

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

CARLOS EDUARDO PEDROSO

**A CONSTRUÇÃO DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E
FAMILIARES NAS PRÁTICAS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Santos

2016

CARLOS EDUARDO PEDROSO

A CONSTRUÇÃO DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E
FAMILIARES NAS PRÁTICAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Dissertação do Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu do Centro de Desenvolvimento do
Ensino Superior em Saúde da Universidade
Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre Profissional em Ensino em Ciências
da Saúde, sob orientação da Prof.^a Dra. Maria
Inês Badaró Moreira.

Santos

2016

P372c

Pedroso, Carlos Eduardo, 1986-

A construção do empoderamento de usuários e familiares nas práticas de um Centro de Atenção Psicossocial. / Carlos Eduardo Pedroso; Orientadora: Prof. Dra. Maria Inês Badaró Moreira. – Santos, 2016. 159 f. : il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2016.

1. Empoderamento. 2. Desinstitucionalização. 3. Serviço de saúde mental. 4. Práticas de saúde pública. 5. Pesquisa participante. I. Moreira, Maria Inês Badaró, Orientadora. II. Título.

CDD 610.7

CARLOS EDUARDO PEDROSO

A CONSTRUÇÃO DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES NAS
PRÁTICAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação do Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu do Centro de Desenvolvimento do
Ensino Superior em Saúde da Universidade
Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre Profissional em Ensino em Ciências
da Saúde. Área de concentração: Educação em
Saúde na Comunidade.

Aprovação em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Badaró Moreira
Universidade Federal de São Paulo

Prof.^a Dr.^a Maria Luísa Sandoval Schmidt
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker
Universidade Federal de São Paulo

*Aos usuários, familiares e trabalhadores do CAPS II
“Rodolpho Moreno”, que acolheram esta pesquisa e
colaboraram com a sua construção.*

AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Laura, que esteve ao meu lado nos diferentes momentos dessa caminhada sinuosa do mestrado. Sinto-me muitíssimo grato por ter me apoiado sempre e me acalentado nos momentos de angústia e indecisão. Foi, para mim, incondicionalmente zelosa e atenta, respeitando e suportando meus períodos introspectivos e de ausência. Você é minha companheira e amiga. Com certeza, a seu lado me sinto mais forte. Te amo. Muito obrigado.

Aos meus pais, Maria José e Roberto, que me deram tudo aquilo que esteve ao seu alcance. Com vocês, aprendi ser dedicado e persistente nos trabalhos, nas causas e nos sonhos que nutro. Somente com seus incentivos foi que me tornei quem sou. Obrigado.

Ao meu irmão, Junior, que me apoiou ao longo da minha vida e me mostrou que era possível trilhar o caminho acadêmico. Sou grato por ter me apresentado ao mundo da leitura e do conhecimento, tornando-se, para mim, um exemplo a me inspirar.

Ao meu amigo Beni, parceiro que a vida me premiou e com quem compartilho minhas alegrias e angústias; somos cúmplices e irmãos por escolha. À minha amiga Denise, por me incentivar e auxiliar nesta empreitada. Sou feliz por tê-los como um casal de amigos.

Aos meus amigos de longa data, Elon, Samir, Robson e Alex. Sei que, mesmo a distância, seus incentivos e energia se fizeram presentes.

Aos meus amigos que Itanhaém permitiu nos conhecer, Elaine, Mateus, Ingrid, Bárbara, Adriana, Bruno, Crislaine, Marli, Wilson, Luciane, Eliana, João, Kléber, Eneida e Lúcia. Obrigado pelo apoio.

À minha sogra, Waldeli. Obrigado por sua amizade e carinho.

Às minhas amigas de trabalho, Daniella e Rosa, que apoiaram e gentilmente colaboraram no resgate histórico do serviço. Meus sinceros agradecimentos.

Aos meus amigos e colegas de trabalho no CAPS II, Paulo, Cedma, Milton, Suzana, Thaís, Glória, Maria dos Anjos (Du), Meire, Cleide, Solange, Débora, Jeferson, Júlia e Mário, e aqueles colegas que tive a oportunidade de conhecer, Vanessa, Marcelo, Patrícia e Jaqueline. Sem a acolhida, o incentivo e a colaboração de vocês, este estudo não seria construído.

Aos usuários do CAPS II por colaborarem diretamente com este trabalho. Aprendo, a cada dia, no contato e na experiência vivida junto a vocês.

Às familiares e cuidadoras, em especial do Grupo de Família do CAPS II. Estar com vocês me enriquece.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itanhaém, em especial, à Dr.^a Iloma, por permitir e incentivar inicialmente esta pesquisa.

À Prof.^a Maria Inês, minha orientadora, por me receber no programa de pós-graduação e trabalharmos juntos neste tortuoso percurso que foi o mestrado. Sou eternamente grato pelo cuidado, companheirismo, solidariedade e conhecimento construídos nesta caminhada.

Aos professores e colegas do mestrado profissional pelas trocas e experiências trilhadas em conjunto.

Aos professores da Banca Examinadora, Eduardo M. Vasconcelos, Fernando S. Kinker e Maria Luísa S. Schmidt, por aceitarem prontamente o convite de avaliarem este estudo e realizarem contribuições importantes durante sua qualificação. À Prof.^a Carla Bertuol, pelo incentivo e orientação inicial deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, por proporcionar a concretização deste trabalho, sonho este tão almejado e, agora, realizado.

“Nada sobre nós, sem nós... porque o nó é nosso.”

– Sérgio Pinho.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo de reorientação e reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil que implicou na criação de novos serviços psicossociais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e no alinhamento desses à perspectiva conceitual da desinstitucionalização, ou seja, de desconstrução da loucura no campo social como *locus* de alienação, incapacidade e periculosidade onde se encontra reconhecida sócio, científico, político e culturalmente. Para tanto, tais equipamentos de saúde mental, em especial os centros de atenção psicossociais – CAPS –, visam empreender práticas voltadas à construção da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico por meio da implicação de usuários e familiares e da promoção de sua autonomia, valor e poder social. Nesse sentido, na atual política pública de atenção à saúde mental nacional, é relevante compreender o processo de empoderamento de usuários e familiares, entendido como o aumento de autonomia e poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos submetidos à opressão social. Assim, produzimos uma pesquisa qualitativa participativa que objetivou investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas empreendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial II do município de Itanhaém/SP. Para isso, realizamos levantamento histórico-documental, observação participante, grupos focais com usuários e familiares e produção de narrativas a partir dos grupos na instituição. Os interlocutores da pesquisa participaram do processo interpretativo das narrativas, podendo modificá-las livremente, bem como das experiências grupais nos últimos encontros dos grupos, o que possibilitou o aprofundamento crítico e reflexivo dos participantes. A análise da produção das informações foi construída através da perspectiva da hermenêutica dialética e foi empreendida em quatro etapas interpretativas: empoderamento pessoal; empoderamento grupal; empoderamento comunitário; e processos de cuidado. Concluimos que o processo de empoderamento é distinto entre os sujeitos. Para os usuários participantes, ele é produzido na valorização pessoal, no desenvolvimento de algumas estratégias de cuidado de si, na produção de redes iniciais de ajuda e suporte mútuos, na elaboração de ações comunitárias conjuntas com profissionais. Para as famílias interlocutoras, o empoderamento desenvolve-se somente em algumas práticas do serviço onde aumentam sua autoestima, ressignificam o processo do adoecimento do familiar e criam meios de cuidado próprio. As práticas do serviço estudado, também entendidas como cuidado, propiciam o empoderamento dos sujeitos através da escuta, do acolhimento, dos dispositivos grupais e comunitários que produzem horizontalidade das relações políticas e compartilhamento de experiências e de conhecimentos entre profissionais e usuários/familiares. Contraditoriamente, o cuidado desenvolvido também obstaculiza o processo de empoderamento dos sujeitos por meio do foco no tratamento medicamentoso, da hierarquização das relações de poder entre os atores, da heterogestão de decisões e cuidado e, conseqüente, centralidade política nos profissionais técnicos e médicos. Compreendemos que a tensão nos processos de cuidado correspondem a contradição existente entre os distintos modelos de atenção, o paradigma psiquiátrico hegemônico e o modelo de atenção psicossocial, que agem concomitantemente na relação entre profissionais e usuários/familiares. O desenvolvimento de empoderamento necessita do comprometimento de todos os atores sociais a fim de romper com as relações de opressão para o concreto aumento de sua autonomia e poder.

Palavras-chave: Empoderamento; Desinstitucionalização; Serviço de Saúde Mental; Práticas de Saúde Pública; Pesquisa Participante.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform is a process of reorientation and restructuring of mental health care in the country that involves the creation of new substitutive psychosocial services to the hospital-centered model and in the alignment of those to the conceptual perspective of deinstitutionalization, namely, the deconstruction of madness in the social field as alienation, disability and dangerousness *locus* where it's social, scientific, political and culturally recognized. For this, these mental health treatment centers, particularly the psychosocial care centers, are intended to develop practices for the construction of the mentally ill's citizenship, through the involvement of users and relatives and the promotion of their autonomy, value and social power. Therefore, it is important to understand, in the current national mental health care public policy, the process of empowerment of users and their families, understood as the increased autonomy and personal and collective power of individuals and groups subject to social oppression. Thus, we produced a participatory qualitative research, which was intended to investigate the construction of the empowerment of users and family members in the practices undertaken by the mental health treatment center from Itanhaém, São Paulo. For this, we conducted historical-documentary survey, participant observation, focus groups with users and families, and production of narratives by the groups in the institution. The research interlocutors participated in the interpretive process of the narratives and the collective experiences in last groups meetings, which enabled the critical and reflective deepening of participants. The information production analysis was built from the dialectical hermeneutics perspective and it was undertaken in four interpretive steps: personal empowerment; group empowerment; community empowerment; and care processes. We concluded that the empowerment process is different among subjects. For participant users, it is produced in the personal appreciation, the development of some self-help strategies, the production of initial networks of mutual help and support, and the creation of joint community actions with professionals. For family interlocutors, empowerment develops only in some practices of the service where they increase their self-esteem, resignify the family member sickening process and create their own care means. The practices of the service studied, also understood as care, provide empowerment of individuals through listening, reception care and group and community strategies that produce horizontal political relations and shared experience and knowledge between professionals and users/family. Contradictorily, the care developed also hinders the process of empowerment of individuals by focusing on drug treatment, hierarchy power relations between the actors, the hetero-management of decisions and care and, consequently, political centrality in technical and medical professionals. We understand that the tension in care processes corresponds to the contradiction between the different models of care, the hegemonic psychiatric paradigm and the psychosocial care model, which act concurrently in the relationship between professionals and users/family. The empowerment process requires the involvement of all actors, in order to break the oppressive relations to the real increase in autonomy and power of these.

Keywords: Empowerment; Deinstitutionalization; Mental Health Services; Public Health Practices; Participatory Research.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Série Histórica de Expansão dos CAPS (Brasil, dez. 1998 – 2015)	41
Gráfico 2 – Leitos do SUS em Hospitais Psiquiátricos (Brasil, dez. 2002 – dez. 2015)	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atendimento-Dia
AE	Ambulatório de Especialidades
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GF	Grupo Focal
GFn	Grupos Focais narrativos
GFn familiares	Grupo Focal narrativo com familiares
GFn usuários	Grupos Focais narrativos com usuários
Gh	Grupos hermenêuticos
HD	Hospitalidade-Dia
HMI	Hospital Municipal de Itanhaém
Nf	Narrativa do grupo de familiares
Nu	Narrativa do grupo de usuários
OP	Observação Participante
PS	Pronto-Socorro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	16
2. EMPODERAMENTO: CONCEITO, ESTRATÉGIAS E NÍVEIS DE IMPLEMENTAÇÃO	22
2.1. Estratégias de Empoderamento	27
2.1.1. Recuperação (Recovery)	27
2.1.2. Cuidado de Si	28
2.1.3. Ajuda Mútua	29
2.1.4. Suporte Mútuo	29
2.1.5. Defesa de Direitos (Advocacy)	30
2.1.6. Transformação de Estigma e Dependência na Relação com a Loucura e o Louco na Sociedade	30
2.1.7. Participação no Sistema de Saúde Mental e Militância	31
2.1.8. Narrativas Pessoais de Vidas com Transtorno Mental	31
2.2. Níveis de Implementação no Processo de Empoderamento	32
2.3. Considerações sobre o Processo de Empoderamento de Usuários e Familiares da Saúde Mental	36
3. OS CAPS E OS DESAFIOS DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES	40
4. OBJETIVO	45
4.1. Objetivos Específicos	45
5. MÉTODO DE PESQUISA	46
5.1. Sujeitos da Pesquisa e Critérios de Inclusão	47
5.2. Metodologia da Pesquisa	47
5.3. Análise da Implicação	53
6. PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES	56
6.1. Análise Documental	56
6.2. Observação Participante	57
6.2.1. Descrição do CAPS	58
6.2.2. Análise do Cotidiano	62
6.3. Grupos Focais	64
6.3.1. Montagem dos Grupos Focais	64

6.3.2. Realização dos Grupos Focais	66
6.3.3. Considerações sobre os Grupos Hermenêuticos	69
6.4. A Produção das Narrativas	71
6.4.1. Narrativa do Grupo Focal de Usuários (Nu)	73
6.4.2. Narrativa do Grupo Focal dos Familiares (Nf)	77
7. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES	81
7.1. Empoderamento Pessoal: entre a fragilidade e as possibilidades	82
7.2. Empoderamento Grupal: entre encontros e desencontros	96
7.3. Empoderamento Comunitário: entre a participação e o poder de decisão	103
7.4. Processos de Cuidado: entre a tutela e a autonomia	111
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
9. PRODUTOS TÉCNICOS	126
9.1. Produto Técnico I: <i>Histórias e Memórias do CAPS II “Rodolpho Moreno”, de Itanhaém/SP</i>	126
9.2. Produto Técnico II: <i>Jornal Cuca Legal</i>	126
9.3. Produto Técnico III: <i>Cuidado e Liberdade (curta-metragem)</i>	128
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICE A – Roteiro para os grupos focais narrativos	136
APÊNDICE B – Autorização para realização de pesquisa acadêmica no serviço público de saúde	138
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	139
APÊNDICE D – Histórias e memórias do CAPS II de Itanhaém/SP	140
APÊNDICE E – Informativo aos trabalhadores do CAPS II	155
APÊNDICE F – Cartaz de divulgação da pesquisa	156
ANEXO 1 – Parecer de aprovação no Comitê de Ética	157

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é fruto da trajetória profissional e das experiências pessoais do autor, que é psicólogo há seis anos, formado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), e, há cinco, trabalha no Centro de Atenção Psicossocial II do município de Itanhaém, localizado no litoral sul-paulista, exercendo função relativa à sua formação.

Desde a sua graduação, o autor tem interesse pelo campo da saúde e por suas temáticas. A aproximação da concepção de saúde à de cidadania, tão cara à política de saúde pública brasileira (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004), há muito lhe intriga e se apresenta para ele como fundamental às práticas almejadas e exercidas. A cidadania, como parte fundante e essencial da saúde, exige o reconhecimento das pessoas que participam desse processo, levando-se em consideração suas histórias, condições de vida e os conhecimentos que têm sobre si e sobre sua realidade. Tal deslocamento epistemológico necessita da assunção dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) à condição de sujeitos cidadãos, protagonistas da defesa de seus direitos e participantes ativos no desenvolvimento de sua própria saúde.

No percurso de sua militância no Movimento da Luta Antimanicomial¹, iniciado ainda nos tempos de sua formação acadêmica, e durante sua atuação em um serviço público psicossocial, o autor pôde testemunhar a importância e as grandes dificuldades de se construir coletivamente condições efetivas para uma saúde cidadã e participativa da população assistida em equipamentos de saúde pública, em especial, em serviços direcionados às pessoas em sofrimento mental grave e persistente, por serem, histórica e culturalmente, alijadas dos direitos humanos fundamentais (AMARANTE, 1998; FOUCAULT, 2008; NICÁCIO, 2003).

Portanto, tornou-se premente entender e instigar os processos de trabalho em saúde que empoderassem os usuários e seus familiares, em específico, no dispositivo público em que o autor trabalha.

Assume-se, a partir desse ponto, que esta produção é uma construção coletiva, empreendida junto aos sujeitos da pesquisa, usuários e familiares do serviço em questão, bem como uma expressão das relações institucionais nas quais o autor está profundamente imbricado. Desta forma, torna-se necessário adotar uma escrita em primeira pessoa do plural.

Apontada tais contextualização biográfica e ressalva quanto à escrita, passemos para a construção da pesquisa em curso.

¹ O Movimento da Luta Antimanicomial é o movimento de usuários, familiares, trabalhadores da saúde mental e simpatizantes, surgido no final da década de 1980, que objetiva a defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Sua mobilização política é orientada pelo lema: “Por uma sociedade sem manicômios!” (AMARANTE, 1998).

Na seção introdutória, aproximamo-nos do tema central, do empoderamento de usuários e familiares no campo da saúde mental, por meio do resgate histórico e da contextualização da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Discorremos, pois, sobre os principais conceitos orientadores deste trabalho e sua relação com a temática abordada.

No capítulo seguinte, aprofundamo-nos sobre o conceito de empoderamento, em especial, no campo da saúde mental.

Posteriormente, elucidamos a construção da rede de atenção psicossocial, principalmente dos centros de atenção psicossociais (CAPS), e as novas práticas no campo da saúde mental. Indicamos também os impasses configurados nos serviços substitutivos, quanto ao empoderamento de usuários e suas famílias.

Em seção consecutiva, expomos os objetivos deste estudo.

No capítulo referente ao método de pesquisa, expomos os caminhos metodológicos perseguidos para a produção de informações e, em sequência, apresentamos os resultados produzidos nesses percursos.

Em seguida, empreendemos a interpretação das experiências produzidas, aprofundando a compreensão do processo de empoderamento de usuários e familiares, por meio das práticas da instituição investigada, e aclarando, por conseguinte, as relações políticas entre os atores sociais que a compõem.

Por fim, realizamos as considerações finais sobre este estudo, levantando questões e desafios para a construção do empoderamento dos sujeitos do serviço psicossocial pesquisado e, de modo geral, do campo da saúde mental.

1. INTRODUÇÃO

A princípio, para melhor expor a temática abordada, realizamos um breve resgate sobre o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, necessário para compreender como a nova produção de saúde mental implica em ações de empoderamento dos atores sociais envolvidos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um processo de reorientação e reestruturação da atenção à saúde mental que teve início no final da década de 1970, junto a outras mobilizações sociais, como a Reforma Sanitária e o processo de redemocratização nacional. A RPB surgiu da reivindicação dos usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental contra o cuidado e o modelo assistencial psiquiátrico, haja vista as inúmeras denúncias de violação de direitos humanos, assim como de cronificação dos usuários, nas instituições manicomiais (AMARANTE, 1998). Tal movimento adotou, durante seu processo, uma postura ético-política de colocar em xeque não somente o modelo de assistência psiquiátrica, mas também o próprio paradigma da psiquiatria, que, como aponta Foucault (2008), se consolidou por meio de saberes e práticas em torno da instituição hospitalar.

Foucault (2008) demonstra que o saber médico sobre a loucura, ou seja, a psiquiatria, se originou em meio ao espaço do hospital, o qual, inclusive, lhe antecede. Esse autor esclarece que o exercício psiquiátrico é sucedâneo das práticas sociais de exclusão de indivíduos, segundo os padrões morais do período ocidental clássico. Tais práticas são denominadas por ele como o *Grande Enclausuramento*. Nesse viés, é importante destacarmos que a prática do internamento é anterior ao saber psiquiátrico, que passa a justificar essa ação através do conhecimento hospitalar desenvolvido e da partilha dos mesmos métodos correcionais contra os internos. Sob a insígnia da ciência e da assistência aos loucos, a psiquiatria assumiu a sanção social para anulação desses sujeitos, ao testificá-los como alienados e incapazes ao trabalho e ao convívio social (BASAGLIA, 1985; FOUCAULT, 2008).

No decorrer dos tempos, o hospital se consolidou como espaço hegemônico da medicina – e, neste caso, também da psiquiatria –, passando a ser o modelo de assistência em saúde. Contudo, a prática de exclusão e sujeição dos indivíduos loucos pelo sistema hospitalar tornou-se insustentável após a Segunda Guerra Mundial. Como aponta Amarante (2007), a sociedade ocidental promoveu uma reflexão humanitária sobre a relevância dos direitos fundamentais dos cidadãos após o período de barbárie e crueldade, que havia assolado

especialmente o continente europeu. Nesse sentido, fez-se inadiável colocar em questão às práticas desenvolvidas no espaço asilar contra os loucos.

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas”. (AMARANTE, 2007, p. 40)

No início do século XX, surgiram as primeiras mudanças significativas no âmbito dos hospitais psiquiátricos, com as experiências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional. Esses movimentos reformistas apontavam que o fracasso das instituições psiquiátricas residia na forma de gestão dos hospitais. Propunham, então, mudanças dentro dos próprios hospitais (AMARANTE, 2007).

Durante a década de 1960, ocorreram as experiências da Psiquiatria de Setor, na França, e da Psiquiatria Preventiva (ou Comunitária), nos Estados Unidos, as quais propunham diminuir a importância do hospital na assistência, à medida que fossem criados dispositivos territoriais para a desospitalização. Tais experiências, entretanto, mantinham o espaço asilar como recurso para os momentos de crise (AMARANTE, 2007).

Como indicam Rotelli e outros (2001), experiências como essas não romperam com o paradigma reducionista da psiquiatria, levando à perpetuação dos aparatos de exclusão e dominação dos indivíduos em sofrimento, os loucos, como forma de assistência.

Paralelamente a essas últimas reformas institucionais, irromperam as experiências da Antipsiquiatria, na Inglaterra, e da Psiquiatria Democrática, na Itália. Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), essas experiências não somente escancararam a problemática estrutural e gestora do hospital psiquiátrico, como também promoveram profundas transformações na concepção do “objeto” do saber psiquiátrico e, fundamentalmente, “[...] na forma de conceber e estruturar as relações, que têm, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 19).

Diferente das proposições simplistas de desospitalização dos internos dos estabelecimentos hospitalares e de reordenamento da assistência psiquiátrica a nível territorial da psiquiatria reformada, como são referidas as experiências da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva (ROTELLI *et al.*, 2001), a proposta do movimento da RPB, adotada no final da década de 1980, foi de crítica aos fundamentos da instituição psiquiátrica e de defesa da desconstrução do manicômio, não mais entendido como espaço de tratamento, mas “[...] como uma determinada forma de definir e compreender a loucura” (NICÁCIO, 2003, p. 42).

Dessa forma, a RPB pode ser associada à radicalidade conceitual e prática da Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como seu maior articulador e expoente intelectual Franco Basaglia.

A crítica ao saber psiquiátrico não mais se situava apenas no interior da disciplina, mas no conjunto das questões sociais, tendo como eixo condutor a exclusão e a cidadania. Fortemente marcadas pelo marco teórico conceitual da **desinstitucionalização**, as discussões realizadas naquele período indicavam uma ruptura nas trajetórias até então delineadas. Articularam-se novas ideias e pressupostos como a **desconstrução do manicômio, a construção da cidadania, o direito à diversidade**. (NICÁCIO, 2003, p. 42, grifo nosso)

Dessa forma, como aponta Rotelli e outros (2001), o conceito de desinstitucionalização assumiu a conotação de desconstrução, em vez de se reduzir à mera desospitalização. O processo de desinstitucionalização assume posicionamento crítico ante a psiquiatria, por meio da denúncia do “objeto fictício” da doença mental como experiência apartada da vivência global, ampla do sujeito e de toda a rede de aparatos sociais, jurídicos, administrativos e científicos. O que se coloca não é a desconstrução da psiquiatria enquanto saber científico e poder institucional, mas a desconstrução da institucionalização da loucura em nossa sociedade, ou seja, da destruição do *locus* de alienação, incapacidade e periculosidade em que aquela se encontra reconhecida social, científica, política e culturalmente. Tal processo desconstrói esse sistema para inventar novas relações com os sujeitos em sofrimento psíquico, estabelecendo como foco a modificação das relações de poder estabelecidas entre sociedade, trabalhadores, família e usuários, a fim de promover a construção da cidadania dos atores sociais envolvidos.

Assim, a construção cidadã do sujeito louco implica em romper com os fundamentos epistemológicos da psiquiatria; fundamentos estes que o consideram como portador de uma doença, isto é, “objeto” doente a ser tratado visando à cura.

Basaglia (1985) denunciou o processo de anulação do doente pelo manicômio, que, através da violência chancelada socialmente, concatenou o interno à mera nulidade humana. Em seus dizeres,

Uma vez despido o paciente das superestruturas e das incrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, na medida que, antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985, p. 113)

Para romper com essa construção institucional, faz-se necessário colocar a “doença entre parênteses” (BASAGLIA, 1985), de modo que possa sobrevir a pessoa em sofrimento e esta, então, ser reconhecida como sujeito que busca e produz sua própria autonomia, bem como a de seu grupo.

[...] o trajeto que compreende a saída da condição de sujeitado, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito. (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 81)

Portanto, a cura não é o objetivo terapêutico a ser alcançado sob a ótica da desinstitucionalização, mas, sim, a emancipação dos sujeitos em sofrimento e de toda a estrutura que, antes, o colocava como sujeitado.

O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. [...] A emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da “cura”) só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. (ROTELLI *et al.*, 2001, p. 30)

Como indicado por Rotelli e outros (2001), é fundamental o processo de emancipação nas práticas terapêuticas das instituições de cuidado em saúde mental, para que se construa a cidadania das pessoas em sofrimento mental.

Desse modo, Kinoshita (2001) demonstra a relevância do processo de cuidado por meio da produção de valor, de poder contratual, dos loucos, a qual é pressuposta e é condicionante das relações de trocas empreendidas no campo social.

Quando discutimos a reinserção social, sempre pusemos a questão como um problema de produção de valor, referido aos pacientes. Partimos do pressuposto que, no universo social, as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que daria-lhe o seu **poder contratual**. Para isto apontávamos três dimensões que considerávamos fundamentais: trocas de bens, de mensagens e de afetos. (KINOSHITA, 2001, p. 55, grifo nosso)

Assim, para os dispositivos substitutivos ao manicômio, torna-se fundamental a modificação do pressuposto de desvalia social, atribuída “naturalmente” aos sujeitos loucos,

através da criação de instrumentos, “[...] experimentações, mediações, que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio” (KINOSHITA, 2001, p. 56).

Dessa forma, destacamos o conceito de contratualidade, que se define pelo exercício efetivo de trocas e mediações dos indivíduos em sofrimento mental no campo social, de modo a aumentar, com isso, suas habilidades sociais e seu poder contratual, ou seja, seu valor social.

Porém, esse poder de troca a ser executado pelos loucos precisa ser, antes de tudo, acionado pelos profissionais dos dispositivos de saúde mental, que, por intermédio de suas ações, junto ao usuário e ao corpo social, devem tecer projetos que possam aumentar ou não o poder contratual dos usuários.

A contratualidade do usuário, primeiramente, vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. (KINOSHITA, 2001, p. 56)

Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc. Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se fonte de poder que é utilizada também para chamar à responsabilidade e ao poder os outros atores institucionais. (ROTELLI *et al.*, 2001, p. 31)

A ação terapêutica na vida concreta do usuário de saúde mental e sobre seu contexto, pelos dispositivos desinstitucionalizantes, intenta construir a autonomia desse indivíduo. Compreendemos a autonomia, em conformidade com Kinoshita (2001), como:

[...] a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (KINOSHITA, 2001, p. 57)

Por isso, pensamos o empoderamento como um processo relevante para o ato terapêutico no paradigma da desinstitucionalização da loucura, isto é, no paradigma do cuidado, como produção de vida nos serviços substitutivos ao modelo asilar.

Segundo Vasconcelos (2013a), empoderamento pode ser definido como:

[...] aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a

relações de opressão, dominação e discriminação social. (VASCONCELOS, 2013a, p. 2827)

Vasconcelos (2003) ainda destaca o sentido polissêmico pelo qual o conceito de empoderamento foi tomado dentro da sociedade ocidental desde a modernidade, tendo diversas apropriações que foram tipificadas por ele como conservadoras ou emancipatórias.

Interpelamos a definição de empoderamento conforme a acepção emancipatória de Vasconcelos (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013a; VASCONCELOS, 2013b), levando-se em consideração o contexto sócio-histórico brasileiro em que se insere tal questão.

Destacamos que o processo de empoderamento é indissociável das relações construídas entre os diferentes atores sociais, e que as forças e tensões nessas relações dão o tom dos efeitos que aumentam ou constroem o poder e a autonomia dos sujeitos envolvidos.

Para melhor compreendermos os processos de empoderamento no campo da saúde mental, mote deste estudo, apresentamos, a seguir, um capítulo dedicado a esse tema.

2. EMPODERAMENTO: CONCEITO, ESTRATÉGIAS E NÍVEIS DE IMPLEMENTAÇÃO

O termo empoderamento é um estrangeirismo na língua portuguesa, ou seja, é uma palavra importada e traduzida da língua inglesa: *empowerment*. Esse vocábulo congrega diversos significados em sua língua de origem e, desse modo, traduzi-lo para a nossa constitui um problema semântico. Contudo, adotamos, neste trabalho, o seu uso em português, assim como fazem diversos autores nacionais (BAQUERO, 2012; GOHN, 2004; KLEBA; WENDAUSEN, 2009; VASCONCELOS, 2007; VASCONCELOS, 2013a; VASCONCELOS, 2013b).

O emprego, aqui, do termo empoderamento aproxima-se da acepção de fortalecimento, de emancipação e de aumento da autonomia, apesar de não guardar toda a complexidade vocabular presente na expressão em inglês (CARVALHO, 2004; VASCONCELOS, 2013b).

O conceito de empoderamento possui múltiplos sentidos, visto que foi construído na cultura anglo-saxônica e, por isso, conserva diferentes interpretações e abordagens desse contexto sociocultural, implicando em concepções ideológico-políticas que tendem a interpelações autonomistas no sentido emancipador e progressista, assim como na acepção do discurso liberal e mais conservador (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2007; VASCONCELOS, 2013a).

Esse vocábulo também é utilizado em diversos campos do conhecimento, como educação, sociologia, ciências políticas, saúde pública, psicologia comunitária, serviço social, administração e ciências sociais em geral, assumindo diferentes posições políticas quanto às ações e às abordagens promovidas na esfera do Estado, da sociedade civil, em suas múltiplas organizações sociais, e das agências de desenvolvimento (BAQUERO, 2012; VASCONCELOS, 2003).

O conceito de empoderamento, como aponta Gohn (2004), não é universal e se revela ambíguo também em nosso contexto sociopolítico, figurando, pois, como processo emancipatório gradual das comunidades e grupos ou de cunho integrativo e adaptativo, principalmente da população excluída, sem promover, com isso, a autonomia e a efetiva redistribuição do poder na sociedade por meio da ação social.

Ressaltamos que o conceito de empoderamento (ou *empowerment*) se configura na intersecção de campos de conhecimento plurais e de diferentes apropriações ideológico-políticas a respeito das relações de poder em vários momentos históricos, tanto no contexto

sociocultural anglo-saxônico, do qual se originou, quanto em cenários sociais específicos, como o brasileiro.

Como atentou Vasconcelos (2003), o referido conceito “[...] implica em importar toda a complexidade do *poder* como fenômeno teórico, político, social e subjetivo” (p. 57) e em reconhecê-lo em um processo de descontinuidade histórico-ideológica e operacional no âmbito institucional e social. Dessa forma, o autor, para melhor elucidar os mecanismos de apropriação simbólica da profusão de correntes ideológicas sobre o termo empoderamento, utiliza o conceito de interpelação, definido como a “[...] ação de interpelar ou interromper por meio de uma pergunta ou apelo” (SIMPSON; WEINER, 1989 *apud* VASCONCELOS, 2003, p. 57). O autor busca, com esse termo, aclarar a luta ideológica permanente de captura dos elementos de ordem simbólica, inconsciente e existenciais que encarnam “[...] os seus principais valores e práticas culturais, políticas, religiosas e familiares” (VASCONCELOS, 2003, p. 58) nos diferentes estratos sociais.

O termo empoderamento tornou-se recorrente a partir da segunda metade do século XX, com os movimentos antiopressivos e antidiscriminatórios encabeçados pelos movimentos feminista, de negros, de homossexuais e de deficientes físicos nos países anglo-saxônicos e europeus, conforme assinalam Baquero (2012) e Vasconcelos (2003). Entretanto, sua origem remonta ao século XVI, nas concepções ideológicas do movimento protestante de Lutero, visando a empoderar a população germana por meio do acesso à Bíblia, traduzida do latim, que antes só era acessível ao clero (BAQUERO, 2012).

Múltiplas interpelações sobre o empoderamento foram produzidas e utilizadas em diferentes momentos históricos. Destacamos, dentre elas, o pensamento liberal, oriundo do século XVII, com ideais calcados na autodeterminação humana (*self made man* – homem que se faz pelo próprio esforço) e nas liberdades individuais, sob uma ótica moralista, utilitária e pragmática (VASCONCELOS, 2003). Tal corrente ideológica se faz presente no contexto global atual e é reeditada pelo pensamento neoliberal, manifestando-se, marcadamente, nas tradições da cultura anglo-saxônica, impingindo traços autonomistas ao conceito de empoderamento.

Sucedâneo ao pensamento liberal, houve, no século XX, a adoção, pelo mundo ocidental, das noções de direitos civis e políticos, como formas universais de preservação da individualidade humana, assim como a criação de inúmeras cartas e declarações de direitos (VASCONCELOS, 2003). As interpelações da luta por direitos e cidadania do termo empoderamento foram construídas nesse contexto.

Aliada à constituição dos direitos civis, políticos e sociais no Ocidente, ocorreu nos países capitalistas centrais, já com repercussões evidentes nos países capitalistas periféricos como o Brasil, o avanço do consumo como estilo de vida e seus desdobramentos em direitos dos consumidores, reduzindo a compreensão do empoderamento à defesa dos “direitos do consumidor individual” nas últimas décadas (VASCONCELOS, 2003).

Contudo, movimentos sociais pós-modernos iniciados em meados do século XX, que desvelam relações sociais opressivas e discriminatórias de vários segmentos e grupos na sociedade ocidental, trouxeram à tona o termo empoderamento como um dos principais conceitos para as lutas antiopressivas, antidiscriminatórias e democráticas.

No rol dos movimentos democráticos, em específico, no cenário sociopolítico brasileiro, o movimento popular de democratização da nação, em conjunto com a Reforma Sanitária da década de 1980, inspirou a criação de dispositivos de participação e controle social em inúmeras instâncias das políticas públicas, espaços de referência nacional ao processo de empoderamento da população (VASCONCELOS, 2003).

Portanto, em meio à multiplicidade de significações para o termo empoderamento, reafirmamos sua adoção, da forma como Vasconcelos (2003) o define², na interpelação emancipatória, antiopressiva e antidiscriminatória voltada à população oprimida, em especial, àquela que se situa no campo da saúde mental.

Nesse sentido, Baquero (2012) indica que o empoderamento constitui-se como um processo de transformação pela mediação da consciência crítica e da ação, para que se efetivem, a partir dessas, as mudanças na realidade. A autora define empoderamento como a aquisição de poder, ou seja, “[...] supõe o vivenciar um processo articulado que integre a construção de uma consciência crítica com a ação, ou o desenvolvimento de capacidade real de intervenção e transformação da realidade” (BAQUERO, 2012, p. 183) que não se restringe apenas à construção de consciência crítica do sujeito ou à sua mera capacitação para melhorar suas condições existenciais. Consequentemente, esse processo consiste na implicação e no desenvolvimento de uma consciência coletiva, isto é, em uma ação coletiva.

Baquero (2012), assim como Vasconcelos (2003), remete o processo de empoderamento à relação entre sujeitos e grupos, sendo estes o foco de estratégias profissionais e de movimentos sociais.

² Para Vasconcelos (2003), empoderamento trata-se do “[...] aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p. 20).

Quanto ao processo de empoderamento, Faleiros (1999) o concebe como “[...] fortalecimento (*empowerment*) dos sujeitos da intervenção profissional num *processo* de articulação de recursos, imaginário, redes que são capitais ou patrimônios disponíveis nas relações sociais de classe, gênero, raça, cultura envolvidas em todo trabalho social” (FALEIROS, 1999, p. 43). Faleiros é um importante autor do campo do Serviço Social que, com uma riqueza de complexidade e em articulação com outros pensadores das relações de poder (Gramsci e Foucault, por exemplo), apresenta contribuições relevantes sobre a teoria e a prática do empoderamento, as quais transcendem o campo restrito do trabalho social (VASCONCELOS 2003; VASCONCELOS, 2015).

Destacamos da definição de Faleiros um processo de fortalecimento construído no âmbito relacional, que articula recursos, elementos existenciais e subjetivos dos sujeitos mediados por complexas redes e estratificações sociais. Do mesmo modo, Kleba e Wendausen (2009) afirmam que o empoderamento constitui-se “[...] como um processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e condutais” (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p. 736).

Faleiros (1999) atrela o processo de empoderamento/fortalecimento à prática profissional, sendo o trabalhador um agente de ligação de sujeitos e grupos às forças e mediações complexas do campo social, que tem como finalidade operar transações e arranjos que se potencializem e multipliquem o vínculo social. O autor aponta que a ação profissional catalisadora de potências desse processo complexo encontra-se comprometida com “[...] o fortalecimento do oprimido no processo de enfrentamento de sua fragilização/patrimonialização, adotando-se ‘a práxis a política mais vantajosa para as classes e camadas populares’” (FALEIROS, 1999, p. 51).

No campo da saúde, Carvalho (2004) destaca a importância do conceito de empoderamento na promoção à saúde, sendo “[...] a razão de ser da Promoção à Saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, terem uma melhor saúde” (CARVALHO, 2004, p. 1090). O pesquisador atenta que o compromisso da *promoção à saúde*, nessa perspectiva empoderadora, está associado à transformação social do *status quo* e à produção de sujeitos e de saúde pautada pelos princípios e diretrizes do SUS. Ressaltamos, especialmente aqui, o princípio da integralidade, importante para compreender o usuário da saúde na complexidade e multiplicidade das dimensões biológica, social e subjetiva que o constituem, considerando-o como principal ator de sua história e conhecedor de suas necessidades.

Para Carvalho (2004), isso implica “novos modos de se fazer saúde”, incorporando como diretriz “[...] uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito, em substituição a uma perspectiva que entende os usuários como suplicantes e beneficiários dos serviços” (CARVALHO, 2004, p. 1094).

Nesse mesmo sentido, Kleba e Wendausen (2009) defendem a promoção da saúde e a participação social no cenário brasileiro como caminhos do processo de empoderamento da população que visam a mudanças que não se restrinjam à área da saúde, mas constituam transformações nas condições sociais que afetam a qualidade de vida de toda a sociedade. Segundo as autoras, “[...] a riqueza do processo de empoderamento está em desvendar as relações de poder, buscando transformá-las em relações mais equânimes” (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p.737). O rearranjo do poder nas relações está diretamente ligado à capacidade de participação social dos atores e à operacionalidade dos espaços institucionais de sua execução. Logo, o papel das instituições nas relações políticas entre os atores envolvidos passa a ser central, tornando o processo de empoderamento o meio de romper com as relações autoritárias e de opressão para convertê-las em outras mais horizontais, entre os sujeitos.

Carvalho (2004) atenta para as desigualdades que predominam as relações entre profissionais da saúde e usuários, as quais devem ser equacionadas para uma articulação de poder mais democrática entre eles.

Kleba e Wendausen (2009) ressaltam que o empoderamento não pode ser fornecido, muito menos realizado para pessoas e grupos. Para as autoras, ele “[...] se realiza em processos em que esses [sujeitos e grupos] se empoderam a si mesmos” (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p.735). Por conseguinte, elas acenam para a importância da posição dos profissionais no processo de empoderamento, como catalisadores de ações que favoreçam e sustentem os processos que culminem na ruptura com situações de tutela e dependência, para que os sujeitados se transformem em sujeitos ativos. Desse lugar, os sujeitos tomam a direção de suas vidas nas próprias mãos, tornando-se mais autônomos e com a capacidade de se autodeterminarem. Tal ótica, a respeito do papel profissional, conflui com a defendida por Faleiros (1999).

Baquero (2012) indica o duplo sentido de significados e práticas relacionados aos meios e à finalidade do empoderamento, em conformidade com o que afirmou Labonte. A autora classifica empoderar como transitivo, quando o verbo se traduz por “dar poder ao outro”, em um processo em que o profissional é o ator principal, que define os termos da interação, ou intransitivo, quando o termo “[...] se refere a um processo através do qual

peças ganham influência e controle sobre suas vidas e, conseqüentemente, se tornam empoderadas” (BAQUERO, 2012, p. 179). Nesta última acepção, o empoderamento se caracteriza como emancipatório.

