

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM
SAÚDE – CEDESS
INSTITUTO SAÚDE E SOCIEDADE – BAIXADA SANTISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

AUDRA LIZ MAGALHÃES ABAD

VAMOS CONVERSAR? DISCUSSÃO SOBRE A AUTONOMIA DOS
USUÁRIOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

SANTOS

2021

AUDRA LIZ MAGALHÃES ABAD

**VAMOS CONVERSAR? DISCUSSÃO SOBRE A AUTONOMIA DOS
USUÁRIOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

SANTOS

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Abad, Audra Liz Magalhães.
Al16v Vamos Conversar? Discussão Sobre a Autonomia dos
Usuários no Centro de Atenção Psicossocial. / Audra
Liz Magalhães Abad; Orientador Fernando Sfair
Kinker; Coorientador . -- Santos, 2021.
156 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Saúde Mental. 2. Autonomia. 3. Empoderamento.
4. Autocuidado. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Kinker,
Fernando Sfair, Orient. II. Título.

CDD 610.7

AUDRA LIZ MAGALHÃES ABAD

**VAMOS CONVERSAR? DISCUSSÃO SOBRE A AUTONOMIA DOS
USUÁRIOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Presidente da Banca:

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

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Jaquelina Maria Imbrizi
Universidade Federal de São Paulo

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

Prof.^a Dr.^a Adriana Barin de Azevedo
Universidade Estadual de Maringá

Prof.^a Dr.^a Daniele de Andrade Ferrazza
Universidade Estadual de Maringá

Santos, 04 de junho de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a duas pessoas:
ao usuário do CAPS Centro, eterno NAPS II,
João Paixão (*in memoriam*).

Saiba que sua presença neste espaço de cuidado
tanto me inspirou ao tema desta pesquisa.

E a usuária Patrícia (*in memoriam*),
que teve sua vida abreviada pela Covid-19.
Onde quer que vocês estejam, recebam este
trabalho com muito amor e luz.

AGRADECIMENTOS

Enfim chegou o momento de concluir esta incrível jornada ao conhecimento e para isso nada mais do que justo agradecer aqueles que estiveram ao meu lado e que compartilharam comigo destes momentos.

Primeiramente gostaria de agradecer a todos meus antepassados. Admiro e respeito suas lutas para que hoje eu estivesse aqui.

Agradeço a minha avó Gecy por ter me criado, ao meu tio Marco Aurélio por sempre me incentivar aos estudos e aos meus pais Sônia e Adalberto por me darem a vida e embora todos vocês não estejam fisicamente presentes sei que dos céus torcem por mim. Amo vocês.

A meu filho Davi que sempre foi meu motivo maior de me tornar uma pessoa melhor. Mamãe te ama muito!

Ao meu esposo Ramilton agradeço o apoio e incentivo.

A minha terapeuta Ana Lúcia gratidão por me acolher tão genuinamente, por me dar colo e me situar na realidade novamente. Com você foi possível ver a força que tenho e que estava adormecida dentro de mim.

Quero agradecer a Universidade Federal de São Paulo e a todos os profissionais que atuam no campus UNIFESP – Baixada Santista. Obrigada por não deixarem morrer o ideal de uma universidade pública e gratuita para todos.

Ao meu orientador Fernando minha eterna gratidão por aceitar me guiar e me inspirar nesta dissertação. Agradeço a paciência e as palavras de incentivo.

Com seu apoio essa jornada do Mestrado Profissional tornou-se possível.

As professoras da banca recebam também minha gratidão por toda a contribuição a este trabalho desde a qualificação: Adriana, Jaquelina e Maria Inês, obrigada.

Quero agradecer também aos meus colegas da Turma 2018 do Mestrado Profissional e principalmente aos meus queridos amigos Adriana, Elenice, Fabiano, Juçara, Nina, Rose, Silvia e Tatiana. Vocês foram uma grata surpresa que o Mestrado me proporcionou.

Agradeço a toda equipe do CAPS Centro pelas trocas diárias e em especial a minha amiga Rafaela que muito me inspirou neste caminhar de

volta a vida acadêmica. A Natália e Simone minhas companheiras da equipe da manhã que ouviram pacientemente todas as minhas inseguranças e transformaram em força e incentivo. A Nice por todas nossas conversas que dissipavam o clima tenso e deixavam os dias mais suaves.

