caráter profissionalizante, além de servirem como espaço de promoção de atividades culturais (Guerra, 2004).

Dentre essas formas de cuidado, os trabalhadores identificam que algumas estão voltadas para a produção de autonomia dos usuários de maneira mais evidente e objetiva, enquanto outras não têm esse objetivo bem definido. Nesse ponto, os entrevistados apresentam opiniões divergentes. Pois enquanto para uns todo o cuidado realizado no CAPS está voltado para o estímulo à produção de autonomia do usuário, outros declaram que poucas são as atividades e/ou intervenções que se pautam nessa perspectiva.

Todo o tratamento feito no CAPS contribui de uma forma ou de outra para que essas pessoas sejam mais autônomas, mais donas de si (Janine).

A gente está o tempo todo fazendo isso, seja pontualmente, seja nas oficinas, quando a gente tenta que o usuário fale por ele mesmo, expresse suas emoções, nas oficinas temáticas que mostram os direitos e deveres dos usuários, que muitos não entendem, não têm nenhuma noção, chegam mesmo leigos dentro desse universo, e acho que a própria terapia tem esse objetivo, tem esse poder também de fazer com ele tenha entendimento da própria doença para poder lidar melhor com ela, então assim lidar com ela, com os familiares, ter um pouco de voz em casa, se a gente for entender a dinâmica familiar, então você vai estar trabalhando com a autonomia dele, à medida que ele se coloca, em que a vontade dele é respeitada, a gente tá trabalhando com a autonomia (Márcia).

Eu acho que pensamos pouco em oferecer um tratamento que leva o usuário a ser uma pessoa autônoma, com capacidade para gerir sua vida, conduzir mesmo, sabe? a maioria das nossas atividades visa apenas estabilizar a crise, e são feitas como formas de entretenimento para os usuários (Juliana).

Entendemos que essas diferentes perspectivas sobre a contribuição do cuidado para a produção de autonomia advêm justamente do modo como cada trabalhador a compreende. Para aqueles que entendem autonomia como a capacidade de cuidar minimamente de si, associado ao conceito de independência, identificam que o tratamento, mesmo que limitado à remissão dos sintomas, certamente favorecerá que isso ocorra na vida dos usuários. Porém, para aqueles que têm o entendimento de autonomia como a condição de discutir, intervir e conduzir a própria vida, percebem que muitos usuários desse serviço encontram-se aquém dessa condição e que o tratamento não tem perseguido esse fim.

Acreditamos que essas divergências acerca da contribuição do tratamento para a produção de autonomia, por si sós, não comprometem o cuidado

na lógica psicossocial, pois é importante reconhecer “pequenos” aspectos evolutivos, que, a depender da condição do usuário, representam ganhos relevantes. Do mesmo modo, não se podem enxergar esses “pequenos” ganhos como parâmetro para todo e qualquer usuário, bem como estabelecer limites para a evolução do processo de autonomia dessas pessoas.

Nunes et al (2008) nos convida a pensar em que medida o modo asilar de conceber a doença mental e sua forma de tratamento, com ênfase na doença e em suas características e sintomas, em detrimento de considerar o contexto em que o sujeito encontra-se inserido e as interrelações sociais que o constituem e interferem no seu adoecimento, encontra-se presente nos serviços substitutivos.

No CAPS estudado, percebemos que alguns trabalhadores possuem uma análise crítica quanto à prestação do cuidado destacado por Nunes et al (2008). Para muitos, o tratamento ofertado tem se pautado a partir de objetivos bastante limitados e contrários à proposta da RPB e da atual política de saúde mental, no tocante à produção de autonomia e ao objetivo da inserção social. Referem que não visualizam um tratamento focado na alteração significativa da condição de vida dessas pessoas, limitando-se em sua grande maioria a reduzir os principais sintomas e evitar as crises. Atribuem essa situação a alguns fatores determinantes para o tratamento: falta de projeto terapêutico singular, ou seja, ausência de um tratamento planejado de modo individualizado para cada usuário, com constante acompanhamento e adequação à situação apresentada pelo usuário; falta de apropriação teórica e técnica da equipe acerca do cuidado em saúde mental (essas questões serão aprofundadas na seção que trata dos fatores que interferem no cuidado).

[...] A visão aqui ainda é de estabilização da crise, se ele não está em crise ele está bem, e a gente sabe que não é so isso. O CAPS tem uma estrutura que favorece o estímulo da autonomia, aqui tem vários instrumentos (equipe interdisciplinar, forma de funcionamento do serviço, acesso ao usuário e ao seu meio), tudo isso deve ser utilizado para oferecer um tratamento que traga mudanças reais para a vida dessas pessoas, mas se você me pergunta se a gente está fazendo isso, eu digo que não (Juliana).

[...] A gente fala de PTS, porém isso não existe de fato, eu acho que as coisas em CAPS estão muito automáticas, o usuário vem para o acolhimento e a gente mostra um quadro de oficinas, que ele muitas

vezes não entende nem o que é aquilo, e o critério deixa de ser por oficina e passa a ser por turno, e aí não gosto do turno da tarde, vamos mudar para a manhã, porque o turno da tarde não está legal, então não há uma preocupação de construir um projeto terapêutico para o usuário, ele precisa se encaixar no que está definido. O que eu quero dizer é que a gente deixa de oferecer algo que realmente pudesse ajudá-lo de modo substancial por não termos condições de ampliar nossas ofertas, são muitas demandas. Mas mesmo dentro do que têm eles, realmente entendem e conseguem escolher, e aí vamos colocar mais pela manhã porque tem mais profissional, e aí vai perdendo a questão da singularidade tão falada em CAPS e tão necessária, e aí sim, se compromete todo o cuidado (Juliana).

O que a gente percebe é que estamos fazendo as coisas a partir da experiência, do entendimento que se tem a partir da prática, não se percebe uma busca por conhecimento das teorias e até mesmo da própria política de saúde mental [...] (Letícia).

A esse respeito, podemos afirmar, com base na nossa vivência nessa instituição e nas observações feitas para essa pesquisa, que a questão da produção de autonomia atravessa de modo frequente o cotidiano da instituição, mesmo que de modo sutil, e até inconsciente. Porém, é necessário entender que o desenvolvimento da autonomia dos usuários passa pela adoção de algumas estratégias de cuidado que, à primeira vista, não estão relacionadas à produção de autonomia, como, por exemplo, a utilização de recursos terapêuticos que minimizem ou mantenham sob controle os principais sintomas, em especial dos usuários que se encontram numa fase mais crítica da doença - sendo necessário preparar o terreno para as intervenções futuras. Assim, reconhecemos a importância desses aspectos do tratamento voltados para a estabilização das situações agudas, como sendo necessários para possibilitar a utilização de outras estratégias que tenham como foco o desenvolvimento da autonomia.

Destarte, reconhecemos os riscos e a tendência que esses serviços possuem em limitar o cuidado aos aspectos mais superficiais da doença em detrimento do investimento em estratégias que visem alterar significativamente as condições de saúde e de vida dos seus usuários.

Deste modo, identificamos no CAPS estudado a utilização de estratégias e intervenções que consideramos propiciadoras do desenvolvimento da autonomia dos usuários, e outras que desempenham um papel oposto, ou seja, que contribuem

para a manutenção da condição de tutelado, ocupada historicamente pelas pessoas portadoras de transtorno mental.

Eles gostam que a gente faça tudo por eles, coisas que a gente sabe que eles podem fazer, mas é como se eles não se sentissem capazes, mas reconheço que nós reforçamos isso, mesmo sem querer, essa coisa da dependência do usuário, a gente até tenta que ele faça sozinho, ou com a família, mas se ele não consegue, a gente vai lá e faz, acho que não temos tempo, nem paciência para deixar que ele faça no tempo dele, sabe? é mais ou menos isso que acontece (Sofia).

4.2.1. Estratégias e intervenções que favorecem a produção de autonomia

Dentre as atividades identificadas pelos entrevistados como favorável à produção de autonomia dos usuários, encontra-se a “oficina de cidadania”. Estes referem que essa atividade foca nas questões relacionadas ao convívio das pessoas em sociedade, buscando potencializá-los para a experiência da cidadania.

Em algumas atividades, o incentivo a essa autonomia fica mais evidente, por exemplo, a “oficina de cidadania” que nós desenvolvemos, a gente reconhece a potência desse sujeito como cidadão e vai estimular a participação dele na sociedade, para que ele desenvolva o seu poder contratual de negociação, para que ele participe ativamente da vida da nossa sociedade (Letícia).

A oficina que eu percebo que está preocupada diretamente com a autonomia dos usuários, é a “oficina de cidadania”, acho ela bem interessante e rica nesse sentido, porque a partir das temáticas abordadas, os usuários sentem-se mais preparados para exercer os direitos e também os deveres, saber como faz para ter acesso aos serviços, enfim, poder resolver as coisas que são necessárias para a vida deles (Fernanda).

Barreto (2009) destaca a importância do exercício da cidadania para se combater a exclusão, possibilitando a inclusão dos de fora na composição igualitária da comunidade e sua plena participação nessa comunidade. Assim, cidadania se alcança com participação social.

Desenvolvida semanalmente no CAPS, a “oficina de cidadania” é ofertada nos dois turnos, e tem como principal característica abordar e problematizar temas relacionados à vida em sociedade, proporcionando o conhecimento e entendimento acerca das normas e regras que regem o viver em sociedade, assim como socializar informações acerca das políticas sociais. Tem por objetivo estimular a participação social dos usuários e o exercício da cidadania. Assim, busca-se oferecer subsídios para que essas pessoas se apropriem das questões que dizem respeito à vida em coletividade e busquem assim a construção de seus projetos de vida.

As oficinas artesanais que apresentam um produto concreto ao final (a exemplo das oficinas de bijuteria, tapeçaria, bordado, etc) são apontadas pelos entrevistados, especialmente pelasicineiras (profissionais que conduzem essas oficinas), como favoráveis à produção de autonomia. Acredita-se que os produtos dessas oficinas têm grande importância simbólica para os usuários, pois eles conseguem perceber, através dos objetos produzidos, que detêm capacidade para realizar coisas que eles não se julgavam aptos até então; além do caráter produtivo que essas atividades possuem, o que permite vislumbrar a possibilidade de os usuários produzirem esses objetos de forma independente e ter uma fonte de geração de renda.

Eu acredito que as oficinas artesanais contribuem para a autonomia dos usuários, é muito interessante perceber como eles se sentem quando vêem um colar feito por eles...é como se eles não se sentissem capazes, e aí quando ver aquilo, percebem que o fato de estarem doentes não significa que tudo acabou, sabe? (Janine).

Através das minhas oficinas, e também da outraicineira, onde eles produzem várias coisas, eles conseguem visualizar ali uma forma de obter uma renda, e isso sem dúvida é importante para a autonomia dessas pessoas, que na maioria das vezes são muito carentes, de tudo, de afeto, de amor, e também de dinheiro (Renata).