Em suma, o empoderamento constitui-se como um processo complexo, plural em perspectivas e interpelações sobre as relações de poder entre os sujeitos, que são mediados por ideologias, conhecimentos, práticas e instituições. Adotamos, nesta pesquisa, a interpelação emancipatória, antiopressiva e antidiscriminatória no campo da saúde mental, proposta por Vasconcelos (2003), embora, neste trabalho, ela tenha sido ainda articulada com outros autores do mesmo esteio epistemológico. Tal concepção está voltada para a luta por uma sociedade construída por relações democráticas.

2.1. Estratégias de Empoderamento

Vasconcelos discorre sobre as plurais estratégias de empoderamento no campo da saúde mental, por meio da revisão de práticas no cenário anglo-saxônico e brasileiro (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2007; VASCONCELOS, 2013b). O autor tipifica as estratégias em “conceitos-chave”, com vistas à sua melhor compreensão.

2.1.1. *Recuperação (Recovery)*

O termo traduzido da língua inglesa não contempla, com amplitude, o significado do termo original. Vasconcelos opta pelo termo recuperação (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013b). Outros autores, entretanto, o atrelam aos significantes “processo de restabelecimento” ou “cura” (PRESOTTO, 2013, p. 50). Tal conceito provém do campo das doenças e deficiências físicas, tendo sido apropriado pelo movimento de usuário da saúde mental durante a década de 1990, nos Estados Unidos da América (EUA). O conceito de recuperação compreende o processo amplo, pessoal e coletivo, pelo qual a pessoa com sofrimento mental consegue retomar uma vida “usual relativamente ativa”, “[...] dependendo do suporte e mudanças sociais, ambientais e culturais necessárias” (VASCONCELOS, 2003, p. 26), a despeito de suas limitações. Isso não significa restauração integral da vida, como era antes da experiência do sofrimento psíquico, ou desaparecimento pleno dos sinais e limites impostos pelo padecimento, mas, sim, a superação gradual e parcial das dificuldades vivenciadas.

Anthony (1993), citado por Baccari e outros (2015), define o conceito como:

[...] um único e profundamente pessoal processo de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e papéis. Esta é uma trajetória de uma vida com satisfação, esperança e funcionalidade mesmo com limitações causadas pela doença. (ANTHONY, 1993 *apud* BACCARI *et al.*, 2015, p. 134, tradução nossa³)

Baccari (2015) emprega a expressão “em recuperação” (*in recovery*), que indica que, no processo de recuperação dos sujeitos, podem ocorrer oscilações, como períodos de piora. É preciso, no entanto, manter “[...] plena consciência do que [eles] podem ser, apesar de [possuírem limitações e dificuldades]” (BACCARI, 2015, p. 134).

Vasconcelos (2013b) destaca, dentre os principais fatores que induzem o processo de recuperação dos sujeitos nos serviços de reabilitação, “[...] a moradia, a capacitação e o trabalho supervisionado, as oportunidades educativas, as oportunidades reais de socialização, incluindo amizades e inserção em grupos e movimentos de usuários” (VASCONCELOS, 2013b, p. 75).

2.1.2. *Cuidado de Si*

A expressão “cuidado de si” foi tomada em empréstimo do pensador francês Michel Foucault para melhor descrever as ações de âmbito individual daqueles dispositivos grupais sobre o autocuidado (VASCONCELOS, 2003).

O conceito abrange

[...] os dispositivos e abordagens que mobilizem a iniciativa e a vontade individual de cada pessoa, no seu processo de recuperação, de elaboração de suas vivências pessoais difíceis e de aumento do poder contratual em suas relações interpessoais e sociais. (VASCONCELOS, 2003, p. 27)

Cuidado de si significa realizar ações e estratégias que ressaltem a qualidade e a capacidade pessoais, bem como o desenvolvimento de percepções e meios de identificar e lidar com situações de crise ou estresse (VASCONCELOS, 2013b).

Vasconcelos (2013b) também associa ao conceito a importância do cultivo de amizades profundas, “amigos ‘irmãos’”, com quem as pessoas em sofrimento mental possam compartilhar experiências, emoções, questionamentos e confissões sem restrições, com regularidade ou em momentos difíceis.

³ [...] a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills and roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with the limitations caused by illness. (ANTHONY, 1993 *apud* BACCARI *et al.*, 2015, p. 134)

2.1.3. Ajuda Mútua

Consiste em “[...] grupos de troca de vivências e experiências, de ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias de lidar com os problemas comuns” (VASCONCELOS, 2013b, p. 76). Tais práticas estão fortemente consolidadas e são conhecidas por meio de grupos como Alcoólicos Anônimos (AA), Neuróticos Anônimos (NA) e outros com formatos similares.

Tais dispositivos grupais são caracterizados pela independência relacionada à presença e à ação de profissionais, usualmente sendo compostos por membros com objetivos, interesses ou experiências comuns. Marcadamente, eles possuem um formato horizontal de participação e relação entre os integrantes. Vasconcelos (2003) expõe que grupos como o AA apresentam limitações por serem grupos fechados em si mesmos e por pouco incentivarem seus membros a participar de outros grupos de ajuda mútua.

Vasconcelos (2003) ainda indica a relevância de redes informais de ajuda mútua, como rede de amigos e companheiros, para compartilhamento de vivências, desafios e dificuldades. Atentamos que essa rede de amizades também é constitutiva do conceito de “cuidado de si”, como já destacado.

Outro meio importante de ação de ajuda mútua ocorre através da *internet*, em *sites*, *e-mails*, *blogs*, *chats*, fóruns virtuais e rede sociais, entre outros, que promovem acesso e contato virtual entre pessoas com interesses, dúvidas ou vivências semelhantes.

2.1.4. Suporte Mútuo

Estratégia de redes de pessoas que desenvolvem atividades, iniciativas de cuidado e/ou suporte concreto na vida cotidiana e, até mesmo, projetos comuns mais complexos (VASCONCELOS, 2003). Esses grupos podem surgir a partir de dispositivos de ajuda mútua.

Vasconcelos (2013b) apresenta diversas ações compreendidas por este conceito. Por exemplo,

[...] passeios e atividades de lazer e cultura nos fins de semana; cuidado informal do outro que se encontra em maior dificuldade; ajuda nas tarefas diárias na casa e fora dela; suporte a familiares que precisam de uma “folga” para descansar ou viajar, assumindo-se o cuidado do usuário. (VASCONCELOS, 2013b, p. 77)

O autor apresenta também as diferentes áreas abrangidas, como

[...] cultura, artes, dispositivos residenciais, projeto de trabalho, cooperativas, cuidado domiciliar, acompanhamento, telefone de serviço de suporte pessoal, clubes sociais, e elaboração de cartilhas informativas e educativas para temas relevantes (tais como estratégias de enfrentamento no dia a dia, efeitos colaterais de remédios, defesas de direitos, serviços, experiências bem-sucedidas, como organizar grupos de ajuda mútua e suporte mútuo etc.). (VASCONCELOS, 2013b, p. 77)

Destacamos que redes de amizade e contato virtual via *internet* são fundamentais nessa estratégia.

2.1.5. Defesa de Direitos (Advocacy)

Como o próprio termo indica, trata-se de estratégias de luta e defesa de direitos que podem ser classificadas em: informal, que é aquela desenvolvida pelo próprio usuário (autodefesa), sendo este capacitado por grupos de suporte mútuo; ou formal, com a criação de serviços, alguns liderados por usuários, nos quais estes recebem assessoria técnica e jurídica para garantia e defesa de seus direitos civis, políticos e jurídicos, bem como os de suas famílias (VASCONCELOS, 2003).

Além da preservação de direitos, tal dispositivo compreende ações de divulgação e consagração de direitos de usuários e seus familiares no campo da saúde mental das diversas instâncias da sociedade e do sistema de saúde, por meio de cartas, normas e legislações nas três esferas de governo (VASCONCELOS, 2013b).

2.1.6. Transformação de Estigma e Dependência na Relação com a Loucura e o Louco na Sociedade

Consiste no

[...] desenvolvimento de iniciativas individuais e coletivas, cotidianas ou mais permanentes, de caráter social, cultural e artístico para mudar as atitudes discriminatórias em relação à loucura nas relações cotidianas, na comunidade local, na mídia e na sociedade mais ampla. (VASCONCELOS, 2003, p. 31)

Vasconcelos (2003) exemplifica ações dessa estratégia, como: as de substituição de expressões comumente usadas, como “paciente” e “doença mental”, por termos mais sensíveis e condizentes aos conceitos, à luta e à defesa histórica dos movimentos de usuários da saúde mental e familiares pelos seus direitos, como “usuário”, “sofrimento psíquico”, “problema mental” e “experiências subjetivas radicais”; a prática consolidada de eventos em saúde

mental, de modo a garantir a representação de usuários e familiares; e, ainda, intervenções a nível comunitário ou social, que coloquem em evidência os preconceitos e a discriminação sobre o sofrimento mental e os problematizem.

2.1.7. Participação no Sistema de Saúde Mental e Militância

Essa estratégia compreende toda participação cidadã de usuários e familiares em instâncias de controle social do sistema de saúde e de outras políticas públicas, bem como em pesquisas, planejamentos, avaliações e capacitações dos serviços e de seus profissionais. Também abarca a participação de usuários e suas famílias em organizações da sociedade civil em geral, como associações de bairro, organizações não-governamentais (ONGs), movimentos sociais, ou, em específico, no campo da saúde mental, como associações de saúde mental e movimentos de defesa de direito dos usuários, como o Movimento da Luta Antimanicomial (VASCONCELOS, 2003).

Em suma, abrange ações que valorizam “[...] o ponto de vista, o testemunho, e a voz dos que viveram ou vivem concretamente, no plano pessoal, os problemas mentais” (VASCONCELOS, 2003, p. 32).

2.1.8. Narrativas Pessoais de Vidas com Transtorno Mental

Baseia-se na confecção de relatos orais ou escritos, em primeira pessoa, por usuários, sobretudo aqueles que se encontram em estágios avançados de recuperação, e familiares, sobre suas histórias pessoais e experiências em situações de crise e de dificuldades, bem como sobre suas vivências nas estratégias de recuperação desenvolvidas no seu processo de cuidado (VASCONCELOS, 2003).

São instauradas, a partir das narrativas, perspectivas pessoais, sociais e políticas dos usuários, as quais são ancoradas no plano existencial e concreto onde desenvolvem suas vidas e os acontecimentos relativos a ela, contribuindo, assim, para ressignificar experiências de crise, ampliar a aceitação da condição de sofrimento mental, promover a troca de experiências e estratégias de recuperação coletivamente, afirmar a experiência subjetiva, desvelar as relações de poder que implicam os usuários e assumir uma voz autêntica como instrumento de mudanças social, cultural e institucional da sociedade (VASCONCELOS, 2003).

2.2. Níveis de Implementação no Processo de Empoderamento

Neste tópico, abordaremos a concepção de diferentes níveis das práticas profissionais e sociais de implementação do empoderamento.

Ao realizar uma revisão bibliográfica crítica de autores britânicos, articulada com algumas experiências brasileiras no campo da saúde sobre o empoderamento, Vasconcelos (2003) atentou para os níveis de ação das práticas de promoção de empoderamento. Segundo o autor, a compreensão desses níveis é complexa, pois eles estão profundamente implicados. As ações de implementação são transversais e culminam, então, em contornos não tão claros entre eles. Nesse sentido, Carvalho (2004) e Kleba e Wendausen (2009) apontam para essa interdependência entre os níveis das práticas de empoderamento. Frisamos que a abordagem do empoderamento em níveis se mostra relevante para esta pesquisa porque ela articula as práticas profissionais e sociais ao desenvolvimento do empoderamento dos sujeitos, que é justamente o objeto deste estudo.

Destacamos três níveis da perspectiva de Vasconcelos (2003): autoempoderamento (*autoempowerment*), cuidado de si e demais estratégias de ajuda e defesa dos direitos individuais; empoderamento grupal (*empowerment* grupal); e empoderamento comunitário (*empowerment* comunitário).

O nível de **autoempoderamento, cuidado de si e demais estratégias de ajuda e defesa dos direitos individuais** é subdividido por Vasconcelos (2003) em *o cuidado de si e a autodefesa* e *o empoderamento (empowerment) de outras pessoas*.

O cuidado de si e a autodefesa (empoderamento pessoal) consistem em

[...] dispositivos de cuidado de si no plano individual, com variadas abordagens que enfatizam diferentes aspectos, tais como sociais, políticos, psicológicos e/ou espirituais, para elaboração, crescimento pessoal, desenvolvimento de autoestima e assertividade, bem como de defesa de direitos individuais, por parte de cada indivíduo. (VASCONCELOS, 2003, p. 262)

Nesse empoderamento pessoal, o autor aponta para as seguintes práticas de implementação: biografias, histórias de vida e narrativas pessoais; estratégias de cuidado de si e recuperação; busca de suporte em estratégias terapêuticas profissionais da psicologia e psiquiatria; esquemas de autodefesa de direitos; e prática reflexiva (VASCONCELOS, 2003).

Salientamos, a respeito da prática reflexiva, a importância do pensamento de Paulo Freire. Este foi um dos principais pensadores brasileiros do campo da educação, principalmente da educação popular, premiado e reconhecido nacional e internacionalmente,

em especial, por autores britânicos (VASCONCELOS, 2003). Paulo Freire contribuiu para a educação popular e diversos outros campos do conhecimento, como a educação popular em saúde no Brasil, ao elaborar e teorizar a prática pedagógica, compreendendo-a também como ação política para a emancipação das populações oprimidas.

Freire, portanto, produziu um método educacional antiopressivo, que adotou como princípios éticos o engajamento existencial e político da prática, a fim de construir relações horizontais e participativas entre os atores envolvidos no processo pedagógico. Um dos fundamentos do pensamento freireano é a prática como principal guia para a reflexão, e esta para a conseqüente ação reflexiva. O processo reflexivo da prática e do mundo pelo educando possibilita a sua *conscientização* para agir reflexivamente sobre a realidade e as condições de onde habita (FREIRE, 2007).

A conscientização é um processo de conhecimento que se dá na relação dialética homem-mundo, num ato de ação-reflexão, isto é, se dá na práxis (FREIRE, 1979). Conscientizar não significa manipular, conduzir o outro a pensar como eu penso; conscientizar é “tomar posse do real”, constituindo-se o olhar mais crítico possível da realidade; envolve um afastamento do real para poder objetivá-lo nas suas relações. (BAQUERO, 2012, p. 181)

Assim, a prática reflexiva abarca a ação profissional comprometida, ética e politicamente, com a horizontalização (democratização) das relações e saberes entre os atores envolvidos por meio do diálogo, no sentido de produzir uma leitura reflexiva sobre a realidade e suas relações de opressão, com o propósito de promover o empoderamento conjunto dos sujeitos e transformações em seu campo existencial concreto (BAQUERO, 2012; FREIRE, 2007; VASCONCELOS, 2003).

Retomando a discussão sobre os níveis de ações do empoderamento, Vasconcelos (2003) disserta sobre as práticas de *empoderamento para outras pessoas* no nível do empoderamento pessoal. Tais ações não são somente promovidas por trabalhadores, mas também pelo movimento dos usuários – no cenário britânico, neste caso. Vasconcelos ainda acena para a grande importância de Faleiros (1999) sobre as formulações estratégias de empoderamento de outras pessoas.

Faleiros (1999) formula as seguintes estratégias de intervenção profissional para o empoderamento (fortalecimento) de usuários:

- a) **Rearticulação de referências sociais:** consiste no processo de compreensão dos problemas da vida concreta dos sujeitos, levando-se em consideração sua trajetória de

vida, seus direitos e sua cidadania, sua participação e tomada de decisão, informações sobre seu cotidiano e a busca do “[...] reconhecimento das redes em que convive e relações de opressão, discriminação e intolerância que sofre” (FALEIROS, 1999, p.79).

- b) **Rearticulação de patrimônios ou capitais:** implica dispositivos de acesso a recursos, equipamentos e benefícios, fortalecendo a condição de reprodução dos sujeitos e o atendimento às suas necessidades, o que exige o conhecimento de recursos e dispositivos das políticas sociais e de sua operacionalização (FALEIROS, 1999).
- c) **Contextualização:** objetiva “[...] retirar os problemas de sua circunscrição limitada, para considerar as relações de força, ou melhor, de dominação em suas tendências mais gerais, sem perder de vista os planos de intervenção mais específicos e particulares” (FALEIROS, 1999, p. 79).
- d) **Articulação institucional:** busca “[...] reforçar as alianças com os usuários, estabelecendo os níveis e ritmos das intervenções, os recursos e as oportunidades de usá-los, o envolvimento de diferentes setores institucionais, da sociedade e da família” (FALEIROS, 1999, p. 80).

Outro nível de ações de empoderamento apresentado por Vasconcelos (2003) é o **empoderamento grupal**. De acordo com ele, o trabalho grupal tem potencial para

[...] prover suporte emocional e real para os indivíduos, reduzir o risco de isolamento, estimular a troca de experiências, oferecer oportunidades para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, ser base para o processo de conscientização, engajamento em iniciativas de ação social e política, militâncias e mobilizações em geral. (VASCONCELOS, 2003, p. 270)

Os grupos, no esteio de ações antiopressivas e de empoderamento, podem ser classificados, quanto ao seu formato, em:

- a) **Grupos completamente autônomos:** sem apoio profissional;
- b) **Grupos liderados por usuários:** com assessoria técnica/profissional temporária;
- c) **Grupos mistos:** onde usuários, familiares e profissionais possuem o mesmo status; e
- d) **Grupos guiados por profissionais:** onde a condução está sob a responsabilidade dos profissionais.

Os grupos podem também ser divididos em relação ao seu propósito:

- a) **Grupos terapêuticos:** guiado por profissionais;
- b) **Grupos de ajuda mútua:** liderados por usuários ou completamente autônomos;
- c) **Grupos de suporte mútuo:** advindos geralmente de grupos de ajuda mútua; e
- d) **Grupos de conscientização, defesa de direitos e militância:** podem ser autônomos, liderados por usuários ou mistos.

O **empoderamento comunitário**, para Vasconcelos (2003), “[...] está relacionado a coletividades específicas nas sociedades, visando a luta contra relações sociais de opressão” (VASCONCELOS, 2003, p. 274). Em suma, correlaciona-se a quaisquer estratégias de resistência e de estímulo a ações na comunidade para confrontar a exclusão social e a discriminação.

Outros autores, além de Vasconcelos (2003), também investigam os níveis das práticas de empoderamento. Carvalho (2004), no exame de autores anglo-saxões sobre empoderamento em promoção à saúde, classifica o processo de empoderamento em dois níveis: psicológico e comunitário.

O empoderamento psicológico abrange o desenvolvimento de maior controle dos sujeitos sobre a própria vida, mediado pelo sentimento de pertencimento a determinados grupos. Essa concepção enfatiza a autodeterminação de indivíduos e grupos – interpelação da filosofia liberal – e tende a ignorar fatores sociais e estruturais da condição humana, rompendo artificialmente sua ligação com o contexto sociopolítico em que se encontram inseridos. Carvalho (2004) atenta que tal discurso se voltou a práticas adaptativas no âmbito social e da saúde, representando, pois, retrocessos nas políticas públicas neoliberais. Essa perspectiva não coloca em questão a redistribuição do poder e recursos na sociedade, além de se tornar mantenedora do *status quo* social.

O empoderamento comunitário, como descreve Carvalho (2004), consiste no “[...] processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder (“*disempowerment*”) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas” (CARVALHO, 2004, p. 1092). Nessa perspectiva, o processo de empoderamento se desenvolve nas dimensões micro, meso e macropolíticas, como em um *continuum*, onde as ações se configuram como transversais a essas esferas.

Como afirma Carvalho (2004), o empoderamento comunitário implica em mudanças nas práticas de saúde e em sua promoção, para o desenvolvimento, na tradição freireana, da

consciência crítica dos indivíduos e coletivos, com vistas a intervir na realidade. Portanto, o nível comunitário engloba o nível psicológico e, conseqüentemente, o complexifica.

Kleba e Wendausen (2009), na revisão de autores europeus e anglo-saxônicos sobre o empoderamento na saúde, tipificam três níveis vinculados às relações de poder mediadas pela prática: empoderamento pessoal ou psicológico; grupal ou organizacional; e estrutural ou político. As autoras sintetizam dessa forma os três níveis:

O **nível pessoal** desencadeia convicção acerca da própria competência e capacidade (poder influenciar decisivamente situações); compreensão crítica sobre o contexto e as relações sociopolíticas; autoconfiança e disponibilidade para tomar o destino nas próprias mãos; e o desejo de ser ativo e de exercer influência sobre o meio. O empoderamento pessoal possibilita a emancipação dos indivíduos, com aumento da autonomia e liberdade. O **nível grupal** desencadeia respeito recíproco e apoio mútuo entre os membros do grupo, perseguição de objetivos idealizados, um know-how prático e orgulho partilhado por todos acerca de “seu projeto”. Além disso, promove estruturas decisórias participativas, ação social coletiva, articulação em rede com outras pessoas e organizações. O empoderamento grupal promove o sentimento de pertencimento, práticas solidárias e de reciprocidade. O **nível estrutural** desencadeia sensibilização para recursos existentes, utilização de oportunidades de apoio externo, mediação de capacidades associativas, motivação com ideias e visões ou com iniciativas e projetos que promovem ações conjuntas. Além disso, ele promove inserção nos projetos sociais e políticos, criação e conquista de espaços de participação na perspectiva da cidadania. O empoderamento estrutural favorece e viabiliza o engajamento, a corresponsabilização e a participação social. (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p. 742, grifo das autoras)

Tais autoras apontam ainda para a complexidade das relações de poder e como estas se (re)produzem em “arenas conflitivas” que devem ser mediadas pelos profissionais nas práticas, esses assumindo importante papel de propulsores dos processos de empoderamento, “[...] objetivando uma participação simbólica e real na busca da democracia e equidade” (KLEBA; WENDAUSEN, 2009, p.742).

2.3. Considerações sobre o Processo de Empoderamento de Usuários e Familiares da Saúde Mental

O conceito de empoderamento em saúde mental, como pudemos acompanhar nas seções anteriores, é oriundo de países anglo-saxônicos e do norte da Europa. Define-se como uma estratégia social e política dos usuários que é marcada, sobretudo na cultura de países capitalistas centrais, pela independência e autonomia (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013a). Nesse sentido, é relevante a contextualização dos processos de empoderamento em saúde mental emersos de conjunturas sociais, políticas, financeiras e culturais tão distintas das do cenário latino-americano e brasileiro, bem como das

peculiaridades desses ambientes, que interferem diretamente na construção daqueles processos.

Vasconcelos (2003) ressalta algumas características predominantes de nossa sociedade e cultura que intervêm no desenvolvimento do empoderamento dos usuários e de suas famílias no campo da saúde mental. São elas: a cultura hegemonicamente hierárquica e que valoriza os laços dependentes de redes familiares e afins; a profunda desigualdade social com brutais diferenças de acesso aos bens materiais e serviços, culminando em reivindicações pautadas na luta por direitos sociais básicos; a recente história nacional do Terceiro Setor (ONGs, associações etc.); a difícil adesão de militantes da classe média que possuam maior articulação do “[...] ponto de vista linguístico, cultural e teórico-político” (VASCONCELOS, 2003, p. 46); o movimento social de usuários e familiares e suas principais lideranças que surgem a partir dos serviços de atenção psicossocial recentemente implantados; e o papel central de profissionais no cuidado em saúde mental e consequente baixa partilha de práticas, gestão e suporte.

Nesse sentido, as singularidades de nossa cultura contrastam nitidamente com a cultura individualista e com o sistema do bem-estar social promovidos nos países anglo-saxões e do norte europeu, o que indica que a simples transposição de práticas e estratégias de empoderamento daqueles contextos para a realidade brasileira poderia não desenvolver, efetiva e concretamente, processos de fortalecimentos dos atores sociais visados.

Com relação ao papel dos profissionais da saúde mental, estes ocupam posição central e estratégica para o fomento do empoderamento de usuários e familiares, por meio de práticas voltadas para processos de fortalecimento e autonomia ou através de incentivo direto de seu movimento social.

Vasconcelos (2003), entretanto, atenta para o aprofundamento de políticas neoliberais, no contexto nacional, que geram subfinanciamento, sucateamento e privatização das políticas sociais e serviços, com clara precarização das condições de trabalho e dos direitos dos trabalhadores, o que contribui para os profissionais da saúde mental secundarizarem as questões atinentes ao empoderamento de usuários e familiares em suas práticas.

Conjugada à precarização do trabalho em saúde mental, há a visão hegemônica de que o tratamento e o cuidado constituem uma prerrogativa técnica entre os atores sociais do campo.

Conforme Vasconcelos (2013b),

Ainda é hegemônica aquela visão mais convencional de que tratamento e cuidado constituem uma prerrogativa dos profissionais e trabalhadores, de que a participação se dá apenas no processo de escuta e de prover informação relativa ao tratamento a usuários e familiares, ou nas assembleias dos serviços, ou ainda no máximo no ativismo direto nos conselhos de controle social. (VASCONCELOS, 2013b, p. 2829)

Quanto às práticas da saúde mental, é válido ressaltarmos que o conceito de empoderamento não é equivalente à concepção de desinstitucionalização, mesmo que esta guarde, similarmente, ideais de autonomia e emancipação dos sujeitos, assim como de preservação ao direito à autodeterminação e integralidade desses. Os conceitos citados partem de perspectivas e contextos sociais, políticos e culturais distintos: enquanto o empoderamento remete-se à cultura individualista e autonomista, que transita no limiar dos ideais neoliberais dos países anglo-saxões, a desinstitucionalização compreende uma estratégia ampla, emersa da cultura latino-mediterrânea, que guarda grande similaridade com nossa cultura, que valoriza redes relacionais interdependentes e de hierarquização das relações.

Contudo, como acena Vasconcelos (2013b), o empoderamento pode se constituir como meio instituinte para romper com a cronificação de usuários e familiares que desempenham papel passivo e de submisso nos serviços do campo da saúde mental. Dessa forma, pode se desenvolver ainda como caminho da desinstitucionalização de papéis e práticas no campo psicossocial, a fim de construir percursos autônomos dos atores sociais envolvidos para além dos serviços substitutivos.

Hoje, um dos riscos reconhecidos de forma praticamente consensual entre as lideranças do movimento antimanicomial no país é a **crystalização da rotina e do papel de uma relativa passividade dos usuários e familiares** nos novos serviços. Da mesma forma, também os profissionais, as equipes e seus dispositivos de ação tendem a se institucionalizar e entrarem na rotina cotidiana, na direção da repetição e da rigidez, o que acaba estimulando a reprodução da mentalidade manicomial até mesmo dentro dos novos serviços. Esta tendência à institucionalização é enfaticamente reconhecida como um componente intrínseco aos processos grupais, organizacionais e institucionais, pelas abordagens sartriana, basagliana e pelas várias vertentes da análise institucional, que sustentam nossas abordagens principais na reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, estas abordagens chamam também e enfaticamente a atenção para se estimular os **processos instituintes** nos grupos e instituições, e é isso que sustenta um dos aspectos centrais da ideia de **desinstitucionalização**, como um princípio tão caro para nossa estratégia como movimento social e como política pública. Nesta direção, as estratégias de empoderamento significam estimular os atores sociais que mais têm este potencial instituinte, pela posição de interessados mais diretamente na qualidade dos serviços (VASCONCELOS, 2013b, p. 83, grifo nosso).

Verificamos, assim, que existem indícios de convergência possível entre o empoderamento e os princípios da desinstitucionalização. É sobre esse esteio que construímos

a compreensão dos processos de empoderamento de usuários e familiares ligada às práticas nos novos serviços substitutivos de saúde mental, alinhados à perspectiva da desinstitucionalização, como exposto no capítulo introdutório.

3. OS CAPS E OS DESAFIOS DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES

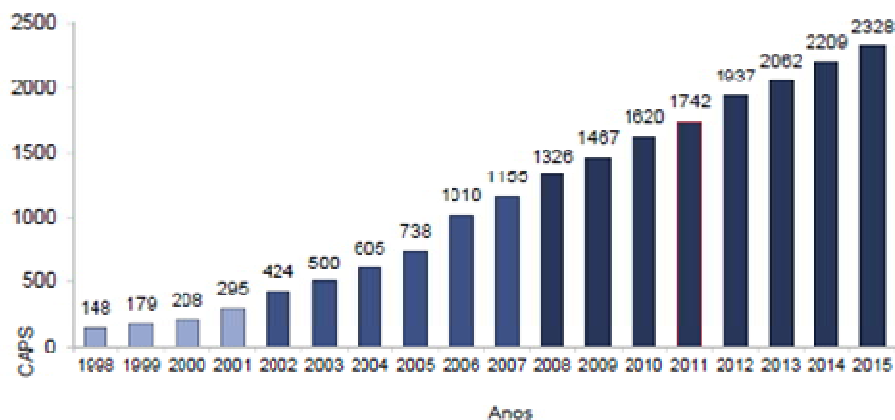
Na esteira da luta social por cidadania e participação social no âmbito da saúde mental, defendida especialmente pelo Movimento da Luta Antimanicomial, foram criados os primeiros serviços substitutivos à lógica manicomial brasileiros, no final da década de 1980. A proposta de serviços territoriais abertos foi adotada como política pública em saúde mental no âmbito nacional, para a substituição da assistência hospitalocêntrica. Para tanto, foram apresentadas novas estratégias, práticas e visões sobre a loucura e seu cuidado (AMARANTE, 1998; NICÁCIO, 2003).

Sob a terminologia de *atenção psicossocial*, os dispositivos de saúde mental foram criados adotando um modelo de cuidado alicerçado em perspectivas ético-políticas que se colocavam radicalmente contrárias às concepções e às práticas do modelo manicomial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Ao adjetivar como *psicossociais* os novos serviços em saúde, sublinha-se, com isso, a complexificação do “objeto” das novas práticas de atenção, associando-o, conceitual e eticamente, à proposta experimentada pela Psiquiatria Democrática Italiana de desinstitucionalização.

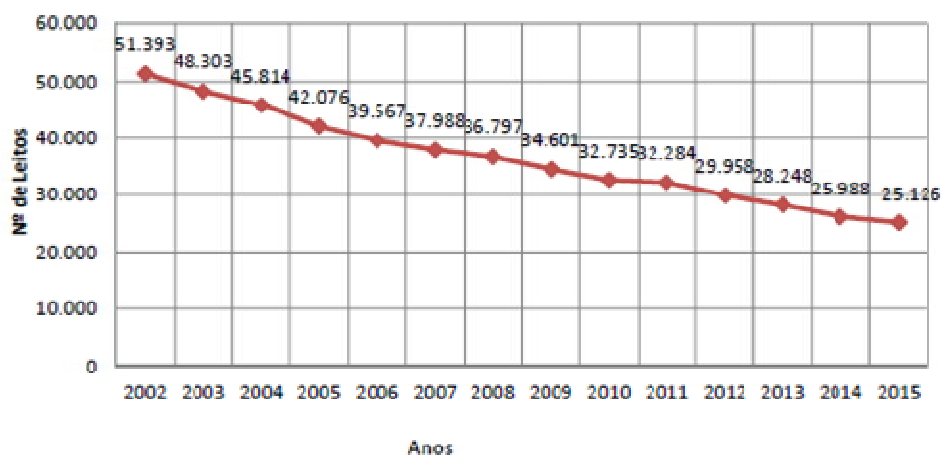
Após a promulgação da Lei n. 10.216/2001, intitulada Lei “Paulo Delgado”, instituiu-se a efetiva reorientação da atenção à saúde mental, que culminou na construção e expansão da rede de serviços psicossociais substitutivos à lógica asilar, sendo instaurada como política de Estado.

Nos tempos atuais, os serviços substitutivos de atenção à saúde mental são realidade na política de saúde. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, há um crescimento constante do número de serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial⁴ (RAPS) – centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência, entre outros equipamentos – em âmbito nacional, acompanhado por paulatino decréscimo do número de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2016). Podemos observar tal reorientação da atenção nos gráficos a seguir: o primeiro apresenta a expansão dos CAPS em escala nacional, e o segundo, a diminuição dos leitos psiquiátricos no SUS.

⁴ Consiste na rede “de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2011), instituída pela portaria nº 3.0888 de 2011 pelo Ministério da Saúde, Brasil.

Gráfico 1 – Série Histórica de Expansão dos CAPS (Brasil, dez. 1998 – 2015)

Fonte: BRASIL, 2016, p. 45.

Gráfico 2 – Leitos do SUS em Hospitais Psiquiátricos (Brasil, dez. 2002 – dez. 2015)

Fonte: BRASIL, 2016, p. 69.

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) são centros constituídos

[...] por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (BRASIL, 2011)

Os CAPS são classificados em diferentes modalidades. Por exemplo,

[...] CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; [...] CAPSad: atende adultos [...] com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; [...] CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011)

A RPB ainda está em curso, não linearmente ou sem reveses, mas se constituindo em meio ao campo de confronto entre novos e antigos saberes, poderes e cuidados dos sujeitos em sofrimento mental, produzindo, pois, contradições e confrontações entre as práticas empreendidas na atenção à saúde mental.

Pande e Amarante (2011) anunciam uma nova cronicidade emergente em um serviço de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. Em seu estudo, revelam as contradições nas práticas desenvolvidas no referido serviço, que conserva a preocupação de agir territorialmente e favorecer o protagonismo e a cidadania de usuários e familiares, embora se reconheça, por vezes, fechado em si mesmo e tutor das ações das pessoas atendidas. Os autores constataam que “[...] os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo” (PANDE; AMARANTE, 2011, p. 2075).

Figueiró e outros (2011), ao analisarem a participação social de usuários na rede de saúde mental de Natal/RN, constataram o desempoderamento de usuários que não são incentivados a estratégias de ajuda ou suporte mútuos pela equipe técnica dos CAPS, bem como a forma como são alijados da participação na gestão do serviço, sendo somente submetidos às decisões técnicas.

O que se percebe nos CAPS pesquisados é uma estrutura rígida, um funcionamento estático e definido pelos técnicos, quando são os usuários quem deveriam ter maior possibilidade de gestão e invenção das atividades, já que são as suas vidas que estão em jogo. (FIGUEIRÓ *et al.*, 2011, p. 58)

Outras produções, como a de Figueiró e Dimenstein (2010) e a de Costa, Figueiró e Freire (2014), assinalam que as práticas desenvolvidas nos CAPS investigados pouco contribuíam para a produção de autonomia pessoal e/ou coletiva dos usuários, dada a reprodução de relações tutelares e hierarquizadas entre os atores sociais dos serviços substitutivos. De modo semelhante, Severo e Dimenstein (2010) ressaltam a tensão presente, de modelos de atenção, nas práticas de um serviço de saúde mental, que gera constrangimentos à participação de usuários na gestão de seu cuidado, ao passo que também promove algumas rupturas da lógica manicomial, reproduzida dentro do equipamento.

Onocko (2013) atenta para a ambivalência dos usuários de serviços substitutivos de saúde mental, como sujeitos ativos ou passivos, frente ao tratamento nesses equipamentos, que, predominantemente, foca no cuidado medicamentoso.

Os novos serviços substitutivos, criados na perspectiva da desinstitucionalização como política pública nacional e atual do campo da saúde mental, não asseguram que suas práticas desenvolvam processos de empoderamento de usuários e suas famílias, no sentido de sua emancipação individual e coletiva, como podemos observar nos estudos mencionados acima.

Assim sendo, é altamente relevante desenvolvermos um estudo em um dos atuais serviços psicossociais substitutivos, como o CAPS, justamente com o propósito de investigar as práticas empreendidas nesses lugares e sob quais construções se cria o empoderamento de usuários e seus familiares, visto que este processo é entendido como a prerrogativa das novas práticas da Atenção Psicossocial, ainda que não seja necessariamente garantido nos novos dispositivos de saúde mental.

Esta pesquisa buscou averiguar as práticas desenvolvidas pelo CAPS II do município de Itanhaém/SP, equipamento onde o autor trabalha como psicólogo.

O CAPS II está situado em Itanhaém, cidade localizada no litoral sul-paulista. O município possui, segundo o censo demográfico de 2010, 87.057 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013), dos quais 99,06% se concentram na região urbana (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2013), compondo uma densidade demográfica de 144,69 hab./km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). O índice de desenvolvimento humano (IDH) do local é de 0,745, considerado alto. Entretanto, encontra-se abaixo da média, em comparação com o índice estadual, que é de 0,783. Assim, o município foi categorizado no Grupo 4 do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) de 2010, o que significa que a cidade apresenta “[...] baixos níveis de riqueza e nível intermediário de longevidade e/ou escolaridade” de sua população (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2013), sendo que, em 2010, 28,23% dos domicílios particulares do município possuem renda per capita de até ½ salário mínimo.

A rede pública de saúde é formada por dez Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas por todo território municipal, e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), entre outros serviços, como Centro de Infectologia, de Reabilitação e de Especialidade de Diabetes, Ambulatório de Especialidades Médicas e outros mais. Ressaltamos que todos os serviços públicos da cidade são de gestão direta, ou seja, são geridos e executados por profissionais da Prefeitura Municipal, majoritariamente contratados em regime estatutário.

Na esfera da saúde mental, são três os CAPS que compõem a rede, todos funcionando sob modalidades distintas: um CAPS II, um CAPSad e um CAPSi. Vale destacarmos que os dois últimos foram credenciados no Ministério da Saúde somente em 2012.

O CAPS II, prioritariamente, atende pessoas em sofrimento mental severo e persistente e seus familiares, oferecendo também assistência àqueles que necessitem em momentos de crise ou agravamento do sofrimento psíquico. Para tanto, esse CAPS proporciona suporte multidisciplinar realizado por três psicólogos, uma assistente social, uma enfermeira, dois psiquiatras, uma supervisora técnica, uma servente, uma recepcionista e um coordenador administrativo, em jornada diária de dez horas durante os cinco dias úteis da semana.

4. OBJETIVO

Esta pesquisa objetiva investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas desenvolvidas pelo CAPS II do município de Itanhaém/SP até agosto de 2015.

4.1. Objetivos Específicos

- a) Analisar, a partir da perspectiva do empoderamento, as práticas empreendidas no CAPS II de Itanhaém/SP;
- b) Compreender as condições institucionais que contribuem ou não para o empoderamento de usuários e seus familiares;
- c) Averiguar as ações, opiniões e intenções dos atores sociais da instituição relacionadas ao empoderamento dessa clientela.

5. MÉTODO DE PESQUISA

Empreendemos uma pesquisa qualitativa participante no equipamento de saúde mental supracitado. Minayo (2006) entende as metodologias de pesquisa qualitativa como

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, as relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 2006, p. 22)

Ou seja, o método qualitativo consegue apreender a realidade sem ignorar sua riqueza de sentido e intenção, considerando estes relevantes e intrínsecos à existência, às ações e às relações humanas.

Minayo discorre ainda sobre o método qualitativo. Para ela,

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2014, p. 57)

O método qualitativo dirige-se ao estudo do humano e de suas realizações, sejam materiais ou subjetivas. Segundo Minayo (2014), a metodologia qualitativa vem se desenvolvendo através das Ciências Sociais, e dessas surgiram as pesquisas sociais em saúde. A autora explica a pesquisa social e sua especificidade no campo da saúde:

Defino como Pesquisa Social os vários tipos de investigações que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. [...] Conceituo como Pesquisa Social em Saúde todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais. (MINAYO, 2014, p. 47)

Posto isto, podemos dizer que a pesquisa social em saúde visa a investigar as relações e ações humanas estabelecidas nas diferentes instituições implicadas com o fenômeno saúde/doença, levando-se em consideração as forças políticas nele inerentes.

Minayo (2012) salienta que a pesquisa se funda no vínculo entre pensamento e ação e, portanto, se constitui em meio de uma problematização da vida prática. Em seus dizeres:

[...] embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, **nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.** As questões da investigação estão, portanto,

relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção da vida real, nela encontrando suas razões e seus objetivos. (MINAYO, 2012, p. 16, grifo nosso)

Por esse aspecto, a pergunta colocada nesta pesquisa surge do interesse e da intenção de problematizar uma questão da vida prática: o empoderamento de usuários e familiares – entendido aqui como intencionalidades pretendidas nas práticas propostas pela política pública de saúde mental – durante as intervenções realizadas pelo referido CAPS II no atual contexto da política pública de saúde mental vigente.

5.1. Sujeitos da Pesquisa e Critérios de Inclusão

Os sujeitos da pesquisa foram alguns dos atores sociais implicados nas práticas desenvolvidas no CAPS citado, portanto, partes constituintes do serviço psicossocial: usuários e familiares.

Os critérios de inclusão para ambos os sujeitos foram: manifestação livre para participar da pesquisa; ser maior de 18 anos de idade; e ter vínculo de seis meses ou mais com o CAPS II até o início dos grupos focais.

5.2. Metodologia da Pesquisa

Lançamos mão dos seguintes meios metodológicos para a produção das informações da pesquisa: primeiramente, levantamento histórico-documental do CAPS; observação participante das práticas desse serviço; e, por fim, grupos focais com os usuários e seus familiares, formados separadamente com os diferentes atores, em dois momentos distintos, com cada grupo formado. Para a análise da produção de informações, foi usado o método da hermenêutica dialética (MINAYO, 2014).