Não poderia deixar de agradecer a Fernanda e Jade, as “minhas meninas”, um modo carinhoso que chamo estas mulheres fortes e corajosas ao qual tive a honra de conhecer enquanto supervisora de estágio em serviço social e hoje estão formadas. Obrigada por segurarem a minha mão e embarcarem comigo nesta vivência. Com vocês a pesquisa fluiu leve, de um modo sensível e extremamente belo.

E por fim, quero agradecer aos usuários do CAPS Centro: vocês foram o motivo do meu interesse e inspiração para execução desta pesquisa.

Agradeço o carinho que sempre tiveram por mim e saibam que sempre que eu pensava em desistir, vocês vinham com sorrisos e palavras gentis que se transformavam em combustível para continuar nessa missão que é ser trabalhadora do SUS em um momento tão delicado quanto este que estamos vivendo.

Obrigado por me permitirem tornar público suas experiências de vida.

Que façamos a diferença!

EPÍGRAFE

“...Andorinha voou, voou
Fez um ninho na minha mão
E um buraco bem no meu coração
E lá vou eu como um passarinho
Como um bicho que sai do ninho
Sem vacilo nem dor na minha vez
A andorinha voa veloz
Voa mais do que minha voz
Andorinha faz a canção
Que eu não fiz
Andorinha voa feliz
Tem mais força que minha mão
Mas sozinha não faz verão...”

(Voa Bicho – Milton Nascimento – Autor: Lô
Borges e Márcio Borges)

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa propôs visibilizar a questão da autonomia dos usuários em hospitalidade diurna (HD) do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS) – Centro, na cidade de Santos, estado de São Paulo. Popularmente a autonomia é caracterizada pelo fato da pessoa ter independência. Porém o referido trabalho foi pautado no conceito de que a autonomia está em ampliar a rede de dependências, de forma a que possamos dar sentido à vida, produzindo as próprias normas. Foi colocado em pauta a importância e os desafios de a equipe técnica fomentar a participação dos usuários na comunidade, espaços e serviços em que estão inseridos, despertando o senso de protagonismo em cada um. **Objetivos:** Buscou-se investigar e analisar quais as percepções dos usuários acerca de como se dá seu protagonismo e autonomia nos espaços em que estão inseridos, e mais especificamente identificar os usuários que necessitam de ações de fortalecimento com relação a sua autonomia, protagonismo, construção da própria história e de seus cuidados em saúde. **Método:** A pesquisa foi qualitativa com o grupo focal como instrumento principal para obtenção dos dados. Foram realizados três grupos focais nos meses de julho e agosto de 2019, tratando-se de temáticas diferentes a cada encontro; para o aquecimento de cada grupo foi proposto que os usuários fizessem colagens, desenhos ou frases sobre o tema da discussão central do encontro. Além disso, utilizou-se o diário de campo como produção de dados, sendo estes analisados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** Através deste estudo pudemos comprovar o quanto a questão da autonomia está presente no cotidiano dos usuários do CAPS que vão atrás de seus objetivos, tecem e expandem suas redes de apoio e seu poder de contratualidade no território em que estão inseridos. Ficou evidente que os usuários da Saúde Mental estão expostos a diversos tipos de violência, principalmente aqueles que vivem em regiões de maior vulnerabilidade e risco social, onde habitam em locais insalubres de quartos coletivos, como os cortiços. Destacou-se ainda que a maioria dos participantes da pesquisa procuram se esclarecer e estabelecem estratégias para adquirir ou pôr em prática seus direitos e, de certa forma, buscam o equilíbrio entre o autocuidado e suas realidades.