As estratégias e intervenções que objetivam orientar, fornecer conhecimento, informação aos usuários, são apontadas pelos entrevistados como sendo de grande relevância dentro do processo de produção de autonomia. Essas orientações podem ocorrer de modo individual, a partir da demanda apresentada por cada sujeito, ou em grupo de forma mais estruturada. Nesse último caso, percebe-se a existência de atividades voltadas para a orientação de atividades práticas do

cotidiano, como higiene e as demais questões que envolvem o autocuidado, e ainda abordam vários assuntos relativos ao cuidado com a saúde.

As oficinas que possuem esse caráter são desenvolvidas, principalmente, pelos núcleos de enfermagem e terapia ocupacional. De acordo com esses profissionais, essas atividades desempenham um importante papel no desenvolvimento da autonomia dos usuários, especialmente aqueles que apresentam um estágio da doença bastante cronicado, com maiores limitações e comprometimentos.

Quando a gente traz informações, orientações, por exemplo, algumas questões relacionadas à própria saúde, tirar umas dúvidas que eles tragam, eu também acho que isso é promover autonomia. (Sofia).

Algumas coisas parecem simples, mas para alguns usuários são muito difíceis, por exemplo, tomar um banho, se alimentar à mesa usando o talher corretamente, até mesmo o modo certo de vestir uma roupa, e aí se a gente orientar como fazer isso, daqui a pouco eles já estão fazendo sozinhos, e com certeza tudo isso fará com que eles sejam mais autônomos (Simone).

Os entrevistados referem que o CAPS estudado tem uma parceria com o Serviço Nacional de aprendizagem Comercial – SENAC - desde sua inauguração, que permite aos usuários do serviço realizar cursos de forma gratuita. Os profissionais dizem tratar-se de uma estratégia muito interessante para o desenvolvimento da autonomia dos usuários, pois eles têm a oportunidade de estabelecer uma convivência direta com outras pessoas em outros espaços, além de vislumbrarem a possibilidade de serem inseridos no mercado de trabalho. Contudo, uma trabalhadora reconhece que há pouco investimento por parte dos profissionais e gestores no sentido de ampliar essas parcerias para outras instituições, assim como adotar outras formas de cuidado que possam estimular o convívio social e a circulação pelo território e ampliação da rede de contatos, ante a restrita convivência social desses sujeitos.

É muito interessante a questão da parceria com o SENAC e com outras instituições como forma de estimular a autonomia, você está dando a possibilidade dele se capacitar e até vir a trabalhar, e só o fato de você promover coisas extra-caps também é muito importante, então acho que a gente poderia fazer mais parcerias não só na parte de cursos mais também na parte cultural (Cíntia).

Jucá, Lima e Nunes (2008) abordam a importância da realização de atividades extramuros nos CAPS, ou seja, mais próximas à comunidade, possibilitando a integração dos usuários com outros sujeitos que habitam o mesmo território. Identificamos que atividades desenvolvidas nessas circunstâncias são raras no serviço.

Os entrevistados atribuem a responsabilidade pela não realização de atividades fora do espaço do CAPS à grande demanda de atividades que requerem a presença do trabalhador dentro do serviço. Reconhecemos a existência das dificuldades práticas que a equipe encontra para realizar atividades fora do serviço, porém é necessário que este fato reflète, em certa medida, o pouco entendimento que a equipe possui acerca da importância que o cuidado extra-caps oferece no sentido de se promover a autonomia e a inserção social. Trata-se de favorecer, provocar a vivência desse sujeito no seu território, na sua comunidade, onde a vida das pessoas se processa.

Os documentos que regem a nossa política de saúde mental apontam para a importância de se realizar atividades para além do espaço físico do CAPS como proposta de cuidado que propicie o convívio comunitário.

Os CAPS devem procurar desenvolver atividades em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral (BRASIL, 2004, p. 17).

A nossa vivência junto a essa equipe de profissionais nos permite compreender que estes se mostram acomodados ante os desafios de propor e realizar projetos de intervenção na comunidade, utilizando os equipamentos disponíveis na cidade. Assim, findam por restringirem-se à realização de passeios esporádicos e participação em eventos realizados por outros serviços ou instituições.

Chama-nos a atenção outro aspecto relativo ao cuidado. No que diz respeito às oficinas e grupos, não obstante o reconhecimento de suas potencialidades para a realização do cuidado na lógica psicossocial, especialmente, como espaço de interação e socialização, observamos que estas ocorrem muito

mais pelo espontaneísmo e disponibilidade do profissional em desenvolvê-las do que pela sua real condição de assumir a responsabilidade de realizar esse cuidado junto aos usuários. Dito de outra forma, percebemos entre os profissionais a ausência de apropriação acerca dessas tecnologias de cuidado, que carecem, em sua maioria, de clareza quanto ao seu objetivo e até mesmo de sistematização através de um projeto que permita que todos no CAPS, profissionais, usuário e familiares, conheçam e utilizem essa oferta de cuidado de acordo com as demandas apresentadas pelos usuários.

Identificamos também a existência de atividades grupais na instituição que apresentam propósitos bem definidos, alinhados a uma metodologia coerente, que demonstram possuir reflexão teórica e aprimoramento técnico e, principalmente, possuem alinhamento com os pressupostos da reforma psiquiátrica, ou seja: atividades voltadas para o desenvolvimento da autonomia, visando à inserção social dos usuários.

Dentre essas estratégias, os entrevistados realizam atividades junto às famílias, pois reconhecem a importância do apoio e participação da família para o êxito no tratamento. Nesse sentido, acredita-se que é necessário se aproximar das famílias para que elas possam enxergar o CAPS como uma instituição que vai apoiar e ajudar a cuidar do familiar adoecido.

A participação da família é uma coisa que é muito importante, quando a gente tem uma parceria com a família, porque a continuidade do tratamento deles é em casa, aqui é só uma parte. O que vai determinar mesmo o sucesso do tratamento é a família, que é uma peça fundamental [...], então quando a gente tem uma proximidade, uma parceria, uma facilidade da família no tratamento deles, eu acho que facilita e a autonomia deles tende a alcançar melhora, quando tem esse contato com a família ocorre de forma positiva (Sofia).

Os profissionais atribuem à família, portanto, parcela significativa da responsabilidade pelo sucesso, como também pelo insucesso no tratamento dos usuários, pois entendem que é no núcleo familiar que a maioria das questões que envolvem o adoecimento ocorre e se processa; e nesse sentido, o núcleo familiar se constituindo parte principal do território existencial do usuário.

Saraceno (2001) lembra que a família do portador de transtorno mental foi tida inicialmente como cúmplice, em seguida como culpada, e dentro da atual política de saúde mental, ocupa o lugar de protagonista das estratégias de cuidado. Contudo, assumir esse protagonismo não tem sido tarefa fácil para muitas famílias, pois requer dedicação, investimento material e emocional, coisa que muitas famílias não estão acostumadas e, portanto, têm dificuldade em fazer.

Os entrevistados referem que poucos familiares conseguem assumir a responsabilidade a eles imputada nessa nova proposta de cuidado. Contudo, dizem reconhecer que a ausência das famílias no acompanhamento do tratamento decorre principalmente dos seguintes fatores: descrença na efetividade de um tratamento que não apresenta resultados imediatos, principalmente nos momentos de crise, onde a equipe não aposta unicamente nas condutas terapêuticas medicamentosas com seu alto poder sedativo, como fazia e ainda faz o tratamento baseado na lógica manicomial; e cansaço ante a convivência com alguém que manifesta na família algo de estranho, que pode vir a produzir adoecimento no núcleo familiar como um todo.

Poucas famílias participam, chegam junto mesmo, no tratamento, esse é um grande desafio que nós encontramos. É como se elas não acreditassem que se estivermos juntos com certeza o familiar vai apresentar melhoras mais rápido e causar menos sofrimento para ele e para todas da família (Sofia).

Tem famílias que não ajudam, ao contrário, atrapalham, mas aí eu penso: o que é que eu posso cobrar dessa família, tão desestruturada, carente, cansada, e muitas vezes também adoecida? Então acho que antes nós precisamos preparar essa família, coisa que a reforma psiquiátrica ainda não fez (Juliana).

Sensíveis a essas questões, os profissionais procuram ofertar a essa família um espaço de escuta e acolhimento, tanto individual e pontual, como coletivo e estruturado, através da realização de um grupo de família que acontece quinzenalmente, conduzido por duas assistentes sociais, onde se objetiva oferecer um espaço de escuta qualificada a fim de acolher o familiar com suas angústias e dilemas, ante os desafios de conviver e cuidar de um ente querido adoecido.

4.2.2. Intervenções e condutas terapêuticas que limitam a autonomia dos usuários.

É unânime entre os entrevistados o reconhecimento de que algumas formas de cuidado desenvolvidas no CAPS, ao invés de estimular o desenvolvimento da autonomia, a limitam. Para muitos, dentre os fatores que contribuem para essa situação, reside a ansiedade do profissional em visualizar mudanças, alterações na vida dessas pessoas em curto prazo, e acabam por fazer por elas e não conseguem fazer o investimento necessário, nem dá o tempo que cada usuário precisa para apresentar uma evolução na situação de vida. Findam, assim, por tutelar ainda mais esse sujeito.

De acordo com relatos de uma, a forma histórica como o portador de transtorno mental fora visto, sempre limitado e com poucas possibilidades de conduzir a própria vida, faz com que os profissionais ainda mantenham condutas limitantes de forma automatizada, sem refletir sobre suas práticas. Por fim, ressalta a necessidade dos trabalhadores fazerem constantes análises de suas práticas e condutas.

A impressão que tenho é que as coisas estão sendo feitas no automático, não vejo os colegas fazendo essas análises, não vejo se perguntarem se estamos andando no caminho certo. Não sei se está havendo um embotamento, não verbaliza e faz no automático, fato é que análises não existem, e precisam acontecer urgentemente (Juliana).

Nesse movimento de pensar o que não é produtor de autonomia, os profissionais destacam a adoção de formas de tratamento entre usuário e profissional, onde este desempenha um papel que mais se assemelha ao familiar, ou ainda formas de tratamento comuns ao ambiente escolar, como, por exemplo, usuários referirem-se aos profissionais como “tia”, e estes, por sua vez, referem-se aos usuários, principalmente aqueles que possuem maior vínculo afetivo, como “filho”. Essas duas maneiras de verem o usuário contribuem para a manutenção do comportamento infantilizado de alguns usuários, e também dificulta o exercício do papel de cuidador pelo profissional, que passa a se identificar mais com o papel da família.

Algumas práticas, que podem parecer bobagens, mas que são carregadas de sentido, como essa coisa de se colocar no lugar do familiar, e outras que fazem lembrar uma escola, onde o usuário chama a gente de tia... acho que isso acaba reforçando a infantilização, eu acho que não é uma coisa legal, porque acaba reforçando essa ideia de proteção exagerada que por vezes causa grande dependência por parte do usuário (Márcia).