A princípio, realizamos o levantamento histórico-documental, ou seja, uma análise documental, que consistiu em uma pesquisa em atas de reuniões e assembleias, livros, registros gráficos, fotos, produções audiovisuais, entre outros registros materiais que detinham e expunham a história da instituição pesquisada e de seus atores sociais.

Em seguida, foi realizada a observação participante, que é definida como

[...] um processo pelo qual um pesquisador coloca-se como um observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social

deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o pesquisador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente. (MINAYO, 2014, p. 70)

A observação participante, enquanto técnica estabelecida pela etnografia (SATO; SOUZA, 2001), consiste em uma abordagem metodológica que visa a compreender os significados, as relações e a cultura dos interlocutores, em toda sua complexidade e singularidade cotidiana.

Nos dizeres de Sato e Souza (2001),

A etnografia é uma estratégia que informa o trabalho de pesquisa, rica para o estudo dos processos e interações sociais, das práticas e das representações. Possibilita por todas as suas características, acessar a complexidade, a singularidade, a “arte de fazer”, como diz Certeau (1994), que constituem as atividades diárias das pessoas. (SATO; SOUZA, 2001, p. 34)

Para isso, torna-se inevitável a implicação do pesquisador com os interlocutores no contexto pesquisado. Como atentam Sato e Souza (2001), a presença do pesquisador na realidade investigada não é neutra, pois se encontra sempre envolta de interesses e poderes nas relações com as pessoas desse processo.

A mútua implicação entre pesquisador e interlocutores e sua realidade poderia ser entendida como inconveniente dentro do paradigma positivista da ciência; porém, exatamente nessa afetação recíproca, é que se localizam “[...] uma virtude e uma necessidade” (MINAYO, 2014, p. 70) dessa técnica, que permite ao pesquisador adentrar o espaço do outro que investiga, compreendendo seu lugar.

Sato e Souza (2001) destacam a importância, no processo etnográfico, da autorreflexão do pesquisador, pois é a partir dela que se constroem as relações com os interlocutores e seu contexto. Além disso, é essa autorreflexão que possibilita ao pesquisador articular sua intervenção com a teoria e suas hipóteses.

O processo de pesquisa etnográfica requer do pesquisador que preste muita atenção nele mesmo, uma vez que é a sua relação com as pessoas do local e dele com as teorias e hipóteses que gerarão os achados. (SATO; SOUZA, 2001, p. 34)

Contudo, no encontro do pesquisador com os interlocutores, na perspectiva etnográfica, constrói-se também a mútua interpretação desses sujeitos, produzindo o espaço compartilhado da compreensão e, portanto, considerando “os pesquisados” como colaboradores desse processo.

Na situação de campo, pesquisador e colaborador fazem um esforço intelectual, cognitivo e afetivo de mútua compreensão, negociando a pertinência de determinadas temáticas, aprofundando a exposição de modos de sentir e de pensar, retomando aspectos lacunares, obscuros ou intrigantes dos relatos e das observações e reassentando, sempre que necessário, uma espécie de contrato ou pacto de trabalho compartilhado. (SCHMIDT, 2006, p. 36)

Para o registro das observações feitas, foi utilizado o instrumento de diário de campo. Minayo (2014) o conceitua como

[...] um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos. (MINAYO, 2014, p. 295)

Em seguida, foram organizados grupos focais com usuários e familiares, separadamente com cada um desses dois segmentos, a fim de garantir a homogeneidade dos grupos, levando-se em consideração que a heterogeneidade dos atores, em um mesmo conjunto, pode levar à inibição da relação interpessoal ou da declaração de posicionamento (MIRANDA *et al.*, 2008). Aqui, vale salientar que os participantes do grupo focal de familiares não foram necessariamente os cuidadores dos sujeitos do grupo focal de usuários.

Minayo (2012) caracteriza os grupos focais como “[...] reuniões com pequeno número de interlocutores (seis a doze)” (MINAYO, 2012, p. 68) nas quais se prevê um animador, que conduz e coordena a discussão em grupo, e um relator, que auxilia o coordenador e grava em registros fidedignos a conversa realizada. A mesma autora ressalta que

[...] os grupos focais têm ainda a qualidade de permitir a formação de consensos de determinado assunto ou de cristalizar opiniões díspares, a partir de argumentações, ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária. (MINAYO, 2012, p. 69)

Em todos os encontros dos grupos focais, foram utilizados aparelhos eletrônicos de gravação de áudio para facilitar o registro e análise das informações produzidas.

Para o desenho metodológico, adotamos um posicionamento ético-político de desenvolver uma pesquisa qualitativa que pudesse intervir na realidade à qual se deseja investigar, com o propósito de construir, por meio dessa ação, um conhecimento compartilhado e participativo com os sujeitos da pesquisa, não os considerando como meros informantes, mas agentes ativos da construção do conhecimento, conforme pesquisas

realizadas na mesma linha metodológica (ONOCKO, 2011; ONOCKO *et al.*, 2008; VASCONCELOS, 2013a).

Além da observação participante, foram formados dois grupos focais, um com usuários e outro com familiares. Cada um dos conjuntos de sujeitos participou de dois momentos distintos de encontros. No primeiro momento, cada grupo de participantes construiu discussões coletivas a partir de roteiros previamente montados. Estes foram confeccionados, especificamente, para cada um dos grupos mencionados, como consta no Apêndice A. Os roteiros foram criados inspirados em roteiros utilizados na investigação de Miranda e outros (2008), sendo realizadas, entretanto, algumas modificações.

A partir do conteúdo manifesto nas discussões dos primeiros grupos focais – denominados, aqui, como grupos focais narrativos (GFn) –, foi confeccionada uma narrativa para cada grupo, visando a condensar em uma história a discussão coletiva empreendida nos próprios grupos, preservando convergências e dissensos (MIRANDA *et al.*, 2008, p.262), conforme o método descrito por Onocko (2008).

As narrativas, conforme Ricoeur (1994), “[...] são histórias não (ainda) narradas”, ou seja, elas “[...] emergem como resultados da inter-relação das forças sociais e caracterizam equacionamentos possíveis do fluxo histórico e social” (ONOCKO; FURTADO, 2008, p. 327).

Para confeccionar as narrativas, foram utilizadas as gravações de áudio das discussões coletivas de cada um dos GFn. Mediante a transcrição fidedigna e integral dessas discussões, foi empreendida a construção das histórias narradas.

Tais narrativas foram formadas a partir de núcleos argumentais manifestados nas discussões dos GFn (MIRANDA *et al.*, 2008, p. 269). O núcleo argumental “[...] é o conjunto de frases que não somente se referem a um tema, também tenta atribuir a ele algum tipo de explicação. Explicação no sentido de um porquê, de um para quê e de um como” (ONOCKO, 2011, p. 1278).

As narrativas construídas foram compartilhadas em um segundo encontro com os mesmos grupos que as originaram, isto é, com os mesmos participantes dos GFn. Nesses grupos, elas foram lidas aos participantes, que puderam modificá-las, acrescentando trechos e substituindo ou subtraindo palavras ou pedaços das histórias narradas. Com isso, deflagramos efeitos de narratividade, ou seja, produzimos “[...] efeitos de aprofundamento das questões sobre temas pouco desenvolvidos na primeira sessão” (ONOCKO, 2011, p. 1275).

A segunda rodada dos grupos focais – dessa vez, compreendidos como grupos hermenêuticos (Gh) – não só levou à densificação dos conteúdos manifestos nos primeiros

encontros, como também ao exercício participativo e compartilhado do trabalho de interpretação com os próprios sujeitos da pesquisa, viabilizando, pois, o processo de desenvolvimento do empoderamento dos usuários e familiares na própria pesquisa, conforme as premissas de Miranda e outros (2008). Ressaltamos que as narrativas foram validadas pelos sujeitos durante os Gh.

A análise da produção de informações consistiu na construção de uma interpretação sobre as experiências vivenciadas durante o percurso metodológico da pesquisa e, por conseguinte, na elaboração dessa análise a partir dos diferentes meios empregados neste estudo.

Optamos por realizar o exercício interpretativo de análise da produção das informações pela ótica da hermenêutica dialética. Nesse sentido, Minayo (2014) destaca as balizadas da compreensão hermenêutica. Em suas palavras,

A hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre seres humanos; parte da linguagem como terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento; faz crítica das pretensões do Iluminismo que leva a ciência moderna a crer na isenção do possível dos pré-juízos, colocando-se fora do mundo da vida; investe nas possibilidades da comunicação, mas as considera em seu processo finito, marcado pela história e pela cultura e, filosoficamente, propõe a intersubjetividade como chão do processo científico e da ação humana. Por tudo isso, sob a ótica hermenêutica, entender a realidade que se expressa num texto é também entender o outro, é entender-se no outro, movimento sempre possível, por mais difícil que pareça à primeira vista. (MINAYO, 2014, p. 343)

Minayo (2014) ressalta, ainda, o escopo do entendimento na perspectiva da dialética:

[...] o exercício dialético considera como fundamento da comunicação as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas. Ou seja, entende a linguagem como um veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação, pois seus significantes, com significados aparentemente iguais para todos, escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração e também da resistência e da conformidade. Uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. (MINAYO, 2014, p. 347)

Quanto aos modos de compreensão, há distinções entre as perspectivas da hermenêutica e da dialética; no entanto, ambas coincidem no que se refere à implicação direta da história e do contexto sobre a realidade e as relações sociais que se constrói entre os seres humanos. Isso significa que qualquer análise sobre as relações humanas compreende o enlace e a mútua afetação dos sujeitos envolvidos.

Enquanto a hermenêutica busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação. Uma vez que nada se constrói fora da história, qualquer texto (em sentido amplo) necessita estar referido ao contexto no qual foi produzido, porque só poderá ser entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução nas quais se insere. Mais que isso, o cientista que analisa as questões sociais nunca poderá se esquecer de que os seres humanos não são só objeto de investigação, são também sujeitos de relações: na defesa dessa posição, a hermenêutica de Gadamer se aproxima da dialética marxista. (MINAYO, 2014, p. 347)

Nos termos de Gadamer, “[...] a compreensão jamais é um comportamento subjetivo frente a um “objeto” dado. Mas frente à história factual, e isso significa que pertence ao ser daquilo que é compreendido” (GADAMER, 1999, p. 19).

Nesse sentido, Schmidt (2006) assinala a contribuição da hermenêutica como panorama de compreensão da construção conjunta de conhecimento, nos diálogos, entre pesquisador e interlocutores nas pesquisas participantes. A hermenêutica do pesquisador e do interlocutor, sobre as relações sociais no cenário de interlocução nas pesquisas participantes, formula-se em um processo mútuo e dialético entre esses sujeitos, de modo a favorecer a democratização e o aprofundamento do saber prático.

As ações da pesquisa foram efetuadas após autorização prévia das instâncias competentes do poder municipal; também, depois da manifestação de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, conforme devida ratificação dos envolvidos nos moldes apresentados nos Apêndices B e C, respectivamente.

Frisamos que os encontros dos grupos focais de usuários e familiares ocorreram nas dependências do CAPS pesquisado, em ambiente que preservou o sigilo dos participantes e das informações. Destacamos também que não houve inclusão de nenhum participante em cada um dos conjuntos de sujeitos após sua consolidação. Atentamos que os nomes próprios dos interlocutores utilizados na análise são fictícios e não correspondem aos dos sujeitos da pesquisa, a fim de preservar suas identidades.

Resumidamente, o método consistiu em: primeiramente, a análise documental da instituição, seguida da observação participante de suas práticas; na sequência, realização de um grupo focal com usuários e outro, com familiares (GFn); e interpretação e participação direta dos Gh na produção das narrativas criadas nos GFn. A análise das informações produzidas foi construída a partir da perspectiva da hermenêutica-dialética (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em fevereiro de 2015, obtendo aprovação no vigésimo-sexto dia daquele mesmo mês, sob o registro n. 964.684/2015 (Anexo 1). O trabalho de campo deste estudo foi realizado entre janeiro e agosto de 2015.

5.3. Análise de Implicação

A análise das experiências produzidas nesta pesquisa esmiuçou os diálogos, encontros, trocas, silêncios, ações, atividades e decisões promovidas pelos referidos membros do serviço, para que se pudesse vislumbrar, a partir desses eventos, os acordos tácitos e regras explícitas da convivência rotineira da instituição.

Embora tenha sido previsto que o pesquisador fosse um agente participante da instituição analisada – e, portanto, um sujeito imbricado inevitavelmente em suas relações –, foram interpostas questões éticas quanto à condução e à produção de registros mediante essa posição dúbia de observador/trabalhador.

Concordamos com Silva, Mendes e Nakamura (2012), ao definirem ética como modo de habitar o mundo e de produção de valores e atitudes dos seres humanos. Os autores citam a reflexão de Novaes sobre a ética e sua relação com a escolha. Nesse segmento, a ética está

[...] ligada ao senso e à consciência moral, é mais do que um conjunto de normas e regras ou, ainda, mais do que mera obediência a normas e regras. A ética é morada, modo de habitar o mundo e lugar de atualização de valores e atitudes. Ou seja, a ética está implicada nas escolhas humanas que criam mundos e nos modos de valorizar e viver estes mundos. A ética é, portanto, indissociável, do tema da escolha. Sartre, o filósofo para quem escolha e liberdade configuram a condição humana, entende que os homens são seres em situação, compelidos a responder ao mundo e aos outros e que, agindo, escolhem quem são. A escolha no sentido sartreano, inventa e motiva o valor que advém da própria escolha. (NOVAES, 1992 apud SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012, p. 35)

Dessa forma, as escolhas da pesquisa, por mais que sejam livres, através do desejo e experiência do pesquisador, encontram-se irremediavelmente ligadas à responsabilidade dele nos atos relacionados aos colaboradores e à instituição pesquisada.

Na escolha de um tema de pesquisa, o pesquisador é movido por sentimentos e percepções constituídas em sua própria experiência, portanto é livre e autônomo em sua escolha, mas deve se conduzir na pesquisa, acima de tudo, pela responsabilidade de seus atos na relação com os outros. A pesquisa constitui-se assim como um caminho de responsabilidades, de construção de novas virtudes e de estabelecimento de uma postura ética, pois a ética é o campo do conhecimento prático por excelência. (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012, p. 35)

Assim sendo, uma das principais questões éticas que configuraram este estudo foi: como o trabalhador observa seu próprio trabalho, de modo que não tenda, dentro dele, realizar, por um lado, uma descrição pormenorizada e acrítica ou, por outro, empreender uma hermenêutica enviesada e antecipada de si e de sua realidade?

Tal questão exigiu uma re colocação, por parte do pesquisador, de sua realidade laboral para desenvolver uma nova visada sobre ela, sem abdicar, com isso, de estar na própria instituição de trabalho. Esse exercício subjetivo-metodológico objetivou promover um estranhamento da realidade institucional tão familiar ao pesquisador, para que pudesse observá-la de uma nova perspectiva, mas sem abandonar a posição de membro dessa realidade.

Nesse sentido, partilhamos do ponto de vista de Minayo (2014), de que a compreensão é somente possível pelo estranhamento.

[...] concordamos com uma lei da dialética, para a hermenêutica, tal como definida por Gadamer (1999), a compreensão só é possível pelo *estranhamento*, pois a necessidade do entendimento nasce do fracasso da transparência da linguagem e da própria incompletude e finitude humana. Assim, a atividade hermenêutica se move entre o familiar e o estranho, entre intersubjetividade do acordo ilimitado e a quebra da possibilidade desse acordo. (MINAYO, 2014, p. 343)

Dessa forma, esse processo não se construiu linearmente ou por constante consolidação; pelo contrário, constituiu-se dialeticamente, em meio a dúvidas recorrentes e contradições no cotidiano da experiência de campo. A clareza da proposta metodológica, cotidianamente posta em xeque pelas múltiplas solicitações emergentes e emergenciais da instituição, tornou a insegurança do pesquisador persistente, mas não estagnante, pois as questões geradas pelas constantes contradições na realidade do serviço fomentaram consigo questionamentos críticos sobre o próprio processo de observação para o pesquisador, assim como sobre a própria postura e posição do trabalhador/pesquisador.

Inerentemente, o observador/trabalhador coloca-se implicado na pesquisa participante (SATO; SOUZA, 2001; SCHMIDT, 2006), pois conjuga seu ponto de vista com outros tantos no campo de pesquisa, afetando e sendo afetado nessa relação com os outros. Neste caso, a singularidade do pesquisador, por também ocupar a posição de interlocutor, haja vista que é um profissional do campo estudado, pôde aprofundar radicalmente sua indissociabilidade com aquilo que investigava: o trabalhador/pesquisador é também o ser daquilo que é compreendido (GADAMER, 1999).

Portanto, o caminho ético da análise das experiências da pesquisa passou pela autorreflexão do próprio pesquisador/trabalhador, já que este se colocava como agente da produção das experiências em campo e da articulação das teorias e hipóteses (SATO; SOUZA, 2001). Tal posição exigiu do trabalhador/investigador que ele se ativesse a si mesmo

quanto aos questionamentos, hipóteses e afetos produzido na pesquisa, para empreender, por conseguinte, maior rigor e discernimento durante o processo.

No entanto, a autorreflexão indicada também se estruturou em conjunto com os interlocutores da pesquisa, sem os quais não se promoveria os aprofundamentos interpretativos do estudo. Assim, construímos, através da pesquisa, canais de diálogo com os colaboradores em meio ao interjogo de diferenças e interesses, que consistiram em comunidades interpretativas (SCHMIDT, 2006) de democratização do exercício interpretativo e da produção de conhecimento, sem dissolver contradições e dissensos.

6. PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

6.1. Análise Documental

Realizamos levantamento de materiais gráficos, fotográficos, audiovisuais e artísticos da instituição pesquisada, bem como análise de seus conteúdos.

O levantamento consistiu em uma pesquisa no acervo de materiais impressos da instituição, que se encontra em sua seção de administração, e na oferta de documentos e relatos informais fornecidos por duas profissionais de nível superior, que trabalharam por mais de uma década no equipamento, mediante solicitação do pesquisador principal. Compreendemos que tais trabalhadoras são atrizes importantes da história institucional, haja vista seu acesso privilegiado a documentos históricos, bem como suas largas experiências profissionais no serviço estudado. Foi igualmente imprescindível o emprego das vivências do pesquisador/trabalhador desta pesquisa para concatenar e situar alguns acontecimentos institucionais, especialmente nos anos mais recentes, levando-se em conta sua implicação na produção contemporânea da história do centro de saúde em questão.

Sendo assim, conseguimos um amplo acesso a materiais históricos:

- cinquenta (50) unidades de projetos, protocolos, relatórios e ofícios;
- seis (6) folders e postal;
- nove (9) unidades de atas, livros-atas, diários de trabalho e cadernos de anotações e registros;
- quatro (4) jornais e recortes;
- dezesseis (16) cópias e impressões de leis, portaria ministeriais, emendas, proposta e requerimentos de lei;
- cento e quarenta e três (143) fotos;
- um (1) certificado;
- dois (2) modelos de instrumentais e fluxogramas;
- três (3) vídeos produzidos; e
- quatro (4) documentos veiculados à Associação de Saúde Mental “Diferente Cidadão”.

Totaliza-se um número de duzentos e trinta e oito (238) documentos levantados. Esses materiais foram previamente divididos segundo a tipologia descrita [acima](#).

Adotamos o seguinte método: organizamos cronologicamente os documentos, sendo estes, em seguida, lidos e interpretados, segundo a relevância histórica dos acontecimentos da instituição; descartamos os materiais que não faziam referência direta à instituição, como cópias e impressões de leis e portaria ministeriais; e priorizamos a análise dos documentos que descreviam a trajetória histórica do centro psicossocial, utilizando demais materiais investigados para densificar os conteúdos manifestos. O produto deste trabalho analítico documental pode ser acompanhado no Apêndice D, intitulado “Histórias e Memórias do CAPS II de Itanhaém/SP”.

Elegemos, para esta análise documental, uma escrita prioritariamente descritiva, a fim de se elucidar o percurso histórico da instituição pesquisada, tentando garantir uma linearidade cronológica dos acontecimentos do serviço. Preferimos manter essa configuração textual tendo em vista o atendimento à necessidade verificada do serviço psicossocial de possuir documento que concatenasse a história institucional.

Ressaltamos que o conteúdo dessa análise histórica foi utilizado também na confecção de um dos produtos técnicos voltados ao serviço estudado.

Destacamos que o CAPS II de Itanhaém/SP foi criado em 1992, ofertando, inicialmente, atendimentos ambulatoriais em instalações compartilhadas com outros equipamentos de saúde. A criação do CAPS II foi influenciada pela experiência santista de construção de serviços substitutivos no território, após o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, da qual foi contemporânea, como podemos observar na análise documental. O CAPS II de Itanhaém foi cadastrado pela Diretoria Regional de Saúde da Baixada Santista em 2002, em consequência da aprovação da Lei n. 10.216/2001, tendo sido agraciado com menção honrosa pelo Ministério da Saúde, por se constituir como um serviço comunitário de saúde mental pioneiro, anterior, inclusive, à referida lei da RPB. Por fim, o equipamento substitutivo estudado é, atualmente, referência municipal no âmbito da saúde para pessoas em sofrimento mental severo e persistente.

6.2. Observação Participante

Realizamos observação participante no serviço psicossocial pesquisado entre os meses de fevereiro e maio de 2015.

Optamos por realizar observação de dois modos e com durações distintas: no primeiro, privilegamos a observação junto aos usuários, principalmente àqueles em regime de hospitalidade diária (acompanhamento intensivo), no serviço, durante seu expediente de

funcionamento, acompanhando-os nas atividades realizadas e espaços de convivência em quatro dias úteis; no segundo, conduzimos a observação participante durante o expediente de trabalho do observador, também psicólogo do referido equipamento psicossocial, entre os meses de março a maio do ano citado, produzindo com isso um relato sobre a prática do observador/trabalhador e as interações interpessoais com os atores sociais da instituição.

A escolha de observação participante junto aos usuários, no primeiro modo executado, visou à aproximação do pesquisador à realidade institucional, do ponto de vista daqueles atores sociais. Para tanto, o observador procurou não desenvolver sua função de trabalhador da instituição e visou a assumir a posição mais próxima da vivenciada pelos usuários do serviço. O pesquisador executou tal etapa justamente no período de suas férias. Ele tentou ao máximo partilhar dos mesmos espaços, tempo, interlocuções, modos e materiais das pessoas em acompanhamento no centro de saúde, especialmente no regime intensivo, durante seu cotidiano de funcionamento.

Foi realizada a observação participante durante 255 horas e 10 minutos, das quais 33 horas e 40 minutos se sucederam na primeira etapa e 221 horas e 30 minutos, no período da segunda. Os acontecimentos experimentados no decorrer da observância foram registrados em diário de campo, como foi preconizado pelo método proposto. Neste processo, objetivamos dar relevância às relações construídas entre os atores sociais (usuários, familiares, trabalhadores e outros) no cotidiano do serviço pesquisado.

6.2.1. Descrição do CAPS

Quem chega ao CAPS II de Itanhaém defronta-se com um imóvel localizado na região central da cidade litorânea paulista cujo muro frontal é composto de vidros temperados translúcidos, pelos quais se pode enxergar a varanda do sobrado. Salientamos que o imóvel foi adaptado para comportar o serviço e, portanto, apresenta uma formatação peculiar, não atendendo a todas as necessidades físicas do equipamento de saúde mental.

Existem dois pontos de acesso à casa alocada para o serviço público pesquisado: uma porta e um portão de alumínio, sendo que este último permanece sempre aberto durante o horário de expediente do equipamento de saúde, ou seja, das 7h às 17h nos dias úteis, exceto sexta-feira, em que as atividades destinadas ao público externo se encerram às 13h.

Ao entrar no imóvel, avistamos uma ampla varanda, na frente do sobrado, voltada para um quintal mediano, que a separa do muro frontal da casa. À esquerda da varanda, há um corredor largo e coberto, margeado por duas paredes. No término desse corredor, há uma

porta à direita, pela qual se tem acesso à recepção do serviço, e uma outra à esquerda, que dá acesso a um espaço amplo, sem cobertura, interno ao imóvel, e à entrada da sala de convivência de usuários e familiares. Esta sala consiste em um salão amplo, sem janelas, com mesas grandes e cadeiras, onde é desenvolvida a maioria dos grupos e oficinas do equipamento, assim como as refeições dos usuários em regime de hospitalidade-dia.

A recepção do serviço psicossocial compreende um salão amplo que se encontra dividido por um balcão de granito. De um lado, localizam-se várias cadeiras azuis para assentar aqueles que esperam por atendimento, as quais se encontram organizadas voltadas para o balcão da recepção; do outro lado, detrás do balcão, estão localizados os arquivos de prontuários, assentos, espaço de trabalho reservados à recepcionista e aos estagiários e acesso à cozinha do imóvel. O balcão feito em formato de *L* cria um corredor, entre a parede à direita da sala de recepção, que conduz a três salas de atendimento e ao banheiro de uso comum (*unissex*). Ao lado direito dos assentos de espera da recepção, há uma sala adaptada, na qual se realizam atendimentos breves, visto que não possui janela.

Na parte superior do sobrado, que possui acesso da recepção via escada, há uma ampla sala taqueada, que compreende a sala de reunião dos profissionais, e, aos fundos dessa, encontra-se uma pequena sala onde se localizam a administração e a coordenação técnica, além de um banheiro privativo aos trabalhadores. Esse nível superior somente é acessado pela escada vinda do amplo cômodo da recepção, que é de uso exclusivo dos trabalhadores.

A cozinha do imóvel fica em um pequeno cômodo e é somente de uso comum dos trabalhadores. As refeições fornecidas aos usuários em acompanhamento intensivo no serviço são servidas na sala de convivência, onde estão três mesas grandes para essa finalidade.

Nos fundos do imóvel, localiza-se a farmácia, de dispensação de psicotrópicos para todo o município de Itanhaém, e, contígua a essa, encontram-se duas salas de enfermagem e duas salas adaptadas de atendimento. Também existe, nos fundos do sobrado, um banheiro exclusivo para usuários, principalmente àqueles que estão no acompanhamento intensivo. Tais cômodos anexos podem ser acessados somente através daquele espaço interno amplo, pelo público geral, ou por meio da cozinha, somente pelos trabalhadores.

A atual equipe de trabalhadores que compõe o CAPS II é constituída por uma coordenadora técnica (enfermeira de formação), um coordenador administrativo, dois médicos psiquiatras, três psicólogos (incluindo o pesquisador), uma assistente social, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma farmacêutica, um assistente de farmácia, uma estagiária de farmácia, uma recepcionista, dois estagiários na recepção e uma servente.

Com relação ao fluxo de atendimento, esse serviço de saúde mental realiza acolhimento inicial de porta aberta, ou seja, as pessoas que demandam atendimento podem procurar espontaneamente, mesmo sem encaminhamento, o equipamento público para serem acolhidas. Para isso, o usuário pode se apresentar à recepção, munido de documentos pessoais, e agendar seu atendimento inicial, com um dos profissionais de nível superior não-médicos (técnicos). Este é designado conforme o território de referência onde o usuário é domiciliado. Para isso, toma-se como base as Unidades de Saúde da Família (USF) que realizam cobertura integral da cidade.

No atendimento inicial, o técnico acolhe a demanda do usuário – e de sua família, quando ela o acompanha –, realizando uma avaliação das queixas e necessidades médicas e psicossociais do indivíduo em sofrimento psíquico. Nesse processo, define-se se a pessoa será acompanhada pelo CAPS II ou direcionada à rede de equipamentos públicos, para que possa ser atendida da melhor forma possível. Esse procedimento pode se entender para além do primeiro encontro com o usuário, requerendo outros para melhor entendimento de suas condições.

Uma vez ingresso no serviço psicossocial, o usuário é acompanhado pelo técnico de referência que o acolheu. Este definirá, conjuntamente com ele, a forma de seu acompanhamento no serviço, podendo ser dispensado por outros profissionais como psiquiatra, psicólogo, assistente social, farmacêutico, enfermeira e auxiliares. Dependendo da situação do sofrimento mental da pessoa atendida, indica-se seu acompanhamento na frequência diária, semanal, quinzenal, mensal ou não-intensiva (para frequências superiores a um mês). O atendimento diário (intensivo) é chamado de atendimento-dia (AD), no qual o usuário recebe refeições (café da manhã e almoço) e medicação assistida no dia em que está no serviço, tendo acompanhamento integral das auxiliares de enfermagem e atendimentos de outros profissionais, caso necessite.

Diferentes modalidades de atendimentos são ofertadas, sendo indicadas conforme a demanda e a necessidade da pessoa em sofrimento e de sua família. Comumente, a grande maioria dos usuários é acompanhada somente por um dos dois médicos psiquiatras, que dividem os atendimentos segundo o território de referência, assim como os técnicos de nível superior. Os acompanhamentos técnicos são realizados com as pessoas em sofrimento mental severo e persistente ou em momentos de agudez dessa condição. Os técnicos realizam visitas domiciliares com frequência a algumas dessas pessoas.

Com exceção dos psiquiatras que somente realizam atendimentos individuais, os técnicos do serviço também realizam ou acompanham atendimentos em grupo e/ou oficinas.

Estes ocorrem em todos os períodos de funcionamento do serviço. Em geral, as atividades grupais são abertas a participação de qualquer usuário do serviço, havendo indicação de alguns usuários e familiares, conforme os acertos realizados com a referência técnica.

Às segundas-feiras, no período matutino, realiza-se a dança-circular, conduzida por uma agente comunitária de saúde (ACS) de uma da USF, em espaço comunitário próximo ao CAPS; já no período vespertino, há apresentação de vídeos aos usuários dentro do próprio serviço sob supervisão e com fomento de discussões da assistente social. Às terças, de manhã, há ginástica seguida de oficina de reciclados oferecidos pela enfermeira da equipe; no período da tarde, há quinzenalmente a comissão da Luta Antimanicomial, que se trata de um espaço coletivo permanente de discussão e organização de usuários, familiares e trabalhadores do CAPS II, intercalada com grupo de orientações de saúde. Às quartas, de manhã, acontecem, paralelamente, o grupo de família, voltado exclusivamente para familiares e cuidadores de usuários e realizado pelo pesquisador/trabalhador, e a oficina de artesanato e pintura, organizada por oficina cedida pela Secretaria Municipal da Educação; durante as tardes de quarta, há uma roda de conversa com os usuários (grupo Roda Viva) conduzida pelo pesquisador e, em seguida, a continuação da oficina de artesanato. Às quintas, de manhã, ocorre terapia comunitária, realizada pela psicóloga do serviço; à tarde, oficina de palavras com a mesma profissional. Às sextas, de manhã, é ofertada oficina de artesanato e pintura no espaço da Associação de Saúde Mental “Diferente Cidadão”, atualmente situada em estabelecimento independente, com transporte oferecido pelo CAPS aos usuários em AD. Destacamos que mensalmente, às sextas à tarde, são realizadas as assembleias do CAPS II.

Diariamente, são ofertados em todos os períodos (exceto sextas à tarde, quando ocorre a reunião de equipe) acolhimentos individuais de livre demanda, realizados pelos técnicos do equipamento. Estes atendimentos são chamados de acolhimento. Em dois períodos na semana (segundas à tarde e quintas de manhã), são realizados plantões de remarcação de consultas psiquiátricas e renovação de receituário, com farmacêutico ou enfermeira.

Há duas reuniões regulares da equipe: uma às terças, das 15h às 17h, realizada somente entre os técnicos, e outra, às sextas à tarde, com os trabalhadores do serviço. Frisamos que os psiquiatras do serviço não participam de nenhuma das duas reuniões.

Explicitados a estrutura física, o quadro funcional e o fluxo de atendimentos, passamos para a análise do cotidiano do serviço pesquisado.

Através da observação participante, o pesquisador vislumbrou a realidade cotidiana da instituição em duas posições distintas, conforme as etapas de observação descritas anteriormente.

Junto aos usuários, observamos e compartilhamos das refeições, das atividades em grupo e oficinas, dos momentos informais de diálogo e de livre convivência, dos silêncios gerados, das trocas pessoais de experiência e da interação com os diferentes atores sociais. Na qualidade de trabalhador, testemunhamos o processo de trabalho do pesquisador em diferentes modalidades e espaços, como acolhimentos, atendimentos individuais e grupais, espaços coletivos de assembleia, comissão da Luta Antimanicomial e reuniões com equipe e colaboradores externos.

6.2.2. Análise do Cotidiano

Toda a observação foi registrada em diário de campo, por meio de relatos e impressões das distintas etapas e dos posicionamentos referidos. O diário de campo consiste em um caderno de anotações que totalizou 80 páginas de registro. Apesar de haver uma significativa diferença de tempo entre as etapas da observância, a produção dos relatos, em cada uma delas, foi similar em quantidade (em torno de 40 páginas para cada etapa).

No primeiro momento, privilegiamos a narrativa pormenorizada da experiência rotineira junto aos usuários e, no segundo momento, registramos em breves relatos as impressões do processo de trabalho desenvolvido pelo pesquisador, na função de psicólogo da instituição, e sua relação com os demais membros do serviço, diante dessa posição.

Inferimos, a partir da análise dos registros da observação participante, a tácita e velada definição de papéis marcadamente instituídos no serviço psicossocial investigado.

Nas relações políticas estabelecidas no dispositivo de saúde, ocorre, institucionalmente, a construção de papéis e posições para cada segmento de atores sociais que estão inseridos nele. Esses papéis encontram-se escalonados em uma organização vertical, no campo de forças de poder, partindo do topo, onde figuram os psiquiatras e os profissionais de nível superior aos quais se atribui o saber instituído e as principais decisões da instituição, e seguindo para a base, onde se encontram os usuários que desempenham o papel de “pacientes”, resignados e submetidos à autoridade e aos procedimentos estabelecidos.

Tais relações políticas são experimentadas pelos usuários, especialmente por aqueles em atendimento-dia (AD), na forma de restrições de acesso e limitações nas decisões de práticas, sobre o próprio tratamento e sobre o funcionamento do serviço (controle social).

As relações de poder se configuram em regras tácitas estabelecidas nas quais os usuários assumem a posição de “pacientes”, aqueles que esperam a decisão dos doutores, como verbalizou uma das usuárias do AD durante a observação. Os incômodos dessas

relações são silenciados e somente insurgem nos burburinhos e nas queixas pontuais realizadas pelos usuários.

Os profissionais, principalmente os técnicos, encontram-se na posição de reguladores das normas instituídas. No entanto, dentro da equipe, há divergências relacionadas à ocupação deste papel. Essa situação, aliada às relações instituídas com os usuários, promove uma tensão velada entre os atores sociais, o que proporciona, em certa medida, o distanciamento deles.

Isso explica o pouco intercâmbio e a baixa participação conjunta entre os profissionais nas práticas observadas, que, conjuntamente à alta quantidade e teor das demandas a serem acolhidas, produzem a sobrecarga (desgaste subjetivo) experimentada, recorrentemente, pelo observador em seu exercício profissional.

Contudo, há espaços coletivos ou atividades realizadas que tencionam relações mais horizontais entre os atores sociais e favorecem trocas e decisões coletivas, como a Comissão da Luta Antimanicomial, o espaço de convivência entre usuários e outras ações realizadas entre os sujeitos.

Frisamos que há espaços de encontros horizontais que produzem acolhimento e trocas mútuas, como se pode presenciar, por exemplo: na rede incipiente de apoio e suporte mútuos entre usuário que apresentam acolhimento, preocupação e cuidado recíprocos; em atividades grupais e oficinas que propiciam a troca e ajuda (maioria dos grupos e oficinas observadas); no atendimento conjunto entre profissionais; e em espaços coletivos de decisão e construção conjunta de eventos e entre outras práticas que produzem solidariedade, afetos e vínculos entre os atores sociais.

Ressaltamos que, durante as ações preparatórias da comemoração do dia da Luta Antimanicomial, foram produzidos, como intervenções diretas do trabalhador/pesquisador que encabeça este estudo, o terceiro número do *Jornal Cuca Legal*, informativo independente do apoio estatal, construído por usuários com colaboração de uma técnica do serviço, que retrata as relações dos atores sociais e o sentido do equipamento psicossocial para sua clientela, e o curta-metragem amador *Cuidado e Liberdade*, que reproduz narrativas de usuários, familiares e profissionais sobre suas vidas e relações construídas no serviço pesquisado. Ambas as produções foram realizadas coletivamente entre os atores sociais envolvidos, com clara ressonância das experiências construídas nesta pesquisa, pelo contato com a história institucional e temática do empoderamento de usuários e familiares, bem como pelo estreitamento de vínculos com esses sujeitos, através da observação participante. Essas duas intervenções são produtos técnicos deste estudo.

Nessa configuração dialética das relações entre atores sociais do serviço – de distanciamento e de encontro –, a própria observação participante reproduziu, de modo imprevisto, uma contradição entre os papéis estabelecidos nas relações da instituição, ao separar em distintos períodos de observância uma experiência mais próxima à posição dos usuários e uma narrativa como trabalhador do serviço psicossocial.

Ressaltamos, por fim, que os familiares desempenharam, durante o período de observação, uma posição coadjuvante na realidade institucional, sendo esta restrita aos encontros do grupo de família (desenvolvidos pelo pesquisador/observador) e a baixíssimas participações nos espaços coletivos e eventos produzidos pelo CAPS.

As questões aqui abordadas serão melhor aprofundadas adiante, na análise da produção de informações.

6.3. Grupos Focais

6.3.1. Montagem dos Grupos Focais

Para a realização dos grupos focais, foi necessário construir meios para divulgar a presente pesquisa entre os atores sociais da instituição, para que, com a colaboração deles, fosse possível formar os grupos de sujeitos voluntários ao trabalho científico.

Essa etapa consistiu na divulgação da pesquisa dentro do serviço, no convite dos potenciais sujeitos e na apresentação da pesquisa a eles, em uma reunião pré-grupos focais.

O primeiro passo dado na construção dos grupos focais foi expor, previamente, à equipe de trabalhadores do serviço psicossocial a investigação acadêmica, que já estava em curso, mais precisamente, a aplicação da técnica de grupos focais. Para tanto, foi elaborado um informe sucinto, que retomou qual era o objetivo da pesquisa, em que constituía tal técnica, bem como quem poderia ser sujeito participante dos grupos e quais os critérios de inclusão desses. O informativo está contido no Apêndice E.

Os profissionais foram abordados durante as reuniões de equipe e reuniões entre técnicos do serviço. Além de inteirá-los sobre a etapa da investigação, buscamos sensibilizá-los quanto à temática. Buscamos também apoio deles para a divulgação e a orientação, junto aos usuários e familiares nas atividades desenvolvidas no equipamento de saúde, acerca da pesquisa e da participação desses sujeitos nela. Destacamos que a maioria dos trabalhadores foi receptiva à proposta, assim como uma parcela dela foi colaboradora direta da difusão e do convite à investigação.

Ao mesmo tempo, realizamos a comunicação sobre os grupos focais nas atividades cotidianas do serviço e na recepção, onde se encontravam pessoas a espera de atendimento.

Apesar da intervenção e da colaboração da equipe do centro psicossocial, foram necessárias também outras estratégias de aproximação e convite para constituir os grupos de sujeitos deste estudo. Dessa forma, cogitamos empregar outras formas de abordagem direta aos potenciais participantes, como cartazes e outros informativos que foram espalhados pelo serviço.

Consideramos também pertinente explicitar melhor, para os usuários e seus familiares, os objetivos e a importância da participação deles na pesquisa, durante uma espécie de roda de conversa.

Portanto, confeccionamos um cartaz (em dimensões de 60 cm por 85 cm) para divulgação e convite dos usuários e seus familiares à pesquisa, o qual foi afixado na recepção, em local visível. Nele, constava uma chamada para participação daquele público, bem como os critérios de participação, as orientações para inscrição dos interessados e um convite para a reunião de apresentação da pesquisa, como consta no Apêndice F. A língua empregada pretendia ser acessível e adequada à compreensão da maioria do público-alvo, frisando a relevância de sua cooperação no estudo. Outros cartazes – idênticos ao anterior, mas em dimensão menor (21 cm por 29,7 cm) – foram espalhados nas salas de atendimento e na sala de convivência do CAPS, com a finalidade de tornar acessível o convite ao maior número de pessoas.

A opção de inscrição dos interessados, como mencionado no cartaz, foi utilizada com a finalidade de aferir o número manifesto de candidatos ao estudo e averiguar se eles atendiam ao critério de inclusão de tempo mínimo de cuidado no serviço, utilizando, para isso, seus prontuários (no caso dos familiares, a consulta foi realizada no prontuário do usuário acompanhado). Sublinhamos que a consulta aos prontuários se limitou à constatação da data de ingresso dos interessados no CAPS.

A inscrição dos interessados serviu, igualmente, como medida de avaliação do processo de divulgação e de adesão de candidatos à função de sujeitos da pesquisa. A baixa procura, ao longo do processo, culminou na intensificação das estratégias de difusão e convite nos espaços coletivos do equipamento, como assembleias, grupos e oficinas.

O processo de divulgação e convite dos sujeitos ocorreu durante, aproximadamente, 40 dias.