Palavras-chave: *saúde mental, autonomia, empoderamento, autocuidado, reforma psiquiátrica*

ABSTRACT

Introduction: This research proposed to make visible the issue of autonomy of users in day hospitality (HD) of the Center for Psychosocial Care III (CAPS) - Center, in the city of Santos, state of São Paulo. Popularly, autonomy is characterized by the fact that the person is independent. However, this work was based on the concept that autonomy lies in expanding the network of dependencies, so that we can give meaning to life, producing our own rules. The importance and the challenges for the technical team to encourage the participation of users in the community, spaces, and services in which they are inserted, awakening the sense of protagonism in each one, were put on the agenda. **Objectives:** We sought to investigate and analyze the users' perceptions about how their protagonism and autonomy occurs in the spaces where they are inserted, and more specifically to identify the users who need strengthening actions regarding their autonomy, protagonism, construction of their own history and healthcare. **Method:** The research was qualitative with the focus group as the main instrument to obtain data. Three focus groups were conducted in the months of July and August 2019 dealing with different themes at each meeting and for the heating of each group it was proposed that users make collages, drawings or phrases on the theme of the central discussion of the meeting. In addition, the field diary was used as data production, and these were analyzed through content analysis. **Results:** Through this study we were able to prove how much the issue of autonomy is present in the daily lives of CAPS users who go after their goals, weave and expand their support networks and their power of contractuality in the territory in which they are inserted. It was evident that mental health users are exposed to several types of violence, especially those who live in regions of greater vulnerability and social risk, where they live in unhealthy places of collective rooms, such as the tenements. It was also highlighted that most of the research participants seek to clarify themselves and establish strategies to acquire or put into practice their rights and in some way seek a balance between self-care and their realities.

Keywords: mental health, autonomy, empowerment, self-care, psychiatric reform

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS ADIJ – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil
CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CPF – Cadastro de Pessoa Física
CRS – Centro de Referência Social
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
COFORM – Coordenadoria de Formação da Prefeitura de Santos
COVID – Corona Virus Disease (doença do Coronavírus)
DeCS – Descritores em Saúde
HD – Hospitalidade Dia
IAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial
NT – Nota Técnica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PVC – Programa De Volta Para Casa
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RG – Registro Geral
SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SEASO – Seção de Atenção Psicossocial
SRT – Serviços de Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TMG – Transtorno Mental Grave

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do participante 6	42
Figura 2 - N. olhando para sua foto na parede da recepção.....	48
Figura 3 - Desenho da participante 10.....	51
Figura 4 - Desenho do participante 6	58
Figura 5 - Reportagem sobre a violência contra a mulher utilizada no livro de colagens.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial.....	3
Quadro 2 - Serviços de Saúde Mental de Santos	6
Quadro 3 - Análise do conteúdo dos grupos focais	25
Quadro 4 - Categorias gerais e específicas da análise temática construída através da análise de dados.....	28
Quadro 5 - Convenções utilizadas nas transcrições dos grupos focais.....	28

SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Epígrafe	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Lista de Abreviaturas e Siglas	ix
Lista de Figuras	x
Lista de Quadros	xi
Apresentação	xiv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 A Rede de Atenção Psicossocial	3
1.1.1 A Rede de Saúde Mental em Santos	6
1.1.2 O CAPS Centro.....	7
1.2 A integralidade do cuidado e a autonomia dos usuários.....	11
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 O CAPS e a RAPS.....	19
3.2 Autonomia dos usuários e o agir profissional.....	21
4 MÉTODO DA PESQUISA	23
4.1 Participantes da pesquisa e critérios de inclusão.....	23
4.2 Trajetórias da pesquisa.....	24
4.3 Categorias de análise	27
5 OS GRUPOS E SUA CONSTRUÇÃO	30
5.1 Primeiro grupo focal	30
5.2 Segundo grupo focal	31
5.3 Terceiro grupo focal	33
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6.1 Deslocamentos da pesquisadora durante a pandemia	35
6.2 Autonomia.....	37
6.2.1 O CAPS e a autonomia dos usuários em tempos de pandemia	38

6.2.2 Autonomia, trabalho, moradia e rede de apoio	41
6.2.3 Olhar do técnico atento aos sinais	44
6.2.4 Em busca da imagem perfeita.....	45
6.3 Rede de apoio.....	48
6.3.1 Rede de apoio, dependência, união afetiva	52
6.3.2 A participante 11 em transformação	53
6.4 Moradia	56
6.4.1 Moradia, amigos e família, alimentação.....	57
6.5 Exposição a Diversos Tipos de Violência	59
6.5.1 Violência de Gênero.....	64
6.5.2 Violência e Preconceito.....	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
8 REFERÊNCIAS.....	80
Anexo	
Apêndice	