Nessa direção, destacamos uma observação feita por uma entrevistada ao falar do que seria para ela uma atividade que estimule a autonomia. Para essa trabalhadora, há algo que precede qualquer atividade a ser realizada no serviço em relação ao estímulo à autonomia dos usuários, que é exatamente o modo como o usuário é visto pelo profissional cuidador. Se este o percebe como um sujeito de direitos e com possibilidades de exercer e usufruir desses direitos, sem dúvida ele irá pautar suas intervenções de modo a estimular o fortalecimento dessa autonomia; porém, caso ele o enxergue como alguém limitado e sem capacidade de evolução, isso será reproduzido também em suas intervenções, de maneira a limitá-lo, negando-o em sua fala e em suas diversas formas de expressão. Assim, o modo como enxergamos o sujeito com transtorno mental irá dar o tom das nossas intervenções.

Primeiramente é importante que o profissional perceba esse usuário como sujeito, e isso você faz através de sua fala, da forma como você o aborda, você pode estimular essa autonomia percebendo-o como sujeito ou você pode negar, anular ainda mais esse sujeito através de sua fala, na sua forma de intervir, aí eu pergunto: o profissional acredita que o usuário pode ter evolução quanto a sua autonomia? Então, eu acredito que as intervenções que ele vai utilizar vão depender de como o profissional vê esse sujeito. Eu particularmente procuro visualizar nesse um sujeito com possibilidades, que pode ter um avanço quanto às suas relações, quanto ao lugar que ocupa na sociedade (Juliana).

Tykanori (2010) trata da importância do modo como o portador de transtorno mental é percebido pelo profissional cuidador, destacando que este pode estabelecer uma relação que permita o aumento do poder contratual desse usuário, e o desenvolvimento de sua autonomia, da mesma forma que pode atuar de modo a anular ainda mais esse sujeito.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Nardi e Ramminger (2006) destacam o poder que os equipamentos sociais e políticos exercem no sentido de criar e disseminar determinadas verdades, capazes de fazer com que os indivíduos

as aceitem sem restrição e as tomem como verdades absolutas. É nesse íterim que os coletivos podem funcionar para naturalizar ou desnaturalizar as subjetividades, a depender do propósito a que sirvam.

Nesse sentido, reconhecemos o importante papel que as instituições de saúde (através de seus mecanismos políticos, sociais e ideológicos) ocupam nesse novo modo de conceber e lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. A depender do modo como elas funcionem, podem contribuir para a construção de uma relação de respeito desses sujeitos com a sociedade, ou reforçar o lugar de marginalidade que ocuparam desde a instituição da “doença mental”.

Por fim, percebemos que a maioria dos entrevistados mostra-se incomodada com práticas que consideram limitantes para o processo de autonomia dos usuários, porém dizem não conseguir modificá-las por já estarem naturalizadas dentro da instituição e além de sentirem dificuldades em realizar as análises e avaliações necessárias sobre suas próprias práticas, por conta da grande demanda de trabalho existente. Um exemplo citado de forma quase unânime pelos entrevistados, e que segundo os mesmos reflete a dificuldade de análise da própria prática, é a utilização do transporte institucional para conduzir os usuários no percurso CAPS-residência-CAPS, de maneira indiscriminada pelos usuários. Algo que fora pensado para garantir o acesso ao tratamento àquelas pessoas que não conseguem fazê-lo sozinho ou por sua família, acaba tornando-se um instrumento que limita a capacidade de ir e vir livremente dos usuários e reforça a dependência.

A seguir procuraremos identificar e compreender quais e de que forma determinados fatores influenciam o tratamento oferecido aos usuários do CAPS.

4.3. Fatores que interferem na adoção do cuidado com vistas à produção de autonomia

A partir dos dados advindos das entrevistas com trabalhadores, das observações no cotidiano do serviço e da experiência da pesquisadora enquanto

membro da equipe do CAPS pesquisado, identificamos fatores que interferem no cuidado prestado aos usuários, tanto de forma a facilitar esse cuidado quanto de modo a dificultar a realização do tratamento visando à produção de autonomia dos usuários do serviço. Há, entretanto, uma imensa discrepância entre os fatores que contribuem e os que dificultam, com destaque para os que dificultam.

4.3.1. Fatores que favorecem o desenvolvimento do cuidado com vistas à produção de autonomia.

O acesso e o contato constante com o usuário não foram apontados como uma facilidade pela maioria dos entrevistados, porém chama-nos a atenção esse aspecto, devido à importância e ao reconhecimento que uma trabalhadora dá ao fato de acompanhar o processo de cuidado de perto, onde enfatiza que as demandas trazidas pelos usuários oferecem subsídios importantes para a condução do tratamento, oferecendo possibilidades de repensar estratégias e acessar informações que são de grande relevância para o entendimento mais aprofundado do sofrimento do usuário. Assim, ao sentirem-se seguros com o cuidado que recebem, permitem a aproximação usuário-cuidador, revelam suas dificuldades mais profundas e procuram, junto com o trabalhador, a melhor forma de superar ou administrar seu sofrimento e suas determinações.

Uma facilidade é esse acesso direto ao usuário, você não só tem a ele, você tem acesso à história de vida dele, e em outros locais você não consegue isso, mas em CAPS eles são muito abertos, eles se mostram intensamente, é um contato constante, a família e o usuário trazem dados o tempo todo, eles vão sinalizando, a questão é nós estarmos com propriedade para utilizar essa imensidão de informações de modo a ajudar esse sujeito (Juliana).

Para alguns entrevistados, a própria forma como o serviço é estruturado para atender os usuários já expressa o estímulo e o reconhecimento ao desenvolvimento desta autonomia: serviço de portas abertas, onde o usuário tem livre acesso, assim como o direito de escolher se deseja submeter-se ao tratamento, em oposição clara ao modo de cuidado manicomial.

A preocupação com a autonomia do usuário se mostra desde o modo como o CAPS funciona, desde a proposta de CAPS, de ser portas abertas, deles voltarem para casa, poder fazer outras coisas e não ficar aqui dentro tempo todo, isso faz eles se vincularem ao serviço por espontânea vontade, por escolha e não por obrigação, acho que isso colabora para a autonomia deles (Cíntia).

É importante reconhecer o mérito de um serviço que é pensado para que seus usuários o utilizem a partir dos sentidos que dão a esse serviço e ao tratamento. Porém, ressaltamos que, na prática, essa produção de sentido sobre o tratamento nem sempre acontece para os usuários, e por vezes o tratamento acontece muito mais por uma imposição da família e também do próprio serviço, que possui diretrizes de funcionamento as quais levam a equipe a adotar condutas não tão alinhadas com a ideia de livre escolha do usuário. Assim, é importante que essa produção de sentidos pelo usuário seja observada e analisada com atenção e de maneira mais crítica por nós operadores desse cuidado, sob o risco de incorreremos na oferta de um cuidado que não produza sentido para o usuário.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, a forma desburocratizada de funcionamento do serviço – se comparado a outros serviços de saúde - que possibilita o acesso dos usuários aos vários profissionais da equipe de forma imediata, privilegiando a escuta desses usuários com suas demandas e buscando pensar junto a melhor forma de ajudá-lo, favorece o empoderamento desses sujeitos. Esse livre circular pelo serviço, discutir, propor, possibilita ao usuário desempenhar um papel que, para muitos, jamais fora exercido, ou seja, ser protagonista de sua própria história.

Esse formato de CAPS onde o usuário circula livremente, ele tem acesso direto a vários profissionais, na hora que ele quer ele vai lá e fala com o psicólogo, com o assistente social, com terapeuta ocupacional, então essa facilidade de escuta às queixas, acho que esse acesso, esse circular livremente promove autonomia, é também um produtor de autonomia à medida que dá um empoderamento, o usuário percebe que ele pode ocupar um outro lugar nessa relação (Juliana).

Por sua vez, a realização do cuidado por meio de equipe interdisciplinar é apontada de forma unânime pelos participantes da pesquisa como um diferencial de extrema importância para o tratamento ofertado em CAPS, o que se justifica pela possibilidade de acesso a vários saberes que se complementam na busca da melhor

forma de cuidar dos usuários. Além da potência para a realização do tratamento, a conformação do cuidado por meio de equipe gera entre seus membros um sentimento de corresponsabilização e ajuda mútua, onde estes vêem no outro uma forma de dividir responsabilidades e partilhar os desafios e as dificuldades cotidianas próprias do trabalho em CAPS.

O trabalho em equipe é muito importante, pois é um trabalho que é muito aproximado, a gente está sempre em contato com o outro e no caso de dificuldade o outro ajuda, acho que isso é uma coisa fundamental, e é bem diferente de outros serviços onde você está isolado, você se vira só, então esse é um dos principais pontos que facilita. Sem contar que a gente se apóia um no outro, divide responsabilidades (Fernanda).

Apesar de reconhecer a potência do trabalho interdisciplinar, uma trabalhadora faz ponderações no sentido de que, em determinados aspectos, o trabalho em equipe traz certas dificuldade para a condução do cuidado, principalmente em relação a determinados pontos que dizem respeito ao tratamento, pois não podemos esquecer que se trata de vários profissionais convivendo no mesmo espaço, com formações, saberes e teorias diversas, que nem sempre comungam do mesmo entendimento.

A interdisciplinaridade é fantástica, e a reforma psiquiátrica traz isso, mas ao mesmo tempo são varias concepções convivendo e dividindo o mesmo lugar, cada um com sua visão, isso também acaba dificultando, porque para alguns autonomia é essa coisa mesmo da autonomia como estabilização, essa coisa de não está incomodando, para outros avança mais, e para outros o fato de estar em terapia já há autonomia, já está em alguns processos, então essa diversidade de interpretações também dificultam fechar uma concepção de cuidado e do entendendo por autonomia (Juliana).

A respeito do trabalho interdisciplinar, Machado (2009) destaca que é necessário compreendê-lo como uma forma de entrelaçamento de saberes e práticas profissionais que visam à construção de propostas de cuidado na perspectiva da integralidade do sujeito, objetivando contemplar as necessidades do sujeito em sua totalidade. Assim, o trabalho interdisciplinar exige que os profissionais trabalhem na lógica da interdependência e com capacidade de se moldarem, o que implica reconhecer que seus conhecimentos e práticas específicas correspondem a uma parte desse trabalho coletivo.

Por sua vez, o grau de comprometimento da equipe é tido pelos entrevistados como um diferencial para superar as dificuldades diárias de se trabalhar em CAPS para alguns trabalhadores, esse aspecto é tido como o mais importante elemento para se trabalhar em um serviço como este, pois é através do envolvimento da equipe que se consegue superar as constantes adversidades.

O mais importante, e o que faz a diferença do trabalho em CAPS é o compromisso dos profissionais, se o profissional é comprometido com o usuário a gente vê a melhora nos usuários, quando não tem esse envolvimento tudo é mais difícil (Renata).

O trabalho em CAPS não permite que não haja envolvimento do profissional, não quero dizer que ele tenha que fazer disso a vida dele, não é isso, mas não é também um trabalho que você faz por fazer, tem que se envolver, tem que se deixar afetar, se não houver essa entrega, você é cobrado pelos colegas, pelos usuários, pela gestão, e então o trabalhador não aguenta, e é isso, quem não se identifica não consegue trabalhar em CAPS (Letícia).