Por conseguinte, realizamos a reunião de apresentação da pesquisa com os interessados em participarem dela. Esse encontro ocorreu na data final do processo de

divulgação. A apresentação aconteceu na recepção do CAPS, porém numa sexta-feira, no período vespertino, em que o serviço se mantém fechado para trabalho interno.

Contamos com a colaboração da recepcionista do serviço, durante metade do tempo da reunião, e de uma usuária, na parte final do encontro. Durante uma hora e quinze minutos, foram abordados a temática, os objetivos e as etapas de participação no estudo, a partir da compreensão prévia dos usuários, em ambiente colaborativo e aberto a intervenções. Visamos, por intermédio da linguagem coloquial e cotidiana, a explicitar o papel e a relevância da participação da clientela do CAPS nessa prática investigativa, deixando livre a manifestação por aderir ou não à formação dos grupos.

Após a manifestação formal de participação pela maioria dos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como consta no Apêndice C, foram realizados o encerramento e os últimos esclarecimentos sobre a pesquisa, acompanhados pela distribuição da cópia assinada dos TCLE aos sujeitos.

Estiveram presentes dezessete pessoas, sendo treze delas usuários do serviço e cinco, familiares (nem todos cuidadores dos usuários presentes). Por fim, houve somente uma desistência por parte de um usuário, sendo que os demais aceitaram participar do estudo, assim como todos os familiares presentes. Frisamos que todos os interessados se enquadravam nos critérios de participação para os grupos focais.

É válido ressaltarmos que a grande maioria dos usuários participantes realizam acompanhamento intensivo (AD) no serviço psicossocial que é o campo de pesquisa deste estudo.

A maioria dos participantes dos grupos focais foi contatada previamente, antes da realização dos encontros estipulados, a fim de garantir um menor número de ausências. O insucesso do contato com alguns sujeitos decorreu da incorreta informação de seus dados.

6.3.2. Realização dos Grupos Focais

Nesta etapa, descrevemos o percurso dos grupos focais formados após a fase de preparação.

Como exposto no método da pesquisa, adotamos um delineamento metodológico de grupos focais distinto do formato tradicional. Com base no desenho de pesquisa construído por Onocko e outros (2008), foram formados dois conjuntos envolvendo os sujeitos da pesquisa: um com os usuários e outro, com os familiares. Ressaltamos que os familiares

participantes não são necessariamente os respectivos cuidadores dos usuários que integraram o estudo.

Esses conjuntos de sujeitos participaram dos grupos focais em dois diferentes momentos. No primeiro momento, foram realizados grupos com cada conjunto. Eles produziram discussões coletivas por intermédio de roteiros adaptados para cada um dos grupos, como ilustra o Apêndice A. Após a realização dos encontros do primeiro momento, foram produzidas narrativas a partir da transcrição integral do áudio dos grupos focais iniciais e, também, do relatório dos observadores desses encontros.

O segundo momento dos grupos focais consistiu em reunir os mesmos conjuntos de sujeitos em novos encontros, três meses depois dos encontros iniciais, para a leitura coletiva das narrativas produzidas e suas possíveis interpretação e modificação pelos participantes.

Para melhor identificar tais momentos, caracterizamos essas etapas, conforme Onocko e outros (2008), como: grupos focais narrativos (GF_n) – os encontros realizados com usuários e familiares no primeiro momento, a partir dos quais se construíram as narrativas; e grupos hermenêuticos (G_h) – os grupos desenvolvidos com o conjunto de sujeitos no segundo momento, em que lemos, discutimos e alteramos as narrativas com os interlocutores.

Todos os grupos focais contaram com a presença de um moderador, que conduziu as discussões coletivas empreendidas nos encontros, e um observador, que se encarregou de realizar a escuta e a observância dos participantes dos grupos durante seu curso, além de elaborar a relatoria dos encontros, conforme apontamentos de Minayo (2012). O pesquisador principal deste estudo assumiu o papel de moderador em todos os grupos focais; já a função de observador, foi ocupada por diferentes pessoas, que possuem vínculo com o grupo de pesquisa da orientadora deste trabalho. Frisamos que nenhum dos observadores possui qualquer vínculo com o serviço psicossocial investigado.

Como referido, foram elaborados roteiros para os grupos focais narrativos, para usuários e familiares. Nós os construímos inspirados no formato adotado pela pesquisa participativa de Onocko e outros (2008), usando perguntas disparadoras para empreender a conversa coletiva no grupo. As perguntas disparadoras foram utilizadas para introduzir os temas principais da pesquisa nos grupos, porém, dando abertura para relatos livres e outras digressões, que os interlocutores desenvolveram durante as discussões.

Os temas abordados nos roteiros para os grupos de usuários e de familiares foram baseados, em parte, nas questões elaboradas no estudo de Onocko e outros (2008), que versavam sobre a relação dos usuários e de seus familiares com o serviço psicossocial, mediada pelas práticas que esse desenvolvia. Aqui, compreendemos tais práticas, no âmbito

da saúde, como cuidado, como propõem Ayres (2004), Merhy (2000) e Yasui (2007). Tal entendimento será abordado com profundidade na análise da produção de informações.

As questões temáticas foram adaptadas ao propósito da pesquisa, buscando compreender como as práticas desenvolvidas no serviço substitutivo constroem o empoderamento de usuários e familiares. Portanto, as perguntas disparadoras ensejaram entender sob que circunstâncias as práticas propiciam o aumento da autonomia e do poder dos interlocutores, tanto dentro quanto fora do equipamento psicossocial, e quais os impactos disso na vida desses sujeitos. Para tanto, abordamos diretamente alguns temas importantes ao empoderamento dos sujeitos, alguns conceitos-chave propostos por Vasconcelos, como cuidado-de-si, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa de direitos, participação no sistema de saúde e saúde mental (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2007; VASCONCELOS, 2013b). Optamos por não abordar diretamente as estratégias associativas de usuários e familiares da saúde mental, visto que a associação não se constitui como referência para eles, como pudemos aferir pela observação participante.

Os roteiros foram adaptados para cada um dos conjuntos de participantes da pesquisa, ou seja, foi elaborado um roteiro para o grupo focal narrativo com os usuários (GFn usuários) e outro, para o grupo focal narrativo com os familiares (GFn familiares). Ambos os roteiros possuem semelhanças; entretanto, cada um foi dirigido a um grupo específico de sujeitos interlocutores, com o propósito de produzir diálogos que trouxessem à tona suas particularidades e singularidades.

A linguagem empregada foi simples, direta e clara, a fim de tornar-se compreensível para as mais distintas pessoas que pudessem compor os grupos focais, não deixando, contudo, de ser assertiva quanto ao teor das indagações objetivadas.

Os roteiros empregados nos GFn constam no Apêndice A.

O GFn usuários foi realizado no final de abril de 2015. Estiveram presentes neste encontro inicial nove usuários dos doze inscritos, na fase de sua formação. O encontro transcorreu em um ambiente colaborativo, no qual houve grande implicação dos participantes na discussão construída. As questões indutoras dos diálogos foram contempladas de modo não linear e com distinta parcela de contribuição entre os usuários. A discussão foi intensa e delongada em meio a algumas temáticas abordadas. Os relatos dos sujeitos foram se imbricando sucessiva e livremente, produzindo histórias de vida mediadas por acontecimentos e afetos.

Desse modo, para não interromper o fluxo das conversas, optamos por deixar as discussões transcorrerem até surgirem indícios de seu esgotamento entre os participantes.

Embora os diálogos construíssem ricos relatos, não pudemos explorar integralmente as temáticas pretendidas e previstas no roteiro naquele encontro, que durou em torno de duas horas. Portanto, propusemos um encontro complementar aos usuários participantes, para atender aos temas previstos que ainda não haviam sido abordados. Todos nós concordamos com a proposta, estipulando novo encontro na semana seguinte.

No GFn usuários complementar, estiveram presentes sete usuários, dos nove do primeiro encontro. De mesmo modo, o encontro empreendeu-se em uma atmosfera respeitosa e implicada com a proposta. Foram abordadas, em grande maioria, as diferentes questões objetivadas. Esse grupo teve duração aproximada de duas horas.

O GFn familiares ocorreu no final de maio de 2015, aproximadamente um mês após o GFn usuários. Nesse encontro, estiveram presentes somente dois familiares, dos cinco previstos na formação do grupo. Decidimos que, mesmo com o número inferior de participantes indicado para um grupo focal (MINAYO, 2012), realizaríamos o encontro, pois era fundamental a construção de dados sob a perspectiva dos familiares para o estudo, a despeito de sua adesão quantitativa.

Semelhante ambiência dos GFn usuários foi criada entre as participantes do GFn familiares, envolto por respeito e cooperação. Diferentemente do GFn usuários, porém, o grupo com familiares necessitou apenas de um encontro para abordar as temáticas pretendidas. Tal encontro teve duração aproximada de duas horas.

Após o último encontro de cada GFn, transcorreram-se três meses até o início do Gh dos distintos conjuntos, como mencionado anteriormente. Esse período se fez necessário para o devido tratamento do material produzido nas discussões dos GFn, já que todas as conversas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas integralmente. A partir disso, juntamente com as relatorias das observações feitas, é que foram elaboradas as narrativas.

6.3.3. Considerações sobre os Grupos Hermenêuticos

Os Gh com ambos os grupos de sujeitos ocorreram em um único encontro de aproximadamente duas horas. Neste, realizamos, em cada Gh, a leitura coletiva das respectivas narrativas, que consistiam em histórias produzidas pelo moderador, sendo disponibilizadas aos sujeitos cópias das narrativas para acompanhamento da leitura. Durante e após a leitura, abrimos, aos participantes, a possibilidade de eles realizarem qualquer tipo de intervenção quanto ao conteúdo e à forma das narrativas, dado que estas eram frutos de suas histórias e diálogos. Tal abertura não se restringiu somente à livre manifestação de opinião,

dúvidas ou sentimentos quanto às produções por parte dos participantes; pelo contrário, com ela, garantimos a eles a possibilidade de modificarem as narrativas, se assim decidissem.

Para facilitar o processo de compreensão das narrativas e a possível intervenção sobre elas, realizamos perguntas relacionadas ao entendimento dos sujeitos de cada grupo sobre as histórias narradas e às partes dessas histórias pelas quais eles mais ou menos se afeiçoaram. Tais questões induziram os grupos a refletir sobre as narrativas, ensejando seu aprofundamento e sua apropriação, ou seja, um processo hermenêutico sobre a produção coletiva (ONOCKO, 2008).

Salientamos que o Gh com usuários interlocutores, em especial, desenvolveu o maior aprofundamento crítico. Apesar dos usuários participantes optarem por não modificar a narrativa, esta foi tomada como ponto de partida para processos interpretativos sobre suas condições existenciais. Os diálogos produzidos pelos sujeitos se aprofundaram através de seus diferentes pontos de vista sobre: a experiência do sofrimento psíquico; os modos de aceitação, aprendizagem e manejo do sofrimento; a ajuda construída pelo CAPS e entre os usuários; e o vínculo, as amizades e as redes de apoio geradas dentro e além do serviço.

O Gh de usuários configurou-se como um espaço coletivo de interlocução marcado pela democratização de relações e saberes, bem como pela autorreflexão e colaboração no processo hermenêutico, constituindo-se, pois, como uma comunidade interpretativa, nos moldes de Schmidt (2006). Esse espaço promoveu e evidenciou o estreitamento de vínculos entre os atores envolvidos, permitindo identificações mútuas e apropriações dos diálogos criados.

A dinâmica construída através dos encontros com o mesmo grupo de pessoas produziu espaços ativos de acolhimento e ajuda mútuos, durante o percurso do próprio Gh de usuários. Os relatos de sofrimento e questionamentos gerados nos diálogos foram, solidariamente, recolhidos e zelados em forma de trocas de experiência, afetos e apoio expressos pelos participantes. A apropriação dos usuários colaboradores das questões sociais do adoecimento e das relações políticas das quais participam provocou algumas reivindicações por melhorias do serviço e pelo seu apoio social, em evidente clima mobilizador.

Em suma, o Gh figurou como espaço promotor de empoderamento dos usuários interlocutores.

A dinâmica no Gh de familiares, por sua vez, foi distinta. Mesmo com a realização de modificações na narrativa, as familiares interlocutoras assumiram papel corroborativo das experiências relatadas na GFn, não produzindo, portanto, maior aprofundamento crítico sobre as vivências despertadas pelo conteúdo narrado.

Por fim, solicitamos a cada grupo que nomeasse sua devida história, mediante um acerto coletivo realizados por eles. Os dois Gh intitularam suas narrativas.

Vale salientar que os integrantes dos grupos continuaram os mesmos, com exceção de alguns participantes que faltaram aos encontros finais.

O Gh usuários foi realizado no final de julho de 2015. Neste encontro, participaram cinco usuários. Já o Gh familiares contou com as mesmas duas familiares do GFn, e se desenvolveu em agosto do mesmo ano.

6.4. A Produção das Narrativas

A produção de narrativas foi a opção ético-metodológica que adotamos para trabalhar as discussões coletivas construídas durante os primeiros encontros dos grupos focais (GFn).

O uso da narrativa como instrumento metodológico atende ao nosso anseio de captar as múltiplas vozes que compõe os grupos focais, a polifonia formada por diversas trajetórias de vida que desembocam em um serviço de saúde mental. Dar ouvidos às histórias emergentes da pluralidade grupal foi o caminho tomado para mediar percursos biográficos antecessores e a construção coletiva em ato.

Como atentam Onocko e Furtado (2008), a narrativa configura-se como mediação, segundo a revisão bibliográfica efetuada pelos autores. Estes, ao discorrem sobre a análise de narrativas de Paul Ricoeur, destacam a função mediadora simbólica e interacional das narrativas:

As narrativas nada mais seriam que ‘histórias não (ainda) narradas’. E se uma ação pode ser narrada é porque ela já está simbolicamente mediatizada. E se é simbólico é porque está na cultura, portanto, compartilha de uma articulação com o público: uma inter-ação. (ONOCKO; FURTADO, 2008, p. 326)

Remetida também ao coletivo, ao social, a narrativa liga os polos dicotômicos entre indivíduo e sociedade, revelando-se “[...] um dispositivo poroso de interlocução. Quando se trata de sujeitos em comunicação, há sempre um viés relacional, que é produzido na ação de afetar e ser afetado pelo outro por meio da mediação narrativa” (ONOCKO; FURTADO, 2008, p. 327).

À narrativa, abre-se a possibilidade de “densificar-se”, com o propósito de aliar os acontecimentos às estruturas que os modulam, compreendendo, desse modo, múltiplos pontos de vista de um mesmo acontecimento. Essa característica da narrativa é altamente pertinente

ao propósito desta pesquisa, de contemplar a ótica de cada sujeito do estudo em uma história compartilhada. A pluralidade de enunciados pode ser articulada em um relato, “[...] numa perspectiva de conjunto” (ONOCKO; FURTADO, 2008, p. 328).

Assim como as narrativas pessoais descritas por Vasconcelos (2003), o uso de narrativas na pesquisa buscou se constituir como uma possível ferramenta para ressignificar a experiência de vida dos participantes, afirmar suas experiências subjetivas e, principalmente, desvelar as representações sociais e relações de poder que os engendram.

Por essas características, adotamos tal instrumento de construção de conhecimento, sem abdicarmos, com isso, dos princípios epistemológicos e prático-discursivos de estabelecer uma interação, com os usuários e seus familiares, de produção de saberes, assumindo-os como coprodutores desse processo.

Ao assumirmos tal posição ético-metodológica, comprometemo-nos em utilizar o caminho do conhecimento como dispositivo que possibilitasse a apropriação, pelos participantes, do estudo de suas histórias e de suas interações sócio-político-culturais, a fim de que eles construíssem narrativas a serem compartilhadas – suas “bio-grafias” (ONOCKO; FURTADO, 2008) – e, desse modo, tornar o percurso metodológico um esteio possível ao empoderamento dos sujeitos da pesquisa no próprio percurso do estudo.

Por conseguinte, as narrativas foram constituídas a partir da transcrição integral das gravações de áudio dos GFn, com usuários e familiares, e dos respectivos relatórios, elaborados pelos observadores dos encontros, conforme já mencionado. Foram elaboradas duas narrativas: uma delas dos encontros com usuários e outra, do encontro com as familiares.

Adotamos, para o processo de elaboração das narrativas, o mesmo método empreendido por Onocko e outros (2008) em sua pesquisa avaliativa realizada na rede de CAPS da cidade de Campinas.

As construções textuais começaram a ser desenvolvidas a partir das sucessivas leituras e fichamentos realizados sobre as transcrições e relatórios de observação. Doravante, procuramos dar relevo aos principais argumentos do material transcrito, com o intuito de selecioná-los como elementos-guia para as produções. Ou seja, buscamos evidenciar explicações e explanações realizadas pelos sujeitos sobre as temáticas problematizadas durante os GFn, para utilizá-las como pontos principais dos enredos.

Destarte, deixamo-nos guiar neste processo hermenêutico, e, para tanto, assumimos o papel de escribas, a testemunhar e a corroborar os discursos protagonizados pelos interlocutores, reconhecendo as narrativas como expressão de uma identidade grupal. Por

isso, optamos por produzir as histórias em primeira pessoa do plural, para reforçar nosso compromisso com a produção coletiva.

Sustentamos os consensos e dissensos na redação das histórias, manifestando-os textualmente, segundo sua proximidade de sentido e os tons afetivos nos quais afloravam, e não sob uma ótica linear temporal de sucessão de acontecimentos.

Tal tática, na escrita das intrigas, procurou ficar o mais próximo do manifesto, assim como recomenda Onocko (2008), para perseguir a objetividade do discurso entre profusão irracional do evento (GFn) e a racionalidade do sentido (hermenêutica).

Como as narrativas foram abertas aos sujeitos em um segundo momento (Gh), buscamos uma linguagem mais acessível e compreensível para eles. Para tanto, escolhemos uma escrita coloquial das histórias, introduzindo termos e expressões utilizadas por aqueles sujeitos, com a finalidade de tornar mais afeitas as produções para eles.

Nos Gh com usuários e familiares, realizamos as leituras das respectivas narrativas para os sujeitos, onde pudemos presenciar o reconhecimento das histórias produzidas como testemunhos de suas próprias vidas. Nesses encontros, as narrativas foram validadas e modificadas pelos participantes. Ressaltamos que somente o grupo de familiares alterou a narrativa, acrescentando palavras e trechos a ela. Nenhum dos grupos subtraiu ou alterou nenhum termo, palavra ou trecho das produções.

Com vistas a discriminar as intervenções realizadas, colocamos em negrito as palavras e os excertos acrescentados às narrativas.

Por fim, usuários e familiares intitularam suas narrativas, em um gesto simbólico de nomeação de suas histórias.

Seguem as narrativas construídas.

6.4.1. Narrativa do Grupo Focal de Usuários (Nu)

A realidade em que nós vivemos

Essa história é nossa, dos pacientes (usuários) do CAPS II de Itanhaém. Somos um grupo formado por mulheres e homens que concordaram em conversar sobre as nossas vidas e sobre o serviço CAPS em alguns encontros.

Nossa ligação com o CAPS é tão forte que, desde o momento da apresentação de cada um de nós, se fez presente essa relação. Viemos de lugares diferentes, por meio de percursos distintos, mas todos nós encontramos aqui um lugar de ajuda e acolhimento. A descoberta do

CAPS trouxe profundas mudanças para nossas vidas. Cada um tem um tempo diferente que frequenta o CAPS. A ajuda do remédio e o atendimento nota 10 dos médicos e profissionais daqui nos fazem sentir mais protegidos frente ao sentimento de solidão e da falta de vontade de viver.

Apesar da gratidão de todos, nós temos nossas primeiras discordâncias, quando apontamos, timidamente, uns pontos que nos desagradam no CAPS, como as oficinas e a alimentação, que deixam a desejar.

Mas o barco segue e, com ele, a gente vai deixando o acanhamento do início, de falar para o gravador, para trás!

O cuidado no CAPS é feito quando passamos pelos médicos psiquiatras, a cada dois meses, a princípio. Também acontece quando conversamos com os técnicos, terapeutas, os quais, cada um de nós tem um específico, que é nossa referência. A qualquer momento, temos um acolhimento de algum técnico, quando precisamos. Temos grupos de artesanato, desenho e terapia. No grupo de terapia, nos ajudamos, durante a conversa, pela troca de ideias sobre nossos problemas. A medicação certa nos ajuda muito. Esse cuidado no CAPS nos resgata para a sociedade, e, aqui, nos sentimos como uma família.

Falar sobre o cuidado no CAPS nos traz lembranças de nossas histórias de vida. Recordamos dos tratamentos anteriores ao CAPS, em momentos de crise, especialmente. Destacamos o sofrimento ao tentarmos suicídio e ao passarmos por internações em hospitais psiquiátricos. Lembramos dos horrores do manicômio: das violências, da camisa-de-força, das amarras, da solidão, do medo e do desespero.

Recordar nos faz perceber que o CAPS é um lugar diferente. Aqui, temos proteção, acolhimento e ajuda, e somos muitíssimo gratos por isso.

No CAPS, também participamos das decisões. Temos reuniões de terças e assembleias uma vez por mês. Nessas, nós conversamos sobre a estrutura e o material que o CAPS precisa, tendo em mente que falamos sobre o que é possível ser fornecido.

Temos nova discordância neste ponto da participação. Indicamos que o retorno é pouco, pois há burocracia para resolver os problemas, e sempre depende de outras pessoas externas ao CAPS. Tudo isso é frustrante!

Nós lembramos que houve a conquista do bebedouro do serviço. Afirmamos que as reuniões são espaços de reivindicação, onde está presente a solidariedade. Pelo contrário, também vemos pontos positivos no CAPS. Destacamos a luta dos profissionais por nós.

Sentimo-nos fragilizados, doloridos, por sermos usuários. Nossas vidas estão nas mãos dos profissionais. Para nós, é difícil entender como participamos das decisões sobre o nosso

cuidado. Nós nos vemos passivos em relação a isso. Ficamos à espera da escolha e da decisão dos profissionais. Porém, também conseguimos enxergar abertura deles, para escutar e aceitar nossas decisões, mesmo que, algumas vezes, eles não concordem.

Para nós, é mais clara nossa participação quanto à escolha de nossa medicação. Sentimo-nos à vontade para conversarmos com os nossos médicos sobre os remédios. Nós os deixamos inteirados sobre como nos sentimos usando a medicação.

Recebemos a medicação dividida em envelopinhos pelos profissionais do CAPS, por nos esquecermos e nos sentirmos inseguros para tomá-la sozinhos. Isso facilita muito que consigamos tomá-la direito. Poucos de nós tomam por conta própria os remédios. Geralmente, precisamos do auxílio de alguém: da esposa, do marido, da prima ou de algum outro familiar ou pessoa, até mesmo porque tomamos outros remédios, fora os do CAPS.

Muitas vezes, tomamos os remédios do CAPS conforme nosso estado emocional. Já paramos de tomar quando nos sentimos bem... e, aí, pioramos e tomamos de novo. Ou, quando sofremos muito, ficamos ansiosos, tomamos em excesso, para nos aliviar, dar o ponto final ao nosso sofrimento.

A crise, por vezes, já aconteceu, e ainda vem. Nós sentimos uma agonia, uma aflição na cabeça, uma falta de ar, uma vontade de chorar, um medo; ouvimos vozes, parece que vamos morrer... É a crise de novo. Nesse momento, buscamos amparo no CAPS. Aqui, somos atendidos na enfermagem; conversamos com o psicólogo ou médico, se precisar. Eles nos dão remédio ou injeção e, se for caso, nos leva até nossa casa. Se não melhorarmos, chamam o SAMU, que nos leva ao Pronto Socorro.

Recebemos ajuda especial dos amigos do CAPS. Nós nos acolhemos nos momentos difíceis. Sentamos ao lado daqueles que precisam; conversamos e escutamos as pessoas. Passamos a mão em sua cabeça ou a deixamos no ombro. Nós mostramos que estamos juntos e que elas não estão sozinhas. Incentivamos as pessoas a ter fé, que as coisas vão melhorar. A nossa fé em Deus e nos médicos nos move para a melhora, para o nosso cuidado. Nesses momentos, nos sentimos fortalecidos.

Essa ajuda entre nós, usuários do CAPS, não se limita ao período que estamos no serviço. Acontece também fora do CAPS, quando nos visitamos, nos fins de semana, ou quando o CAPS não está aberto. Tentamos não ficar sozinhos e distrair nossas mentes. É a hora que conversamos e não falamos de doença.

Aprendemos a dialogar e entender melhor o que o outro sente com os profissionais do CAPS.

Se nos sentimos capazes de ajudar os outros com o cuidado que temos no CAPS, o mesmo não acontece quanto a ajudarmos nós mesmos. Nesse momento, nos sentimos incapazes. Nessa hora, as dificuldades aparecem: falta de apoio familiar, momentos de crise. É difícil enxergar além das dificuldades!

Mesmo com tantas barreiras, conseguimos, às vezes, cuidar um pouquinho de nós, através das coisas de casa, do cuidado dos cachorros, dos gatos, da aparência, ao fazermos crochê e pinturas em nossa residência.

Fazer coisas em outros lugares diferentes do CAPS é uma barreira para nós. Nesse momento, nossas forças se apagam e parece que só existem pontos negativos. Medos, dificuldades, brigas com familiares, enganos e esquecimentos rondam nossas vidas. Impedem-nos de sair.

A cidade e a rua são o perigo; a casa é o refúgio. Ficamos em casa de pijama o dia todo, quando não estamos bem. Os amigos do CAPS e os papos descontraídos não animam a matar a falta de vontade que sentimos.

Esquecimentos são frequentes. “O que mesmo iria dizer?”

Encontrar os outros, com seus olhos e julgamentos: “Isso é preguiça!”; “Vai trabalhar, vagabundo!”; “É frescura!”. São as frases muitas vezes ouvidas e sentidas. O pior: o preconceito começa dentro de casa, com nossa família.

O preconceito nos faz sentir raiva: dos remédios e de nós mesmos. Nos faz sentir a último das pessoas, a mais desvalorizada. O prejuízo da doença nos faz buscar a porta dos fundos da vida: a morte. Que jeito de fugir da doença?

Ainda assim, poucos de nós conseguem ir à igreja ou procurar alguma atividade.

Buscar nossos direitos? Não nos sentimos fortalecidos para tanto! Necessitamos do incentivo e da ajuda que encontramos no CAPS para isso.

O CAPS, portanto, transformou nossas vidas. Ele nos salvou da morte e nos trouxe à estabilidade. Somos profundamente gratos e até pensamos em elogiar os profissionais à ouvidoria.

Somos tão gratos que não é fácil para nós apontar as faltas e necessidades de mudança do CAPS. É justamente neste ponto que tivemos nossas discordâncias, que surgiram desde o início dos encontros.

Por fim, nos permitimos falar um pouco sobre essas faltas. Apontamos para a falta de segurança – inclusive, por termos brigas entre os usuários às vezes –, para a falta de postura e para a forma de lidar com os usuários por parte de alguns profissionais, para a falta de material e de trabalhadores e para a sobrecarga de trabalho deles.

Ao falarmos de nossas preocupações com o CAPS, nos lembramos de uma usuária que está em crise, que não esteve presente nos nossos encontros. Discutimos sobre a necessidade de sua internação. Discordamos sobre qual seria a melhor conduta a se tomar. Acolhemo-la e não a contrariamos. Não sabemos como lidar com ela. No final, achamos que não seria sensato discutirmos sobre alguém que não estava conosco naquele momento. Ficou claro que nós estávamos preocupados com aquela mulher.

Durante os encontros, cada conversa nos afetou e despertou diversos sentimentos. Houve momentos em que ficamos tensos, sérios, atentos e, por vezes, desligados. A ansiedade nos fazia balançar partes do corpo. Algumas vezes, coisas nos faziam desviar nossa atenção da conversa: os toques dos celulares, algumas pessoas se levantando para lanchar e, até mesmo, vozes que nos perturbavam durante os encontros.

Mesmo com os esquecimentos, os empecilhos e os assuntos muitas vezes pesados, não nos deixamos abater. Conseguimos rir dos nossos próprios deslizes, brincar com nossas dificuldades, para tornar mais leve o dia-a-dia tão sofrido. Especialmente, fomos (e somos) respeitosos e cuidadosos entre nós. Somos todos participantes dessa história que construímos conjuntamente.

6.4.2. Narrativa do Grupo Focal de Familiares (Nf)

Aprendemos com os anjos

Essa história pertence a nós, familiares de pessoas que se cuidam no CAPS II de Itanhaém. Somos as cuidadoras **e familiares** que nos colocamos à disposição para conversar sobre nossas vidas e sobre o serviço CAPS.

Antes mesmo de começarmos a conversa, já nos conhecíamos de outros espaços do serviço. Isso nos deixa à vontade, uma com a outra, e, de início, a afinidade entre nós é evidente e se tornou cada vez mais clara, à medida que conversamos.

Participar de uma pesquisa não nos deixa apreensivas, mas aguça nossa curiosidade.

Quem somos nós? Somos mãe, irmã ou irmã/mãe de nossos familiares, que há muito tempo se cuidam. Nós nos identificamos com a história de nossos parentes, pois a história deles também é nossa história de cuidado. O sofrimento deles tornou-se o nosso.

Passo a passo, vamos recordando a história de nosso filho e irmão. Mesmo sendo pessoas diferentes, as histórias são parecidas. Lembramos de suas infâncias, da época da escola; do interesse para o estudo... ou nem tanto assim, de suas manias, **de** sonhos, até chegar

as estranhezas, **as limitações** e os primeiros surtos. A partir daí, surgiram os médicos, os remédios, os hospitais e as primeiras internações. As dúvidas também surgiram. “É coisa do cérebro? Até quando tomar remédios?” Nossos familiares travam uma luta contra si mesmos, contra sociedade, contra a força da contenção física. A vida deles já não era a mesma, nem a nossa. Os anos passaram com dificuldades, desaparecimento, reencontro, mas com a persistente esperança de que “ele tem chance”!

Ao nos recordarmos disso, revivemos um pouco essas histórias que nos fazem marejar os olhos, abri-los com espanto nos momentos mais tensos, deixar a voz rouca e trêmula, mas também dar sorrisos nas situações de esperança. Ouvimos e acompanhamos atentas, uma à outra, em uma cumplicidade de sentimentos e fatos.

Ao descrevermos esse passado, também lembramos do percurso de cuidado dos nossos familiares. Deparamo-nos com a descoberta do CAPS. As idas ao médico e as medicações passam a dar espaço também a outras atividades oferecidas nesse serviço. Daí para cá, a melhora aparece. E, com ela, nos diferentes atendimentos dos diversos profissionais, os grupos, as caretas, o entendimento dos códigos e palavras e a descoberta dos gostos e das habilidades. Até o temido surto não aparece mais! O CAPS passa a ser um porto-seguro. O cuidado feito nesse serviço parece regalia.

E nós? Ah, nós falamos tanto dos nossos “meninos” que esquecemos de nós!

Nesse momento, nos permitimos falar sobre como nos sentimos. Foi um choque, para nós, o surto deles. Ver tudo ir para o buraco. Sofremos muito com tudo isso. Queríamos mudar o que não podíamos. Aceitar isso foi muito duro, mas escolhemos cuidá-los. Para isso, percebermos que tínhamos que nos cuidar. Não tinha outro jeito. Quando pudemos falar sobre nós e nos permitirmos cuidar por meio de atendimentos psicológicos e grupo de família do CAPS, acabamos nos tornando mais fortalecidas e abertas. Hoje, sim, aprendemos a andar de bicicleta nesse caminho difícil. Conseguimos nos humanizar e acreditar que é possível nossos familiares viverem conosco, dentro de casa e com a sociedade. Hoje, somos ouvidas e levadas a sério pelos profissionais que nos entendem e sabem lidar com nossos familiares.

Com o cuidado realizado no CAPS, por meio do grupo de família, onde compartilhamos casos e nos sentimos acolhidas, conseguimos nos cuidar de outras formas e em outros espaços: ao fazermos natação, ao irmos ao cinema, a festas e comemorações ou à igreja, mesmo sem a companhia dos nossos “meninos”. Nosso cuidado, às vezes, se confunde com o deles. Nós nos identificamos entre nós quanto a isso. Rimos de nós mesmas, quando percebemos que temos que pedir permissão a eles para sairmos. Superar limites. Arriscamo-

nos a contar a história do filme italiano *Vermelho como o Céu* para lembrarmos da Luta Antimanicomial e de sua lição: superar os limites desenvolvendo outras qualidades.

Adjetivos, como feliz e segura, passam a estar presentes nas nossas vidas quando passamos a nos cuidar no CAPS. Participamos das reuniões, do grupo de família e das festas juntas com outros familiares e usuários e valorizamos muito tudo isso!

Apesar de participarmos das atividades do CAPS, não é claro para nós como participamos das decisões tomadas no serviço e as escolhas feitas no cuidado de nossos parentes dentro dele.

Dar limites aos nossos familiares e a nós mesmas é importante, e, muitas vezes, se faz necessário o diálogo com eles e, até mesmo, abrir mão de algumas coisas. Mas, às vezes, também nos irritamos, pois, afinal de contas, nós somos humanas como eles.

Sentimos liberdade de conversar com os médicos e falar sobre a medicação de nossos parentes. Os médicos respeitam nossas opiniões. Inclusive, discordamos quando querem retirar demais a medicação, pois, no fundinho, ainda sentimos medo dos surtos e do sofrimento que passamos. As vezes, que sabemos que eles ouvem, pairam como fantasmas, que podem nos causar um novo tormento. Hoje, até mesmo, conseguimos cuidar um do outro, ao lembrarmos dos horários da medicação que tomamos.

Quanto à defesa dos nossos direitos e dos direitos dos nossos familiares, não temos dúvida que devem ser garantidos. A associação tem papel importante nisto. O direito de estar junto com os outros e a necessidade de contato humano são incentivados por nós, mas, por vezes, o preconceito os impede disso.

“O que os outros vão pensar” Pergunta que afasta as pessoas que se cuidam no CAPS das demais e que é feita, muitas vezes, pelas famílias que não os aceitam. Porém, com amor que temos pelos nossos, superam-se as distâncias, e tomamos frente para defendê-los. Não medimos esforços para dar nosso “recado” àqueles que, porventura, destratem ou agridam nosso irmão ou filho. Conhecemos eles tão bem que basta um olhar, como fosse um pedido de socorro, para logo entrarmos em ação, sem pestanejar. E, às vezes, são eles que têm que nos dar um basta, para não passarmos do limite!

O que mudou?... Refletimos que a necessidade e a dor nos moveram para buscar o bem dos nossos familiares. O bem-estar deles é o nosso estar bem – que não deixa de ser o de todos, o da sociedade.

Somos gratas ao esforço dos profissionais do CAPS, mas achamos que ainda faltam mais profissionais e outros locais de apoio e suporte às pessoas em surto, como em outros países, para evitar a internação. **Também concordamos que faltam leitos em hospitais**

psiquiátricos decentes, com profissionais qualificados, para tratar das pessoas em surto.

Nós nos preocupamos com os nossos sem deixar de lado os dos outros.

Em nosso percurso, nós conversamos e deixamos nos afetar. A fala de uma despertando o sentimento da outra! A palavra que falta foi dita pela outra, para completar o pensamento da uma. Assim, criou-se uma parceria mútua, de troca e de fortalecimento. Tanto é que nos sentimos fortes e à vontade para perguntarmos e participarmos ativamente desse encontro. “Você conhece? Você quer perguntar?” E, com risos, nos despedimos, descontraídas, com a certeza de que a força que nos une é a mesma que nos sustenta.

7. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Após extenso percurso metodológico de produção de informações no cotidiano institucional do serviço psicossocial e nos grupos focais com usuários e familiares participantes, construímos, nesta seção, um caminho interpretativo das experiências vivenciadas ao longo desta pesquisa.

Traçamos esse caminho hermenêutico através da ampla, tortuosa e contraditória gama de informações produzidas neste estudo, ao nos debruçarmos sobre os atores e suas relações no CAPS II investigado. Essa trajetória se configura como uma dentre as plurais possibilidades interpretativas possíveis de serem trilhadas. Contudo, o exercício compreensivo que construímos parte da vivência circunscrita do autor principal, como pesquisador e trabalhador do equipamento de saúde, o que denotou grande esforço e cuidado dele ao transitar entre a familiaridade e o estranhamento das relações e práticas do serviço, agindo, constantemente, de modo pendular, entre as contradições existentes.

Construímos, com isso, uma maneira singular de lermos a realidade institucional, superando a leitura prévia daquele cenário com o propósito de esclarecer as condições existentes e aprofundar o conhecimento sobre elas.

Como nos adverte Minayo (2014),

[...] a compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais inicia uma relação não são arbitrarias. Existe realmente uma polaridade entre familiaridade e estranheza e nela se baseia a tarefa da hermenêutica [...]. (MINAYO, 2014, p. 337)

Portanto, assumimos a perspectiva metodológica da hermenêutica dialética para analisarmos a intrincada produção de informações.

Empreendemos a hermenêutica em quatro etapas de análise. Nas três primeiras, averiguamos de que modo o processo de empoderamento de usuários e familiares se encontra implicado nas práticas do serviço psicossocial. Para tanto, tomamos como referências teórico-interpretativas os níveis de implementação do empoderamento no âmbito pessoal, grupal e comunitário, a fim de balizar e dar enfoque à análise, embora reconheçamos que essa compreensão apresente limitações, visto que as práticas agem, transversalmente, entre os modos de implementação de empoderamento, além de cada etapa desse processo estar imbricada às demais.

Porém, o trabalho analítico buscou dialogar com os referenciais teóricos sobre o tema, dando vistas a determinados processos contraditórios existentes no processo de empoderamento de usuários e familiares, em distintas dimensões, o que possibilita o entendimento de que o percurso de fortalecimento dos sujeitos se constrói de maneira dialética.

Na quarta e última etapa de análise, demos maior enfoque às relações e usuários e familiares com os trabalhadores do CAPS estudado, mediada pelos processos de práticas, aqui compreendidas como processos de cuidado, e como elas afetam diretamente o empoderamento dos sujeitos da pesquisa. Nessa etapa, construiu-se também uma leitura, através do par dialético, tutela-autonomia, para aprofundamento crítico das relações existentes entre os atores sociais.

7.1. Empoderamento Pessoal: entre a fragilidade e as possibilidades

A vivência experimentada com os usuários participantes da pesquisa permitiu evidenciarmos a condição de fragilidade sob a qual eles se encontram.

Fragilidade essa marcada pela incapacidade de os indivíduos cuidarem de si. Quando é preciso se cuidar, “[...] nos sentimos incapazes. Nessa hora, as dificuldades aparecem: falta de apoio familiar, momentos de crise. É difícil enxergar além das dificuldades”⁵.

A narrativa construída junto aos usuários aponta, em vários momentos, para as dificuldades relacionadas ao autocuidado desses sujeitos. O excerto acima acena para a necessidade de recursos de terceiros, no caso, a família e outros que rodeiam aquelas pessoas, para lidarem com situações adversas ou períodos de sofrimento agudo.

Essas dificuldades não só impedem os usuários de lidar consigo mesmos em situações de crise ou estresse, como também os limitam com relação ao estabelecimento de vínculos com redes de suporte e apoio. Resignam-se entre o circuito de suas casas e o CAPS, pois o mundo se constitui como uma barreira.

Fazer coisas em outros lugares diferentes do CAPS é uma barreira para nós. Nesse momento, nossas forças se apagam e parece que só existem pontos negativos. Medos, dificuldades, brigas com familiares, enganos e esquecimentos rondam nossas vidas. Impedem-nos de sair.⁶

⁵ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

⁶ *Idem.*

Nesse ponto, destacamos os poucos recursos pessoais desses sujeitos para construir estratégias de “cuidado de si”, isto é, meios de lidar com situações decorrentes do seu adoecimento, bem como a iniciativa própria de recorrer a formas de apoio e suporte para enfrentamento de dificuldades individuais (VASCONCELOS, 2013b).

A fragilidade experimentada pelos usuários também os restringe quanto à garantia dos próprios direitos. Isso se torna evidente pelo trecho a seguir, no qual a usuária comenta sobre a defesa de seus próprios direitos, durante o Gh:

Eu, por exemplo, eu deixo tudo para lá. Não defendo direito nenhum. Por exemplo, como elas falaram da Francisca... Eu também tinha vários processos na justiça, antes de ficar ruim [...]. O advogado pegou o dinheiro das “custas” e não deu entrada [no processo]. Era um advogado particular. [...] Agora, eu não sei se ele deu entrada ou o que sucedeu, porque eu não fui mais atrás dos meus direitos. De nada! Deixei tudo para lá! Se tinha algum direito ou não, deixei tudo para lá! (Evelin)⁷

A desmobilização evidente da citada usuária se faz perceber em outros relatos, como consta na narrativa produzida com os usuários interlocutores (Nu). A ação de autodefesa de direitos praticamente nula (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013b), aliada às outras dificuldades expostas, demonstra as profundas desolação e descrença em si e no mundo que a maioria dos usuários participantes do estudo vivencia.