APRESENTAÇÃO

Nasci em 08 de outubro de 1980 em Santos, São Paulo. Logo conheci a dor da despedida: aos sete anos minha mãe desencarnou e aos 13 anos meu pai também faleceu. Fui criada pela minha avó materna e meu tio nomeado como tutor legal. Com tantas idas ao fórum, visita domiciliar, entrevistas com assistente social, psicóloga e juiz para definir qual familiar ficaria com minha guarda, decidi que me tornaria assistente social só para fazer tudo diferente do que vivi na época, queria tornar o processo mais leve, menos dolorido e principalmente proporcionar que o outro se sentisse realmente ouvido e respeitado em seus desejos e direitos. Hoje, estou casada há 16 anos e temos um lindo filho de sete anos.

Fui a primeira em minha família a ter ensino superior. Formada assistente social em 2003, na Universidade Católica de Santos, tive a oportunidade de atuar como estagiária na Prefeitura Municipal de Santos. No primeiro ano de estágio atuei na Seção de Atendimento Social (SEASO), onde realizávamos acolhimento, acompanhamento, orientações, encaminhamentos, entre outros a servidores públicos em suas variadas demandas, incluindo servidores que passavam por readaptação profissional, além de atender adolescentes que eram encaminhados para o cumprimento de medidas socioeducativas em setores da prefeitura.

No ano seguinte atuei no antigo Centro de Referência Social (CRS), hoje Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), realizando atividades no que tange a assistência social: atendimentos a população vulnerável e em risco social da área central da cidade de Santos, visitas domiciliares, grupos de família, inserção a cadastros de benefícios assistenciais do governo, isenção de pagamento de taxas de documentos, encaminhamentos a cursos de geração de renda ou a vagas de emprego, mas o mais importante era fornecer a escuta e a acolhida qualificada pois, diante de tanto sofrimento causado pela miséria, nem sempre tínhamos algo material a oferecer e a nossa atenção total àquela pessoa em nossa frente era fundamental, significava o respeito e a empatia que tínhamos por sua história de vida. Nessa época pude constatar que a fome e a pobreza podem ser agentes disparadores de sofrimento psicológico e mental e alguns anos mais tarde pude viver esse outro lado já como trabalhadora da saúde mental em um serviço que também atende em grande parte a mesma região centro-histórica da cidade. Afinal quem pode viver bem com seus filhos

pedindo alimentos e você não os ter para oferecer? Quem dorme tranquilo sem emprego e sem ter como pagar o aluguel por um quarto pequeno e insalubre em um cortiço? Qual ser humano consegue ficar tranquilo em meio a violência?

Gosto de pensar que após estar formada a área da saúde me escolheu, pois logo em seguida ingressei no Aprimoramento Profissional no Hospital Guilherme Álvaro, onde efetivamente conheci o real sentido das palavras: equipe interdisciplinar e saúde pública. Atendi em algumas alas e ambulatórios deste hospital regional, discutindo casos com os integrantes da equipe e traçando planos de ação para os usuários que ali se encontravam, na esperança de uma cura para os males do corpo ou da alma.

Posteriormente atuei na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos como assistente social do convênio deste hospital. Foi nesse momento profissional que me aproximei do binômio saúde-educação, realizando palestras educativas aos usuários interessados no planejamento familiar e os que pretendiam realizar a cirurgia bariátrica, contribuindo assim com o conhecimento e a reflexão consciente sobre os temas. Além disso realizei atendimentos aos associados ao convênio que se encontravam internados no hospital com visitas ao leito, tais como: orientação aos familiares, realização de transferências hospitalares, autorização e agendamento de exames médicos aos internados e atendimento aos usuários que se encontravam em casa, sendo assistidos pelo sistema de *home-care*.

Nos dias de hoje continuo minha trajetória profissional na área da saúde, entretanto o desafio é atuar no serviço público, defender o Sistema Único de Saúde (SUS) e ir contra os desmontes que os serviços vêm severamente enfrentando ao longo dos últimos anos. Estou há seis anos na Prefeitura Municipal de Santos, lotada em um dos CAPS III da região.