As observações de campo para a coleta de dados e a vivência de trabalho no serviço pesquisado apontam para a necessidade de um elevado nível de comprometimento dos profissionais com o cuidado, para que possam atuar nesses serviços de saúde. Amarante (2007) destaca que a base da lógica de cuidado psicossocial é a corresponsabilização dos atores envolvidos (trabalhador, usuário, família e sociedade).

Esse aspecto também é destacado nos documentos que regulamentam a política de saúde mental. Estes trazem de forma contundente a necessidade de cada membro desta equipe se responsabilizar pela condução e pelo êxito no tratamento do usuário. Entendendo que a inserção social dos seus usuários somente ocorrerá mediante esse compromisso na realização do cuidado (Brasil, 2004).

Esse aspecto possui grande relevância no processo de cuidado realizado no CAPS por nós estudado, com capacidade de interferir diretamente na evolução do estado de saúde do paciente. Assim, se o usuário tem uma boa evolução, é

mérito, prioritariamente, do técnico de referência⁹ e da sua dedicação àquele caso; do mesmo modo, a ausência de êxito, em certa medida, é atribuída a ele.

4.3.2. Fatores que interferem de modo a dificultar o cuidado na perspectiva da produção de autonomia.

Os dados produzidos nesta pesquisa nos possibilitaram evidenciar alguns elementos que agem como barreiras para a produção do cuidado com vistas a estimular a autonomia dos usuários. Esses achados nos chamam a atenção, ao passo que nos causam preocupação, pois, em geral, esses elementos estão relacionados à carência de capacidade técnica e manejo da equipe para desenvolver o cuidado nessa perspectiva. Os aspectos relacionados às condições materiais para realizar o tratamento também aparecem, só que de modo menos expressivo.

Quase a totalidade dos entrevistados refere ser conhecedora da política de saúde mental e saber que seu objetivo final é contribuir para a inserção do portador de transtorno mental na sociedade, e que isso passa obrigatoriamente pelo desenvolvimento da autonomia dessas pessoas. Porém, declara que sente dificuldade em operacionalizar um cuidado que conduza o usuário a essa condição, ou seja, falta propriedade à equipe para operacionalização do cuidado.

De fato não tá claro como fazer esse cuidado, não tá clara a efetivação disso, de que isso é um objetivo, isso tá claro dentro do CAPS, mas acho que tem que ficar claro é o como. Acho que isso precisa estar claro, como que vamos chegar a isso, como vamos fazer, o que tem que ter na oferta? A gente tá trabalhando pra quê? aquilo serve pra isso, e aquela oficina é entretenimento, e essa outra é o quê? É aí que a gente acaba perdendo mesmo os objetivos que são norteadores desse cuidado, que é de produzir autonomia nesse sentido que a gente tá falando aqui, que eu falei (Márcia).

Alguns trabalhadores fazem o entendimento dessa situação de maneira muito crítica e mostram-se bastante preocupados, pois entendem que o cuidado

⁹ A definição e demais aspectos que dizem respeito a essa tecnologia de cuidado será discutida na próxima seção.

ofertado hoje no CAPS está muito distante daquele preconizado pela RPB e pela política de saúde mental, pois observam que o foco do tratamento está, na maioria das vezes, na remissão dos principais sintomas e na estabilização das crises. De acordo com esses trabalhadores, a estabilização dos quadros agudos e remissão dos principais sintomas da doença tem se apresentado como objetivo final do tratamento, onde a equipe se dá por satisfeita e deixa de investir nos aspectos que produzam alterações significativas na condição de saúde dos usuários. Assim, podemos dizer que essa forma de cuidado configura-se como importante obstáculo para a inserção social desses sujeitos.

No dia-a-dia eu percebo que a gente não consegue trabalhar como deveria essa questão do estímulo à autonomia, [...] eu acho que o cuidado em CAPS hoje está muito voltado para a estabilização de crise, a gente está focando nosso olhar, seja pela grande demanda, por estresse dos trabalhadores, as poliqueixas dos usuários... na questão da estabilização, ou seja, se o usuário está bem, significa não está incomodando a família, a comunidade, os profissionais do serviço... então ele está bom, então a gente fica meio que satisfeito (Juliana).

A situação descrita acima nos inquieta e nos conduz a pensar que tal situação reflete o entendimento que essa equipe tem acerca do transtorno mental, focado na doença e nos seus sintomas, em detrimento de se ocupar das subjetividades e dos aspectos que envolvem a existência dos sujeitos.

A fala dos entrevistados revela o modo como os trabalhadores são inseridos nos equipamentos de saúde mental da rede, em especial nos CAPS, que é feita de maneira imposta, sem qualquer possibilidade de escolha do trabalhador em relação a outro serviço de saúde do município, já que as vagas a serem preenchidas são sempre em CAPS segundo os entrevistados, aliado ao descontentamento por estar trabalhando em local indesejado, a maioria desses trabalhadores não possui conhecimento, seja prático ou teórico, sobre transtorno mental, a política de saúde mental e do trabalho em CAPS, e mesmo assim são inseridos de imediato no serviço, sem que haja treinamento ou outra modalidade de capacitação.

Outra coisa que eu gostaria de dizer é que os profissionais chegam aqui sem saber nem para onde estão indo. De repente se deparam com um CAPS sem ter nenhuma vivência na faculdade, não teve nenhum treinamento, então isso traz muita dificuldade, o profissional não sabe trabalhar, não tem nenhuma experiência, não viu na

faculdade, então como é que ele vai produzir aqui dentro? Se ele não sabe que serviço é esse, que usuário é esse, que necessidades que ele tem? Então como é que ele vai poder desenvolver um trabalho que contribua para o desenvolvimento da autonomia do usuário? Tem essa dificuldade e é muito complicado, não é fácil não (Sofia).

Os aspectos acima identificados pelos entrevistados sem dúvida trazem implicações importantes para o cuidado desenvolvido nesse serviço, pois entendemos que a identificação e satisfação com o trabalho realizado em qualquer área profissional constitui importante elemento para o bom desempenho das funções de qualquer profissional, e em se tratando do trabalho em saúde, principalmente, do Sistema Único de Saúde e do campo da saúde mental, esse elemento ganha ainda mais relevância.

Machado (2009) faz referência à capacidade técnica dos profissionais que compõem as equipes de trabalho dos CAPS, destacando que a formação profissional ora adquirida nas instituições de ensino não dá conta de preparar o profissional para atuar junto à saúde mental.

A problemática apresentada ganha contornos ainda mais preocupantes quando os gestores da política nos níveis locais não se mostram sensíveis à necessidade de investir no aprimoramento profissional como forma de suprir a lacuna deixada pela formação acadêmica, deixando essa questão a cargo apenas do profissional, conforme expresso na fala dos entrevistados.

Eu acredito que faltam capacitações, eu mesmo cheguei aqui zerada, nunca tinha trabalhado com saúde mental, nem tinha me capacitado sobre a política de saúde mental, então acho que a falta de capacitação atrapalha, principalmente quando a gente tá começando, porque depois você vai tendo acesso a alguns cursos, vai vendo no dia a dia como os colegas fazem e assim vai procurando entender como é trabalhar em CAPS (Cíntia).

A apropriação do conhecimento vai depender do interesse e dedicação dele buscar na literatura, nos documentos do MS... Então vai depender do profissional correr atrás para fazer o entendimento. Quando deveria ser algo que a rede priorizasse, se preocupasse em garantir, porque deixar por conta do profissional se interessar... aí você já vê que a coisa não está sendo levada tão a sério (Juliana).

Reconhecemos a importância do investimento em capacitação permanente por parte dos gestores. Porém o trabalho em CAPS requer muito mais

que grandes capacitações pensadas pela equipe gestora, é necessário que o dia a dia de trabalho da equipe permita o estabelecimento de momentos onde a equipe possa encontrar-se para realizar o que costumamos denominar “momentos de estudo”, com leituras e discussões teóricas que possibilitem à equipe aprofundar o conhecimento de aspectos importantes para o desenvolvimento de seu trabalho. No CAPS pesquisado, o estabelecimento desse “momento de estudo” foi pauta de discussão coletiva da equipe diversas vezes (sempre trazida pelas mesmas pessoas) e aceita pelas demais, porém, ainda não se conseguiu instituir esse espaço.

Em decorrência do quadro supramencionado, alguns entrevistados identificam uma equipe técnica com pouca propriedade acerca dos conceitos teóricos e com argumentos frágeis para a condução dos casos mais complexos e com dificuldade de produzir análises a partir de seu próprio cotidiano de trabalho. O cuidado fica pautado assim nas experiências cotidianas e na vivência do cuidado em saúde mental.

Na verdade não se tem o entendimento, as coisas estão sendo feitas muito em cima da experiência que cada um tem, eu não vejo a equipe aberta para aprender, para buscar novos estudos, ampliar a literatura... Parece que já se cristalizou as coisas, e cristalizou no núcleo, por isso que o campo fica complicado. Tipo eu já tenho entendimento e não me interessa para entender as questões da teoria e as demais questões que perpassa o trabalho em CAPS, as pessoas estão voltadas apenas para aquilo que é da sua formação, mas CAPS não é só isso, você precisa entender as questões que sua formação não dá conta (Juliana).

A fala dessa trabalhadora evidencia sua angústia ante a passividade da equipe no que tange à disponibilidade e disposição em se aprimorar teoricamente. Tal situação nos leva a questionar se esses profissionais estão exercendo seu protagonismo no sentido de reivindicar e buscar garantir o aprimoramento profissional constantemente presente em suas falas.

Outro elemento a ser considerado ao discutirmos o cuidado desenvolvido nesses serviços de saúde, é que suas equipes são compostas por uma significativa diversidade de profissionais, e antes disso, por indivíduos, que possuem trajetórias pessoais, profissionais e ideológicas distintas, e que, portanto, exercem influências

no modo como cada um concebe a doença mental e sua forma de tratamento de diferentes modos. Assim, não pensemos que todos que se encontram envolvidos no modo psicossocial convivem harmonicamente com essa lógica de cuidado. Essa observação nos remete à pesquisa desenvolvida por Nunes et al (2008), a qual identificou formas diferentes de compreender e realizar o modo de cuidado em saúde mental entre profissionais de CAPS, são elas: modelo biomédico humanizado, foco na psicopatologia, cuidado assistencialista e por vezes tutelar, por meio de ações normatizadoras e pouco críticas; modelo psicossocial com ênfase na instituição - centrado numa concepção psicossocial, mas com práticas que não priorizam a vivência no território; e por fim, o modelo psicossocial com ênfase no território – valoriza os aspectos sociais do adoecimento, e portanto pauta o cuidado vinculado às esferas familiares e comunitárias. Também no CAPS ora estudado percebemos a existência de ações de cuidado que indicam compreensões muito próximas das apontadas na pesquisa mencionada. Ainda que isso apareça de modo bastante sutil nas entrevistas, por meio das observações no cotidiano do serviço, em especial no momento do planejamento e nos espaços de discussão coletiva, isso se evidencia mais claramente. É comum a equipe se ocupar nas discussões de casos de usuários que se encontram com os sintomas patológicos em evidência, buscando-se condutas que apresentem respostas rápidas, porém pouco efetivas do ponto de vista de alterar a situação de vida do usuário.