A incapacidade, o isolamento e a desolação são experimentados com grande sofrimento e dor pelos participantes, que se veem passivos na acolhida e no cuidado desenvolvidos pelos profissionais do CAPS, elucidando a dependência e a submissão dos usuários aos trabalhadores do serviço. Isso fica claro no seguinte trecho narrativo:

Sentimo-nos fragilizados, doloridos, por sermos usuários. Nossas vidas estão nas mãos dos profissionais. Para nós, é difícil entender como participamos das decisões sobre o nosso cuidado. Nós nos vemos passivos em relação a isso. Ficamos à espera da escolha e da decisão dos profissionais. Porém, também conseguimos enxergar abertura deles, para escutar e aceitar nossas decisões, mesmo que, algumas vezes, eles não concordem.⁸

Embora os usuários participantes ocupem a condição frágil descrita acima, eles vislumbram também uma abertura promovida na prática profissional, para que possam exercer outros papéis mais potentes em suas vidas, mesmo que de modo incipiente.

⁷ Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

⁸ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

Essa abertura na prática do CAPS flexiona a produção de possibilidades para os usuários, em um movimento inverso da fragilidade na qual se encontram, configurando-se, assim, tais possibilidades como o contraponto a essa fragilidade.

As possibilidades são criadas pela escuta e acolhimento dos trabalhadores aos usuários, por exemplo.

Podemos notar isso no relato sobre a escuta profissional feito por uma das usuárias, em um dos GFn:

Em relação aos técnicos, eu posso colocar o que eu estou passando. Na verdade, eles me escutam e me apoiam quando acham que minha ideia é boa. [...] Quando eu dou um palpite em relação ao meu tratamento, eles consideram uma coisa viável, eles aceitam [...]. Então, você pode interagir com os técnicos. E... até deixam você bater a cabeça, porque eu saí daqui e falei à psiquiatra: “Quero alta, porque eu quero voltar a trabalhar!”. Ela falou que não era bom, mas ela aceitou o que eu disse, apesar de ela achar que eu não estava bem ainda. Aconteceu que eu voltei pra cá. Ela e a técnica estavam certas [...]. Mas elas não podiam me prender aqui, né? Então, elas usaram argumentos, conversaram comigo, mas deixaram que prevalecesse essa minha necessidade de voltar a trabalhar. Acho que isso é importante: que você não é só uma coisa que tá sendo tratada. Você tem opiniões. Você passa por algumas coisas fisiológicas e emocionais, e as pessoas aqui te escutam, [estão] ao seu lado; te aceitam, mesmo que você esteja errada. Aceitam você. Faz pouco parte do relacionamento paciente-médico, não é? (Ariadne)⁹

O depoimento da usuária evidencia como a promoção da escuta pelos trabalhadores do serviço produz o reconhecimento do usuário como sujeito, referendando-o como indivíduo capaz de ter opiniões e tomar decisões para si, isto é, aceitando seu poder contratual (KINOSHITA, 2001). Denotamos um processo de valorização pessoal dos usuários por intermédio da escuta profissional.

O acolhimento também suscita possibilidades frente à fragilidade do usuário. Esse se configura como um dispositivo relacional, que abriga o usuário com suas necessidades e vulnerabilidades, garantindo-lhe apoio e proteção.

Damos destaque a um dos trechos da narrativa (Nu) que se volta para o acolhimento:

Nossa ligação com o CAPS é tão forte que, desde o momento da apresentação de cada um de nós, se fez presente essa relação. Vimos de lugares diferentes, por meio de percursos distintos, mas todos nós encontramos aqui um lugar de ajuda e acolhimento. [...] A ajuda do remédio e o atendimento nota 10 dos médicos e profissionais daqui nos fazem sentir mais protegidos frente ao sentimento de solidão e da falta de vontade de viver.¹⁰

⁹ Relato do grupo focal narrativo com usuários (GFn usuários).

¹⁰ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

O CAPS, através de suas práticas, torna-se local de proteção contra o isolamento social e o processo de fragilização dos usuários, em especial, em momentos de sofrimento agudo, como podemos verificar no seguinte excerto do GFn:

Se não tivesse o CAPS na minha vida, eu já não estava viva, pois eu tentava tirar minha vida, sabe? Era muito difícil, muito difícil. Aqui, eu me sinto protegida. Aqui, quando eu tenho uma tristeza, eu tenho alguém que me atende. Eu tenho alguém que possa falar comigo. Os médicos, os funcionários... todos que trabalham aqui! (Francisca)¹¹

A partir da relação entre os atores sociais do serviço, opera-se a constituição de vínculos entre eles, sendo pautados pela escuta e pelo apoio. Diante destes, é produzido o acolhimento, a ausculta sensível (AYRES, 2004), que gera proteção e mudanças.

Concordamos com Jorge e outros (2011) quanto à compreensão do acolhimento como dispositivo relacional dialógico entre trabalhadores e usuários/familiares, que promove a integralidade do cuidado.

O acolhimento funcionando como um dispositivo capaz de (re)estruturar o cuidado integral em saúde mental, transpondo os conceitos de patologia e de diagnóstico da doença mental, ressaltando a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo que é atendido no CAPS. Esse dispositivo de base relacional é compreendido no diálogo entre trabalhador de saúde e usuário/família, na escuta, no atendimento e na resolubilidade da problemática de saúde desses sujeitos, transversalizando toda a terapêutica. (JORGE *et al.*, 2011, p. 3058)

Através dos vínculos, escutas e acolhimentos constituídos no equipamento psicossocial, é construída a possibilidade de os usuários desenvolverem meios próprios de compreensão, ressignificação e estratégias para lidarem com seu sofrimento, em especial, nas circunstâncias de crise. Abre-se, portanto, a oportunidade de aprender com suas experiências, assim como de aceitação e entendimento do próprio adoecimento. Tal processo é enunciado por um dos usuários, durante Gh:

Eu tenho pânico. Transtorno obsessivo... eu acho que tenho. Eu me conformei. [...] Eu aprendi no CAPS a lidar com minha doença. Porque do jeito que ela vem, ela vai. Ela veio. Eu sei que ela faz um estrago legal, mas, uma hora, ela vai embora. Um dia, ela vai embora. E foi aqui no CAPS que eu comecei a pensar assim, né? Tem pessoas que não aceitam a doença de jeito nenhum. Mas eu acho que, quando a pessoa começa a aceitar a sua doença, que é uma coisa que não tem cura, acontece alguns milagres, não é Carlos? [...] Mas você conta nos dedos. Mas a maioria [dos usuários] não se cuida. [...] Eu aceito minha doença. Mas eu não concordo com ela.

¹¹ Relato do grupo focal narrativo com usuários (GFn usuários).

Eu não gosto. Foi no CAPS que eu consegui me estabilizar. Eu consegui ter uma vida, entre aspas, normal. (Ícaro)¹²

A relação construída no CAPS deu ao usuário a possibilidade de aprender meios para lidar com seu sofrimento e história pessoal. A relação de aprendizagem com profissionais proporcionou sua clara valorização pessoal, a ponto de crer em sua capacidade de manejar dificuldades enfrentadas por conta do sofrimento psíquico e de tomar iniciativa e vontade individuais para o cuidado próprio, evidenciando, assim, seu empoderamento pessoal ao desenvolver estratégias de cuidado de si (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013b).

O mesmo usuário continua relatando seu autocuidado na seguinte passagem no Gh:

Na maioria dos casos, é a própria pessoa que vai procurar ajuda e vai procurar a cura, a sua cura. Como aconteceu comigo! Eu já vivi muita situação difícil na minha vida. Eu nunca estaria nesse debate, nessa reunião, se eu não tivesse feito o que eu fiz. Eu comecei a tomar remédio. E eu mexi na *internet*. Achei muita coisa importante. O atendimento do CAPS eu acho 100%. [...] A gente vai mudando, se transformando. Mesmo depois de adulto, a gente vai apreendendo as coisas. Aí fui apreendendo, fui me soltando mais. Hoje, estou mais solto. Eu converso. Eu brinco. Não tenho vergonha. Meus traumas de infâncias ainda estão presentes. [...] Eles voltam ainda. (Ícaro)¹³

O usuário gerou recursos pessoais de cuidado em prol da retomada de sua vida, em um claro percurso próprio de recuperação (BACCARI, 2015; VANCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013b), apesar das adversidades e obstáculos do adoecimento, ainda vivenciados. Tal processo foi mediado pela prática do CAPS, como pudermos observar no trecho anterior.

Do mesmo modo, outro usuário frisou o aprendizado no CAPS, para elaborar modos de socialização entre eles (os usuários) e de enfrentamento ao estigma social, contra as pessoas com sofrimento mental:

Eu acho que o CAPS tem haver [com ajuda mútua entre usuários]. Ensinou até isso, a ter educação... em relação aos colegas [usuários], em relação a quem está numa situação mais difícil. Porque cada um tem um tipo de doença. Eu sei a doença que eu tenho, entendeu? E cada um tem um tipo de dificuldade, de doença. O CAPS nos ensinou a nos respeitar, a ter educação. E, lá fora, quem me garante que eles que estão certos? Quem garante que são eles que são diferentes e nós que somos os certos? [...] Às vezes, eu acho isso. Aqui, eu não sou tratado dessa maneira, né? Eu acho que tudo que eu conheci de bom, eu aprendi aqui. (Daniel)¹⁴

¹² Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

¹³ *Idem*.

¹⁴ *Idem*.

A aprendizagem indicada pelos usuários mencionados nos remete ao processo dialógico construído na relação entre educador e educando, dentro da perspectiva freireana, como podemos verificar na relação profissional-usuário. A aprendizagem crítica, na perspectiva de Freire, gera o empoderamento dos sujeitos através do desenvolvimento da leitura de sua realidade e da cultura onde se encontram imersos, a fim de torná-los conscientes das relações sociais e de poder que os envolvem (BARQUERO, 2012; FREIRE, 2001). Assim, como exposto no último relato, o usuário gerou um pensamento crítico sobre o estigma social de que é alvo, colocando em questão os parâmetros sociais da normalidade e da diferença.

Sobre o processo de aprendizagem e o empoderamento pessoal, Baquero (2012) discorre:

Na perspectiva freireana, o empoderamento individual, fundado numa percepção crítica sobre a realidade social, é fundamental, mas tal aprendizagem precisa ter relação com a transformação mais ampla da sociedade. A pergunta que se coloca, segundo Freire (2003), é: “a favor de quem e contra quem eles usam sua nova liberdade na aprendizagem e como é que essa se relaciona com os outros esforços para transformar a sociedade [?]”. (BAQUERO, 2012, p. 136)

Nessa perspectiva, o empoderamento, como processo e resultado, pode ser concebido como emergindo de um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade pessoal e social e possibilitando a transformação de relações sociais de poder. (BAQUERO, 2012, p. 181)

Apesar de os relatos destacados representarem o desenvolvimento de estratégias potentes de cuidado de si, mediadas pelas práticas do serviço, compreendemos que a aprendizagem desses meios de cuidado pessoal e autoestima não são vivenciados de modo similar por todos os usuários interlocutores do estudo, havendo distintos estágios entre eles, de estados de alta fragilidade àqueles de transformação pessoal – e, conseqüentemente, empoderamento –, como pudemos expor até então.

Vale ressaltar que os usuários não especificam, precisamente, quais práticas do serviço promovem ensino e apropriação de repertórios pessoais de cuidado nos grupos focais. Porém, damos relevo às práticas grupais, acompanhadas durante a Observação Participante (OP), que suscitam estratégias contributivas à promoção de empoderamento pessoal.

A montagem de vídeos, no grupo terapêutico, para a comemoração do dia da Luta Antimanicomial dos anos de 2014 e 2015 foi realizada em um dispositivo grupal que operacionalizou as decisões tomadas pela comissão organizadora do evento, formada por

usuários, familiares e trabalhadores do CAPS. Nesse espaço grupal, usuários produziram coletivamente relatos curtos sobre suas vidas e sua relação com o serviço CAPS, direcionados à comunidade local. Durante esse processo, os usuários elencaram os temas que achavam mais importantes a serem debatidos, bem como formularam perguntas e entrevistaram profissionais do equipamento de saúde mental, sendo grande parte do processo gravado em vídeo por eles mesmos. Os grupos de montagem de vídeo foram conduzidos pelo pesquisador/trabalhador deste estudo em ambos os anos citados, tendo ele ocupado o papel de facilitador das decisões do coletivo de usuários. O mesmo profissional se incumbiu de realizar a edição e formatação dos relatos em vídeos únicos, de curta metragem (*Direito de Ser Feliz*, em 2014, e *Cuidado e Liberdade*, em 2015), que foram apresentados na praça central da cidade, nas comemorações citadas.

A produção de narrativas pelos usuários sobre suas vivências e condições como pessoas com sofrimento psíquico foi a parte mais interessante dessas intervenções. Como aponta Vasconcelos (2003), as narrativas se constituem como dispositivos empoderadores, que permitem a afirmação das experiências subjetivas e a aceitação da condição do sofrimento, além de funcionarem como canal de troca de experiências e estratégias entre pares, bem como instrumento desbravador das relações de poder nas quais o usuário assume papel ativo e autêntico, para mudanças sociais.

Os dispositivos de sociabilidade e integração criados pelo CAPS, que são fomentados pelos usuários, produzem, primordialmente, possibilidades aos sujeitos de transitarem por outros papéis sociais e se abrirem para novas experiências, artísticas e culturais.

Pudemos acompanhar isso por meio da oficina de dança-circular. Tal dispositivo é conduzido por uma ACS de uma das Unidades de Saúde da Família (USF) do município. A atividade consiste em danças coletivas em rodas, nas quais há coreografias de danças tradicionais de diferentes culturas adaptadas às músicas selecionadas pela ACS e pelos participantes. Observamos, durante a oficina, que a focalizadora, autodenominação da ACS, não corrige os movimentos idiossincráticos dos dançantes, os participantes da oficina. A abertura para decisões quanto às músicas e coreografias, bem como o respeito às singularidades dos participantes pela focalizadora, produz um ambiente de acolhimento e de possibilidades a esses sujeitos, de modo a levá-los a ocupar outras posições, diferentes da de paciente/doente.

Dessa forma, a troca de papéis sociais ativa habilidades e desenvolve o valor social dos usuários, aumentando, com isso, seu poder contratual (KINOSHITA, 2001; SARACENO, 2001).

Frisamos também a porosidade institucional do serviço pesquisado ao abrir-se à ação de agentes externos e ao território e seus recursos, mesmo que, pontualmente, em poucos grupos/oficinas. A dança-circular e um dos grupos terapêuticos utilizam-se de um espaço comunitário nas imediações do serviço psicossocial para desenvolver suas atividades, transpondo, com isso, os contornos que abrigam o serviço.

Os espaços grupais ilustrados acionam as possibilidades de trocas de papéis sociais. Esses espaços não estão mais alinhados à ótica da cura, da restituição à vida produtiva, mas, sim, à produção de vida dos sujeitos pelo cuidado (ROTELLI *et al.*, 2001). Eles intentam a produção da capacidade dos usuários de assumir outras posições distintas às de doente, marcado pela incapacidade pessoal e social (BASAGLIA, 1985).

Nesse mesmo sentido, podemos presenciar, na OP, outras trocas: por exemplo, durante um dos encontros da terapia comunitária, o relato compartilhado de uma usuária a respeito da saudade que sentia da voz que a acompanhava e não ouvia mais. Nesse caso, através da condução da profissional responsável pelo grupo, os usuários promoveram a escuta e o apoio àquela usuária, acolhendo sua tristeza e compartilhando experiências e estratégias para lidar com a perda. Do mesmo modo, testificamos a troca de experiências, em uma das rodas de conversa, propiciada pela discussão coletiva sobre o uso irregular das medicações psicotrópicas e como isso estava associado a eventos de suas vidas. A reflexão conjunta, a partir da problematização dos fatos, oportunizou a possibilidade de os usuários discutirem acerca dos modos de lidar com seus sofrimentos, especialmente identificando, em suas vivências, marcos para intensificação da angústia e experiências de arrefecimento das dores emocionais. Assim, promoveu-se o compartilhamento de estratégias pessoais de enfrentamento da crise para além do uso de psicofármacos.

Neste ponto, destacamos a prática reflexiva como recurso empregado para conscientização do usuário sobre seu cotidiano, através da problematização de suas experiências concretas, a fim de maior apropriação de suas escolhas e ações. Tal prática se inscreve como uma das ações possíveis de empoderamento pessoal (BAQUERO, 2012; VASCONCELOS, 2003) e como ação profissional de contextualização, como indica Faleiros (1999).

As práticas grupais observadas acima visam a promover possibilidades de fortalecimento e enfrentamento em âmbito pessoal – não somente neste nível, como veremos mais adiante, na análise – e se circunscrevem ao acesso de alguns usuários, especialmente daqueles em acompanhamento intensivo e semi-intensivo (menor parcela dos usuários atendidos no serviço CAPS estudado). Além do mais, a apropriação e o exercício de tais

estratégias pelos usuários participantes dessas práticas se mostram incipientes e frágeis, como percebemos na narrativa (Nu), principalmente em momentos de crise, como podemos notar no seguinte relato no GFn: “[...] eu, ser ajudado por mim mesmo, já é mais difícil, porque, no momento que tem crise, igual a Gilda falou, você não tem como se cuidar se não tiver alguém por perto de você. Você é capaz de ficar mais maluco ainda” (Bernardo)¹⁵.

Atentamos para as oportunidades criadas pela ação do equipamento psicossocial, de infringir fissuras à posição de vulnerabilidade experimentada pelos sujeitos, suscitando, destarte, processos de fortalecimento e enfrentamento pessoal diante das fragilidades vividas através da aprendizagem e aquisição de repertórios e modos coletivamente compartilhados de lidar com o sofrimento e situações de crise, assim como formas de elaboração de vivências difíceis (VASCONCELOS, 2003).

Essas práticas do CAPS estão em consonância com as ações de empoderamento de outras pessoas, como indicado por Vasconcelos (2003). Por intermédio das práticas profissionais mencionadas, rearticulam-se os patrimônios dos usuários, aqui entendidos como os “[...] bens culturais, econômicos, políticos [...], familiares, afetivos, de amizade” (FALEIROS, 1999, p. 74); em suma, qualquer bem simbólico vivido pelos usuários, com o propósito de produzir reflexão sobre sua condição e redefinir seus problemas e necessidades de forma mais ampla. Através das mesmas práticas, contextualizam-se as condições existenciais, a fim de romper com a visão individual de problemas, promovendo ampliação de contato e trocas com outros usuários e apoio emocional mútuo. Consequentemente, vislumbra-se o aumento de autocuidado.

Podemos perceber a apropriação inicial de algumas ações de cuidado de si, como neste trecho narrativo: “Mesmo com tantas barreiras, conseguimos, às vezes, cuidar um pouquinho de nós, através das coisas de casa, do cuidado dos cachorros, dos gatos, da aparência, ao fazermos crochê e pinturas em nossa residência”¹⁶.

Como nesse fragmento, a aprendizagem da maioria dos sujeitos participantes se desenvolve a nível das necessidades mais essenciais de cuidado pessoal, estando ainda atrelada à supervisão e ao conhecimento fornecido pelos profissionais do equipamento, como podemos constatar no excerto a seguir:

Eu aprendo com os profissionais. Todos os profissionais conversam com nós, para explicar de doenças. Explica a importância de cortar a unha, tomar banho, tratamento com os outros, esperar a vez de cada um falar. O respeito com a

¹⁵ Relato do grupo focal narrativo com usuários (GFn usuários).

¹⁶ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

sociedade, que, às vezes, pode não nos compreender. Aprender como a gente deve se comportar. (Daniel)¹⁷

Evidenciamos que o principal meio de lidar com o sofrimento e com as vivências difíceis por parte dos usuários participantes do estudo é o uso de medicação. Constatamos isso neste trecho narrativo:

Muitas vezes, tomamos os remédios do CAPS conforme nosso estado emocional. Já paramos de tomar quando nos sentimos bem... e, aí, pioramos e tomamos de novo. Ou, quando sofremos muito, ficamos ansiosos, tomamos em excesso, para nos aliviar, dar o ponto final ao nosso sofrimento.¹⁸

Sublinhamos a apropriação ativa por parte dos sujeitos da pesquisa a respeito da medicação. Eles conseguem se situar em papéis definidos em relação ao cuidado medicamentoso e, conseqüentemente, em relação aos médicos. Atentamos para a contradição existente, de que esses mesmos sujeitos não sabem como participar das decisões sobre o próprio tratamento (cuidado) empreendido pelo CAPS, diferentemente daquelas que não envolvem remédios. Verificamos isso nos seguintes trechos das narrativas:

Para nós, é difícil entender como participamos das decisões sobre o nosso cuidado. Nós nos vemos passivos em relação a isso. [...] Para nós, é mais clara nossa participação quanto à escolha de nossa medicação. Sentimo-nos à vontade para conversarmos com os nossos médicos sobre os remédios. Nós os deixamos inteirados sobre como nos sentimos usando a medicação.¹⁹

Mesmo com as possibilidades de troca de experiências e estratégias para manejar dificuldades cotidianas entre usuários promovidas nos atendimentos e grupos/oficinas indicados nesta análise, esses dispositivos ainda se constituem como suplementares ao cuidado medicamentoso efetivado junto aos usuários participantes. Essa contradição é corroborada no seguinte dizer de um usuário, durante o Gh:

Se a pessoa procura, ela acha. Tem grupo de convivência, tem... mais coisas. Tem *Tai Chi Chuan* em posto de saúde. Por exemplo, eu acho importante isso da pessoa se ajudar também, entendeu? Tem pessoas que conseguem só vir ao CAPS passar com a médica. Tem a sorte de acertar no remédio e ter uma vida normal. Sem sofrer muito. Mas tem pessoas que sofrem muito, como eu sofro. Por exemplo, eu vejo o Bernardo quieto, né? Cabeça baixa. Vejo a Gilda na situação que ela está, que só pensa coisa ruim. Para mim, parece que é fácil resolver isso. Parece... [mas] eu tô sentindo medo, mesmo tomando o remédio. Eu acho que o problema é aumentar a dose. É o que eu acho, na minha simples opinião. É aumentar a dose ou trocar de

¹⁷ Relato do grupo focal narrativo com usuários (GFn usuários).

¹⁸ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

¹⁹ *Idem*.

remédio, porque não é possível que uma pessoa sinta o medo, direto... o dia inteiro, o mês inteiro! Não existe. Ou ela [médica] troca de remédio ou troca a dose! (Ícaro)²⁰

A compreensão sobre a medicação do usuário, como fundamental meio de lidar com situações dolorosas e de dificuldades, pode produzir uma redução de controle e percepção pessoais sobre o processo de sofrimento, pois remete os recursos e modos de manejo ao conhecimento e à decisão de terceiros, no caso, o profissional médico, despotencializando quaisquer meios próprios de ação.

Há, por parte de um dos usuários participantes, o reconhecimento sobre o esforço profissional de promover apoio para enfrentamento de dificuldades e outras formas de cuidado fora do serviço. Contudo, esse mesmo participante, frente à fragilidade de superar adversidades vivenciadas, individualiza o insucesso de não conseguir lidar com essas vivências e expressa claramente a alta expectativa depositada no remédio psicotrópico para sua melhora.

Nas conversas com os psicólogos, com psiquiatras, no diálogo que eles fazem com nós... o que eles falam pra nós é fortificante, para os nossos corações, para a nossa alma. Dá para a gente encarar lá fora. Eu procuro fazer isso... mas eu não tenho muita força! Eu me deixo entregar muito. Eu me deixo cair. Não era para estar acontecendo, mas está. Estou tomando a medicação certinho, mas não sei o que acontece que eu estou aqui há três anos. Minha medicação não está fazendo efeito. (Bernardo)²¹

O remédio psicotrópico assume papel central no autocuidado de usuários, pois se configura como fundamental modelo das práticas do serviço de saúde mental. Podemos constatar isso via OP e pela experiência do pesquisador/trabalhador deste estudo, pois há amplo acesso e cobertura da atenção medicamentosa a todos os usuários do CAPS, em múltiplos espaços e práticas (atendimentos médicos, atendimentos de medicação assistida e outros, pela enfermagem do serviço, plantões de medicação, acolhimentos técnicos, que trabalham queixas medicamentosas e intermediam resoluções junto aos médicos etc.), sendo que a minoria desse público participa de outras práticas do serviço diferentes do uso de psicofármacos, como atendimentos técnicos, grupos e/ou oficinas terapêuticas.

Não queremos afirmar, com tal interpretação, que o uso de fármacos não seja um instrumento relevante ao manejo do sofrimento psíquico, nem que signifique necessariamente a perda de autonomia pessoal para usuários de saúde mental, visto que promove ganhos

²⁰ Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

²¹ *Idem*.

significativos para o bem estar dos usuários, mas ressaltamos o processo amplo e complexo de medicalização do sofrimento humano, não só no âmbito da saúde mental – ademais, como fenômeno social –, que promove redução da compreensão do adoecimento, sob a ótica biológica-médica, em detrimento das dimensões social, cultural, histórica e subjetiva, que compõem esse processo.

Partilhamos da ótica de Clark (2014), que define da seguinte maneira o processo de medicalização:

Medicalização é um processo no qual os problemas humanos podem ser definidos e tratados como problemas médicos. Isso envolve a aplicação de um modelo biomédico que compreende a saúde como ausência de doença, e é caracterizado pelo reducionismo, individualismo, e um viés tecnológico. Análises sobre medicalização oriundas do construtivismo social e sociologia revelam os meios que condições variadas como vício, parto, alimentação infantil, tristeza, disfunção erétil, e morte tornam-se questões médicas a serem tratadas. A medicalização está expandindo ao invés de reduzir na vida moderna, enquanto pode ser desejada ou rejeitada por pacientes, doutores, ou outros atores no campo da saúde, ela é considerada em grande parte prejudicial e onerosa a indivíduos e sociedades: patologizando comportamentos, despotencializando indivíduos, descontextualizando experiências, e despolitizando problemas sociais. (CLARK, 2014, tradução nossa²²)

Ademais, Onocko e outros (2013) também apontam para o processo de medicalização na cultura ocidental, que aumenta, de sobremaneira, o escopo do saber médico sobre acontecimentos e experiências da vida contemporânea, compreendendo-os como questões tratáveis e passíveis de serem medicadas. Os seguintes autores atentam para a escala de diagnósticos crescente desde a década de 1960, alavancada, principalmente, pelos interesses econômicos da indústria farmacêutica.

Tais autores afirmam que, no contexto da saúde mental brasileira, “[...] independente dos avanços da reforma psiquiátrica, a medicalização se mantém como prática não reformada” (ONOCKO *et al.*, 2013, p. 2890). Por meio da pesquisa interventiva junto aos usuários de quatro cidades brasileiras, acerca do uso de medicamentos, esses autores destacam a alta relevância do cuidado medicamentoso, em detrimento de outros recursos terapêuticos dos

²² Medicalization is a process by which human problems come to be defined and treated as medical problems. It involves the application of a biomedical model that sees health as freedom from disease, and is characterised by reductionism, individualism, and a bias towards the technological. Medicalization analyses have roots in social constructionism and sociology, revealing the ways that such varied conditions as addiction, childbirth, infant feeding, sadness, erectile dysfunction, and death have come to be medical issues to be treated. Medicalization is understood to be expanding rather than contracting in modern life, and while it can be sought or resisted by patients, doctors, or other actors in the health field, it is considered largely harmful and costly to individuals and societies: pathologising normal behaviour, disempowering individuals, decontextualising experience, and depoliticising social problems. (CLARK, 2014)

serviços substitutivos em saúde mental, para os usuários participantes do estudo. Isso conota efeito das práticas medicalizantes dos equipamentos de saúde mental estudado.

Contudo, destacamos que existem estratégias em saúde mental recentes em âmbito nacional, que justamente colocam em foco a gestão compartilhada de medicação, de modo que a desenvolver a reflexão e a decisão crítica de usuários dos serviços psicossociais quanto ao seu tratamento medicamentoso, como os projetos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), oriundos de experiências canadenses adaptadas por pesquisas participativas nacionais, em parceria com centros de pesquisa internacionais (ONOCKO *et al.*, 2012; PASSOS *et al.*, 2013).

Portanto, na perspectiva do empoderamento pessoal de usuários, os participantes do estudo se encontram, em sua maioria, em grau significativo de fragilidade individual, no que se refere ao desenvolvimento e à efetividade de estratégias de cuidado de si e autodefesa, embora haja sujeitos com recursos próprios mais consolidados, que os potencializam no seu processo de recuperação (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013b).

As práticas dos CAPS, enquanto dispositivos de empoderamento dos outros (VASCONCELOS, 2003), proporcionam espaços para elaboração de vivências difíceis dos usuários bem como para produção de narrativas e trocas de papéis, de experiências e de repertório de manejo do sofrimento, tornando a prática profissional meio de aprendizagem (ensino) dos sujeitos, mesmo que o acesso e o alcance dessas ações sejam limitados.

Porém, contraditoriamente, as práticas do serviço também enfatizam, de sobremaneira, o uso medicamentoso como meio fundamental de enfrentamento ao sofrimento dos usuários, tendo como efeito mais acentuado a redução do controle e da percepção pessoais do seu processo de fragilização, assim como a desvinculação desse processo da história pessoal e do conhecimento do próprio indivíduo.

Dessa forma, a fragilização dos usuários, aliada às práticas efetivadas no CAPS, constrói, para os sujeitos participantes, evidente dependência ao conhecimento, ação e supervisão dos profissionais.

Essa dependência também é promovida ativamente pelo serviço, por meio de regras restritivas, como acenou uma das usuárias durante a OP. Essa se queixou publicamente que se sentiu constrangida e infantilizada por não poder se deslocar até a enfermagem, em busca de uma informação, portando uma caneca de café-com-leite, pois foi impedida por um profissional do equipamento sob a alegação de que ela não podia se alimentar fora do espaço reservado para isso (sala de convivência). A mesma usuária também apontou algumas outras

situações de restrição de acesso dentro do serviço, que dependiam das decisões dos profissionais técnicos.

A clara heteronomia de regras e pactos de convivência são um dos fatores da relação construída entre profissionais e usuários/familiares que será analisada com mais profundidade em outra seção deste trabalho.

Por sua vez, as familiares participantes do estudo, assim como os usuários, ressaltam sua fragilidade emocional quando ingressaram no centro psicossocial, frente à crise e ao sofrimento mental dos parentes adoecidos e como o acolhimento e a escuta dos profissionais foram instrumentos importantes para se sentirem fortalecidas perante essas dificuldades.

Foi um choque, para nós, o surto deles. Ver tudo ir para o buraco. Sofremos muito com tudo isso. Queríamos mudar o que não podíamos. Aceitar isso foi muito duro, mas escolhemos cuidá-los. Para isso, percebermos que tínhamos que nos cuidar. Não tinha outro jeito. Quando pudemos falar sobre nós e nos permitirmos cuidar por meio de atendimentos psicológicos e grupo de família do CAPS, acabamos nos tornando mais fortalecidas e abertas. Hoje, sim, aprendemos a andar de bicicleta nesse caminho difícil. Conseguimos nos humanizar e acreditar que é possível nossos familiares viverem conosco, dentro de casa e com a sociedade. Hoje, somos ouvidas e levadas a sério pelos profissionais que nos entendem e sabem lidar com nossos familiares.²³

Destacamos como o apoio e o suporte desenvolvidos pelo serviço contribuíram para a aceitação do processo de adoecimento dos familiares e, com isto, deram a eles a oportunidade de resignificarem as vivências dolorosas e perceberem a importância do autocuidado. O grupo de família e os atendimentos familiares configuram, fundamentalmente, esses espaços de apoio, de empoderamento de outras pessoas (VASCONCELOS, 2003).

As familiares participantes demonstram mais autonomia na estratégia de cuidado próprio, para além dos espaços ofertados pelo CAPS, do que podemos observar com os usuários, como podemos notar no excerto narrativo:

Com o cuidado realizado no CAPS, por meio do grupo de família, onde compartilhamos casos e nos sentimos acolhidas, conseguimos nos cuidar de outras formas e em outros espaços: ao fazermos natação, ao irmos ao cinema, a festas e comemorações ou à igreja, mesmo sem a companhia dos nossos “meninos”.²⁴

Quanto à defesa de direitos, as familiares colaboradoras demonstram alta capacidade de enfretamento para zelarem pelos seus direitos e, principalmente, pelos dos familiares em sofrimento, como é possível perceber no seguinte fragmento:

²³ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

²⁴ *Idem*.

Quanto à defesa dos nossos direitos e dos direitos dos nossos familiares, não temos dúvida que devem ser garantidos. A associação tem papel importante nisto. O direito de estar junto com os outros e a necessidade de contato humano são incentivados por nós, mas, por vezes, o preconceito os impede disso. [...] Não medimos esforços para dar nosso “recado” àqueles que, porventura, destratem ou agridam nosso irmão ou filho.²⁵

Uma das familiares revelou capacidade de manejo em situações de preconceito sofrido por cuidar do irmão. Pudemos verificar isso em relato durante o Gh, quando elas foram questionadas se já haviam sofrido algum tipo de discriminação: “Já, às vezes. Tem pessoas que falam: ‘Você, de tanto tomar conta do seu irmão, você tá ficando igual ele!’”. Até mesmo os próprios irmãos mesmo [falam isso]. [...] Mas eu levo na esportiva.” (Betânia)²⁶.

De modo geral, as familiares apresentam significativos autonomia pessoal e poder contratual, como constatamos nesta análise.

7.2. Empoderamento Grupal: entre encontros e desencontros

Por meio das experiências desenvolvidas na pesquisa, com os usuários, presenciamos relações de apoio e suporte produzidas entre eles. Exemplificamos essas relações solidárias no seguinte fragmento narrativo:

Recebemos ajuda especial dos amigos do CAPS. Nós nos acolhemos nos momentos difíceis. Sentamos ao lado daqueles que precisam; conversamos e escutamos as pessoas. Passamos a mão em sua cabeça ou a deixamos no ombro. Nós mostramos que estamos juntos e que elas não estão sozinhas. Incentivamos as pessoas a ter fé, que as coisas vão melhorar. [...] Nesses momentos, nos sentimos fortalecidos.²⁷

Os laços solidários e o acolhimento e o cuidado mútuos puderam ser testemunhados durante a OP, em diversas cenas cotidianas do serviço, como: no auxílio e companhia ofertado por um usuário a outro, que estava febril, até o ponto de ônibus; na preocupação expressa pelos usuários sobre a falta de uma usuária às atividades grupais de determinado dia; na atenção e na escuta oportunizadas por duas usuárias às demandas afetivas de uma terceira, que se encontrava mais fragilizada; entre outras situações.

Até mesmo o pesquisador deste estudo sentiu-se solidariamente acolhido e zelado pelos usuários durante a observação, através das preocupações desses sujeitos relacionadas ao

²⁵ *Idem.*

²⁶ Relato do grupo hermenêutico com familiares (Gh)

²⁷ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

que ele se sentia no transcorrer do tempo, nos espaços de convivência, ou, ainda, nas troças de compará-lo a um usuário que “só faltava tomar o remédio”.

O contato com diferentes histórias e sofrimentos vivenciados cria a “oportunidade”, conforme uma usuária durante a OP, “de perceber que existem pessoas em pior condição que você” e, então, ocorre a possibilidade de ajudá-las, acolhê-las e “confortá-las”. Dessa forma, os usuários descobrem-se potentes, ao apoiar e serem apoiados pelos demais.

A aproximação dos pares e a possibilidade de enlace afetivo entre eles são promovidas, especialmente, pelos espaços de convivência do serviço – da sala de convivência à recepção, passando pelos lugares de livre trânsito e do fumódromo convencionado dentro do serviço. São nesses espaços que se desenrolam as conversas fortuitas, as trocas de histórias pessoais, as brincadeiras, os estreitamentos de laços e a construção de amizades, ou seja, os encontros potentes entre os usuários.

As trocas de experiências entre usuários não se limitam às práticas grupais, nem necessariamente são conduzidas pelos profissionais. O câmbio afetivo e vivencial ocorre também nos encontros dos espaços de convivência.

Percebemos isso durante a OP, na qual presenciamos, no intervalo entre atividades do serviço, o diálogo descontraído entre duas usuárias que compartilhavam, entre si, vivências compulsivas de realização de compras, durante períodos de instabilidade emocional. Identificaram-se quanto às suas histórias e dividiram as experiências sobre a forma como lidaram com o endividamento posterior. Do mesmo modo, participamos da conversa de outras duas usuárias, onde uma, por sofrer com a perda da voz que a acompanhava, externou que planejava cometer atos mórbidos, a fim de recuperá-la; a outra usuária, por sua vez, expôs sua superação da escuta de vozes, com o propósito de dirimir os intentos destrutivos de sua colega. Ali, ambas traçaram suas histórias, compartilhando experiências pessoais e apoiando-se mutuamente.

Nos encontros proporcionados pela aproximação de pares nos espaços de convivência, notamos a construção de amizades, conforme o seguinte relato de um usuário, durante o Gh:

[...] foi no CAPS que eu consegui me estabilizar, né? Eu consegui ter uma vida, entre aspas, normal. Tenho meus amigos. A maioria é do CAPS. Tem o Bernardo, tem a Gilda, tem a Francisca, tem a... Lorena, o Ricardo, a Maria. São pessoas iguais a mim, e eu me sinto bem [com eles]. (Ícaro)²⁸

²⁸ Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

Tais redes de apoio e suporte são análogas ao que Vasconcelos (2003) conceitua como grupos de ajuda e suporte mútuos, ou seja, como grupos informais “[...] de troca de vivências e experiências, de ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias de lidar com os problemas comuns” (VASCONCELOS, 2003, p. 76), enquanto ajuda mútua, e que criam atividades e iniciativas de cuidado e/ou suporte concretos na vida (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013b). Esses grupos configuram-se informais, pois são formados por uma rede de amizade construída dentro do serviço psicossocial e são acionados em determinados momentos, não se constituindo como grupos consolidados, com encontros regulares e frequentes.

O estreitamento relacional, as trocas e as ações solidárias mútuas entre usuários são ensejados também pelas práticas desenvolvidas no CAPS, especialmente nos dispositivos grupais, como podemos ver mais detidamente na seção anterior de análise. Esses dispositivos oportunizam a socialização e a construção de poder contratual (KINOSHITA, 2001) entre usuários.

Nesse sentido, frisamos a possibilidade criada, dentro dos dispositivos grupais, de promover a ajuda entre os participantes através das trocas, como se esboça no seguinte relato do GFn:

Eu participo em terapia de grupo, sem ser o artesanato, com o próprio Carlos e com outros técnicos, apenas para conversar, para expor os problemas para os amigos, os colegas que nos possam ajudar. Muita gente tá passando... muitos estão passando por coisas parecidas, e os outros podem dar uma ideia pra melhorar a nossa situação. (Ariadne)²⁹

Assim também se proporciona, na relação entre usuários e trabalhadores, meios de aprendizagem, como já acenamos na seção anterior, nos quais os usuários desenvolvem sua capacidade da escuta e o acolhimento entre si, como indica o seguinte fragmento narrativo: “Aprendemos a dialogar e entender melhor o que o outro sente com os profissionais do CAPS”³⁰.

As marcas afetivas presentes na relação entre profissionais e usuários se reproduzem com a mesma tonalidade nas relações construídas entre os pares, propiciando atenção e corresponsabilidade dentro delas, enfim, de cuidado recíproco entre os usuários.

O CAPS ajudou muito. Ele ajuda e dá suporte para a gente ajudar os próximos, os amigos aqui do CAPS. Nós damos conselhos [...]. O carinho, a atenção, a amizade

²⁹ Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

³⁰ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

que temos aqui dentro, com os funcionários, procuramos passar para os nossos amigos, para que eles não façam besteira, prejudiquem-se no futuro. Por isso, acho que o CAPS nos ajudou muito. (Bernardo)³¹

Apesar de os grupos e oficinas do serviço estudado serem conduzidos somente por profissionais, é evidente a contribuição de seus dispositivos grupais na promoção de encontros potentes entre usuários, impactando diretamente seu empoderamento grupal (VASCONCELOS, 2003).

Tecer encontros é um dos propósitos primordiais dos CAPS, como aponta Yasui (2007). O autor disserta que o trabalho nos serviços substitutivos em saúde mental, assim como no campo da saúde, é o cuidado, e que este apenas se efetiva no encontro em uma “[...] atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro” (YASUI, 2007, p. 161). O CAPS compreende o meio pelo qual se tecem tais encontros e alianças, transbordando seus limites físicos e implicando outros atores nessa tarefa.

O CAPS é meio, caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho. (YASUI, 2007, p. 159)

Yasui recorre à filosofia de Espinosa para refletir sobre a capacidade do encontro de produzir afetos. É no encontro que os corpos – e também as ideias – afetam uns aos outros, (re)criando potência de existir, agir e pensar (os bons encontros) ou, ao contrário, enfraquecendo e/ou aniquilando essa potência do ser existente (os maus encontros).

Portanto, o cuidar é a busca de gerar bons encontros.