Este estudo é fruto da trajetória da pesquisadora na área da saúde mental e de suas inquietações frente ao cotidiano de trabalho, que se mostra desafiador e dinâmico nesta unidade de atenção voltada ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico grave.

Através da reflexão da prática podemos encontrar maneiras mais eficazes de comunicação, compartilhamento entre os serviços, de reflexão crítica dos processos de trabalho e das relações estabelecidas entre técnicos e usuários, e assim subsidiar a implantação de ações nos serviços de saúde mental que contribuam para o efetivo

exercício da cidadania, desenvolvimento da autonomia e melhora da qualidade de vida dos usuários. Espera-se que este processo de pesquisa possa contribuir para a superação do estigma de que o usuário da saúde mental é um ator social incapaz de fazer suas próprias escolhas e gerir seus cuidados em saúde, de modo que o surgimento de novos desafios leve os profissionais que atuam em instituições de saúde a terem que se qualificar e se reinventar constantemente, reforçando o comprometimento ético político com os usuários destes serviços.

1 INTRODUÇÃO

No final da década de 1980 tomou corpo um movimento por parte dos usuários, familiares e trabalhadores da área da saúde para uma mudança na forma de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, pois até então a grande maioria era enclausurada em manicômios particulares e públicos, e viviam de forma desumana recebendo maus tratos, tratamentos medicamentosos em altas doses e terapias violentas, como o eletrochoque, de maneira punitiva. Há que ser dito que nestes hospitais psiquiátricos também eram encaminhados aqueles familiares que tinham envolvimento com substâncias psicoativas, álcool, os que eram “mal criados” ou “delinquentes”, a moça de família que engravidou e seria mãe solteira, e todos aqueles que não se encaixavam nas regras da sociedade vividas à época. Os hospitais psiquiátricos cumpriam a função de controle social, sendo “instituições que servem para manter limites aos desvios humanos, para marginalizar o que está excluído da sociedade” (BASAGLIA, 1979, p. 45).

O nascente movimento de reforma psiquiátrica inspirou-se nas experiências positivas obtidas na Europa, mais especificamente na Itália, com Franco Basaglia, onde foi produzido um novo olhar para a questão do sofrimento psíquico e foi questionado o paradigma asilar-manicomial, extinguindo aos poucos os manicômios e substituindo-os por serviços territoriais de saúde mental distribuídos pelos bairros, para que os usuários pudessem receber seus cuidados na sua comunidade. Além disso, foram criados serviços emergenciais em hospitais gerais, cooperativas de trabalho, residenciais terapêuticos e toda uma rede interdisciplinar de assistência àqueles em sofrimento psíquico. Em 13 de maio de 1978, na Itália, cria-se a Lei 180 sobre a reforma psiquiátrica, que serve de inspiração para o mundo até hoje. Segundo Amarante (1995), reforma psiquiátrica é o:

[...] o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura de redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda movimentação político-social

que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p.91).

No Brasil, a experiência de Santos (estado de São Paulo), protagonizada pelo governo municipal, foi a pioneira no país a lutar contra esse sistema manicomial, intervindo na Casa de Saúde Anchieta, que era uma clínica privada que funcionou por cerca de 40 anos e mantinha um convênio com o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Para o psiquiatra Roberto Tykanori Kinoshita, interventor do Anchieta:

A maior ousadia santista foi encarar os doentes mentais como cidadãos dotados de direitos, provocando entre os internos e os funcionários do local a reflexão quanto ao controle absoluto que se exercia sobre os internos. (KINOSHITA, 2010).