A despeito de a maioria dos entrevistados demonstrarem angústia, inquietação e preocupação com a existência de um cuidado que se identifica com o modelo biomédico humanizado, no cotidiano da instituição é exatamente essa forma de cuidado que se apresenta mais fortemente. O modelo psicossocial com ênfase no território é percebido na fala de alguns profissionais, no entanto ele se restringe ao plano das ideias, pois o cuidado predominante no serviço encontra-se centrado no interior da instituição. A equipe lança mão apenas de forma esporádica de atividades lúdicas conformadas como “passeios” fora do CAPS. Essa observação é feita por uma entrevistada que refere reconhecer a riqueza e a importância de desenvolver atividades fora do serviço.

Uma coisa que eu acho interessante, e que nós fazemos muito pouco, praticamente não fazemos, são atividades externas de levar eles para outros lugares, de os fazer circular pelo território, vivenciar

outras experiências, então acho que isso é importante, pois eles podem viver outras experiências e estarem mais em contato com a vida em sociedade (Cíntia).

A grande rotatividade de profissionais e a constante renovação da equipe, em grande parte, em decorrência do modo como o trabalhador é inserido no serviço, é apontada pelos profissionais como sendo uma realidade em todos os serviços da rede e traz grande prejuízo para a condução do cuidado, pois ocasiona frequente descontinuidade do mesmo, além de gerar sobrecarga de trabalho para a equipe, que constantemente vê-se desfalcada.

Essa coisa da equipe está o tempo todo se renovando é muito ruim, porque os profissionais na primeira oportunidade que surge de ser transferido, vão embora. E aí a gente fica desfalcado e sobrecarregado, sem falar dos usuários que têm vínculo com esse profissional e que estava sendo feito algum trabalho com ele, e de repente isso é interrompido... aí todo mundo sente, os usuários, a equipe. Mas a gente precisa entender e respeitar a decisão do colega (Janine).

O elevado número de usuários¹⁰ atendidos no serviço, gerando grande demanda de trabalho, aliada à complexidade do trabalho desenvolvido, impõem outra dificuldade que interfere na prestação do cuidado em conformidade com o que preconiza a política de saúde mental. Os trabalhadores destacam, por exemplo, a impossibilidade da elaboração do projeto terapêutico singular¹¹ para todos os usuários, com monitoramento e atualização constante.

Referem que as dificuldades se dão desde a inserção do usuário no serviço, quando ele é acolhido, e seu projeto “terapêutico inicial” resume-se à sua inclusão em um ou mais grupo e/ou oficina, sem atentar, na maioria das vezes, para

¹⁰ De acordo com dados fornecidos pela coordenação local do CAPS pesquisado, no mês de janeiro de 2012, contabilizaram-se 489 usuários vinculados ao serviço, assistidos nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme prever a legislação que regulamenta a política de saúde mental. Em média, o serviço atende 40 usuários por turno nos dias úteis. A equipe de profissionais que realiza assistência direta aos usuários é composta atualmente de 15 profissionais de nível superior, entre assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos e médicos; 15 auxiliares de enfermagem e 02 oficineiras, além do pessoal de apoio administrativo e serviços gerais.

¹¹ Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (Brasil, 2004, p.15).

as questões relacionadas à sua necessidade de saúde naquele momento, sendo priorizado o que for mais conveniente para o usuário e para o serviço. Para exemplificar: se o usuário tem preferência pelo turno da tarde, ele será inserido numa oficina nesse turno, mesmo que ele pouco se beneficie das oficinas desse horário.

Falta uma análise mais criteriosa das atividades que de fato iriam contemplar mais as demandas que ele traz e também atendendo os desejos deles, porque precisa produzir sentido para eles, e não tem isso, eu mesmo não consigo fazer isso, isso me produz muitas reflexões, de fazer uma análise mais criteriosa mesmo com relação a isso, às vezes eu vejo que é mais por conveniência mesmo, tipo “ah eu não posso vir tal horário”, mas não é bem por aí, você não pode colocar em qualquer oficina só por colocar, eu vejo que a gente se perde muito nisso de não fazer uma análise mais criteriosa mesmo, o que é que isso vai trazer de benefício para ele? [...] (Fernanda).

Outro fator que faz com que a necessidade do usuário não seja atendida em termos de oferta de cuidado decorre do “cardápio” limitado de oficinas e grupos, tanto em relação à quantidade quanto à diversidade. Esse aspecto é tido pelos trabalhadores como um grande entrave para a realização do cuidado, já que a equipe, muitas vezes, não consegue proporcionar o tratamento de acordo com a necessidade do usuário.

Os trabalhadores justificam que as demandas de trabalho são muitas, ante a quantidade de profissionais que compõem a equipe, o que, segundo os mesmos, impossibilita ampliar a oferta de grupos e/ou oficinas (cada profissional é responsável em média por duas oficinas/grupos semanais). Explicam, ainda, que além das atividades grupais, realizam também: acolhimento inicial, escuta às demandas dos usuários e familiares, realização de atividades grupais, referenciar as unidades básicas de saúde situadas no território de abrangência do CAPS, participação em reuniões técnicas de equipe e mine-equipe, além do acompanhamento e assistência aos usuários como técnico de referência.

No início do mês de janeiro do corrente ano, tivemos a oportunidade de participar, como membro da equipe e também como pesquisadora, da realização do planejamento anual do CAPS Jael. Essa tarefa envolveu todos os trabalhadores do serviço (desde a equipe de apoio até a gestora local), durante dois dias, onde o

atendimento aos usuários fora suspenso. Compunha a pauta de trabalho todos os aspectos relativos ao funcionamento do serviço, alguns voltados para questões mais administrativas, como, por exemplo, horário de início das atividades no serviço e a entrada dos usuários, outras diziam respeito ao cuidado propriamente dito ofertado aos usuários.

É interessante destacar que todos que ali se faziam presentes tinham a liberdade de se colocar e expressar seu ponto de vista, concordando com o que já estava estabelecido ou propondo mudanças. Contudo, observamos que a discussão mais aprofundada dos quesitos era feita pelos profissionais de nível superior, havendo em alguns momentos dispersão e até falta de interesse de alguns profissionais, principalmente dos funcionários de apoio.

Um dos pontos mais complexos e de difícil definição foi a atualização do quadro de oficinas e grupos a ser ofertado para os usuários. Nesse momento, alguns desafios se apresentaram para a equipe: aumentar a quantidade e diversificar a oferta é uma necessidade percebida pelos profissionais, porém julgam não ter condições de assumir mais atividades, assim como não possuem habilidades para realizar atividades que consideram interessantes, a exemplo de oficinas produtivas que deem a possibilidade de gerar renda para os usuários. Assim, a equipe se pergunta: devem-se priorizar as atividades de caráter lúdico em detrimento daquelas mais estruturadas com objetivos bem definidos, relacionadas aos diversos núcleos profissionais?

Aqui cabe uma importante ressalva quanto à participação dos usuários no processo de planejamento anual do serviço. Essa participação parece possuir um caráter meramente simbólico, pois estes foram ouvidos previamente na assembleia do CAPS onde propuseram mudanças importantes nas atividades grupais, evidenciando-se demanda por oficinas de caráter produtivo. Entretanto, apesar da demanda apresentada pelos usuários, a equipe define o “cardápio” de atividades contemplando muito pouco este aspecto. Demonstra-se assim pouco poder decisório destes na definição das estratégias a serem utilizadas pela equipe no cuidado com os usuários.

Outro aspecto a destacar é que o desconhecimento e a pouca articulação com outros serviços da rede, bem como das outras redes, é identificado pelos entrevistados como algo que dificulta a adoção de estratégias que aproximem o usuário da sociedade e funcionem de modo a estimular o desenvolvimento de sua autonomia. A esse respeito, observamos que a equipe discute e até planeja essa articulação com outras instituições (em especial o núcleo de serviço social), porém pouco consegue executar.

Eu percebo que a gente não tem conhecimento das redes de serviço, o que elas oferecem, para a gente poder estar trabalhando em parceria. Então falta conhecimento disso, não só conhecimento como falta de comunicação, um entrelaçamento entre a saúde e outras esferas, então acho que isso dificulta essa autonomia, porque a gente poderia tá trabalhando em parceria com a educação, com a secretaria de trabalho, cultura, então isso dificulta (Sofia).

Nós sabemos que é preciso investir em atividades fora do serviço, onde a gente trabalhe junto com outras instituições, mas é difícil sair daqui, nós assistentes sociais no ano passado nos planejamos, fizemos toda uma programação para fazer esses contatos com as outras redes, entender melhor como elas funcionam e como estabelecer parcerias, mas infelizmente não conseguimos, para falar a verdade eu cheguei a ir apenas a uma instituição. Então tem sido assim, nós sabemos que é necessário fazer, mas não conseguimos executar (Letícia).

Apesar de os aspectos que envolvem a família, em especial do ponto de vista das dificuldades para a realização do tratamento, terem aparecido de modo incipiente na fala dos entrevistados, sabemos que esse se configura como um grande desafio e dilema enfrentado cotidianamente pelos profissionais. Não raro a equipe necessita realizar intervenções junto às famílias, devido a estas adotarem condutas e ações que interferem de forma negativa na situação de saúde do usuário.

O trabalho com as famílias é constante, no sentido de orientar, desmistificar certas coisas em relação à forma como ele vê aquele usuário, que levam a algumas condutas que fazem piorar a situação de dependência dele, mostrando que eles podem desenvolver outras atividades, no sentido de deixá-lo participar das decisões da família, não limitar o usuário, porque muitas famílias fazem isso [...] (Cíntia).

Outro fator que identificamos a partir da nossa vivência nessa instituição, e que consideramos dificultar o apoio da família ao tratamento, é a carência de conhecimento acerca da doença e do tratamento. Saraceno (2001) destaca que as

intervenções junto às famílias devem dar conta de orientar acerca da natureza, causas e sintomas da doença, assim como da conduta terapêutica indicada, almejando alcançar uma maior estabilidade do ambiente familiar, assim como aumentar as capacidades individuais dos familiares de interagirem com o familiar portador de transtorno mental.

A escassez de recursos materiais e a arquitetura predial do serviço aparecem também na fala de alguns trabalhadores como barreiras para o cuidado junto ao usuário. Essas dificuldades são trazidas principalmente pelas oficineiras, pois estas profissionais dependem diretamente de materiais para desenvolver seu trabalho. Referem que a falta de materiais limita o desenvolvimento de oficinas, onde elas muitas vezes precisam suspender determinadas oficinas ou improvisar materiais para não gerar desassistência aos usuários.