O ato de cuidar deve ser uma produção regida pela alegria, pela beleza, pela poesia. São os afetos alegres que produzem os bons encontros, que produzem potencialidade, que produzem vida. Olhar e ouvir desde esse lugar do cuidado, daquele que investe seu afeto e sua atenção para produzir efeitos, para potencializar a autonomia, apresenta às vezes resultados surpreendentes. (YASUI, 2007, p. 164)

Assim, os vínculos e afetos produzidos por trabalhadores e usuários através do cuidado construído nas práticas do equipamento, especialmente nos dispositivos grupais, tecem bons encontros, implicando e potencializando aqueles sujeitos como agentes de cuidado mútuo entre si. Os encontros potentes geram laços de amizade, cuidado e

³¹ Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

cumplicidade que não se restringem aos limites do CAPS, reverberando para fora desse equipamento, em uma rede autônoma e incipiente de apoio e suporte mútuos de usuários.

Essa ajuda entre nós, usuários do CAPS, não se limita ao período que estamos no serviço. Acontece também fora do CAPS, quando nos visitamos, nos fins de semana, ou quando o CAPS não está aberto. Tentamos não ficar sozinhos e distrair nossas mentes. É a hora que conversamos e não falamos de doença.³²

Tecem-se encontros entre pares que intensificam suas trocas e vínculos, potencializando suas forças de vida para além das portas do CAPS, como podemos notar nos relatos a seguir, durante a Gh:

Eu procurei já ajuda fora do CAPS. Eu saio. Eu recebo convite do Ícaro, para eu ir na casa dele, e eu vou. Quando tem um servicinho ou alguma coisa, eu vou fazer. Eu estou indo sempre na casa dos amigos, dos conhecidos, para poder também valorizar eles. Incentivar eles também a sair de casa, do jeito que eu saio. Receber os amigos dentro de casa. Até aí o CAPS ajuda a gente a ter forças para encarar essa vida aí fora. (Bernardo)³³

Eu acho isso muito legal [o cuidado entre usuários], muito bom, porque eu considero assim que eu estou fazendo amizade. Eu consigo. Eu estou me ajudando e ajudando a pessoa aí. Como o caso do Ronaldo, que mora sozinho. Ele tem dificuldade de ligar o aparelho de DVD nas instalações atrás [da TV]. Às vezes, ele me chama, quando ele quer alguma coisa assim para ligar. É legal porque eu estou sendo útil e, ao mesmo tempo, eu estou conversando com ele, estou saindo de casa. Isso é legal. Isso ajuda as pessoas. (Daniel)³⁴

Então, você tem que ter fé em Deus, contar com os amigos que você tem no CAPS. Eu mesmo fiz uma lista das pessoas que eu posso contar, dos amigos que eu tenho. E passei a orar e acreditar nessas pessoas também. (Daniel)³⁵

As experiências construtivas entre usuários, em prol da troca de vivências e da aprendizagem individual e coletiva, são verificadas e ratificadas, do mesmo modo, por Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013), em pesquisa com usuários, familiares e profissionais em dois serviços substitutivos territoriais do município de Campinas/SP, acerca de suas concepções sobre empoderamento. O processo de ajuda mútua e coletivização se configuram como espaços de apoio.

Os laços afetivos, construídos a partir dos encontros despertos no CAPS e fora desses, fazem-se tangíveis pelos sentimentos de carinho, atenção e corresponsabilidade – enfim, de

³² Narrativa do grupo de usuários (Nu).

³³ Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

cuidado – compartilhados entre os usuários participantes através do símbolo da família, como é expresso na narrativa: “[...] aqui [no CAPS], nos sentimos como uma família”.

Isso se contrapõe ao quase nulo suporte familiar vivenciado pelos sujeitos. A família, por vezes, é foco de deszelelo, brigas, preconceito e rejeição, que são corroborados pelas reflexões feitas tanto pelos usuários quanto pelos familiares participantes do estudo, como percebemos em diversas passagens das narrativas criadas:

Nesse momento, nos sentimos incapazes. Nessa hora, as dificuldades aparecem: falta de apoio familiar, momentos de crise. É difícil enxergar além das dificuldades!³⁶

Medos, dificuldades, brigas com familiares, enganos e esquecimentos rondam nossas vidas. Impedem-nos de sair.³⁷

O pior: o preconceito começa dentro de casa, com nossa família.³⁸

“O que os outros vão pensar” Pergunta que afasta as pessoas que se cuidam no CAPS das demais e que é feita, muitas vezes, pelas famílias que não os aceitam.³⁹

Os desencontros familiares ou os maus encontros com a família figuram como causadores de impotência e fragilização dos usuários participantes, que recorrem aos vínculos com o serviço psicossocial e a rede de pessoas advinda dele.

Destacamos que a circunscrição de laços criados com as pessoas vinculadas ao equipamento de saúde mental pelos usuários, aliada aos poucos meios de socialização e enfrentamento pessoais, eleva os desencontros desses sujeitos com outras redes sociais na comunidade.

A restrição da rede social de usuários aos vínculos criados junto ao serviço psicossocial é observada, de modo similar, no estudo de Muramoto e Mângia (2011) com usuários do equipamento comunitário de saúde mental da cidade de Santo André/SP, com relação às suas redes sociais. As autoras apontam para o isolamento e empobrecimento de redes sociais de pessoas com sofrimento mental por meio de levantamento bibliográfico sobre o tema e nos resultados do estudo. Elas atentam para a fragilização das relações desse público e a saturação do serviço substitutivo estudado em atender as necessidades dos usuários, justamente por se constituir como seu único foco relacional.

³⁶ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

³⁷ *Idem.*

³⁸ *Idem.*

³⁹ Narrativa do grupo de familiares (Nf).

Apesar de as práticas grupais do CAPS propiciarem trocas e oportunizarem vínculos de ajuda e suporte mútuos entre os usuários, elas não visam ou contribuem diretamente para a construção de redes sociais de usuários no território, como observamos durante a realização deste estudo.

É importante salientarmos que nem todos os usuários interlocutores do estudo partilham dessa rede de ajuda e suporte mútuos.

Contudo, avaliamos que os grupos informais e iniciais de ajuda e suporte mútuos, constituídos pelos usuários, operam significativo empoderamento, pelo menos, a nível grupal, embora as práticas coletivas do CAPS não tenham como objetivo principal o fomento desses grupos, apenas incentivando indiretamente essas formações.

Quanto às familiares participantes, estas compartilham experiências e praticam acolhimento mútuo por meio do grupo de família. Apesar de ser um grupo conduzido por um técnico, as familiares desempenham um papel ativo na sua condução, uma delas, inclusive, exercendo a posição de cofacilitadora por, frequentemente, introduzir informes e questões acerca do serviço psicossocial no início dos encontros, como pudemos constatar durante a OP.

A capacidade de cuidado recíproco no grupo de família se expressa na escuta e no acolhimento proporcionados pelas participantes – geralmente, mulheres: mães, esposas ou irmãs –, como quando falaram sobre os limites do cuidado com os parentes em sofrimento ou a impotência frente a violência intrafamiliar. Tais vivências angustiantes e pesadas puderam ser elaboradas a partir da troca de histórias de vida despertas e do alento condescendente mútuos entre as participantes durante o grupo, como pudemos presenciar na observação.

Ainda que o grupo seja frequentado por um baixo número de familiares, as familiares participantes se sentem contagiadas por afetos potentes, criando um senso de pertencimento grupal, como verificamos no seguinte trecho narrativo: “Adjetivos, como feliz e segura, passam a estar presentes nas nossas vidas quando passamos a nos cuidar no CAPS. Participamos das reuniões, do grupo de família e das festas juntas com outros familiares e usuários e valorizamos muito tudo isso!”⁴⁰.

Entretanto, ressaltamos poucos dispositivos grupais abertos a familiares e/ou cuidadores, excetuando-se, nesses casos, o grupo de família e eventos pontuais.

Inferimos que os poucos espaços de convivência e grupos/oficinas voltados para familiares ecoam em sua baixa participação nos espaços grupais existentes e culminam na inexistência de rede de ajuda e suporte mútuos autônomos. Porém, destacamos a capacidade

⁴⁰ Narrativa do grupo de familiares (Nf).

de inserção e socialização das familiares participantes do estudo em espaços sociais de apoio e suporte, como foi apontado na seção sobre empoderamento pessoal.

7.3. Empoderamento Comunitário: entre a participação e o poder de decisão

O empoderamento comunitário consiste nas ações coletivas e políticas dos atores sociais voltadas ao controle social nas políticas públicas, em específico, da saúde e de saúde mental, e ao combate das relações sociais de opressão e discriminação na sociedade, fundamentalmente contra o estigma relacionado às pessoas em sofrimento psíquico e à diferença, com o propósito de construir meios para exercício efetivo da cidadania dos usuários e de seus familiares (KLEBA; WENDAUSEN, 2009; VASCONCELOS, 2003).

Nesse sentido, damos relevo às múltiplas ações comunitárias e aos eventos principalmente ligados ao dia nacional da Luta Antimanicomial, como verificamos na análise documental do acervo do serviço. Tais eventos tiveram início em 1999, com o *I Simpósio de Saúde Mental*, tendo regularidade anual até 2001. Após esse período, há um lapso de registro que não indica se ocorreram ou não outras atividades de mesmo cunho. Porém, há retomada em 2007, seguida de novo período sem registro de intervenções de cunho antimanicomial e reingresso de ações de 2012 a 2015.

De modo geral, essas comemorações do dia da Luta Antimanicomial (18 de maio) se inscrevem como ações de cunho reivindicatório de relações sociais mais equânimes, para os usuários e suas famílias, dentro do âmbito comunitário, assim como de mobilização política dos atores sociais do CAPS para o enfrentamento da opressão, discriminação e dificuldades sociais que sofrem. Tais eventos foram conduzidos pelos profissionais do serviço psicossocial, contando com a colaboração de usuários, familiares e, em pontuais momentos de participação mais ativa, representantes da Associação de Saúde Mental “Diferente Cidadão”.

Excetuam-se os dois eventos nomeados “Chá-Dançante”, no segundo semestre dos anos de 2013 e 2014, que não possuíam claros objetivos temáticos de reflexão política quanto à cidadania e ao preconceito social contra o louco. Eles, no entanto, intentaram a construção de vínculos comunitários, por meio de eventos festivos abertos a outros atores sociais da cidade.

Ressaltamos também as produções do *Jornal Cuca Legal*, em 2007 e 2015, como pudemos testemunhar na análise documental e na OP, respectivamente. Nessas ações, foram elaborados artigos, narrativas e poesias partindo do ponto de vista dos usuários acerca de sua relação com o equipamento de saúde mental e sobre outros eventos que os circundavam.

Essas práticas referendam os usuários na posição de porta-vozes legítimos de suas vidas e histórias, bem como promovem a abertura de suas experiências à comunidade, oportunizando a reflexão sobre a cidadania do louco e seu lugar nas relações sociais, mesmo que estas tenham sido produzidas em momentos pontuais, nas intervenções cotidianas do serviço.

Do mesmo modo, as produções audiovisuais, como *A Loucura é de Todos Nós*, de 2010, *Direito de Ser Feliz*, de 2014, e *Cuidado e Liberdade*, de 2015, além de proporcionarem a criação de narrativas pessoais de usuários e, principalmente, o ensejo para ressignificarem suas vivências (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2013b), também se configuraram como canais potentes, artísticos e culturais de discussão sobre o estigma social da loucura com outros atores sociais do território, visto que essas produções foram apresentadas em mostras públicas.

Essas ações se inserem como estratégias de transformação do estigma e da dependência na relação com a loucura e com o louco na sociedade (VASCONCELOS, 2003; 2013b), bem como repercutem e suscitam outras ações nos diferentes níveis de implementação do empoderamento, ou seja, constituem-se como práticas transversais nos distintos âmbitos do fortalecimento de usuários e familiares.

Pela experiência no transcorrer da pesquisa e vivências do autor principal como trabalhador, verificamos que, apesar de haver regularidade temporal nas ações comunitárias apresentadas, as práticas do serviço não são afetadas sob o mesmo teor mobilizador e problematizador político relacionado ao estigma social de pessoas com sofrimento mental e suas dificuldades para o exercício pleno da cidadania. Portanto, não se faz sentir a repercussão dessas ações comunitárias entre os atores sociais da instituição estudada, pois eles não reproduzem discussões e/ou reflexões acerca do potencial e das dificuldades para efetivar concretamente a cidadania de usuários, nem problematizam de forma inteligível as condições existenciais sob as quais os usuários e suas famílias se encontram, a fim de evidenciar as relações de opressão que sofrem.

Isso tem como consequência a baixíssima politização de usuários e familiares sobre os princípios e preceitos da Luta Antimanicomial e, consecutivamente, sua nula adesão militante ao movimento de defesa de direitos de usuários e familiares.

As práticas comunitárias de transformação e combate ao estigma foram majoritariamente orientadas e guiadas por profissionais – fundamentalmente, pelos técnicos do serviço. A participação de usuários nessas práticas consistiu, basicamente, na adesão daqueles que estão em acompanhamento intensivo e semi-intensivo, daqueles que participam do atendimento-dia (AD) no CAPS e da rara presença de familiares. Os papéis de usuários e

familiares nessas ações são de colaboradores que, comumente, não partilham efetivamente das instâncias decisórias delas.

Uma das consequências dessa formatação política pode ser percebida pela concepção simplista dos usuários de participação, durante a OP. Alguns usuários do AD compreendem participação como a simplória presença em atividades ou nas assembleias do serviço.

Tal concepção de participação é discutida criticamente por Faleiros (2011), em relação à sua compreensão ideológica. O autor trata a participação como uma prática social consensualizada nas instituições e organizações das sociedades modernas e que permeia “[...] todos os meandros da sociedade civil, aparelhos de Estado, da vida cotidiana” (FALEIROS, 2011, p. 71). Contudo, ela é recoberta de caráter ideológico, o qual vela os processos de inclusão/exclusão da inserção política dos sujeitos envolvidos. Faleiros ressalta que a ideologia da participação escamoteia o processo de exclusão de certos setores específicos da população das “oportunidades da vida” moderna por meio da participação passiva ou marginal, visto que existe uma concepção ideológica de livre acesso aos meios e bens. Reconhece-se como participação ativa a mera presença de indivíduos e grupos em atividades e instâncias, individualizando, com isso, a responsabilidade, o esforço e a escolha da participação, sem colocar em questão os meios de exclusão dos espaços decisórios.

A exclusão dessas novas oportunidades de vida promovidas pelo “progresso” significa participação passiva, marginalidade. A eliminação de barreiras, tanto geográficas como raciais, sexuais, legais levaria a uma igualdade de oportunidades para todos os indivíduos, bastando pois seu *esforço* individual para a conquista os recursos “disponíveis”. Assim, a segunda do conceito de participação, nessa perspectiva, refere-se à mobilização dos *esforços* individuais pela eliminação da acomodação. A participação torna-se *ativa* pela mudança de atitudes e comportamentos individuais e coletivos, pela presença de indivíduos e grupos em programas e atividades. O participar significa, então, os comportamentos individuais de procura e de livre escolha daquilo que é disponível na situação presente e comportamentos coletivos de associação e de promoção de recursos. Esta concepção opõe os apáticos aos participantes, os indolentes aos esforçados, os preguiçosos aos denodados. (FALEIROS, 2011, p. 72)

Ressaltamos que a comissão da Luta Antimanicomial se configurou como um dispositivo coletivo que alterou a dinâmica participativa construída até então junto aos usuários. O coletivo foi formado para organizar as comemorações do dia da Luta Antimanicomial a partir de 2014, assumindo, para tanto, o encargo de planejar, deliberar e operacionalizar ações conjuntas entre os atores sociais implicados no processo – os mesmos das práticas comunitárias listadas acima –, de modo que cada um deles pudesse assumir responsabilidades nas ações, de acordo com suas possibilidades. A comissão foi além de seus

objetivos primários, articulando outras demandas diferentes da organização do evento, implicando novos atores e definindo ações propositivas e as executando, como a mobilização dos usuários participantes para a coleta de abaixo-assinado sobre a requisição de novo bebedouro, visto que há anos o antigo não refrigerava, e a regulamentação de passe livre aos usuários da saúde mental do município. Tais demandas, afiançadas pelo abaixo-assinado coordenado e coletado pelos usuários, foram levadas ao prefeito municipal por representantes dos usuários participantes do coletivo, que conseguiram, através deles, agendar audiência com a autoridade em 2014. Fruto dessas reivindicações, temos a concessão do novo bebedouro meses depois, o que foi inclusive destacado na narrativa dos usuários (Nu).

Pudemos também presenciar tal configuração participativa nos encontros da comissão durante a OP, os quais contaram com a participação de profissionais dos outros CAPS em sua organização. Em ambos os momentos (2014 e 2015), os usuários assumiram papéis protagonistas nas atividades dos eventos da Luta Antimanicomial, colocando-se como colaboradores diretos em sua execução. Além disso, a comissão organizou e promoveu o Chá-Dançante de 2014.

Embora conduzida por alguns técnicos do CAPS II, a comissão foi um espaço marcado pela relação democrática entre os atores sociais, onde as decisões eram coletivas e definidas por votação majoritária, sendo que profissionais, usuários e familiares detinham voto de mesmo valor. Outro aspecto que deve ser destacado é que os registros dos encontros foram feitos pelos usuários, sendo retomados pelos próprios no encontro seguinte, com intento de que eles pudessem escrever a história das experiências desenroladas nesse espaço coletivo.

A comissão configurou-se como contraponto à proposta participativa da assembleia do serviço. Esta, desenvolvida mensalmente como dispositivo de controle social do equipamento de saúde mental, é também conduzida por técnicos. Mesmo havendo discussões abertas entre profissionais, usuários e familiares sobre as demandas e questões do serviço em seu espaço, as tomadas de decisões, invariavelmente, são remetidas aos profissionais técnicos ou a terceiros, fora do serviço – principalmente a esses, no que diz respeito às demandas referentes às carências materiais do centro de saúde. Aliado a isso, há uma baixa resolutividade das questões discutidas, culminando em constantes retomadas dos mesmos pontos debatidos, o que se revela uma prática desmobilizadora, haja vista o baixo número de usuários participantes – cinco, em média – e a quase nula participação da família, corroborada pela ausência de menção à assembleia na narrativa de familiares ou no Gh com eles.

A participação passiva de usuários e familiares e a falta de compartilhamento do poder de decisão nos espaços da assembleia dos serviços substitutivos são observadas igualmente em outros estudos. Figueiró e Dimenstein (2010) ressaltam a posição passiva de usuários e familiares nos espaços de controle social, em face da heteronomia de decisões, em estudo realizado em dois CAPS. De maneira semelhante, Alves (2012) observou, em pesquisa realizada em um CAPS do município de Campinas/SP, que as decisões finais das assembleias passavam pelo crivo dos profissionais técnicos. Tal configuração de controle social dentro dos serviços comunitários de saúde mental contribuem para a despolitização e despontencialização desses espaços para o exercício de cidadania de usuários e familiares, como afirmam Costa, Figueiró e Freire (2014) em pesquisa realizada em um CAPS II de Natal/RN, sobre as práticas da instituição.

Os usuários participantes deste estudo dão sua opinião a respeito do controle social no serviço:

No CAPS, também participamos das decisões. Temos reuniões de terças e assembleias uma vez por mês. Nessas, nós conversamos sobre a estrutura e o material que o CAPS precisa, tendo em mente que falamos sobre o que é possível ser fornecido. Temos nova discordância neste ponto da participação. Indicamos que o retorno é pouco, pois há burocracia para resolver os problemas, e sempre depende de outras pessoas externas ao CAPS. Tudo isso é frustrante! Nós lembramos que houve a conquista do bebedouro do serviço. Afirmamos que as reuniões são espaços de reivindicação, onde está presente a solidariedade. Pelo contrário, também vemos pontos positivos no CAPS. Destacamos a luta dos profissionais por nós.⁴¹

Mediante trecho narrativo, podemos notar a imprecisão dos usuários participantes da pesquisa em discernir os contornos da comissão (“reuniões de terças”) e da assembleia, ratificando a formação burocrática e pouco efetiva da assembleia e destacando, ao mesmo tempo, as conquistas e mobilização política da comissão. A abordagem de demandas e questões sobre o serviço, assim como o papel dos atores envolvidos em ambos os espaços, construiu a ambiguidade comparativa entre os dois dispositivos de controle social dos usuários.

Do mesmo modo, a compreensão ambígua de finalidades e objetivos dos dispositivos pode ser verificada, durante a OP, igualmente entre os profissionais técnicos que, ao notarem a baixa adesão de usuários na assembleia e uma participação significativa deles na comissão, deliberaram, majoritariamente, sobre mesclar os dois dispositivos em um único, em uma decisão exclusivamente técnica, sem a consulta aos usuários e familiares. Com isso, houve

⁴¹ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

também a importação da centralidade decisória técnica da assembleia para o espaço da comissão, tornando-a, assim, um aparelho consultivo da opinião dos usuários e seus familiares.

Por conseguinte, podemos inferir que o controle social é reduzido para usuários e familiares, visto que estes se encontram apartados das instâncias decisórias do serviço, as quais são remetidas aos técnicos ou aos agentes gestores externos. Os usuários e sua família, então, encontram-se enquadrados em uma estrutura meramente participativa. O que lhes resta é a decisão de partilharem desse dispositivo ou não.

Faleiros (2011) destaca a organização ideológico-política da participação popular nas instituições modernas. Ele indica que as instituições constroem a inclusão por meio de espaços participativos, de consulta de problemática e opiniões, junto aos setores sociais. Entretanto, elas excluem esses atores do processo de decisão e, portanto, os isolam da compreensão da problemática geral. Isso configura o espaço perverso da consulta, por esgotar requisições e prorrogar respostas.

A população é consultada e *incluída* no processo de informação, mas *excluída* do processo de decisão. A consulta é restrita e isolada da problemática geral; os resultados desses inquéritos quase nunca são conhecidos publicamente. [...] As decisões de planejadores, técnicos e diretores de grandes organizações nem sempre se tomam de acordo com os interesses e necessidades manifestos na etapa de consulta, o que somente serve para esvaziar reivindicações e protelar soluções. A consulta dá a impressão de que os problemas estão sendo estudados para serem resolvidos, de que alguém está se ocupando da problemática da base, de que há soluções à vista. A consulta cria assim expectativas na população. (FALEIROS, 2011, p. 74)

O que pudemos observar foi justamente o esvaziamento paulatino do número de participantes da assembleia, seguido por participações resignadas e apáticas dos usuários, quase que exclusivamente.

Seguem os comentários dos usuários durante o Gh quanto ao seu poder de decisão:

Eu acho que a gente não tem voz ativa aqui. Por mais que a gente fale... vai sai de um ouvido e entrar pro outro. (Gilda)⁴²

E a nossa voz ativa tá meio... tá meio esquecida nesse tempo. A gente fala, fala e não sai do papel, como a Gilda disse. (Bernardo)⁴³

⁴² Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

⁴³ *Idem*.

Se o controle social, dentro do serviço, não representa uma ferramenta decisória e transformadora da cidadania das pessoas com sofrimento, de maneira igual, a associação de saúde mental do município não apresenta essa força defensora e aglutinadora de luta social no atual momento.

A associação de saúde mental “Diferente Cidadão” é uma entidade de composição mista, ou seja, formada por usuários, familiares e trabalhadores (VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, 2007). Como pudemos perceber na análise documental, a associação nasceu do evidente incentivo dos profissionais técnicos do CAPS II, com proposições datadas de documentos de 1997, de estímulo associativo entre usuários e familiares (ITANHAÉM, 1997), em comunhão com estes.

Ressaltamos que a associação surgiu e se desenvolveu dentro do serviço psicossocial desde 1997, permanecendo assim até 2013, mesmo após ter sido considerada entidade jurídica, em 2000. Através dos documentos analisados, verificamos a relação simbiótica da entidade civil com o equipamento de saúde mental, na qual a associação usufruía dos espaços do serviço para o desenvolvimento de suas atividades. Ela incorporava o quadro de profissionais do CAPS, como assessoria técnica da entidade, especialmente no projeto de geração de renda “Ita Sabor”, e suas ações contavam com supervisão e apoio dos técnicos do serviço substitutivo.

Tal relação entre associação e CAPS se configurou como vínculo de dependência e, portanto, como vínculo tutelar dos profissionais do serviço em relação à entidade associativa, da qual inferimos a postergação da separação física entre ambas, como já assinalado na análise documental. Os efeitos dessa relação tornaram-se notórios na falta de livre iniciativa da associação perante o equipamento psicossocial e, conseqüentemente, no seu poder de decisão balizado por orientações de técnicos.

A fragilidade institucional da associação ficou mais evidente após a saída da entidade civil das dependências físicas do CAPS estudado, no final de 2013, seguida de paulatino desinvestimento dos técnicos do serviço no incentivo e na supervisão das atividades dentro daquela entidade. A partir de então, houve redução de suas únicas atividades, assim como diminuição da participação de usuários do serviço nelas. Além disso, em 2014, teve fim o projeto de geração de renda Ita Sabor, visto que não havia mais a supervisão técnica de suas ações, sucumbindo às dificuldades financeiras já existentes desde sua formulação.

Vasconcelos (2007) assinala que ampla gama dos dispositivos associativos em saúde mental do Brasil é composta por associações mistas entre usuários, familiares, trabalhadores e “amigos” da saúde mental, sendo eles formados a partir dos serviços substitutivos já

existentes e detentores de forte tendência à dependência desses equipamentos e de seus profissionais, como pudemos verificar na associação em questão. O autor atenta para o assistencialismo e a centralização das tomadas de decisões nos serviços e pelos trabalhadores, efeitos estes que colocam em xeque o empoderamento promovido nesses dispositivos.

Portanto, a associação não se constitui como uma entidade de referência para usuários e familiares participantes da pesquisa, já que não há nenhuma manifestação livre dos primeiros durante a produção das informações, assim como há somente uma menção isolada da entidade pelos últimos, como podemos notar na narrativa de familiares.

Apesar de as ações comunitárias desenvolvidas pelo CAPS ensejarem a reflexão quanto ao estigma e estatuto social das pessoas com sofrimento mental, instigando à defesa de sua condição cidadã, não há práticas nem referências individuais ou coletivas contínuas para a luta e construção cotidiana e concreta de condições para o exercício efetivo da cidadania dos usuários.

As condições de alta vulnerabilidade social em que os usuários se encontram podem ser averiguadas no seguinte relato, durante o Gh:

[...] E quando a gente não tem uma estrutura, assim, uma estrutura familiar que te ajude? Não tem uma estrutura... uma casa. Não tem um emprego. Não tem um salário. Aí, como que fica a cabeça da gente? Como eu vou pensar: “Como vai ser meu futuro lá na frente? O que vai ser da minha vida?”. Essa doença me pegou de surpresa. Eu não tenho estrutura, não tenho estrutura familiar. Eu não tenho estrutura para ter uma casa própria. Eu não tenho estrutura para ter o meu salário. Aí, eu fico pensando: “Eu quero ter minha vida de volta. Eu quero trabalhar!”. E eu não posso... não consigo voltar mais para isso. E aí? Dá vontade de se acabar! (Gilda)⁴⁴

A “falta de estrutura”, de condições mínimas para existência, assim como de estratégias individuais e, principalmente, coletivas de defesa de direitos essenciais, tornam mais desoladoras as perspectivas futuras e a formulação de novos sentidos de vida para as pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo ainda mais para sua fragilização em nível pessoal, como pudemos analisar anteriormente.

Em suma, sublinhamos que, embora haja ações comunitárias que criem canais de discussão e reflexão com a sociedade acerca de cidadania do louco, as práticas coletivas e comunitárias dos atores sociais do CAPS transitam entre a participação e o poder de decisão, em que propiciam espaços de participação para usuários e familiares, porém apartados das instâncias decisórias, que se encontram ocupadas pelos técnicos do serviço psicossocial. Essa centralidade política nos profissionais técnicos do CAPS tem como consequência o baixo

⁴⁴ Relato do grupo hermenêutico com usuários (Gh).

controle social pelos usuários e seus familiares, contribuindo para a fragilização de suas ações associativas.

7.4. Processos de Cuidado: entre a tutela e a autonomia

A análise empreendida até então deu visibilidade às relações construídas entre trabalhadores e usuários/familiares, mediadas pelas práticas desenvolvidas entre esses atores sociais.

A partir desse ponto, compreenderemos, conforme Ayres (2004) e Merhy (2000), que a prática do campo da saúde é o cuidado. A compreensão das práticas em saúde através da perspectiva do cuidado abre a possibilidade de entendê-las para além da circunscrição da relação micropolítica entre trabalhadores e usuários/familiares, remetendo-as à complexa rede de forças, interesses, saberes, tecnologias e modelos de atenção do campo social, que incidem diretamente nessas relações capilares construídas entre os atores sociais nos serviços de saúde.

Apoiamo-nos na seguinte definição de cuidado:

Trataremos aqui do cuidado como [...] uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (AYRES, 2004, p. 74)

No mesmo sentido, Rotelli e outros (2001) afirmam que o trabalho terapêutico da desinstitucionalização nos serviços substitutivos de saúde mental é o cuidar:

[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a restituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas, no entanto, seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (ROTELLI *et al.*, 2001, p. 33)

Ayres (2004) assinala que o cuidado se funda na relação constituída entre pessoas ou através do vínculo que cada uma delas estabelece com o corpo social, a fim de aplacar o sofrimento e/ou construir meios de reconciliação e criação para sua felicidade. Ao ato de cuidar, é intrínseca a mediação por saberes específicos, consolidados pelo contexto sociocultural em que se encontram os sujeitos desse processo (AYRES, 2004). Isso é o mesmo que afirmar que o cuidado envolve a mediação de saberes entre os atores sociais,

implicando também a correlação de forças entre esses indivíduos, portanto, a produção de relações de poder entre os agentes envolvidos.

Merhy (1998) afirma que toda a prática em saúde é um ato cuidador, e este se produz no encontro, na intersecção entre usuário e profissional, engendrando, nesse ato, um jogo de necessidades e direitos.

Entendo o ato cuidador como em encontro interseção entre um trabalhador de saúde e um usuário, e no qual há um jogo de necessidades/direitos. Neste jogo o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Coloca neste processo o seu mais importante valor de uso, a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde. (MERHY, 1998, p. 5)

Nessa intersecção em ato, diagrama-se o encontro entre trabalhadores e usuários/familiares, em meio ao jogo de interesses, forças, saberes, tecnologias individuais e coletivas, produzindo relações de poder entre os atores nos serviços de saúde, isto é, processos de trabalho desses estabelecimentos.

[...] creio que o melhor modo de tentar entender sobre um estabelecimento de saúde é o debruçar sobre os seus processos de trabalho e as ações que revelem o jogo de intenções que os mesmos contém, suas redes agenciais protagonistas e as modelagens tecnológicas que as realizam, para poder desvendar a maneira pela qual o estabelecimento está implicado enquanto uma organização e uma matriz institucional. Isto é, se constitui como um “lugar” de relações e jogos de poder entre “sujeitos” concretos. (MERHY, 1998, p. 4)

A partir disso, entendemos que os processos de cuidado construídos no CAPS II geraram relações de poder entre os profissionais do serviço, principalmente técnicos e médicos, e os usuários/familiares, marcadas pela dependência.

Tal dependência foi exposta na análise aqui empreendida, nos distintos níveis em que ela influi sobre o processo de empoderamento de usuários e familiares, sendo este, dessa forma, também condicionado pelos atos de cuidado desenvolvidos no serviço psicossocial.

Notamos como o cuidado nesse equipamento produz, a nível pessoal, entre usuários, a concentração do conhecimento e meios de manejo do sofrimento pelos profissionais do serviço, propiciando pouca apropriação dos usuários desses conhecimentos e técnicas para o cuidado próprio, para o cuidado autônomo.

Do mesmo modo, as redes de apoio, ajuda e suporte mútuos, construídas entre usuários participantes, estão circunscritas às relações com pessoas implicadas no cuidado

gerado pelo serviço. Assim sendo, o processo de cuidado é o único canal mediador entre as familiares participantes do estudo.

Nesse sentido, também compreendemos que o baixo controle social de usuários e familiares significa sua resoluta inserção nas tomadas de decisões dos processos de cuidado produzidos no CAPS e seus condicionantes. Não obstante, a fragilização das ações associativas é condicionada às tecnologias e aos saberes decisivos dos técnicos.

Portanto, as relações construídas entre profissionais e usuários/familiares, mediadas pelos atos cuidadores, figuram marcadamente laços de dependência dos últimos aos primeiros, em patente vínculo de tutela.

A tutela é sustentada pela relação assimétrica fabricada entre profissionais e usuários/familiares nos processos de cuidado, fundamentalmente, com relação ao poder de decisão e ao conhecimento válido em jogo.

Além das múltiplas situações já assinaladas nas seções anteriores desta análise, em que essa relação de dependência se tornou notória, presenciamos, de sobremaneira, um elo entre os atores durante a OP, experimentando as ligações cotidianas produzidas no serviço.

A heteronomia de decisões tomadas por trabalhadores, à revelia da opinião e do desejo de usuários, acenou para o processo de infantilização desses sujeitos, como anteriormente mencionado.

Esse processo se encontra intimamente ligado ao escalonamento vertical de papéis, posições e políticas ocupados nas relações construídas pelos diferentes atores sociais do serviço, onde, no alto dessa cadeia, figuram os profissionais de nível superior (médicos e técnicos), passando pelos demais agentes da instituição, até a base habitada pelos usuários.

Isso se fez perceber através das conversas informais, durante a OP, com alguns usuários, como quando uma usuária, de modo irônico, sentenciou ao pesquisador que ele era um paciente como os demais, “a ter paciência para esperar a decisão, vontade, dos doutores”. Tal relato surgiu em meio à espera e à imprecisão dos usuários quanto à oficina vespertina no Atendimento-Dia (AD), isto é, na hospitalidade diária. A usuária explicou que, antes, o pesquisador, enquanto psicólogo do serviço, se encontrava do outro lado do balcão (alusão ao balcão da recepção), no lugar dos “médicos doutores”, e que, naquele momento, ele habitava o lado deles, “dos pacientes”.

Notamos, no relato da usuária, que o distanciamento entre “doutores” e “pacientes” é marcado pela figura do balcão, por um obstáculo que impede o encontro deles. Outro analisador do apontamento realizado é o termo “paciente”, que não foi empregado como sinônimo de usuário, de pessoa acompanhada pelo serviço de saúde, mas no sentido daquele

alguém que deve ter paciência para esperar a decisão de outrem, que não seria qualquer outro, mas, sim, os “doutores”, pessoas de deferimento e poder.

Merhy (1998) defende que o ato de cuidar é sempre um encontro partilhado, isto é, de compartilhamento de interesses, necessidades, forças, conhecimentos e técnicas entre os sujeitos em jogo. Entretanto, determinados modelos técnico-assistenciais hegemônicos no Brasil estabelecem espaços de interseções onde há o emudecimento dos usuários em face da voz dos profissionais.

De maneira semelhante, os usuários do AD mostram receio em manifestarem queixas ou reclamações acerca do funcionamento e das ações desenvolvidas no serviço, evitando comentários na presença do autor deste estudo durante os diálogos fortuitos empreendidos durante a OP. O silêncio intermitente e presente nos espaços de convivência e assembleia vela a possibilidade de compartilhar saberes dos usuários, ao passo que revela a submissão desses sujeitos à ordem estabelecida, seja de modo consciente ou não.

A incompreensão demonstrada por usuários e familiares quanto a suas participações no cuidado desenvolvido junto ao serviço psicossocial aponta para a evidente passividade nas relações construídas entre eles e os profissionais do equipamento de saúde. Isso remonta à indicação feita por Vasconcelos (2013b) sobre a visão hegemônica no campo da saúde mental, de que o tratamento é uma prerrogativa técnica. Esse autor afirma que tal visão constitui uma das principais barreiras, dentre outros condicionantes sócio-históricos, ao efetivo empoderamento de usuários e familiares no atual contexto da RPB.

De modo parecido, Figueiró e Dimenstein (2010) ressaltam a assimetria nas relações de poder estabelecidas dentro do serviço psicossocial pesquisado, que é marcada pela invalidação dos discursos e saberes populares de usuários, em detrimento de saberes dos especialistas, ou seja, de saberes socialmente reconhecidos. Dessa forma, culmina-se na heterogestão no que se refere às tecnologias de cuidado desenvolvidas no serviço.

Semelhantemente, as instâncias decisórias do equipamento de saúde mental apresentam-se também escalonadas, partindo da assembleia, como dispositivo meramente consultivo para usuários e familiares, passando pela reunião de equipe de profissionais, onde há compartilhamento de ocorrências recentes e acertos do serviço entre todos os profissionais, até a reunião técnica, somente frequentada por profissionais de nível superior, que se trata da instância realmente deliberativa.

Portanto, o poder deliberativo da gestão do agir em saúde (MERHY, 1998; MERHY, 2004) concentra-se nas mãos da equipe técnica do serviço, assim como também atentou Alves (2012) no estudo de um CAPS no município de Campinas, entre os anos de 2011 e 2012. Isso

culmina na desmobilização de usuários e familiares, por não poderem, concretamente, participar dos dispositivos decisórios sobre a gestão de seu cuidado, furtando-os do exercício pleno da cidadania.

Assim, é evidente que a relação tutelar se fundamenta na convergência do poder de decisão e saber valorado dos profissionais, principalmente médicos e técnicos, em detrimento da condição de incapacidade para deliberação e de conhecimento inválido ocupada pelos usuários.

A hierarquização do poder nas relações, construídas no serviço psicossocial, é tomada também por parte dos profissionais (técnicos). Percebemos isso na OP e na vivência do pesquisador como trabalhador da instituição, pela discussão técnica da necessidade de impor limites aos usuários, em especial, àqueles que se encontram no AD, por alguns deles não respeitarem regras estabelecidas e abusarem da “liberdade” dada por alguns técnicos.

Por conseguinte, a tutela impacta diretamente o processo de empoderamento de usuários e familiares, pois os coloca em uma posição passiva pela qual eles se tornam incapazes de construir e partilhar de meios para o cuidado de seus sofrimentos e dificuldades existenciais e de influir sobre os condicionantes desses de forma autônoma.

No entanto, as relações entre os atores sociais da instituição estudada não somente se constituem de modo tutelar. Contraditória e concomitantemente, podemos notar nos processos de cuidado espaços de compartilhamento e trocas de experiências e conhecimentos e, conseqüentemente, de horizontalidade de papéis e decisões entre trabalhadores, usuários e familiares, como anteriormente apontamos nesta análise.

Remontamo-nos à escuta e ao acolhimento destacados no cuidado de usuários e familiares participantes como estratégias que despertam o valor próprio e os pequenos cuidados pessoais, que instigam aqueles sujeitos de recorrerem, pelo menos, ao CAPS, para manutenção e aprofundamento desse zelo. Recordamos dos vínculos e dos bons afetos sentidos nos encontros produzidos nos dispositivos grupais de cuidado e de convivência, que propiciaram a tecedura de redes de ajuda e suporte mútuos entre usuários, mesmo que a nível informal, reproduzindo os bons encontros para além do equipamento de saúde mental. Ou, ainda, reafirmamos a possibilidade de construção de espaços mais democráticos e colaborativos, como o da comissão da Luta Antimanicomial, e de outros canais de diálogo comunitário.

Nessas relações equânimes, realizadas nos atos cuidadores, é que se inscrevem as estratégias e recursos para a autonomia de usuários e familiares participantes da pesquisa, isto

é, táticas para seu empoderamento, visto que elas referendam as potências, o valor social e as capacidades desses atores (COSTA-SILVA; LUZIO; YASUI, 2003; KINOSHITA, 2001).

A ambivalência contraditória das relações políticas e de saber, que tendem à tutela e à autonomia, é vivenciada sob uma tensão escamoteada pelos atores sociais, a qual se faz perceber por alguns ruídos de contestação ou de passividade em meio a usuários e a familiares. Captamos tais ruídos nos burburinhos e conversas interrompidas entre usuários, na OP, ou nas críticas pontuais e veladas sobre o serviço e os profissionais, nos Gfn, e consequente presença dessas declarações nas narrativas dos sujeitos da pesquisa.

Por fim, nos permitimos falar um pouco sobre essas faltas. Apontamos para a falta de segurança – inclusive, por termos brigas entre os usuários às vezes –, para a falta de postura e para a forma de lidar com os usuários por parte de alguns profissionais, para a falta de material e de trabalhadores e para a sobrecarga de trabalho deles.⁴⁵

Somos gratas ao esforço dos profissionais do CAPS, mas achamos que ainda faltam mais profissionais e outros locais de apoio e suporte às pessoas em surto, como em outros países, para evitar a internação.⁴⁶

Do mesmo modo, os excessos de gratidão aos profissionais, presentes em ambas as narrativas dos sujeitos, acenam não somente ao reconhecimento dos trabalhadores, mas também à posição passiva e submissa que costumam ocupar esses sujeitos. Acreditamos que a inexistência de modificação na narrativa pelos usuários partícipes aponta, possivelmente, para essa submissão frente às palavras do trabalhador/pesquisador, detentor do saber técnico.