Com a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, foram criados os cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), atendendo os usuários com sofrimento psíquico em suas regiões de origem, possibilitando sua reinserção no seio familiar e da sociedade como pessoas possuidoras de direitos, e tornando seu território de existência o lugar privilegiado do cuidado. Nos NAPS os atendimentos seguiam em regime ambulatorial, hospitalidade dia e hospitalidade integral. Esta última, somente quando houvesse a necessidade e por um curto espaço de tempo. Com isso foi possível a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação aos doentes mentais (CAPISTRANO FILHO, 1991, p. 81), trazendo a ideia de que era possível um novo modelo substitutivo ao modelo asilar vigente no país. A proposta contemplou a problematização sobre o uso de medicamentos e da reclusão como forma de tratamento e controle, propondo em troca o acompanhamento terapêutico mais próximo deste usuário, fortalecendo assim sua autonomia para as atividades diárias e para a vida em sociedade. Dentre várias iniciativas, os internos do Anchieta, durante a implementação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), participavam de atividades comunitárias e de oficinas como: artesanato, teatro, passeios e até houve a criação de uma rádio (Projeto TAM-TAM), onde os pacientes eram os locutores.

A intervenção influenciou significativamente a reforma psiquiátrica brasileira pois, além de melhorar a qualidade do atendimento e questionar o paradigma psiquiátrico e a forma de conceber o sofrimento psíquico, criou mecanismos e espaços

para o cuidado pautados na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (AMARANTE, 2009).

1.1 A Rede de Atenção Psicossocial

A reforma psiquiátrica seguiu atuando na produção de serviços territoriais de saúde mental, mudanças nos saberes, nas práticas e no arcabouço legal modificando a realidade da assistência na área da saúde mental, que deixa de ser hospitalocêntrica.

Estes avanços se consolidam com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 2013. Esta portaria surge com o intuito de fortalecer a articulação entre os serviços do SUS ampliando o acesso aos direitos das pessoas em sofrimento mental e pessoas com demandas relacionadas ao uso recorrente de álcool e substâncias psicoativas (SPA), garantindo a possibilidade de superar a exclusão e apoiar a vida em sociedade. Fazem parte dessa rede:

Quadro 1 - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial

<p>1. Atenção Básica</p>	<p>1.1 Unidade Básica de Saúde (UBS) 1.1.1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 1.2 Equipes de Atenção básica para situações específicas: 1.2.1 Equipes de Consultório na Rua 1.2.2 Equipes de Apoio aos Serviços do Componente Residencial de Caráter Transitório 1.1 Centro de Convivência</p>
<p>2. Atenção Psicossocial</p>	<p>2.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 2.1.1 CAPS I 2.1.2 CAPS II 2.1.3 CAPS III 2.1.4 CAPS AD 2.1.5 CAPS AD III 2.1.6 CAPS Infantil</p>
<p>3. Atenção de Urgência e Emergência</p>	<p>3.1 Serviço de Atendimento móvel de Urgência (SAMU) 3.2 Sala de Estabilização</p>

	<p>3.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas</p> <p>3.4 Portas Hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro</p> <p>3.5 UBS (Unidade Básica de Saúde)</p> <p>3.6 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)</p>
4. Atenção Residencial de Caráter Transitório	<p>4.1 Unidade de Acolhimento</p> <p>4.1.1 Comunidades Terapêuticas</p> <p>4.2 Serviços de Atenção em Regime Residencial</p>
5. Atenção Hospitalar	<p>5.1 Enfermaria especializada em Hospital Geral</p> <p>5.2 Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</p>
6. Estratégias de Desinstitucionalização	<p>6.1 Serviços Residenciais Terapêuticos</p> <p>6.1.1 Programa De Volta para Casa</p>
7. Reabilitação Psicossocial	<p>7.1 Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.</p>

Fonte: Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 12 de dezembro de 2013. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde, Brasília 2013. Acessado em 04/10/2020.

Com a RAPS objetivou-se fortalecer as ações em conjunto com os equipamentos para proporcionar acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico; contudo, na prática nem sempre essa rede está bem articulada e as lacunas na comunicação não se preenchem fazendo assim com que o indivíduo esteja submetido a um olhar fragmentado pelos serviços que acessa. Correlacionado a este desafio vivemos nos últimos anos o aumento do desmonte dos serviços públicos e aqui em especial os serviços de saúde e saúde mental. Desde 2016, com o governo do então presidente Michel Temer e na continuidade com o governo atual do Presidente Jair Bolsonaro, seguiram-se medidas que impactaram negativamente a atuação dos profissionais de saúde e, principalmente, a população usuária desses serviços, conforme cita Pedro Gabriel Delgado:

1) modificou a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra 'substitutivo' para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial. (DELGADO, 2019, p. 2).