Falta de material é muito complicado, agora não, mas tem época que fica meio capenga e você tem que fazer no improviso e isso não é justo nem com eles nem comigo, a gente ter que adaptar uma oficina porque a nossa estrutura não dá conta de manter os materiais necessários, não tem dinheiro para comprar o material, isso sem dúvida atrapalha, principalmente as oficinas que podem ser gerar renda para os usuários (Renata).

Importante destacar a compreensão e a maturidade da equipe a respeito da utilização da tecnologia denominada Técnico de Referência para a realização do cuidado na lógica psicossocial. Essa tecnologia consiste em que cada usuário tenha um profissional da equipe como referência para a condução do seu tratamento. Esse profissional assume a responsabilidade de construir e monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, realizando avaliações periódicas acerca do cumprimento das metas traçadas, assim como fazendo contato com a família e dialogando com os demais membros da equipe (Brasil, 2004).

A despeito de não haver a formalização do projeto terapêutico personalizado em conformidade com as necessidades terapêuticas de cada usuário, o CAPS estudado trabalha com a figura do profissional de referência, que, apesar das limitações decorrentes da ausência de um projeto definido, assume a responsabilidade pela condução do tratamento do usuário referenciado. Uma psicóloga chega a afirmar em um espaço de discussão coletiva que “ser técnico de

referência é a principal forma de condução do cuidado dentro de um CAPS”. Todos os presentes concordaram com tal afirmação, exceto os auxiliares de enfermagem que se recusam a desempenhar essa função, alegando não terem sido formados para tal e não ter isso como competência profissional.

[...] Isso foge completamente de minhas atribuições profissionais, não concordo em ter que ficar acompanhando usuários, ligando para a família... acho que isso definitivamente não compete a mim. (Auxiliar de enfermagem – fragmento retirado da discussão coletiva, diário de campo, janeiro/2012).

Essa discussão demonstra a dificuldade destes profissionais em compreender que o trabalho em saúde, em especial em CAPS, deve ser feito por meio de tecnologias que valorizam o encontro entre o sujeito adoecido e o cuidador, que na maioria das vezes não demandam procedimentos e técnicas específicas. Essas tecnologias são denominadas por Merhy (2002) tecnologias leves, que não se baseiam em instrumentos nem procedimentos teóricos e técnicos próprios de nenhum núcleo profissional.

Ainda sobre esse aspecto, o referido autor entende que o trabalho em saúde constitui-se em um território de práticas e técnicas produtoras de cuidado em saúde, sendo o processo de trabalho compreendido em dois núcleos: núcleo de atividade cuidadora e núcleo de problemas concretos.

O núcleo de atividade cuidadora corresponde a uma dimensão onde o cuidado é centrado nas relações interpessoais e utiliza baixo componente tecnológico. Caracteriza-se, ainda, por atravessar todas as profissões e não possuir um recorte profissional definido. Em contrapartida, o núcleo de problemas concretos demanda alto nível tecnológico e técnico específico, está centrado nos territórios profissionais particulares, e a significação do processo saúde-doença é feita a partir da ênfase em cada saber profissional singular.

Nos serviços tipo CAPS em geral, observa-se uma predominância do núcleo cuidador na organização do processo de trabalho, pois este núcleo é quem melhor acolhe as práticas de trabalho interdisciplinares. No CAPS pesquisado, essa tendência se mantém. As práticas identificadas como pertencentes ao núcleo

cuidador são aqui denominadas práticas de campo, enquanto que as do núcleo de problemas concretos são chamadas de práticas de núcleos específicos.

A discussão acerca das atividades denominadas de campo e de núcleo está sempre presente no cotidiano da equipe e nos momentos de discussão coletiva. O dilema que se apresenta é: estamos priorizando o cuidado a partir de uma dessas esferas em detrimento da outra? A maioria da equipe entende que as atividades de campo absorvem a maior parte do tempo de trabalho dos profissionais, e estes findam por não conseguirem atender as demandas relacionadas ao seu núcleo profissional, o que resulta em prejuízo do cuidado prestado aos usuários. Para alguns entrevistados, a pouca atuação no núcleo profissional resulta em uma assistência que dá conta apenas das questões mais urgentes dos usuários, não conseguindo acessar aquelas demandas que necessitam da adoção de estratégias que exigem maior planejamento e direcionamento.

Esse entendimento perpassa todos os núcleos profissionais presentes no serviço, porém alguns trabalhadores revelam sentir o seu fazer profissional extremamente prejudicado quando o serviço funciona nessa lógica, a exemplo da terapia ocupacional.

Uma das limitações seria essa da dinâmica do serviço que nos coloca mais em atividades de campo do que de núcleo, e isso é um dos complicadores, pois não temos tempo de fazer aquilo que é do nosso núcleo, e o usuário tem essas demandas específicas [...] (Juliana).

Finalmente, todos os aspectos apontados aqui vêm a confirmar que realizar um cuidado que promova a inserção social do portador de transtorno mental não é algo simples, e que se pretendemos tornar a assistência psicossocial uma realidade, faz-se necessário muito mais que a abertura de serviços e a contratação de profissionais. Pois, se nos limitamos a esses aspectos, continuaremos a institucionalizar esses sujeitos, agora em uma instituição mais humanizada, mas que reproduz a incapacidade e a dependência dos seus usuários.

4.4. Empoderamento X Tutela

Por tudo que discutimos até esse momento, entendemos que pensar em assistência em saúde mental em um serviço que tem por base os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, significa cuidar desse sujeito na perspectiva do seu empoderamento, para que este faça parte da vida em sociedade. Segundo Vasconcelos (2003), empoderar significa aumentar a força e o poder de determinada coletividade, proporcionando ganho de autonomia e aquisição de emancipação individual e de consciência grupal necessária para a superação da dependência social. Assim, o empoderamento devolve poder e dignidade, por meio de transformação nas relações sociais, culturais, econômicas e de poder.

Porém, o atributo de incapacidade imputado historicamente ao portador de transtorno mental persiste no imaginário social ainda nos dias atuais, influenciando e determinando o modo de enxergar e cuidar dessas pessoas, perpetuando-se a relação de tutela que historicamente abarca o fenômeno da loucura, mesmo entre as pessoas que se dizem convictas da potencialidade do sujeito com transtorno mental.

Tal afirmação se faz mediante a constatação feita no decorrer do nosso percurso profissional, assim como das observações e relatos para essa pesquisa. É comum identificar no cotidiano do serviço falas e intervenções que dão suporte a tal afirmação. As razões, porém, são diferentes daquelas de décadas atrás, contudo seus efeitos produzem do mesmo modo a anulação do sujeito e seu alijamento social.

Uma trabalhadora expressa sua angústia frente à observação de que práticas tuteladoras são frequentes no cotidiano do serviço. Diz que, movida pelo sentimento de piedade e por uma proteção exagerada em relação aos usuários, se vê realizando intervenções que reconhece contribuir para a dependência destes em relação ao serviço. Acrescenta que as dificuldades que essas pessoas apresentam em gerir a própria vida, abdicando historicamente do protagonismo sobre as

mesmas, induzem os cuidadores a fazerem por eles e não estimulam que estes façam por si sós.

Esse é um grande desafio da saúde mental. Como durante muito tempo eles viveram sob a tutela, é um desafio enorme, diário, para nós profissionais da saúde mental, cuidar desse sujeito sem reviver essa tutela. Se não tivermos atentos, somos levados a colocar essas pessoas em um lugar de incapacidade. Até porque o tempo que eles levam para adquirir a condição de fazer por eles mesmos é muito grande, precisam aprender a fazer, né? e aí muitas vezes nós não temos paciência para esperar esse tempo acontecer. Sem falar que é muito mais trabalhoso para nós, é muito mais simples ir lá e fazer por eles, só que esse fazer por eles tem um efeito muito ruim para a vida dessas pessoas, pois se mantém a condição de dependência, de tutela, de incapacidade (Letícia).

Às vezes somos movidos por um sentimento de piedade mesmo, sabe? acho que por tratar-se de pessoas tão sofridas que quase sempre encontram-se abandonadas ou mal compreendidas pelas famílias e pela sociedade em geral, então a gente quer meio que suprir essa falta de tudo que eles têm, e então se não estivermos atentos, acabamos por extrapolar o papel de profissional (Janine).

Como reflexo dessas condutas de “superproteção”, se observa extrema dificuldade do usuário em se desvincular do serviço. No momento em que a equipe avalia que a necessidade de cuidado do usuário não compete mais ao CAPS, e sim a outro equipamento da rede, o usuário tem dificuldade de aceitar essa mudança, pois não se sente capaz de prosseguir sem todo aquele aparato de cuidado/proteção. Do mesmo modo, muitas vezes os profissionais vivem esse momento com sofrimento, pois são tomados por uma sensação de que ele não vai conseguir manter-se bem sob os cuidados de outra equipe. Quando na realidade esse momento deveria ser vivido com muita alegria por todos que fizeram parte dessa conquista. Em decorrência deste panorama, opta-se por deixar o usuário no serviço de segunda à sexta-feira, por longos períodos, fazendo do CAPS espaço exclusivo de convívio e socialização do usuário, e assim se continua a institucionalizar essas pessoas.

Eu acho que a gente tem uma dificuldade ainda que é a necessidade de manter o usuário aqui dentro, a gente desinstitucionaliza da internação, mas acho que a gente tem também que desinstitucionalizar da frequência aqui no CAPS e do tempo de tratamento aqui dentro, acho que talvez isso dificulte a autonomia dele em não está aqui, há uma necessidade de ele estar aqui, que é

reforçada por nós que sempre achamos que ele precisa da gente (Cíntia).

De acordo com Saraceno (2010), é bastante comum observar nos serviços ditos reabilitadores práticas de cuidado que funcionam de modo a favorecer a institucionalização do usuário, contribuindo para a manutenção da lógica manicomial de dependência do usuário em relação ao serviço, através de uma espécie de “adestramento físico e mental”, deixando de investir na possibilidade de essas pessoas assumirem a condução de suas vidas e virem a ocupar outros cenários: casa, trabalho, redes sociais.

Seguindo essa tese de uma tendência natural a se institucionalizar os sujeitos, nos reportamos àquelas atividades que parecem ser pensadas para não modificar nada no usuário, em outras palavras, são pensadas para ocupar o tempo do usuário, pois ele precisa estar no CAPS, mas o serviço não consegue, por diversas razões, incluir determinados usuários em nenhuma proposta de tratamento. Essas atividades são conhecidas historicamente na saúde mental como “atividades de entretenimento ou lúdicas” e produzem efeitos que vão na contramão da reforma psiquiátrica, conforme alerta Saraceno:

[...] Na sua raiz latina, entretenimento também significa manter dentro. É aí que está o desafio da reabilitação. Entreter para manter dentro, pode ser dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica, que no lugar da saúde reproduz a enfermidade. Então, a reabilitação é essa conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, para reproduzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices desse tipo de entretenimento. Devemos tomar outra direção (SARACENO, 2001a, p. 18).