A própria experiência de observação foi vivenciada com tensão entre esses distintos processos contraditórios construídos na instituição. Transitar entre diferentes posições, uma mais próxima aos usuários e outra, como trabalhador, despertou no observador/profissional ansiedade, insegurança e receios, por cruzar limites velados desses papéis e borrar os contornos consolidados no ato de cuidar. Entretanto, o mesmo pôde experimentar as trocas e a solidariedade de usuários entre si e em conjunto aos demais profissionais do serviço, proporcionando acolhida, conforto e possibilidades. Esses afetos produzidos remetem à conturbada dialética de diferentes relações amalgamadas nos processos de cuidado.

Merhy (1998) se atém à tensão e contradição inerentes ao ato de cuidado: todo cuidado implica, inevitavelmente, tutela; contudo, cuidar não necessariamente produz autonomia, por mais que esta possa ser visada como terreno partilhado entre os atores envolvidos nesse encontro. O autor aponta que, na diagramação do encontro do cuidar, há a interveniência de

⁴⁵ Narrativa do grupo de usuários (Nu).

⁴⁶ Narrativa do grupo de familiares (Nf).

modelos de atenção, os quais agem como forças e interesses sociais e políticos voltados a determinadas finalidades dos processos de cuidado.

[...] devemos entender que são forças sociais, que tem interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, estes processos de definição do “para que” se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses colocados no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nestes processos de produção. (MERHY, 1998, p. 13)

Assim, o cuidado não concerne somente à relação dos atores diretamente envolvidos, mas também é expressão de conjugadas forças sociais e políticas transversais que incidem sobre esse ato de cuidado entre indivíduos, produzindo tensões e vicissitudes no campo relacional dos sujeitos concretos.

Compreendemos, portanto, que a contradição nas relações políticas, nos processos de cuidado do serviço estudado, existe por elas incidirem, em um só tempo, sobre distintos modelos de atenção em saúde mental e, de modo geral, por elas serem sustentadas pelos atores sociais da instituição.

A psiquiatria, como tecnologia de cuidado ainda hegemônica no campo da saúde mental nos tempos atuais, teve sua origem no espaço hospitalar, no qual os sujeitos em sofrimento mental eram apartados do convívio social com o propósito de suscitar a expressão da doença, para controlá-la com vistas à cura, objetificando, com isso, qualquer vivência do sujeito asilado como sinal ou sintoma da patologia orgânica (BASAGLIA, 1985; FOUCAULT, 2008).

Ressaltamos que, na organização manicomial, a relação entre técnicos e indivíduos em sofrimento é marcada pela assimetria. Na trama das relações políticas estabelecidas dentro da instituição asilar, há dois polos: em um, encontram-se os trabalhadores, em especial, o médico, os quais exercem poder mediante as técnicas e saberes que detêm; no outro, os sujeitos, a se submeterem como objetos de manufatura da tecnologia empregada. Não há reciprocidade nesse processo. Isso demonstra a nulidade da cidadania do paciente psiquiátrico, ou seja, a constatação de sua “carência de valor contratual” (BASAGLIA, 1985, p. 107) como “[...] um homem sem poder social, econômico e contratual: é uma mera presença negativa” (BASAGLIA, 1985, p. 113).

Do mesmo modo, a prática-discursiva desenvolvida no ambiente hospitalar instituiu-se, quase exclusivamente, pelo modelo biomédico. Isso equivale a dizer que a psiquiatria construiu conhecimentos e tecnologias de assistência com enorme ênfase na dimensão

biológica da experiência do sofrimento mental. Por mais que o manicômio possuísse outros profissionais de formações distintas à médica, as práticas e saberes desses figuravam como acessórias e complementares na lógica biomédica, destarte, sucedâneas da objetivação psiquiátrica e subordinadas à visão médica.

O paradigma psiquiátrico não se manifesta radicalmente com a expropriação total de valor social e sujeição dos usuários na instituição estudada. Contudo, tal modelo ainda guarda, essencialmente, a centralidade do cuidado no saber e poder dos especialistas, técnicos e médicos, e perpetua a ênfase da compreensão biológica do sofrimento mental, sendo expresso no serviço pela hierarquização do poder e heterogestão do cuidado, assim como no foco institucional ao cuidado medicamentoso.

Cogitamos que tal paradigma possa se manifestar na concepção de um “modelo biomédico humanizado” entre os profissionais, como indicado por Nunes e outros (2008).

Nele estariam presentes uma ênfase na psicopatologia, um cuidado assistencialista e, por vezes, tutelar, uma postura pedagógica, assumindo como principal característica a influência sobre uma mudança de comportamentos, com o objetivo de torná-los compatíveis com a reinserção social. Verificam-se ações bem-intencionadas, mas, na maior parte, normalizadoras e pouco críticas. (NUNES *et al.*, 2008, p. 193)

Merhy (1998) indica, para o empobrecimento da dimensão cuidadora (ou núcleo cuidador), espaço de partilha e de relações de cuidado, bem como a hipervalorização da dimensão técnica, específica no cuidado, na perspectiva do modelo médico-hegemônico neoliberal, que reduz sua compreensão à mera ação prática do saber técnico sobre a doença.

[...] podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial as ações dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido. [...] o modelo médico hegemônico neoliberal expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão deste ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está se realizando. (MERHY, 1998, p. 13)

Então, o modelo psiquiátrico, biomédico neoliberal influi diretamente no processo de empoderamento de usuários e familiares, pois reproduz a ênfase no “[...] papel profissional no processo de tratamento e cura, em detrimento de dispositivos de cuidado mais

horizontalizados, centrados na perspectiva do *empowerment*, na auto e/ou cogestão dos serviços e no suporte mútuo” (VASCONCELOS, 2003, p. 45).

Em contraposição ao reducionismo biomédico de conceber a pessoa em sofrimento psíquico como objeto apartado de suas relações e determinações contextuais, sob o qual se persevera a busca da cura, concordamos com Rotelli e outros (2001) quanto ao propósito do cuidado nos serviços substitutivos ao manicômio. Em suas palavras,

O problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso solidariedade e a afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre a materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos. (ROTELLI *et al.*, 2001, p. 30)

Os dispositivos grupais e coletivos produzidos pelo CAPS, que nas seções de análise anteriores já foram explorados, estão alinhados à concepção de cuidado na atenção psicossocial, da forma como é entendida por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003). Segundo esses autores, a atenção psicossocial compreende um paradigma teórico-técnico e ético, em contraposição radical ao modelo manicomial. Isso equivale a dizer que as ações de cuidado desenvolvidas na atenção psicossocial partem da concepção de tomar “[...] o sujeito como sujeito, e não a tomada do sujeito como objeto” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 37), como empreende a objetivação psiquiátrica (BASAGLIA, 1985).

Tal ruptura epistemológica, fundada sobre o conceito de desinstitucionalização, exigiu novos referenciais teóricos e técnicos, a fim de construir uma nova ética para as práticas em saúde mental. O modo psicossocial no contexto atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) conota uma superação do binômio “doença-cura” para a compreensão alargada e complexa do sujeito em sofrimento, considerando, pois,

[...] a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; os conflitos e contradições devem ser considerados tanto constitutivos do sujeito, quanto contingentes à sua situação, portanto não são necessariamente removidos como efeito das ações terapêuticas. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 36)

Para tanto, o modelo psicossocial de atenção em saúde mental exige novas tecnologias de cuidado. Mehry (2000) ressalta a relevância das tecnologias leves no cuidado em saúde, que consistem no ato terapêutico construído no encontro intersubjetivo e das singularidades entre os envolvidos no processo de saúde (profissionais de saúde e usuários/familiares). Essas

tecnologias leves, como indicam Jorge e outros (2011), compõem as técnicas para a nova prática em saúde, em específico, no campo da saúde mental.

Fundada em acolhimento, vínculo e corresponsabilidade, a atenção psicossocial consiste na mudança paradigmática das relações construídas entre os atores sociais nos serviços substitutivos, de modo que a interação entre esses possa se construir através da simetria de poder, a fim de criar a integralidade do cuidado, partilhando as escolhas do cuidado mediante o reconhecimento do saber do próprio usuário/familiar sobre suas próprias necessidades (AYRES, 2004).

Portanto, o modelo psicossocial pauta-se na horizontalidade das relações, na potencialidade de trocas sociais e afetivas, assim como no exercício pleno de direitos que propiciam a autonomia grupal entre usuários, nas redes informais de ajuda e suporte mútuos, e empoderamento pessoal para familiares e alguns usuários, no cuidado próprio, como observamos.

Entretanto, o campo da saúde mental é marcado pelas contradições, conflitos e ambivalências, como pontuam Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003). O ambiente institucional estudado ganha contornos nesse campo de confrontações e contrariedades paradigmáticas, que são “[...] expressão e resultante de relações e situações sociais concretas” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 29) que constroem processos de cuidado que se deslocam entre a tutela e a autonomia dos atores sociais.

Em suma, entendemos que o cuidado, configurado na contradição entre a tutela e a autonomia nos espaços de intersecção em que incidem forças sociais ambivalentes e o embate de distintos paradigmas de atenção, no CAPS pesquisado, não está voltado, de modo geral, para o empoderamento de usuários e familiares. Contudo, ele produz fortalecimento desses sujeito como efeito secundário de algumas ações, principalmente aquelas pautadas no modelo de atenção psicossocial.

No centro dos dois paradigmas do cuidado se encontram os trabalhadores, em especial, os técnicos, que possuem papel fundamental para articular processos de cuidado realmente emancipatórios, de fomento de iniciativas autônomas de cuidado pessoal, redes de apoio e suporte mútuos e de incentivo ao movimento social de usuários e familiares, como salienta Vasconcelos (2003). A produção do cuidado autônomo entre usuários e familiares que transborda os limites que cerceiam os serviços substitutivos é também um dos objetivos fundamentais das práticas desinstitucionalizantes (VASCONCELOS, 2013b), assumindo o compromisso ético-político de inventar novas possibilidades à cidadania das pessoas em sofrimento psíquico de pleno exercício de escolhas e de direito à autodeterminação.

Nesse sentido, Franco e Franca Basaglia (1975) nos ensinam o papel do técnico, profissional do saber prático. Os autores descrevem o papel desempenhado pelos técnicos nas sociedades capitalistas pós-guerras, como perpetuadores da ideologia e dos valores das classes dominantes, reproduzindo a dominação sócio-político-cultural e promovendo a exclusão de determinados segmentos sociais por diferentes saberes e técnicas, que ocultam seus mecanismos ideológicos de manipulação. Assim, os “empregados dos dominantes” efetuam a opressão social, perpetrando os crimes de paz, da pacificação dos conflitos sociais. Contudo, os mesmos pensadores ressaltam que os técnicos perpetuadores da dominação também são dominados e oprimidos, tal qual aqueles que eles atendem. A participação ativa nos processos pelos técnicos da opressão é escamoteada sob a forma de benefícios prestados. Tal trabalho encobre também a posição de manipulado, em que o técnico se encontra.

Desse modo, Freire, citado por Giroux (1997), descreve que relações políticas de opressão não são produzidas somente pelas classes opressoras contra os dominados, mas também, e contraditoriamente, opera-se entre os oprimidos.

Destarte, Franco e Franca Basaglia (1975) balizam que as práticas somente serão emancipadoras se, com elas, os técnicos que as promovem também se libertarem, junto com a classe oprimida. Contudo, diversas dificuldades se impõem para o reconhecimento de sua posição e dos processos que produzem a dominação, tanto por parte dos usuários quanto por parte dos trabalhadores. A tomada de consciência dos processos que engendram o saber prático deve ser construída pelo trabalhador conjuntamente com usuário.

Através dessa perspectiva, acreditamos ser possível construir meios para o desafio colocado para o empoderamento de usuários e familiares do serviço estudado: desafio de desenvolver a tomada de consciência dos atores envolvidos, incluindo os trabalhadores, nesse processo e, conseqüentemente, clarificar as relações de poder em jogo, nos laços e saberes produzidos no equipamento psicossocial em questão, respeitando as necessidades e singularidades dos sujeitos enredados, apostando, contudo, na emancipação conjunta desses.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo visou a investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas desenvolvidas pelo CAPS II do município de Itanhaém/SP, e procurou dar visibilidade ao modo como as relações construídas pelas práticas do serviço substitutivo vinham contribuindo ou não ao processo de fortalecimento desses sujeitos.

Verificamos, no percurso da pesquisa, que os processos de empoderamento são distintos entre usuários e familiares. Esse processo, para usuários, é construído: na valorização pessoal (autoestima); no desenvolvimento de estratégias de cuidado de si, que se apresentam em distintos estágios para os participantes do estudo; na produção de redes iniciais de ajuda e suporte mútuos; na elaboração de ações comunitárias em conjunto com os profissionais, que geram discussão social sobre o estigma contra as pessoas em sofrimento mental; e nas narrativas orais e escritas sobre suas vivências.

Já para as familiares partícipes, o fortalecimento promovido pelas ações do serviço é restrito, assim como sua participação nos espaços do equipamento de saúde mental. As familiares desenvolvem autoestima, ressignificam o processo do adoecimento do familiar e criam meios de cuidado próprio a partir da participação, fundamentalmente, no grupo de família. Elas apresentam maior poder contratual e autonomia, partilhando de outras redes sociais, se comparadas aos usuários interlocutores.

Podemos verificar que as práticas construídas pelo serviço substitutivo estudado, aqui entendidas como atos de cuidado, propiciam o empoderamento dos sujeitos, através da escuta, do acolhimento, dos dispositivos grupais e comunitários que produzem horizontalização das relações políticas e do compartilhamento de experiências e de conhecimentos entre profissionais e usuários/familiares.

Entretanto, há processos, neste agir em saúde (MERHY, 1998) do serviço psicossocial, que obstaculizam o processo de empoderamento dos usuários e de seus familiares. Constituem-se como os principais empecilhos ao fortalecimento desses sujeitos o foco no cuidado medicamentoso, a hierarquização das relações de poder entre atores, a heterogestão de decisões e cuidado e a consequente centralidade política nos profissionais técnicos e médicos. Ressaltamos, nesse sentido, como as ações comunitárias e mecanismos de controle social da instituição reproduzem a assimetria nas relações políticas entre os atores sociais.

Compreendemos que a tensão entre as práticas e os atos cuidadores, que tendem ou não ao empoderamento dos atores sociais envolvidos, correspondem à contradição existente

nos distintos modelos de atenção – o paradigma psiquiátrico hegemônico e o modelo de atenção psicossocial –, que agem, concomitante e intervenientemente, no encontro, na relação entre profissionais e usuários/familiares, como forças e interesses sócio-político-culturais construídos.

Nessa configuração, os trabalhadores, em especial, técnicos e médicos, ocupam papel central e privilegiado, tanto para o fomento do fortalecimento dos outros atores sociais quanto para a reprodução de heteronomia e opressão social contra eles. Portanto, os profissionais se situam em uma posição inerentemente contraditória, na qual, para cuidar, eles, inevitavelmente, geram tutela, embora esse cuidado não produza necessariamente autonomia do usuário, por mais que isso possa ser almejado.

Então, podemos nos questionar: seria possível a construção do empoderamento de usuários e familiares sem a participação dos trabalhadores nas atuais condições? Usuários e familiares fabricariam, autonomamente, seu próprio percurso emancipador?

Imaginamos que isso seja improvável nas circunstâncias que se configuram, haja vista os múltiplos processos de fragilização e vulnerabilidade individuais e coletivas dos quais, especialmente os usuários, sofrem, como pudemos acompanhar durante a análise. Permanece, assim, indissociável a posição dos técnicos ao intrincado processo de empoderamento dos sujeitos.

Em virtude da produção deste estudo, surgem alguns outros questionamentos nessa mesma linha de raciocínio: como os profissionais podem construir, junto aos usuários/familiares, um cuidado emancipador para esses sujeitos que não se limite ao encontro dentro do serviço, mas que se reproduza autonomamente para além desse? Como esse agir do técnico pode deslocar a centralidade de interesses, poder, tecnologias e conhecimento do profissional para as necessidades e direitos do usuário e de sua família? Como romper com o modelo biomédico hegemônico de cuidado, que inviabiliza o usuário de participar ativamente desse ato? Como inventar relações entre os atores sociais que não reproduzam mais opressão e dominação?

Tais questões devem ser aprofundadas em futuros estudos, a fim de aclarar e produzir meios para o desenvolvimento do empoderamento de usuários e familiares do campo da saúde mental, especialmente, mas também dos trabalhadores, em face dos saberes, tecnologias e forças sociais em jogo nas relações construídas nos serviços psicossociais.

Nesse ponto, destacamos a função desta pesquisa. Esta foi produzida a partir do ponto de vista de um trabalhador do serviço estudado, a fim de compreender sob quais processos se opera seu trabalho em prol do empoderamento dos atores sociais. O desafio foi, então, de o

trabalhador também se tornar investigador de sua própria prática, enquanto profissional de saúde que deseja tomar para si os processos que envolvem seu trabalho, o cuidado.

Mediante a tomada de consciência dos processos de trabalho pelo trabalhador/pesquisador, apresentaram-se vários empecilhos, a começar pela necessidade de sair do local da prática para pensá-la e refleti-la, pois isso se trata da primeira cisão ideológica: o lugar do trabalho é local do fazer, não do saber. Pelo exercício de reconciliar o trabalho ao conhecimento, por intermédio da academia, do lugar da pesquisa e do pensar, é que se abriu a possibilidade de compreensão, de leitura da realidade, de análise das condições de trabalho do serviço que também oprimem o profissional enquanto “técnico do saber prático” (BASAGLIA; BASAGLIA, 1975), a saber: a sobrecarga de trabalho, visto o baixo número de trabalhadores e o alto número de usuários no serviço; os poucos recursos materiais e espaciais de trabalho; a falta de educação permanente para os trabalhadores, principalmente na perspectiva da atenção psicossocial e do empoderamento dos atores sociais; a ausência de supervisão institucional; o desgaste emocional, por lidar com intenso sofrimento humano; a falta de valorização como trabalhador; entre inúmeras outras questões.

Assim, o estudo produzido pode proporcionar a oportunidade de elaboração crítica do trabalhador/pesquisador sobre suas condições laborais e, igualmente, sobre as relações e forças que engendram o seu agir em saúde, desde que se deixe afetar pelas produções da investigação. De modo semelhante, procuramos ensinar, por meio do desenho metodológico participativo do estudo, a possibilidade de reflexão e apropriação, por parte dos sujeitos interlocutores, de suas experiências e relação com os processos de cuidado promovidos pelo serviço substitutivo, produzindo aprofundamentos críticos e estreitamento de laços entre os membros. O próprio processo da pesquisa, enfim pode ser visto, também, como meio para o empoderamento dos atores envolvidos, levando à tomada de consciência desses sujeitos, mesmo que parcialmente, em meio às contradições inerentes dos complexos processos sociais.

Entretanto, o desafio do empoderamento de usuários e familiares do campo da saúde mental continua colocado. Esta investigação pretendeu elucidar quais processos incidem sobre o empoderamento dos sujeitos no serviço substitutivo estudado a fim de identificar os obstáculos para sua efetivação, bem como as possibilidades para concretizar seu fortalecimento. O processo de empoderamento dos usuários e suas famílias faz-se premente, como caminho relevante e possível para construir a real desinstitucionalização da loucura no exercício pleno de direitos, de autodeterminação e escolha, e na atenção integral às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico.

Destacamos a importância de novos estudos que abarquem também os trabalhadores da saúde mental, para explorar o papel que ocupam nas relações de poder e cuidado, ambas eminentemente intrínsecas, produzidas nos serviços substitutivos psicossociais.

Acreditamos que na comunhão da luta, entre os atores sociais do campo da saúde mental, contra os processos de opressão e dominação sociais, seja possível, sem perder de vista a construção de estratégias de enfrentamentos singulares de cada ator social, desenvolver o processo de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores. Por este caminho, pode-se deslocar a centralidade do cuidado sob o saber técnico para o foco nos direitos e necessidades dos usuários e, consecutivamente, dos trabalhadores.

Os desafios mantêm-se abertos, assim como devemos manter vivas as contradições existentes na intrincada rede das relações de poder, estando atentos, porém, que o caminho do empoderamento pode não se tecer nas polaridades contraditórias da opressão ou da libertação, mas, sim, pode se urdir no justo e estreito caminho do entre, na dialética entre a tutela e a autonomia.

9. PRODUTOS TÉCNICOS

9.1. Produto Técnico I: *Histórias e Memórias do CAPS II “Rodolpho Moreno”, de Itanhaém/SP*

A partir da análise documental realizada durante a presente pesquisa, notamos que o serviço psicossocial estudado não possuía nenhum documento que concatenasse sua história, de modo a apontar sua origem e os acontecimentos pregressos, tampouco detinha arquivos e materiais organizados, que possibilitassem acesso a esse histórico institucional. Assim, o serviço em questão apresentava carência de alguma produção que relatasse o percurso histórico da instituição.

Por esse aspecto, mediante a análise documental – que consistiu no levantamento de materiais gráficos, fotográficos, audiovisuais e artísticos, relatos informais de profissionais sobre a instituição pesquisada e análise posterior de seus conteúdos –, construímos o produto técnico *Histórias e Memórias do CAPS II “Rodolpho Moreno”, de Itanhaém/SP*, a fim de legar ao serviço e a seus atores sociais uma narrativa dos acontecimentos memoráveis de sua história.

Para tanto, acessamos uma ampla quantidade de materiais históricos, tomamos os relatos informais de alguns profissionais mais antigos do equipamento de saúde e utilizamos as vivências do pesquisador principal, como trabalhador, elementos imprescindíveis para organizar e situar os acontecimentos.

A construção da narrativa privilegiou uma escrita prioritariamente descritiva, com vistas a elucidar o percurso histórico da instituição pesquisada, tentando garantir uma linearidade cronológica dos acontecimentos do serviço.

Assim sendo, o relato histórico carrega fotocópias ilustrativas de fotografias e documentos relevantes, produzidas pelos atores sociais do centro psicossocial.

9.2. Produto Técnico II: *Jornal Cuca Legal*

O *Jornal Cuca Legal* foi um informativo produzido coletivamente por usuários participantes da oficina de palavras do CAPS II “Rodolpho Moreno”, do município de Itanhaém/SP, em articulação com apoiadores da comunidade, contando com a colaboração direta de alguns profissionais desse serviço psicossocial.

No percurso da pesquisa, ao entrarmos em contato com a história do serviço, por intermédio da análise documental – uma das etapas metodológicas do estudo –, tomamos conhecimento de antigas ações desenvolvidas conjuntamente por usuários e profissionais, como o *Jornal Cuca Legal*, informativo produzido por usuários em duas publicações no ano de 2007, que demonstravam, do ponto de vista desses sujeitos, os acontecimentos do cotidiano do CAPS II e apontavam as questões emergentes do contexto da saúde mental e cultural, tanto da cidade como do país, além de apresentar produções poéticas de seus produtores.

No período preparatório para as comemorações do dia nacional de Luta Antimanicomial (18 de maio de 2015), o pesquisador sugeriu, influenciado pela análise documental empreendida no estudo científico, a elaboração de um jornal como uma opção, dentre outras possíveis, de ação voltada àquela festividade, em uma das reuniões da comissão organizadora do evento. A proposta prestava-se, ao mesmo tempo, à divulgação do evento e ao referendo do papel protagonista dos usuários, já que eles produziriam relatos e histórias a partir de suas vivências. A comissão da Luta Antimanicomial, composta por usuários, familiares e profissionais do equipamento, prontamente acolheu a proposta e articulou, coletivamente, os meios para sua concretização, ponderando as dificuldades, como o curto espaço de tempo para o evento e nenhum recurso financeiro para desenvolver o empreendimento.

Para tanto, foi proposto, coletivamente, que a oficina de palavras, conduzida por uma psicóloga do serviço que voluntariamente acolheu o projeto, ficasse encarregada pela produção textual do jornal. Nesse dispositivo grupal, os usuários puderam entrar em contato os antigos números do *Jornal Cuca Legal* e, a partir de então, elaborar pautas e confeccionar relatos e outros produtos textuais para o informativo, contando com a participação da profissional colaboradora e do pesquisador/trabalhador. Para a viabilização material e financeira do projeto, buscamos apoiadores na comunidade local, que colaborassem com o trabalho voluntário de diagramação e edição do informativo ou que apoiassem financeiramente o projeto em troca de anúncios de seus serviços locais, visto que a proposta do jornal foi esboçada independente do financiamento e da gestão estatal.

Salientamos que tal projeto se desenvolveu durante o percurso da observação participante do referido estudo.

Por fim, a terceira edição do *Jornal Cuca Legal*, de 2015, foi composta como um produto coletivo elaborado por usuários e profissionais do CAPS II de Itanhaém/SP, através de artigos, narrativas e poesias, sob a perspectiva dos usuários, acerca de sua relação com o

equipamento de saúde mental e sobre outros acontecimentos, tendo sua tiragem distribuída por esses sujeitos, seus familiares e os trabalhadores da saúde mental na comunidade alguns dias antes da comemoração do dia da Luta Antimanicomial daquele ano.

Acreditamos que essa ação se configurou como uma estratégia que referenda os usuários, na posição de porta-vozes legítimos de suas vidas e histórias, e que promove a abertura à comunidade de suas experiências, ensejando a reflexão sobre a cidadania do louco e seu lugar nas relações sociais. Ou seja, constituiu-se como um dispositivo de empoderamento dos sujeitos envolvidos.

9.3. Produto Técnico III: *Cuidado e Liberdade* (vídeo)

O vídeo *Cuidado e Liberdade* foi uma produção audiovisual amadora, elaborada por usuários durante os encontros do grupo Roda Viva, dispositivo conduzido pelo trabalhador/pesquisador deste estudo no CAPS II “Rodolpho Moreno”, de Itanhaém/SP, para as comemorações do dia da Luta Antimanicomial, em 18 de maio de 2015.

A partir das vivências possibilitadas pela pesquisa, mediante a etapa metodológica de observação participante, o pesquisador/trabalhador compreendeu a importância de construir canais de diálogo e reflexão, entre os usuários e familiares do serviço com a comunidade local, sobre a cidadania e a vida das pessoas em sofrimento mental. Portanto, ele acolheu e operacionalizou a solicitação de usuários da comissão da Luta Antimanicomial de produzir um vídeo amador, com relatos, para as comemorações do dia nacional da Luta Antimanicomial de 2015.

O planejamento e as gravações do vídeo foram realizados no grupo terapêutico Roda Viva nas seis semanas anteriores ao evento antimanicomial. Nesse espaço grupal, os usuários participantes produziram, coletivamente, relatos curtos, dirigidos à comunidade local, sobre suas vidas e sua relação com o serviço CAPS. Durante esse processo, os usuários elencaram os temas que achavam mais importantes de ser abordados, bem como formularam perguntas e entrevistaram profissionais do equipamento de saúde mental, sendo grande parte do processo gravado em vídeo pelos próprios participantes do grupo. Coube a edição dos relatos gravados ao trabalhador/pesquisador. Por fim, a produção amadora foi apresentada durante o evento, na praça central do município.

Salientamos que todos os participantes desse vídeo consentiram previamente, de modo espontâneo e livre, com a filmagem e a divulgação de suas imagens e depoimentos.

Objetivamos, com tal produto, propiciar aos usuários a oportunidade de criar narrativas orais sobre suas experiências e condições de vida como pessoas com sofrimento psíquico. Acreditamos que as narrativas se constituem como dispositivos empoderadores, que permitem a afirmação das experiências subjetivas e a aceitação da condição do sofrimento e funcionam como canal de troca de experiências e estratégias entre pares, bem como desbravadoras das relações de poder nas quais o sujeito se encontra, assumindo, pois, papel ativo e autêntico para mudanças sociais.

Essa produção pode ser definida como canal potente, artístico e cultural de discussão sobre o estigma social da loucura com outros atores sociais no território, visto que foi apresentada em mostra pública, no referido evento.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. C. Os dispositivos de empoderamento em um centro de atenção psicossocial: práticas promissoras de um trabalho em saúde mental na direção do empoderamento. *In*: ALVES, T. C. **Dispositivos de Empoderamento em Saúde Mental em um Centro de Atenção Psicossocial no Brasil**. 2012. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- _____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *In*: AMARANTE, P. (coord.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 45-63.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DIFERENTE CIDADÃO. **Estatuto da Associação de Saúde Mental Diferente Cidadão**. Itanhaém: Associação de Saúde Mental Diferente Cidadão, 2000.
- ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DIFERENTE CIDADÃO. **Produção de Alimentos: Ita-Sabor**. Itanhaém: Associação de Saúde Mental Diferente Cidadão, [2004?].
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- BACCARI, I. O. P. *et al.* **Recovery**: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015.
- BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. **Debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan./abr. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. Los crímenes de la paz. *In*: SUAREZ, A. **Psicología y etología**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em: 21 out. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Mental. **Certificado de Menção Honrosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 8 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial.** Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília, 2016.

CAPS II DE ITANHAÉM/SP, Profissionais e Usuários do. **Projeto: Semana em Comemoração ao dia da Luta Antimanicomial**, 2000. 3 p.

CAPS II DE ITANHAÉM/SP, Equipe do *et al.* **Proposta da equipe do CAPS, usuários e familiares para o projeto de lei sobre a reforma psiquiátrica no município de Itanhaém.** [199?]. 2p.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

CLARK, J. Medicalization of global health: the medicalization of global mental health. **Glob Health Action**, Rockville, v. 7, mai. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028926/>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

COSTA, M. G. S. G.; FIGUERÓ, R. A.; FREIRE, F. H. M. A. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

FALEIROS, V. P. **Estratégia em Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FIGUEIRÓ, R. *et al.* Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: o protagonismo dos usuários em debate. **Catussaba**, Natal, v. 1, n. 1, p. 51-62, 2011.

FIGUEIRÓ, R.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários do CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal**, Niterói, v. 22, n. 2, p. 431-446, mai./ago. 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FREIRE, P. Pacientes impacientes. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FREIRE, P. Carta de Paulo Freire aos professores. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 15, n. 42, 2001.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GIROUX, H. A. Cultura, poder e transformação na obra de Paulo Freire: rumo a uma política de educação. *In*: GIROUX, H. A. **Os Professores como Intelectuais**: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 1997.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, mai./ago. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. São Paulo: Itanhaém. **IBGE Cidades**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/LPJ>>. Acesso em: 25 out. 2013.

JORGE, M. et al. Promoção da saúde mental/tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In*: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VerSUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.

_____. **Realizar no Micro a Luta Macro**: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador. Campinas: Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-09.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

_____. **O Desafio da Tutela e da Autonomia**: uma tensão do ato cuidador. Campinas: Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MINAYO, M. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **O Desafio Do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, L. *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. *In: ONOCKO, R. et al. (org.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothchild, 2008, p. 249-277.

MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2165-2177, 2011.

NICÁCIO, F. **Utopia da Realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 188-196, jan. 2008.

ONOCKO, R. O exercício interpretativo. *In: ONOCKO, R. et al. (org.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothchild, 2008.

_____. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovação a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, 2011.

_____. A gestão autônoma de medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 18, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2016.

ONOCKO, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *In: ONOCKO, R. et al. (org.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothchild, p. 321-334, 2008.

PANDE, M.; AMARANTE, P. Desafios para os centros de atenção psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia congestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2919-2928, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Programa de Saúde Mental do Município de Itanhaém**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Projeto Terapêutico do Programa de Saúde Mental**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **CAPS: projeto terapêutico**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, [1999?].

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Projeto de Saúde Mental**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, [2002?].

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Relatório da Reunião de Saúde Mental**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Protocolo de Saúde Mental**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, 2007a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Programa de Saúde Mental: memorando n. 277**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, 2007b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Projeto Terapêutico: CAPS II**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITANHAÉM. Secretaria de Saúde. Articulação de Saúde Mental. **Projeto de Implantação do CAPSad**. Itanhaém: Prefeitura Municipal de Itanhaém, 2011.

PRESOTTO, R. F. **Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de *empowerment* e *recovery***. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva e Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

RICOEUR, P. **Tempo e Narrativa**. Campinas: Papirus, 1994.

ROTELLI, F. *et al.* **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001.

SCHIMIDT, M. L. S. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-41, jun. 2006.

SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-41, 2012.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Perfil Municipal: Itanhaém. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php?loc=221>>. Acesso em: 25 out. 2013.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **O Poder que Brota da Dor e da Opressão: empowerment**, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência**, São Paulo, v. 32, p. 173-206, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013a.

VASCONCELOS, E. M. Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento no campo da saúde mental. *In*: VASCONCELOS, E. M. (org). **Manual [de] Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental**: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, 2013b.

VASCONCELOS, E. M. ***Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil: historical context, cross-national aspects, recent experiences, and critical considerations.*** Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, 2015.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e bons encontros. *In*: PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007, p. 284.

APÊNDICE A – Roteiro para os grupos focais narrativos

Roteiro do grupo focal narrativo com usuários:

Quem são vocês? Vocês podem se apresentar?

Como é o dia-a-dia de vocês? [O que fazem? Com quem se encontram?]

Há quanto tempo vocês estão se cuidando no CAPS?

Para que serve o CAPS?

Como é realizado o cuidado (acompanhamento) de vocês no CAPS? Em que atividades/atendimentos participam?

Como vocês participam das decisões no CAPS? [De quais? Em que espaço?]

Como vocês participam das decisões sobre seu cuidado no CAPS?

Vocês participam das decisões sobre a medicação que usam? [Como isso acontece? Vocês tomam conta dela sozinhos ou precisam de ajuda? Quem ajuda (ou atrapalha)?]

Vocês se sentem a vontade de falar sobre a medicação com seus médicos?

Em momentos de crise, como vocês são cuidados? [Suas decisões são levadas em consideração nesses momentos? Como isso acontece (ou não)? Como vocês gostariam de serem cuidados nestes momentos?]

O cuidado feito no CAPS ajuda vocês se cuidarem por conta própria? [Se sim, como e o que neste cuidado ajuda? Se não, por quê?]

Com o cuidado feito no CAPS, vocês se sentem capazes de ajudar outras pessoas? [Como isso acontece? Quem ajudam? **O que mais vocês se sentem capazes de fazer?**]

Em que outros lugares vocês vão (frequentam), sem ser o CAPS? Quais as dificuldades enfrentadas por vocês?

Como o cuidado feito no CAPS ajuda vocês fora dele? Em que ajuda?

Vocês se sentem incentivados no CAPS a participarem de outras atividades e conhecerem pessoas e lugares fora dele? Como isso acontece?

Que outros lugares e maneiras vocês se cuidam?

Que coisas mais vocês fazem sozinhos?

Vocês sentem a necessidade de defender seus direitos? [Como fazem isso? Em que situações? O CAPS os incentiva a fazerem isso? Como?]

O que mudou nas suas vidas se cuidarem no CAPS?

Na opinião de vocês, como deveria funcionar o CAPS? [O que deveria mudar no CAPS?]

Na opinião de vocês, o que mudou no cuidado feito em serviços iguais ao CAPS dos hospitais psiquiátricos? [Como avaliam?]

Roteiro do grupo focal narrativo com familiares:

Quem são vocês? Vocês podem se apresentar? Quem são seus familiares que se cuidam no CAPS?

Como é o dia-a-dia de vocês? [O que fazem? Com quem se encontram?]

Há quanto tempo os familiares de vocês estão se cuidando no CAPS?

Para que serve o CAPS?

Como é realizado o cuidado no CAPS? Em que atividades/atendimentos participam?

Como vocês participam das decisões no CAPS? [De quais? Em que espaço?]

Como vocês participam das decisões no cuidado (acompanhamento) de seus familiares neste CAPS?

Vocês participam das decisões sobre a medicação que eles usam? [Como isso acontece?

Vocês se sentem a vontade de opinarem sobre a medicação com os médicos?]

Em momentos de crise, como seus familiares são cuidados? Suas opiniões são levadas em consideração nesses momentos pelos profissionais? Como isso acontece (ou não)?

Como a vida de vocês mudou com o cuidado de seus familiares?

Como se sentem neste cuidado? [Há sobrecarga? Como lidam com o que sentem?]

Vocês se sentem cuidados também pelo CAPS? Como isso acontece?

O cuidado no CAPS ajuda vocês se cuidarem? [Se sim, como e o que neste cuidado ajuda? Se não, por quê?]

Em que outros lugares vocês vão (frequentam), sem ser o CAPS?

Vocês são incentivados a se cuidarem de alguma forma fora do CAPS?

Vocês sentem a necessidade de defender os direitos seus e de seus familiares? Como fazem isso? Em que situações?

O que mudou nas suas vidas seus familiares se cuidarem no CAPS?

Na opinião de vocês, como deveria funcionar o CAPS? [O que deveria mudar no CAPS?]

Na opinião de vocês, o que mudou no cuidado feito em serviços iguais ao CAPS dos hospitais psiquiátricos? [Como avaliam?]

APÊNDICE B – Autorização para realização de pesquisa acadêmica no serviço público de saúde

Autorização para realização de pesquisa acadêmica no serviço público de saúde

A(o) Diretor(a) de Atenção Especializada da Secretaria da Saúde – Prefeitura Municipal de Itanhaém

Solicito autorização para a realização da pesquisa intitulada “A CONSTRUÇÃO DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES NAS PRÁTICAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira.

Esta pesquisa pretende investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas desenvolvidas pelo Centro de Atenção Psicossocial II deste município. A fase inicial da pesquisa requer análise de documentos e outros materiais do serviço psicossocial para acessar histórico desse. A fase seguinte consiste na realização de grupos focais com os usuários e familiares do referido equipamento de saúde, de modo separado. Em seguida serão construídas narrativas a partir das discussões feitas em cada um dos grupos focais iniciais. Na sequência, serão realizados novos grupos focais com os mesmos sujeitos da pesquisa conforme os arranjos iniciais dos grupos a fim de validar as narrativas e aprofundar as discussões feitas a partir dessas. O produto final será a apresentação do conhecimento construído pela pesquisa acadêmica ao serviço de saúde e montagem de um simpósio que aborde a temática do referido estudo.

Atenciosamente,

CARLOS EDUARDO PEDROSO

Mestrando do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde
UNIFESP – Campus Baixada Santista

Eu, Glória Oreste S. Bordin, Diretor(a) de Atenção Especializada da Secretaria da Saúde – Prefeitura Municipal de Itanhaém, autorizo a realização da referida pesquisa.


Dra. Glória Oreste S. Bordin
Médica
CRM 55387

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da Pesquisa “**A CONSTRUÇÃO DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES NAS PRÁTICAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**”, sob a responsabilidade do pesquisador Carlos Eduardo Pedroso, o qual pretende: investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas desenvolvidas pelo CAPS II do município de Itanhaém/SP. Sua participação é voluntária e se dará por meio de grupo focal (reunião de discussões) a ser realizado pelo pesquisador em local previamente definido. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a este procedimento. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a produção de conhecimento sobre o tema abordado, em especial, a partir deste serviço CAPS. Se depois de consentir em sua participação você quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Valdemar Magalhães, 565, Savoy, Itanhaém – CAPS II, pelo telefone (13) (3427-6317), ou com a orientadora Professora Dra. Maria Inês Badaró Moreira no endereço Rua Silva Jardim, 156, Vila Mathias, Unifesp/BS – Santos. Em caso de dúvida sobre aspectos éticos desta pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br . Não haverá nenhum dado pessoal, ocasionado durante a realização do procedimento proposto neste estudo.

Este termo será assinado em duas vias, uma para você e outra permanecerá arquivado na instituição. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do sujeito de pesquisa / representante legal

Data

Assinatura da testemunha

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data

APÊNDICE D – Histórias e memórias do CAPS II de Itanhaém/SP

O CAPS II iniciou seus trabalhos no ano de 1992 conforme referem os documentos “CAPS Projeto Terapêutico” ([1999?]), e o Projeto de implantação do CAPS ad de 2011.

Antes de 1992, os atendimentos à saúde mental eram realizados no ambulatório estadual na cidade de Santos/SP (ITANHAÉM, 2011). Foi a partir de 1992 que o município de Itanhaém investiu na criação do Centro de Atenção Psicossocial a fim de “prestar atendimento a grande demanda de pessoas portadoras de sofrimento mental, inclusive aquelas com uso abusivo de álcool e outras drogas” (ITANHAÉM, 2011, p1) inspirado pela criação da rede de serviços substitutivos psicossociais no município de Santos em anos anteriores.

No documento “CAPS Projeto Terapêutico” ([1999?]) faz somente pequena menção à criação do CAPS de Itanhaém “com a proposta de prestar atendimento de acordo com a esta nova política de atenção em saúde mental” (p.1), fazendo referência à portaria da Secretária Nacional de Assistência à Saúde nº 224 de 1992 que lança incentivo e bases iniciais para o projeto reorientação da assistência à saúde mental para serviços extra-hospitalares⁴⁷.

Entre o período de 1992 a 1995 não encontramos nenhum material de qualquer tipo. Não podemos, portanto, constatar como se deu o processo de montagem, desenvolvimento de atividades ou sob qual estrutura e organização o incipiente CAPS do município nasceu.

Por intermédio do relato informal das profissionais colaboradoras deste levantamento documental, soubemos que o CAPS foi criado em espaço compartilhado por outros equipamentos de saúde: ambulatório de especialidades e o centro municipal de reabilitação. O prédio que sediou esses serviços era uma antiga maternidade do município situado na região central da cidade de Itanhaém. O CAPS ficou instalado neste endereço entre 1992 a 2002, desenvolvendo atendimentos ambulatoriais.

De 1996, há o material “Programa de Saúde Mental do município de Itanhaém” que foi a primeira iniciativa da gestão municipal de saúde em desenvolver uma agenda de ações em saúde mental em diferentes níveis de atenção. O documento expunha a urgência em realizar cuidados no âmbito da saúde mental devido “ao grande número de casos que requeem tratamento e até internação” (p.1), lançando mão, para isso, a necessidade de um levantamento inicial de demanda e de organização de serviços segundo os princípios do

⁴⁷ O referido documento citou a resolução nº 214 de 1992, entretanto, subentende-se que seja a portaria mencionada acima.

Sistema Único de Saúde (SUS). Destacamos que neste momento histórico ainda estava em fase de pactuação e implementação o Sistema Único de Saúde (SUS) em grande parte dos municípios do país.

Vale ressaltarmos que o referido documento intentou efetivar política pública voltada “aos portadores de distúrbios mentais” (ITANHAÉM, 1996, p.3), para tanto, visando como objetivos específicos “ações de cunho preventivo e de tratamento breve” (p.3) na atenção básica, reorganização do CAPS e adequação dos cuidados dispensados pelo Pronto Socorro municipal.

O programa de saúde mental acima mencionado estabeleceu metas de curto, médio e longo prazo para efetivação das ações previstas e, por fim, expôs quadro de profissionais de diferentes níveis para execução das ações no campo da atenção psicossocial.

Quanto ao CAPS, o programa previa a assistência em diferentes modalidades: de intensiva, diária, ao regime ambulatorial em outras frequências (semanal ou quinzenal). O mesmo programa ainda planejava a diversidade de práticas interdisciplinares como por “psicoterapias individuais e grupais, farmacoterapia, terapia ocupacional, terapia psicomotora, terapia fonoaudiológica, orientação familiar” dirigido a “crianças, drogadictos, alcoolistas, psicóticos, neuróticos e demenciados” (ITANHAÉM, 1996, p.3). É relevante o objetivo de desospitalização estabelecido ao CAPS pelo documento ao defender a redução de “distúrbios mentais” estimulando “o tratamento externo (não hospitalar)” em diminuição da “visão ‘internista’” (p.3). Fica claro tal intento com as propostas de redução significativas de internações e incentivo a ações extra-hospitalares nas metas previstas.

Frisamos que o documento apresenta várias anotações que evidenciam a inexistência de vários trabalhadores no quadro de recursos humanos, demonstrando grandes dificuldades para efetivação do programa proposto.

Em 1997 foi construído o “Projeto Terapêutico do Programa de Saúde Mental – Itanhaém 97”. Tal documento retomou pontos do programa de saúde mental do ano anterior para traçar objetivos específicos de ações para o CAPS, para tanto realizou diagnóstico situacional.

A proposta adotada no “projeto terapêutico” deixa claro o posicionamento em defesa da criação de rede de serviços substitutivos integralmente ao modelo de internação hospitalar assumindo como pontos de atendimento: a rede de atenção básica e centros comunitários para “âmbito educacional”; o CAPS (também referido como NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial), cujo modelo assistencial seria de 24 horas para acolher diferentes níveis de sofrimento, até mesmo em crise, e de frequência de acompanhamento; e retaguarda

no Hospital Municipal de leitos até 72 horas para situações de crise de usuários até implantação do CAPS 24 horas.

No capítulo do documento intitulado “Projeto NAPS – Itanhaém em busca da desinstitucionalização da doença mental no município” (ITANHAÉM, 1997, p.2) foi realizado o diagnóstico situacional da saúde mental do município. De uma população estimada de 60.000 habitantes de Itanhaém naquele ano, estimou-se um total de 3.605 usuários da rede de saúde mental municipal realizando, em média, 505 atendimentos por semana a diversos usuários (p.2).

O CAPS, naquele momento, permanecia na atenção nos dias úteis (segunda a sexta) por 8 horas diárias. O documento mencionado indicou diferentes práticas interdisciplinares desenvolvidas no serviço CAPS como “consultas psiquiátricas, psicológicas, fonoaudiólogas, atendimento social e terapia ocupacional, orientação familiar, visita domiciliar, etc” (ITANHAÉM, 1997, p.3) bem como atenção diária, durante expediente da instituição, propiciando aos usuários atividades e medicação assistida. Segundo o mesmo impresso, o CAPS atendia pessoas em sofrimento mental persistente e severo representando 20% dos atendimentos o público infanto-juvenil.

Naquele ano, o CAPS ainda estava localizado junto ao ambulatório de especialidades “com um espaço muito reduzido (apenas cinco salas para atendimento)” não contando com “espaços abertos para atividades diversas” assim como “poucos recursos de RH e os equipamentos são mínimos” (ITANHAÉM, 1997, p.3).

O referido arquivo assumiu como objetivos específicos para o serviço substitutivo de saúde mental a implantação do funcionamento 24 horas, como já mencionado, e, para tanto, a implantação de seis (6) leitos de hospitalidade integral em momentos de crise de usuários, reforçando o compromisso do tratamento aberto mantenedor dos vínculos comunitários e familiares dos usuários (ITANHAÉM, 1997, p.3). Tais propostas não se efetivaram até o momento desta pesquisa.

Destacamos as propostas de cunho antimanicomial de instalar “assembleia jurídica” para assistir usuários em revisões e anulações de dispositivos invalidantes e interdições civis, tal como propor lei municipal na garantia do cumprimento da “reforma assistencial psiquiátrica” (ITANHAÉM, 1997, p.6).

Essa proposta de lei consta em outro documento intitulado “Proposta da equipe do CAPS, usuários e familiares para o projeto de lei sobre a reforma psiquiátrica no município de Itanhaém” ([199?]). Neste foi proposto em tópicos listados (um total de dezoito) a garantia e incentivo do cuidado das pessoas com transtornos mentais em dispositivos de saúde

comunitários (CAPS, Residência Terapêutica, Centro de Convivência e cooperativas); a regulação como excepcional e provisória a internação; a proibição da construção ou convênio com aparelhos manicomial no município; e a garantia de direitos aos usuários como o passe especial livre nos transportes municipais, ao trabalho solidário e protegido e ao benefício previdenciário quando usuário não dispuser de condições laborativas. Ressaltamos que esses intentos nunca foram efetivados.

O impresso “projeto terapêutico” de 1997 ainda trouxe como metas gerais à saúde mental o estímulo e o fomento de organizações como associações de “defesa da transformação da assistência psiquiátrica e do resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, cooperativas de trabalho, promoção de debates junto à comunidade, etc” (ITANHAÉM, 1997, p.5).

Em dezembro desse mesmo ano, foi criada a Associação de Saúde Mental “Diferente Cidadão” dentro das instalações do CAPS II, segundo ofício da entidade à Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (2000). Este impresso foi o único do acervo pesquisado que faz menção à data de criação da referida entidade civil. Conforme o mesmo material, a associação somente ganha status de pessoa jurídica regulamentada em 11 de outubro de 1999.

No Estatuto da Associação de Saúde Mental Diferente Cidadão, de 5 de dezembro de 2000, dispôs sobre a finalidade (artigo 2º) da instituição civil sem fins lucrativos era promover, estimular e contribuir para a construção e a preservação de direitos às pessoas “portadoras de necessidades especiais” por meio de “práticas substitutivas ao modelo de atenção manicomial” (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DIFERENTE CIDADÃO, 2000, p.1). Vale destacarmos que a associação foi criada dentro do próprio CAPS, por isso, manteve uma relação ambígua com equipe deste, pois, por vezes, confundiu-se a identidade e finalidade das duas instituições como podemos constatar em outro documento sobre o projeto de geração de renda (Ita Sabor) da associação, de 2004, e na própria vivência junto à equipe de trabalhadores do CAPS e aos membros da diretoria da organização civil.

As ações específicas de geração de renda da associação no projeto Ita Sabor serão melhor abordadas logo ademas.

O discurso construído no documento “projeto terapêutico” de 1997, apesar de adotar uma postura progressista e alinhada aos princípios antimanicomiais da Reforma Psiquiátrica brasileira, não se concretizaram de fato. O serviço psicossocial permaneceu nas mesmas instalações inadequadas a sua proposta e práticas até 2002, como já afirmado anteriormente.

Podemos verificar as instalações em que o CAPS se encontrava naquele momento através das fotos tiradas de reuniões da Associação de Saúde Mental Diferente Cidadão no ano de 1998.

Em 1999, foi realizado o I Simpósio de Saúde Mental do Município de Itanhaém entre os dias 19 e 21 de maio em comemoração ao dia nacional de Luta Antimanicomial, como consta em folder. O evento contou com apresentações e palestras sobre questões emergentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil como cidadania, prevenção e tratamento dos transtornos mentais, saúde mental da criança e do adolescente e violência e sociedade, tal como vivências e performances artísticas. Vale frisarmos que evento foi aberto a comunidade em espaço externo ao serviço – em um clube náutico.

No documento “CAPS Projeto Terapêutico” ([1999?]) foram discutidos novos objetivos e metas para o CAPS tendo em vista as condições assistenciais naquele momento. O serviço psicossocial atendia mensalmente 650 usuários, não mensurando quantos seriam atendidos no ambulatório de especialidades e nas unidades da atenção básica, conforme dados levantados em outubro de 1999 (ITANHAÉM, [1999?], p.2). O impresso referiu que maioria dos usuários (396 desses) possuía determinados transtornos mentais, utilizando de classificação diagnóstica psiquiátrica para isso (transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes, transtornos do humor e transtorno de personalidade).

Salientamos a solicitação no documento de criar “recursos a nível material, institucional e humano” (p.2) para melhora do atendimento das pessoas em sofrimento mental. Naquele constou seguinte quadro funcional: 2 psicólogos, 1 assistente social, 2 psiquiatras, 1 enfermeira psiquiátrica, 1 auxiliar de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 1 recepcionista, 1 servente, 1 segurança e 2 agentes comunitários (ITANHAÉM, [1999?], p.5).

O referido documento marcou a priorização do “atendimento ao portador de transtorno mental grave” (ITANHAÉM, [1999?], p.2) – fazendo menção àqueles transtornos tipificados no parágrafo anterior – no CAPS, deixando o acompanhamento de “neuróticos leves” ao Ambulatório de Especialidades (AE) (p.3). O mesmo impresso retomou de modo explícito a implementação da “Hospitalidade Dia (HD)” no serviço para comportar 15 usuários em situação de “pré-crise” ou em “crise psicótica” (p.3).

Destacamos, quanto às metas de ações, as propostas de regularização da atenção da urgência em casos de usuários em crise junto ao Hospital Municipal de Itanhaém (HMI), aumento do quadro de trabalhadores, necessidade de qualificação dos trabalhadores (via supervisão institucional e clínica), adequação da porta de entrada do serviço (porta via AE), construção de sede permanente e implantação do funcionamento 24 horas.

Esse documento trouxe de novidade regulação do fluxo de entrada, contrarreferência e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais na rede de atenção à saúde mental da cidade. O CAPS não atendia porta aberta, ou seja, o serviço somente acolhia pessoas encaminhadas de outros equipamentos comunitários de saúde. O técnico, aqui subentendido com profissional de nível superior, do CAPS realizava a avaliação da pessoa encaminhada, esta permanecendo no serviço psicossocial caso atendesse ao critério nosográfico anteriormente citado ou reconduzido para atendimento no AE (ITANHAÉM, [1999?], p.3). Em situação de crise, usuários eram acolhidos na HD no próprio CAPS ou previa-se cuidado em leito até 72 horas no HMI. Em casos emergenciais, deveriam ser atendidos no Pronto Socorro (PS) da cidade.

No mesmo arquivo, foi detalhado o cuidado realizado no CAPS por meio da referência e criação conjunta do projeto terapêutico com o usuário a fim de desenvolver suas potencialidades em atendimento e atividades dentro ou fora do CAPS, inspirado pelo modelo proposto por Franco Basaglia, conforme o próprio impresso apontou (ITANHAÉM, [1999?], p.4).

Em maio de 2000, o projeto de geração de renda Ita Sabor pela Associação Diferente Cidadão foi criado aos usuários do serviço CAPS na forma de garantir o direito ao trabalho assistido e protegido, conforme documento “Produção de alimentos: Ita Sabor” (2004?). O projeto Ita Sabor esteve domiciliado em cozinha dentro do serviço CAPS desde seu princípio. A supervisão das atividades geradoras de renda era realizada pela assistente social do CAPS II de forma voluntária.

No mesmo ano de 2000, a equipe do CAPS e usuários organizaram a “Semana em Comemoração ao dia da Luta Antimanicomial” entre os dias 14 a 18 de maio, como consta em projeto da referida semana (CAPS, 2000). Os objetivos visados foram divulgar as ações desenvolvidas pelo CAPS e Associação Diferente Cidadão, sensibilizar a comunidade para as questões de saúde mental e promover o exercício da cidadania de usuários. Assim como no ano anterior, foram realizadas mesas redondas com os temas cidadania e interface Saúde da Família e prevenção em saúde mental, bem como a proposta de vivência e apresentações artísticas. Destacamos a passeata em 18/05 como momento de mobilização de usuários, familiares e profissionais do CAPS.

Em 2001, foi elaborada nova Semana de Luta Antimanicomial, como o lema “Tratar sim ... trancar não ...”, entre os dias 15 e 19 de maio. O evento seguiu aos moldes dos anos anteriores. Damos relevância: ao chamamento para compromisso cidadão da efetivação da Lei nº 10.216 de abril de 2001, a qual institui a Reforma Psiquiátrica no Brasil, constante

no folder; a ênfase quanto aos direitos dos adolescentes (duas palestras no mesmo dia em “parceria do Fórum”); e a exposição de produções artísticas dos usuários do CAPS.

No mesmo ano, o CAPS II de Itanhaém é condecorado com título de Menção Honrosa na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro daquele mesmo ano, “em reconhecimento às ações desenvolvidas para reforma da atenção em saúde mental” (BRASIL, 2001) por se constituir um dos serviços comunitários de saúde mental pioneiros no país, antes da Lei nº 10.216 / 2001.

Em 2002, há mudança do CAPS do prédio público compartilhado com diversos outros serviços para endereço próprio em imóvel alocado em bairro distante do centro da cidade (Nova Itanhaém), conforme relato das profissionais consultadas.

Apesar da modificação de instalações, o serviço psicossocial permaneceu com os mesmos problemas anteriores como espaços reduzidos para atividades em grupo, oficinas, para instalação de leito e refeitórios, conforme expos o impresso “Projeto de Saúde Mental” ([2002?]). Este escrito fez apontamento de modo simplificado de condições e nós críticos do CAPS. Neste foram apontadas também novas dificuldades como o acesso ao serviço pelos usuários devido a distância desse, e outras antigas questões como a acolhida e o cuidado de usuários no serviço de urgência e emergência (PS municipal) em situações de crise. O documento referiu, de mesmo modo, a inexistência de atendimentos ao público infanto-juvenil e dificuldades no atendimento de dependentes químicos (ITANHAÉM, [2002?], p.5).

Em 2002, houve o recadastramento do CAPS por equipe da Diretoria Regional de Saúde XIX (Baixada Santista) do Estado de São Paulo e representantes civil em julho daquele ano, segundo cópia do “Roteiro para Avaliação dos CAPS” preenchido. Constatamos por meio do escrito que o CAPS continuava a funcionar por 8 horas diárias durante os dias úteis com mesmo quadro funcional, a adoção de mesmas medidas de triagem e acompanhamento citado anteriormente, espaço restrito para execução de atividades grupais e inexistência de refeitório para usuários. Frisamos positivamente o desenvolvimento de atividade de teatro, de trabalho físico e de inserção comunitária (passeios e cinema), ainda que incipiente, entretanto, negativamente apontou-se a inexistência de farmácia no serviço naquele período.

A aprovação do recadastramento foi dada com recomendações de adequação do atendimento de neuróticos leves a moderados e de dependentes químicos em outras unidades de saúde de referência, adequação do espaço para refeições e repouso dos usuários, efetivação reabilitação psicossociais e inserção comunitária, e garantir atendimento médico durante todo o horário de funcionamento da unidade.

Salientamos que a avaliação de cadastramento contou com a participação de dois familiares militantes do movimento nacional da Luta Antimanicomial da região metropolitana da Baixada Santista.

Em 2003, podemos constatar ações de âmbito comunitário articulados pela equipe de profissionais e Associação em eventos pontuais como foi observado em fotografias datadas deste ano.

Em 2004, destacamos

a descentralização dos atendimentos psicológicos do município com a transferência de profissionais de psicologia do Centro de Especialidades para as UBSs e PSFs (Unidades do Programa Saúde da Família) da rede, visando assim um atendimento da população do território (ITANHAÉM, 2011, p.1).

Neste mesmo ano houve a confecção do documento “Produção de alimentos: Ita Sabor”, primeiro relatório de planejamento e avaliação do projeto de geração de renda da Associação de Saúde Mental Diferente Cidadão. Neste impresso foi descrito o objetivo do projeto “proporcionar forma alternativa de geração de renda às pessoas portadoras de transtornos mentais (...), contribuindo para a melhoria na qualidade de vida e para resgate de sua cidadania” (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DIFERENTE CIDADÃO, [2004?], p.2) por intermédio “da produção e venda de salgados pelos usuários do serviço de saúde mental (CAPS)” (p.1).

O planejamento de geração de renda previu paulatina capacitação e produção assistida de alimentos manipulados por usuários do CAPS e sua respectiva venda pelos mesmos em ambiente protegido e supervisionado por técnico de saúde mental (profissionais de nível superior) e monitores.

Ressaltamos neste ponto da supervisão e assessoria técnica prestada o uso dos profissionais do CAPS como membros da equipe do projeto assim como as instalações de cozinha, sala de repouso e banheiro que são do próprio serviço psicossocial (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DIFERENTE CIDADÃO, [2004?], p.4). Tal “simbiose” da associação, que se encontrava desde sua criação domiciliada no mesmo espaço do equipamento de saúde mental, e suas ações e projetos com a estrutura e, principalmente, com a equipe de trabalhadores do CAPS redundou em consequências como a tutela e falta de livre iniciativa da entidade frente ao serviço público de saúde. Os desdobramentos desse ambiente tutelar se fizeram sentir mesmo em tempos futuros retardando ao máximo a separação dos dois dispositivos e demonstrando assim a fragilidade institucional da associação, como se pode ser testemunhada pelo autor pesquisador enquanto trabalhador do CAPS.

Ainda quanto ao documento de geração de renda, o mesmo apresentou, por fim, uma avaliação do projeto, implantado desde 2000 pela associação, para requisição de verba municipal. Nesta solicitação ficou clara a vulnerabilidade financeira do projeto após perda de verba estadual que o subsidiava em junho de 2001, aproximadamente 1 ano e meio depois de seu início. O projeto diminuiu de 12 para 10 o número de usuários inseridos nele tal como extinção do cargo de monitores (familiares) do mesmo. A dificuldade da sustentabilidade financeira do projeto por meio da reabilitação psicossocial pelo direito ao trabalho, o projeto foi desenvolvido ao longo dos anos que se seguiram dependente da verba estatal sem galgar com isso sua independência e autonomia de tais subsídios.

Em 2005, foi retomada a preocupação com relação ao atendimento emergencial dos usuários da saúde mental em crise ou surto, conforme “Relatório da reunião de Saúde Mental”. Foram estipuladas como metas a capacitação de profissionais da emergência municipal até a criação de CAPS porte III (ou seja, de funcionamento 24 horas), metas que, infelizmente, não foram efetivadas.

No mesmo ano, o CAPS mudou do bairro Nova Itanhaém para o bairro do Mosteiro situado na região central cidade. Deste igual período, testemunhamos as instalações e as práticas desenvolvidas pelos atores da instituição no então novo imóvel sobradado através de diversas fotográficas do período em que o CAPS permaneceu no local de 2005 a 2009.

Em 2007, foi proposto o “Protocolo de Saúde Mental” que visou instituir junto à rede de Unidades de Saúde da Família (USF) e Pronto Socorro municipal (PS) o fluxo de atendimento e acompanhamento de pessoas com transtorno mental. Foi definida que a demanda atendida pelo serviço CAPS seria de “psicóticos e neuróticos graves” enquanto aos demais transtornos psíquicos deveriam ser acolhidos, a princípio, pelas UBS ou USF onde receberiam os primeiros cuidados por no mínimo 2 meses. Após este período, caso não houvesse “remissão de sintomas”, as pessoas em sofrimento mental seriam encaminhadas com justificativa ao CAPS.

Tal protocolo operacionaliza os intentos anteriormente abordados em outros documentos de restringir o cuidado no serviço psicossocial às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes delegando a rede de atenção básica os casos “mais leves”. Para tanto, o referido impresso coloca de modo explicativo e simplificado procedimentos com usuários de possíveis diagnósticos (depressão leve/moderada, transtornos ansiosos e fóbicos, depressão grave e psicose, alcoolismo e síndrome de abstinência) como também faz orientações quanto a possíveis condutas medicamentosas. Foram previstas com a implantação

do protocolo também a educação continuada e apoio matricial pela equipe do CAPS à rede de atenção básica e emergência.

A despeito da iniciativa organizada pelo protocolo de adequar fluxo de atendimentos em saúde mental, tal proposta não foi efetivamente colocada em prática de fato pois se continuou configurando diversas dificuldades de pactuação com as equipes das USF, mesmo sendo realizados com regularidade reuniões de apoio matricial com essas até o presente momento.

O mesmo documento retomou antiga reivindicação de adequar atendimentos emergenciais em leito de 72 horas no PS municipal em momento de crise ou surto de usuários. Entretanto, assim como com a atenção básica, tal pactuação não chegou a ser efetivada devidamente até o presente momento.

Dando respaldo a proposta de restringir a demanda atendida pelo CAPS naquele ano, houve o relato quanto ao inchaço do número de usuários no serviço psicossocial, segundo memorando feito pela Articulação de Saúde Mental aos diretores de saúde municipais sobre o protocolo municipal de Saúde Mental. Tal documento, datado de 30 de maio de 2007, expôs que o CAPS já contava com 1462 usuários (número total de prontuários “sendo estes sofrendo de Neuroses leves, moderados, graves e Psicoses” (ITANHAÉM, 2007b, p.2). Isto justifica a intenção de descentralizar os usuários de “neurose leve e moderada” às USF.

Em maio de 2007, foi realizada a “III Semana da Luta Antimanicomial” com o lema “Sozinhos vamos mais rápido. Juntos vamos mais longe!!!”, de 15 a 18 de maio. Destacamos a participação marcante de usuária e representante da Associação Diferente Cidadão na mesa de abertura do evento que assinalou outras atividades de cunho participativo por parte de usuários e familiares como assembleia do serviço de saúde mental e mesa redonda com tema: “Cidadania e Inclusão Social, uma batalha das famílias e associações”.

No mesmo ano, houve a criação de Jornal Cuca Legal, produção nascida da iniciativa de usuários ao trazer os acontecimentos do cotidiano do serviço e questões emergentes do contexto da saúde mental e cultural da cidade e do país, além de apresentar produções poéticas dos usuários. O jornal contou com duas publicações no ano de 2007: o primeiro abordou a comemoração da III Semana da Luta Antimanicomial, relatos da realidade do serviço de saúde mental sob a ótica dos atores sociais; no segundo número houve textos mais diversos que abordavam os cuidados contra epidemia de dengue e sobre as oficinas de geração de renda da associação de Saúde Mental. Ressalta-se que autoria dos textos e resenhas foram confeccionados por usuários.

Em 2007 foi iniciado registro das assembleias em livro ata a partir da III Semana da Luta Antimanicomial. A assembleia constituiu-se como o espaço de discussões entre usuários, familiares, trabalhadores do CAPS e representantes da Associação Diferente Cidadão. Os registros cobrem de 2007 até início de 2015 (quando se inicia o presente levantamento documental), sendo descontínuos, pois apresentaram uma frequência mensal, entretanto, intercalados eventualmente por períodos de meses sem registros – o que pode ser interpretado com falha na realização dos registros ou não realização das assembleias. Não há relatos anteriores de grupos similares de discussão àquele ano inicial.

O conteúdo das discussões manteve-se entorno de questões e situações do cotidiano do serviço, tecendo-se a partir dessas considerações, ações e planejamentos entre os atores institucionais envolvidos. A coordenação das discussões ficava a cargo dos técnicos do CAPS que adotavam maior parte das deliberações e responsabilidades nas ações propostas bem como eram os mesmos que realizaram todos os registros em ata.

Em 2008, foi criado novo documento do “Projeto Terapêutico CAPS II – Itanhaém 2008” o qual retomou e avaliou as metas propostas por impresso anterior e apresentou as condições do CAPS II e fluxo de atendimento naquele momento. O arquivo avaliou os ganhos alcançados nas metas anteriormente lançadas em outro documento (ITANHAÉM, [1999?]), destacando-se a implantação do atendimento-dia com duas refeições, aumento do quadro funcional especialmente na enfermagem, diminuição do número de internações e avanço incipiente de relação com PS municipal. O impresso também deu visibilidade as metas não galgadas como espaço não permanente e devidamente adequado ao CAPS II, falha no levantamento preciso de casos acompanhados, falta de leito de 72 horas retaguarda em situações de crise e atendimento ambulatorial de casos de “transtornos mentais leves e moderados” (ITANHAÉM, 2008, p.4).

Neste sentido, o documento reafirmou como estratégia de adequação da demanda o Protocolo de Saúde Mental do ano anterior.

Novo levantamento de usuários foi realizado apontando para o número aproximado de 1700 usuários ativos no serviço. Quanto ao atendimento do CAPS mensalmente foi computado 650 usuários atendidos naquele momento.

O documento referido reafirmou o compromisso do serviço psicossocial em desenvolver atendimento interdisciplinar voltado a pessoas com transtornos mentais graves, para tanto, apoiando matricialmente a rede básica de saúde para outros transtornos ditos leves a moderados. Foram estipuladas metas com maiores prazos para a qualificação de

atendimentos e ações no CAPS e a aproximação e a adequação de fluxo de demanda junto ao Centro de Especialidades e USFs.

Neste mesmo documento, foi explicitado com maior clareza o fluxo interno de acompanhamento de usuários no centro de saúde mental. Frisamos que o serviço não era de porta aberta, somente atendendo com encaminhamento de outros serviços, e, para isso, realizava grupos de acolhimento ou triagens como dispositivos de escuta inicial e avaliação da demanda. Uma vez ingressado ao equipamento de saúde mental, usuário acompanhado por sua referência (profissional do serviço com que se mantinha maior vínculo) com quem deliberava conjuntamente a montagem de projeto terapêutico. Foram esclarecidas as diferentes atividades pelas quais o usuário poderia ser acompanhado, segundo documento citado: grupo de acolhimento, triagem, plantão técnico, atendimento psicoterápico individual e grupal, oficinas terapêuticas, grupo de orientação familiar, consulta médica, vista domiciliar, atendimento dia, atendimento social e atendimento de enfermagem (ITANHAÉM, 2008).

Salientamos que o quadro funcional cresceu em referência a impressos anteriores. A equipe naquele período foi composta por: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 farmacêutica, 1 enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar de gabinete, 1 servente, 1 recepcionista, 1 auxiliar de serviço e 3 estagiários (auxiliares para farmácia e recepção).

Em 2009, o CAPS II realizou nova mudança para bairro contíguo à região central da cidade (Praia dos Sonhos). Ressaltamos que neste endereço o imóvel dispunha de amplo espaço externo, como se pode observar na foto do serviço datada entre 2009 a 2013.

Em 2010, o CAPS é contemplado com supervisão institucional (ITANHAÉM, 2011, p.2) que se mantém até o ano ulterior.

No mesmo ano, é produzido o vídeo curta-metragem “a loucura é de todos nós” por Vinícius de Andrade Dias da Silva, então, guarda civil municipal do CAPS II no qual colheu relatos de usuários e profissionais do serviço para discutir sobre os paradigmas asilar e de cuidado psicossociais na atual política de saúde. Salientamos que a produção concorreu ao festival de curta-metragem de Santos/SP no mesmo ano.

Em 2011, foi criado o Projeto Cuidar que consistiu em intervenção intersetorial dos âmbitos da saúde, assistência social e educação para o enfrentamento da violação de direitos e de questões emergenciais de saúde mental ligados à infância, à adolescência, ao uso de substâncias psicoativas e às famílias em alta vulnerabilidade social. Por este projeto foi previsto a criação de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad) e um infante juvenil (CAPS i) (ITANHAÉM, 2011).

Em 2012, foram implantados os CAPS ad e CAPS i no município de Itanhaém através do fomento proporcionado pelo agora Programa Cuidar, assim deslocando o cuidado das pessoas em sofrimento em decorrência do uso de substâncias do CAPS II para os novos serviços psicossociais.

Em maio de 2012, foram retomadas as comemorações do dia da Luta Antimanicomial sob o tema: “Gentileza gera gentileza”, em referência direta ao Profeta Gentileza, artista e morador das ruas do município do Rio de Janeiro que sofria psiquicamente que, no entanto, realizou diversas produções plásticas nos pilares dos viadutos cariocas levando a mensagem de paz e harmonia. A comemoração foi articulada pelos profissionais do CAPS II em parceria com usuários e outros trabalhadores dos outros serviços de saúde mental recém-criados. O evento contou com apresentação de vídeos sobre o profeta Gentileza assim como atividades de caminhada, dança e outras ações artísticas comunitárias realizadas na praça central da cidade de Itanhaém com o propósito de sensibilizar a comunidade sobre as questões atinentes à saúde mental.

Em 2013, foi realizada nova Semana da Luta Antimanicomial com o lema “Qual é o seu lugar? Qual é o lugar do sofrimento? Qual é o lugar das coisas?” de 13 a 17 de maio. Ressaltamos o foco de ações participativas por parte dos usuários, familiares e comunidade em geral dando ênfase ao protagonismo e ao exercício de direitos.

No segundo semestre de 2013, foi organizada festividade comunitária por profissionais e usuários do CAPS estudado intitulado Chá-dançante, no qual se realizou danças e a comunhão de usuários, familiares e afins com o intuito de estreitar laços comunitários com os cidadãos em geral visto que foi evento aberto à comunidade, ensejando canais de diálogo e convivência social.

Para a montagem da semana comemorativa da Luta Antimanicomial de 2013, foi criada uma iniciativa conjunta de alguns profissionais entre os serviços CAPS do município e, para tanto, foi construído um espaço grupal deliberativo e responsável pela programação, contando com a participação de profissionais, usuários e familiares dos CAPS. Após evento, percebeu-se necessidade de manter tal articulação ativa para dar segmento a reivindicações e propostas no campo da saúde mental em interface com o Conselho Municipal de Saúde de Itanhaém.

Entretanto, a comissão somente retomou suas funções em 2014 para organização de nova comemoração do dia da Luta Antimanicomial. Essa comissão passou a articular não somente a organização das atividades do evento de 2014, mas também a ser um espaço aberto aos usuários, familiares e simpatizantes para reivindicarem, organizarem-se suas demandas e

tomarem ação e corresponsabilidade para efetivação destas, como por exemplo, articularam abaixo-assinado reivindicando melhorias no serviço e garantia de transporte gratuito às pessoas em sofrimento psíquico grave levando-o ao prefeito municipal. Neste momento, a Comissão de Saúde Mental passou a se intitular Comissão da Luta Antimanicomial. O espaço da comissão tornou-se, então, campo ético-político para o exercício da cidadania e protagonismo de usuários, familiares e simpatizantes da Luta Antimanicomial. Esse processo foi testemunhado em ata lavrada por múltiplas mãos, dentre elas, especialmente, por usuários em documento “Livro ata da Comissão da Luta Antimanicomial”.

Tais ações da comissão culminam na realização da Comemoração do dia da Luta Antimanicomial de 2014, realizada em 14 de maio. Assim, como nos anos anteriores, a comemoração visou empreender intervenção comunitária com o propósito de propiciar diálogos e reflexão quanto ao estigma e posição social das pessoas em sofrimento mental junto à comunidade municipal. Diferentemente dos outros anos, os usuários assumiram papéis de participação ativos na decisão, no planejamento e na operacionalização das ações. Atentamos para a produção de curta-metragem amador “Direito de ser feliz” em atividades preparatórias ao dia comemorativo por alguns profissionais e usuários no qual construíram narrativas dos sujeitos sobre suas vidas e o cuidado no serviço substitutivo. Frisamos que as filmagens e produção do roteiro foram realizadas pelos próprios usuários participantes da produção audiovisual.

No ano de 2013, o CAPS II foi transferido para endereço distante a região central da cidade (bairro Savoy), onde permaneceu até janeiro de 2015 quando retornou novamente a imóvel no bairro central do município, no qual se encontra domiciliado atualmente.

Após saída do equipamento substitutivo de imóvel em 2013, a Associação “Diferente Cidadão”, até então alocada nas dependências físicas do CAPS II, deslocou-se para fora do serviço de saúde mental o que gerou grave fragilização da entidade.

A associação mantinha algumas oficinas terapêuticas, utilizando de oficinas cedidas da secretaria de educação municipal ao serviço de saúde mental para conduzir as atividades, e o projeto de geração de renda Itasabor, que já apresentava sinais de esgotamento na produção de alimentos e da clientela, direcionadas aos usuários, quase que exclusivamente em hospitalidade-dia, e a poucos familiares enquanto permaneceu alocada dentro do CAPS II.

Entretanto, após a separação física do centro de saúde, a entidade associativa domiciliou-se dentro da estrutura física de outra associação (Associação Nordestina e Nortista de Itanhaém – ANNI), depois de breve estadia em dependências no paço municipal, e gradualmente diminuiu suas ações restringindo-se a uma oficina artesanal (pintura de panos-

de-prato) no período matutino às sextas-feiras, sem finalidade de geração de renda, e a distribuição de cestas-básicas a poucos usuários e familiares. O projeto Itasabor foi extinto durante o ano de 2014.

Mesmo nos anos pré-ruptura com o CAPS, a associação não se constituía com referência da defesa de direitos de usuários e sua família, tão pouco se manteve como pólo de mobilização e ação política para usuários e familiares da saúde mental do município.

O afastamento físico com o CAPS também foi acompanhado de distanciamento com o corpo técnico do serviço e consecutivamente, de sua supervisão, suporte e incentivo às ações associativas, o que cogitamos ter aprofundado ainda mais a condição frágil da entidade pela observação feita até o término desta pesquisa.

Esses foram os acontecimentos históricos relevantes pesquisados até janeiro de 2015, ponto no qual encerramos o estudo de documentos e memórias produzidas no CAPS II de Itanhaém na etapa de análise documental.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DIFERENTE CIDADÃO. **Estatuto da Associação de Saúde Mental Diferente Cidadão**, 2000. 9p.

_____. **Produção de alimentos: Ita Sabor**, [2004?]. 7p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Mental. **Certificado de Menção Honrosa**. 2001.

CAPS, Profissionais e usuários do. **Projeto: Semana em Comemoração ao dia da Luta Antimanicomial**, 2000. 3p.

CAPS, Equipe do et al. **Proposta da equipe do CAPS, usuários e familiares para o projeto de lei sobre a reforma psiquiátrica no município de Itanhaém**. [199?]. 2p.

ITANHAÉM, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Programa de Saúde Mental do município de Itanhaém**. Itanhaém: s/e, 1996. 7p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Projeto Terapêutico do Programa de Saúde Mental – Itanhaém 97**. Itanhaém: s/e, 1997. 8p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **CAPS Projeto Terapêutico**. Itanhaém: s/e, 1999 (?). 6p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Projeto de Saúde Mental**. Itanhaém: s/e, 2002 (?). 5p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Relatório da reunião de Saúde Mental**. Itanhaém: s/e, 2005. 2p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Protocolo de Saúde Mental**. Itanhaém: s/e, 2007a. 18p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Programa de Saúde Mental – Memorando nº277**. Itanhaém: s/e, 2007b. 3p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Projeto Terapêutico CAPS II – Itanhaém 2008**. Itanhaém: s/e, 2008. 13p.

_____, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde – Articulação de Saúde Mental. **Projeto de implantação do CAPS ad**. Itanhaém: s/e, 2011. 11p.

APÊNDICE E – Informativo aos trabalhadores do CAPS II

Informe – Trabalhadores

Resumo da pesquisa (grupos focais):

A pesquisa intitula-se “A CONSTRUÇÃO DO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES NAS PRÁTICAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, e está sob a responsabilidade do pesquisador Carlos Eduardo Pedroso, o qual pretende: investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas desenvolvidas pelo CAPS II do município de Itanhaém/SP.

A participação de usuários e familiares será voluntária e se dará por meio de grupos focais (encontros de discussões) a serem realizados pelo pesquisador em local previamente definido. Haverá um grupo de usuários e outro de familiares. Ambos os grupos terão dois encontros em datas distintas.

Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a este procedimento. Se depois de consentir em participar usuários e familiares quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Usuários e familiares não terão nenhuma despesa e também não receberão nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a identidade de usuários e familiares não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Sujeitos e critérios de inclusão:

Os sujeitos da pesquisa serão: usuários e familiares.

Os critérios de inclusão para ambos os sujeitos são:

- Manifestação livre em participar da pesquisa;
- Ser maiores de 18 anos;
- Ser acompanhados por este CAPS há no mínimo 6 meses (ou seja, antes de outubro de 2014).

IMPORTANTE: todos os interessados devem comparecer dia 24/04 (sexta) às 13h30 no CAPS para apresentação da pesquisa.

Caso haja procura superior dos sujeitos ao número máximo de participantes por grupo focal formado (previsto 12 participantes no máximo para cada grupo), será realizada escolha randômica dos candidatos da pesquisa na presença dos mesmos.

Datas e horários dos Grupos Focais:

Grupos com **usuários**: dias 28/04 das 13h15 às 15h00

Grupos com **familiares**: dias 26/05 das 13h15 às 15h00

OBS: todas as datas são **terças**

APÊNDICE F – Cartaz de divulgação da pesquisa



Venha participar de uma pesquisa sobre as práticas deste CAPS



Os interessados precisam:

- Ser usuários (pacientes) ou familiares de um usuário deste CAPS II;
- Ser maiores de 18 anos;
- Ser acompanhados por este CAPS há no mínimo 6 meses.

Se você quiser participar da pesquisa **deve se inscrever** na lista de candidatos (no balcão da recepção) e **comparecer** no dia 24/04/2015 (sexta) às 13h30 neste **CAPS II** na reunião de apresentação da pesquisa.

Sua participação é importante!

Responsável: Carlos Eduardo Pedroso

Psicólogo do CAPS II / Mestrando pela UNIFESP

ANEXO 1 – Parecer de aprovação no Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A construção do empoderamento de usuários e familiares nas práticas de um Centro de Atenção Psicossocial

Pesquisador: Carlos Eduardo Pedrosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41297015.4.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 964.684

Data da Relatoria: 25/02/2015

Apresentação do Projeto:

Este é um projeto de pesquisa qualitativa que objetiva investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas empreendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial II do município de Itanhaém/SP. Para tanto, propõe-se realizar levantamento histórico-documental da instituição, observação participante e grupos focais, em dois momentos distintos, com usuários, familiares, profissionais e gestores municipais, de forma separada. A análise de dados será feita por meio da transcrição integral dos dados levantados nas diferentes modalidades de coleta propostas à luz do método de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Hipotetiza-se que há algumas ações praticadas de empoderamento de usuários e familiares, contudo, estas são minoritárias frente ao ambiente institucional médico centrado e focado em procedimentos.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas desenvolvidas pelo CAPS II do município de Itanhaém/SP. Objetivos específicos - Analisar as práticas empreendidas no CAPS II - Cuca Legal- da cidade de Itanhaém/SP; - compreender as condições institucionais que contribuem ou não ao empoderamento de usuários e familiares; - Pesquisar as ações, opiniões e intenções dos atores sociais da instituição quanto ao empoderamento de

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-081
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7182 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 954.034

usuários e seus familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador declara: Riscos: São considerados mínimos os riscos diretos ou indiretos em que os participantes da pesquisa estarão expostos. Benefícios: Não haverá benefícios diretos aos participantes da investigação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Seminários de Pesquisa II do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, como parte dos requisitos avaliativos. Orientação: Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira. Este é um projeto de pesquisa qualitativa que objetiva investigar como se constrói o empoderamento de usuários e familiares nas práticas empreendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial II do município de Itanhaém/SP. Para tanto, propõe-se realizar levantamento histórico-documental da Instituição, observação participante e grupos focais, em dois momentos distintos, com usuários, familiares, profissionais e gestores municipais, de forma separada. A análise de dados será feita por meio da transcrição Integral dos dados levantados nas diferentes modalidades de coleta propostas à luz do método de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Hipotetiza-se que há algumas ações praticadas de empoderamento de usuários e familiares, contudo, estas são minoritárias frente ao ambiente institucional médico centrado e focado em procedimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados (folha de rosto, projeto de pesquisa e TCLE).

Recomendações:

Nada digno de nota.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.025-081
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5538-7162 FAX: (11)5571-1062 E-mail: ccepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer 954/054

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

SÃO PAULO, 26 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.025-081
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5559-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br