Nos documentos que regulamentam a política de saúde mental, revela-se a preocupação em assegurar a realização de atividades que funcionem de modo a estimular o protagonismo e o empoderamento dos usuários dos serviços, a exemplo da assembleia que os CAPS devem realizar semanalmente. Esse espaço deve funcionar como um lugar de convivência que reúne usuários, técnicos e comunidade, onde juntos discutem, avaliam e deliberam encaminhamentos para a melhoria da assistência prestada no serviço (Brasil, 2004).

Conforme destacado anteriormente, durante a fase de coleta de dados, participamos de dois desses encontros, assim como estivemos presentes às assembleias enquanto profissional durante nossa atuação na instituição. Teoricamente, este é o momento mais democrático dentro do serviço, onde os usuários têm um espaço instituído para participar da gestão do serviço. Falamos teoricamente, pois na prática as coisas não se conformam exatamente assim. Em primeiro lugar, a quantidade de usuários que se fazem presentes às assembleias é extremamente reduzida, não atingindo vinte por cento do quantitativo de usuários vinculados ao serviço. Dos presentes, menos de um terço demonstra-se interessado e motivado a participar daquele momento de modo a aproveitar a oportunidade para reivindicar, propor e suscitar análises que venham a contribuir para a melhoria da assistência a eles prestada.

A segunda observação diz respeito à forma como a assembleia é conduzida. As demandas apresentadas pelos usuários são anotadas para serem repassadas para a coordenação com a promessa de haver devolutiva, pois esta não se encontra na assembleia. Contudo, percebemos que essas devolutivas nem sempre acontecem, pois nessa reunião, por exemplo, não se fez menção a nenhuma devolutiva anterior, apesar de haver uma ata de registro de todas as assembleias.

Ademais, percebemos pouca motivação e envolvimento dos usuários durante a assembleia. Na maior parte do tempo, estes permaneceram apáticos e dispersos, o que nos leva a pensar sobre a conexão daquela atividade com o desejo/vida dos usuários. Assim, observa-se esta como sendo mais uma atividade conduzida pelos técnicos e ofertada para eles, quando na verdade deveria configurar-se como espaço de exercício da co-gestão e tomada de decisões, onde os usuários fossem protagonistas e não figurassem como meros participantes.

Identificamos que a equipe pouco se cobra sobre o “não funcionamento da assembleia” e faz pouco investimento a fim de rever essa situação, até mesmo entre os poucos profissionais que conduzem a assembleia. O que se explica, a nosso ver, pela pouca apropriação e entendimento desse espaço como sendo propício ao desenvolvimento da autonomia e empoderamento dos usuários.

Se a gente for pensar, a assembleia realmente não funciona como deveria, é muito difícil fazer eles se interessarem para participar, e os poucos que participam falam sempre da mesma coisa, é bebedouro que não funciona, a refeição que chega sempre atrasada, é sempre isso, eles não aprofundam outras questões. Acho que nós também não temos dada a importância que essa atividade merece, não percebo a equipe preocupada em mudar isso, realmente não vejo (fala de um profissional que, frequentemente, encontra-se presente à assembleia).

Outra reflexão que fazemos a respeito da tendência à institucionalização dos usuários pelos serviços tipo CAPS decorre da utilização inadequada, por alguns profissionais, da tecnologia de cuidado denominada “técnico de referência”. Esses profissionais, por vezes, desempenham essa função de modo a “fazer tudo pelo usuário”, protegendo e tutelando, inviabilizando a capacidade de o usuário pensar seu cotidiano, refletir sobre seu tratamento e, em última instância, gerir a própria vida.

Reiteramos nosso entendimento de que o técnico de referência constitui uma das tecnologias mais adequadas para a realização do tratamento baseado na escuta, no acolhimento e no vínculo. Porém, esse cuidado pode ser realizado de modo a empoderar o sujeito, assim como pode anulá-lo. No CAPS estudado, observamos que alguns profissionais fazem o entendimento desse cuidado de modo simplificado sem maiores análises, enquanto outros o enxergam de maneira bastante crítica e atenta às implicações que podem decorrer da relação técnico de referência-usuário.

É uma relação saudável, boa e positiva, onde não há assim, um vai determinar e o outro vai obedecer, tenta se chegar a um denominador comum, ouvindo ele e também a partir daquilo que a gente acha que é melhor para ele... há sempre uma preocupação de estar olhando o que ele quer naquele momento e também estar mostrando o que é certo, o que poderia ser melhor para ele, então há uma barganha aí sim, mas sempre ouvindo e fazendo da maneira que ele quer (Sofia).

A relação entre técnico de referência e o seu usuário tem que ser uma relação de parceria, por exemplo, estou percebendo isso aqui, mas o que você acha? estou percebendo que tal oficina não está fluindo pra você, você também está achando isso, será que não seria mais interessante mudar para essa outra? E aí tentar ouvir sempre o lado dele para decidir o que fazer. É uma relação que se dá baseada na negociação (Simone).

Para esses profissionais, a relação é sempre harmônica e baseada no consenso, em nenhum momento fazem referência às dificuldades de entendimento entre profissional, usuário e familiar no que tange ao tratamento e à conduta terapêutica; por exemplo, na maioria das vezes o profissional, em nome de um saber científico, impõe seu entendimento ante a situação de divergência.

Eu vejo como uma relação onde o técnico detém o poder, porque você tem meio que uma responsabilidade por essa pessoa e você acha que sabe o que é melhor pra ela, mesmo sem ele concordar, e aí como é que fica? Até que ponto você vai dar voz para ela? Você está num lugar de importância, é a pessoa responsável. Mas aí o cuidado é de você não colocar, como a família faz as vezes, de tutela, de fazer tudo por ele, porque aí você acaba caindo no jogo contrário, porque se você quer que a família crie na própria dinâmica, formas de permitir o empoderamento desse sujeito, se você vai fazer tudo por ele, vou ver um curso pra você, vou procurar sua aposentadoria, que também entraria no aspecto de trabalhar a questão da autonomia. Então a gente corre esse risco, esse técnico de referência tem um rótulo poderoso (Márcia).

Essa coisa de ser técnico de referência, se não tivermos cuidado, limita ainda mais a autonomia do usuário. Se aqui dentro ele não tem poder de decidir, como ele vai fazer isso lá fora? Eu não vejo ele chegar e dizer eu não quero fulano como minha TR, eu não tenho afinidade, não tenho empatia, ou ainda, eu não concordo com esse tratamento, ele não está me ajudando..., o usuário não tem esse poder aqui dentro, a gente não vê isso, que deveria acontecer. O TR até ouve, mas é ele quem define as questões do tratamento, do que é melhor para o usuário, ele é o responsável, o usuário tem que ouvir o que o TR está falando porque ele é o detentor do saber e conhece a melhor forma de cuidar dele, de agir e de definir, é assim que o usuário enxerga o TR. Alguns usuários se colocam um pouco mais, mas são poucos de chegar e dizer o que eu quero para mim é isso, isso não tem. Isso é um reflexo de como esse sujeito se vê no mundo, como se coloca nas relações, só que a gente tem que desconstruir isso, e não reforçar. Eles se comportam como se o que você fala é verdade absoluta porque você tem um conhecimento, você é muito mais que ele, é uma relação de subserviência grande (Juliana).

A fala desses profissionais expressa a existência de uma relação de superposição do profissional em relação ao usuário, onde o suposto saber científico invalida o saber que esses sujeitos possuem sobre suas situações de vida, com capacidade não só de pensar sua condição de saúde e tratamento, como suas próprias vidas. Esse movimento de pensar, organizar e decidir pelo usuário anula qualquer possibilidade de ganho de autonomia e de empoderamento da pessoa em sofrimento psíquico (Figueiró e Dimenstein 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar esse estudo, consideramos importante destacar os principais resultados encontrados e pontuar alguns dos desafios que se apresentam para a efetivação de uma assistência capaz de produzir autonomia, aspecto fundamental para o processo de inclusão social das pessoas portadoras de transtorno mental.

Os achados desse estudo evidenciam a existência de múltiplas compreensões acerca do conceito de autonomia, assim como de vários significados. São eles: autonomia como capacidade de desempenhar de modo independente as atividades práticas do cotidiano (autocuidado corporal, capacidade de ir e vir); autonomia como liberdade para a realização da vontade do sujeito; e autonomia como capacidade de estabelecer relações e poder se expressar, negociar, contratualizar e fazer escolhas ante as diversas situações que encontram. Sendo as duas primeiras concepções as mais comuns entre os entrevistados.

Ressaltamos que não importa ao presente estudo estabelecer conceito nem significado único para a autonomia, interessando, assim, compreender de que maneira os diferentes significados interferem na proposta de inserção social desses sujeitos, conforme objetivo maior da política de saúde mental. Entretanto, entendemos que dar ênfase à ampliação e diversificação das relações como possibilidade de o sujeito se colocar, propor, negociar, enfim, encontrar formas de lidar com as situações que se apresentam no seu cotidiano, seja a mais adequada ao campo da saúde mental, pois se tratam de pessoas que, em sua imensa maioria, apresentam prejuízos e limitações quanto ao estabelecimento e manutenção das relações sociais, sendo quase sempre dependentes excessivamente de poucas relações e coisas (Tykanori, 2010). Apesar de reconhecermos a importância dos aspectos ditos pragmáticos na vida de qualquer sujeito, entendemos que autonomia deve ser pensada para além desses aspectos.

Em relação às estratégias adotadas para a prestação do cuidado, os resultados mostram que os trabalhadores possuem entendimentos contrários quanto

à sua potência para a produção de autonomia dos usuários. Enquanto alguns identificam que o tratamento favorece o desenvolvimento da autonomia e proporciona alteração nas condições de vida dos usuários; outros referem que o cuidado prestado visa apenas à remissão dos principais sintomas e a estabilização de crises.

Percebemos essa divergência de entendimento como fruto do modo diverso como os trabalhadores identificam a autonomia, e também resultante da fragilidade teórica e técnica de alguns membros da equipe, que limitam as possibilidades de pensar criticamente sobre as próprias ações de trabalho.

Os diferentes significados podem conviver harmonicamente sem que isso comprometa o investimento no desenvolvimento da autonomia dos usuários, desde que não se perca de vista o reconhecimento da capacidade de estes conduzirem sua própria vida. Dentro dos CAPS, esse reconhecimento deve se expressar por meio das condutas e estratégias utilizadas pelos profissionais.

Os dados revelam ainda que as estratégias de cuidado, em sua maioria, ocorrem sob a modalidade de grupos e oficinas e se concentram dentro do espaço físico do CAPS. Apesar do reconhecimento da potência do cuidado através de oficinas e grupos na lógica psicossocial, observamos que estes carecem de fundamentação e sistematização, além de objetivos claros alinhados às necessidades e demandas dos usuários do serviço. Contudo, faz-se necessário demarcar a existência de atividades que apresentam propósitos bem definidos, alinhados a uma metodologia coerente, que demonstram possuir reflexão teórica e aprimoramento técnico e, principalmente, possuem alinhamento com os pressupostos da reforma psiquiátrica, ou seja: atividades voltadas para o desenvolvimento da autonomia, visando à inserção social dos usuários.

No que tange à opção por privilegiar a oferta de cuidado dentro do espaço físico do CAPS, em detrimento de investir na realização de atividades no território que favoreçam a aproximação dos usuários com a comunidade, a equipe refere que a grande demanda de trabalho e a imprevisibilidade característica desse tipo de serviço acabam por dificultar a saída desses profissionais para outros espaços. Apesar de reconhecermos a pertinência das razões apresentadas, entendemos que

falta à equipe uma compreensão mais profunda da importância das ações terapêuticas extramuros nessa lógica de cuidado, pois observamos uma acomodação da equipe quanto à ausência desse aspecto no cuidado ofertado aos usuários.

De modo geral, as intervenções e estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPS estudado se mostram mais eficazes para o desenvolvimento de uma autonomia alinhada ao conceito de independência/funcionalidade para realizar o autocuidado e desempenhar funções ligadas às questões práticas do dia a dia dos indivíduos. Foi identificada ainda a presença de estratégias e condutas que funcionam de maneira a contribuir e reforçar a condição de dependência e tutela historicamente ocupada pelas pessoas portadoras de doença mental.

Esses e outros aspectos observados nos permitem inferir que a proposta de tratamento desenvolvida no CAPS guarda correlação com o paradigma psiquiátrico tradicional, no que se refere à ênfase na doença e suas características e sintomas, em detrimento de olhar para o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, compreendendo a interferência destas no seu adoecimento. Tal constatação aponta a existência de um cuidado que põe em risco os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os objetivos da atual política de saúde mental, no tocante à produção de autonomia e à inserção social dessas pessoas (Nunes et al., 2008).

Esses achados vêm a corroborar com o que tem sido apontado pelos estudiosos e operadores dessa política, qual seja: a instalação de equipamentos não é suficiente para assegurar a efetivação da lógica psicossocial de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, sendo necessário investir na qualificação teórica e técnica da equipe de trabalho, tanto em termos de gestão quanto dos trabalhadores que se encontram na assistência nos CAPS.

Ainda nessa perspectiva, os resultados apontam que uma das maiores dificuldades encontradas para a conformação de uma assistência que propicie o aumento da autonomia e possibilite a esses sujeitos assumirem a condução de suas vidas reside na fragilidade teórica e técnica das equipes. A ausência desses

elementos repercute na prestação de um cuidado voltado à estabilização das crises e remissão dos sintomas.

Outro aspecto a destacar, e que está intimamente relacionado à discussão anterior, é a escassez de investimento em formação permanente da equipe. Para Lobosque (2011), a formação permanente deve ser entendida como elemento indispensável aos sujeitos que compõem a saúde mental (trabalhadores, gestores e usuários), pois, na ausência de argumentos teóricos, vêm-se impossibilitados de problematizar as questões advindas das práticas inovadoras, próprias desses novos serviços de saúde.

O presente estudo evidencia a existência de desafios a serem superados em prol do alcance dos objetivos da atual política de saúde mental. Estes, entretanto, estão para além das estruturas físicas e do aparato jurídico legal. Consistem exatamente na conformação das práticas de saúde mental desenvolvidas, que muitas vezes são arrebatados pela lógica de cuidado manicomial e seus desejos de controlar, de classificar, de subjugar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar a vida. Isto confirma que os manicômios existem também nas mentes, e esta existência é tão mais poderosa quanto mais difícil de desconstruir.

Ressaltamos ter reconhecimento das limitações desse estudo e a impossibilidade de fazermos generalizações sobre seus achados, tampouco pretendemos esgotar aqui essa discussão, pois temos clareza da diversidade e da complexidade das questões que envolvem a assistência ao portador de transtorno mental. Entretanto, esperamos ter contribuído para a discussão que envolve as práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPS e suas contribuições para o alcance do objetivo maior da política de saúde mental vigente.

Assim, o presente estudo aponta a importância de voltarmos nossos olhares para o que está ocorrendo dentro desses serviços e de investirmos no desenvolvimento do que Pitta (2011) chama de “boa prática”, comprometida ética e tecnicamente com a construção e consolidação de uma clínica em movimento, capaz de contribuir e alterar substancialmente as condições de saúde e vida das pessoas que vivem com transtorno mental.

Finalmente, queremos pontuar o desafio que é escrever sobre uma prática nova e em permanente construção, onde se é também protagonista e se pretende, mesmo afetada e imbricada com todas as questões que a envolvem, realizar um estudo que analisa o próprio fazer profissional. Isso constitui uma difícil missão, mas não impossível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, Ricardo de C. Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic. Saúde e Educ.** v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

_____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface – Comunic. Saúde e educ.** v. 6, n. 09, p.117-120, 2000.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____; TORRE, Eduardo H. Guimarães. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.** Rio de Janeiro: NAU editora, 2005. p. 45-66.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRETO, Suely Maia Galvão. **O processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas em um CAPS.** Dissertação de Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 5ª ed. Brasília: MS, 2004.

_____. **Saúde Mental em Dados – 9, ano VI, nº 9.** Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org).

Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU editora, 2003. p. 13-44.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. O Cotidiano de usuários em um CAPS: empoderamento ou captura? **Revista de Psicologia**. v. 22, n.2, Rio de Janeiro, 2010.

GASKELL, George. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, G (Org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 64-89.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Oficina em saúde mental: percursos de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Org). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

JUCA, Vlória Jamile dos Santos; LIMA, Mônica; NUNES, Mônica de Oliveira. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial: recepção e atividades grupais. **Mental**, ano VI, n. 11, Barbacena, 2008, p. 125-143.

KODA, Mirna Yamazato. A construção de sentido sobre o trabalho em um núcleo de atenção psicossocial. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU editora, 2003. p. 67-88.

LEAL, Erotildes Maria. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: Figueiredo, Ana Cristina e Cavalcanti, Maria Tavares (Orgs). **A Reforma Psiquiátrica e o desafio da desinstitucionalização** - Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001, p. 69-83.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

MACHADO, Graziela Scheffer. Reforma psiquiátrica e serviço social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos caps. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). **Abordagens Psicossociais: perspectivas para o serviço social**. Volume III, São Paulo: Hucitec, 2009.

MERHY, Emerson. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____ (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ANDRADE, Ângela Nobre. Ouvindo Loucos: Construindo Possibilidades de viver com autonomia. **Psicologia, Saúde e Doença**, v. 4(2), p. 249-266, 2003.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de Subjetivação dos trabalhadores de Saúde Mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17(2): p. 265-287, 2006.

NUNES, Mônica, et all. A Dinâmica do Cuidado em Saúde Mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1): 188-196, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 19-26.

_____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____ Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 13-18.

_____. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 150-154.

_____. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª Ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SMS ARACAJU. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju de 2010.**

_____. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju de 2011.**

TYKANORI, Roberto. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 55-59

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: “empowerment”**, sua história, teoria e estratégia. São Paulo: Paulus, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Cargo/Função _____

Tempo de trabalho no CAPS _____

QUESTÕES CENTRAIS

- 1- O que você entende por autonomia relacionada à pessoa portadora de transtorno mental?
- 2- Como você incorpora essa visão em sua prática de cuidado?
- 3- Conte algum caso onde você identifica que o tratamento ofertado no CAPS favoreceu o aumento dessa autonomia. Como o processo foi conduzido?
- 4- Cite exemplos de situações e estratégias, que em sua opinião, favorecem a produção de autonomia dos usuários?
- 5- Quais os fatores que interferem e/ou dificultam a adoção/implementação dessas estratégias?
- 6- Conte-me como se dá a participação do usuário na definição de atividades e estratégias de cuidado.
- 7- Como você avalia o poder de contratualidade do usuário na relação com o técnico de referência?

APÊNDICE B – Roteiro de Observação**INSTITUIÇÃO**

CAPS Jael Patrício de Lima

Atividade _____

Conduzida por _____

FINALIDADE

1. Identificar como são definidas ações de cuidado para os usuários. Qual o nível de participação dos usuários nesse processo?
2. Perceber o grau de poder deliberativo dos usuários a partir de atividades com as assembleias do CAPS.
3. Observar a posição ocupada pelo usuário junto ao técnico de referência.
4. Identificar as situações que se apresentam como facilitadoras e dificultadoras do processo de produção de autonomia a partir do cuidado.

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040

Título do projeto: Autonomia na Saúde Mental: uma perspectiva dos profissionais dos CAPS de Aracaju/SE.

Eu, Sílvia Santos do Nascimento, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo (a) a participar da Pesquisa intitulada **AUTONOMIA NA SAÚDE MENTAL: uma perspectiva dos profissionais dos CAPS de Aracaju/SE**, sob a orientação do professor Dr. Luis Augusto Vasconcelos, a qual tem por objetivo compreender as dimensões do conceito de autonomia referida aos usuários para profissionais de CAPS a partir de suas práticas de cuidado. A realização do presente estudo justifica-se pela contribuição à qualificação do cuidado no campo da saúde mental a partir da discussão da temática da produção de autonomia dos sujeitos com transtornos mentais, discussão bastante recente e com escassas produções científicas. A coleta de dados desta pesquisa implicará na realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de 01 CAPS III do Município de Aracaju/SE; assim como observações participantes que deverão ser realizadas na referida instituição. As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição, após o/a Sr(a) estar ciente deste documento e aceitar colaborar com a pesquisa.

Ressalta-se que suas informações serão tratadas de forma anônima e confidencial, estando submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os dados serão utilizados exclusivamente para a finalidade dessa pesquisa e os resultados divulgados em eventos, revistas científicas, em reuniões do colegiado gestor da REAPS/SMS e em reuniões técnicas dos CAPS do Município de Aracaju. À instituição pesquisada será entregue um relatório com os resultados da pesquisa, onde os participantes do estudo poderão acessar sempre que desejar.

Destaca-se que sua participação é voluntária, podendo recusar-se a responder a qualquer pergunta, que porventura venha causar algum tipo de desconforto, podendo, inclusive, desistir a qualquer momento do estudo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

O/A Sr(a) não terá custos ou quaisquer compensações financeiras, nem haverá riscos de qualquer natureza relacionado a sua participação. Quanto aos benefícios relativos à participação na pesquisa, esclarecemos que não haverá benefícios diretos ou pessoais, mas ressaltamos que a sua participação contribuirá para a ampliação do conhecimento científico na área de Saúde Coletiva, particularmente para a área de saúde mental e para a REAPS/SMS do município de Aracaju.

Em qualquer momento, o/a Sr.(a) terá a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, podendo contactar a pesquisadora responsável pelo estudo no (Tel: 79- 99784462) ou entrar diretamente em contato com o comitê de ética do ISC (CEP/ISC/UFBA – Tel: 71- 32837441).Tendo recebido todas as informações e esclarecimento sobre os meus direitos, declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO e concordo em participar voluntariamente desse estudo, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Aracaju, _____ de _____, 2011.

Assinatura do entrevistado

Sílvia Santos do Nascimento
Pesquisadora responsável (tel: 79-99784462)