Como se já não bastasse essas medidas contraditórias a Reforma Psiquiátrica, em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde do atual governo federal lançou uma Nota Técnica (NT) para esclarecer aspectos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019), compondo uma crítica sobre a política de saúde mental e tudo o que ela representa. Como expressa Delgado:

[...] uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos. (DELGADO, 2019, p. 3).

Este momento que estamos vivendo não pode ser referencial para deixar a sensação de desânimo e paralisção nos dominar; mais do que nunca os profissionais que compõem a RAPS devem se unir e repensar estratégias de superação da lógica de desmontes dos serviços públicos, fruto do neoliberalismo que se instalou em nosso país ao longo dos últimos anos. Há que se repensar também estratégias de ação que somam forças com os atores centrais da nossa ação, os usuários dos serviços, seus familiares, pensar em ações nos territórios que chamem a atenção de todos das

comunidades em que estamos inseridos e o fortalecimento da parceria com as universidades a qual já se mostrou importante fonte de transformações de realidade.

A seguir será apresentada a rede de atenção psicossocial da cidade de Santos.

1.1.1 A Rede de Saúde Mental em Santos

No município de Santos contamos com cinco unidades de CAPS Adulto modalidade III que funcionam em regime ambulatorial, com acolhimento diurno e noturno entre outras propostas de ações comunitárias. Há também outros serviços da rede de saúde mental destinados ao público infanto-juvenil e pessoas em situação de vulnerabilidade devido uso abusivo de substâncias. São eles:

Quadro 2 - Serviços de Saúde Mental de Santos

Centros de Atenção Psicossocial III	<ul style="list-style-type: none"> ● CAPS Zona Noroeste; ● CAPS Centro; ● CAPS Praia; ● CAPS da Vila; ● CAPS Orquidário.
Serviço de Residência Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> ● SRT I; ● SRT II.
Serviço de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> ● SERP.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas II	<ul style="list-style-type: none"> ● CAPS AD.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil III	<ul style="list-style-type: none"> ● CAPS ADIJ.
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	<ul style="list-style-type: none"> ● CAPS I

Fonte: Diário Oficial de Santos de 19 de janeiro de 2015. Acessado em 27/10/2020.

Após a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, entre os anos de 1989 a 1994 foram criados NAPS/CAPS na cidade, com a premissa de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, reinserção e reabilitação de pessoas em sofrimento mental em sua rede de apoio/familiares e no território em que estão

inseridas, qualificação dos serviços de atenção psicossocial e articulação com os serviços de saúde regionais.

1.1.2 O CAPS Centro

Os cinco NAPS da região de Santos foram uns dos primeiros a serem criados no Brasil com a intenção de serem substitutivos aos manicômios e trazem a “internação” como um dos recursos de tratamento e não o tratamento em si (KINOSHITA, 1996).

Cada NAPS, hoje denominado CAPS, são responsáveis por atender determinadas regiões da cidade, conforme proposta de atendimento territorial, e permanecem com ações nestes territórios desde então. Os NAPS eram identificados por números de I a V conforme sua ordem de criação de 1989 a 1992. Sendo assim, o NAPS II foi criado em 17 de setembro de 1990 e, apesar da mudança em Santos ter ocorrido há alguns anos, a nomenclatura NAPS II ainda é muito utilizada popularmente entre os usuários e funcionários da rede para se referirem ao equipamento CAPS Centro. A unidade mudou de endereço algumas vezes ao longo desses 30 anos, porém sempre respeitando os limites de seu território de abrangência.

O CAPS Centro, que é o local onde a pesquisadora está inserida, é responsável em sua totalidade pela região Centro Histórica de Santos, Vila Nova, Macuco, Valongo, Monte Serrat, Morro do Pacheco e o Saboó, uma parte da Vila Mathias e Boqueirão. Todavia não é errado afirmar que a maior parte dos usuários deste CAPS reside na região Central e adjacências, onde se tem um alto índice de vulnerabilidade social e econômica, moradias precárias, exploração infantil, tráfico de drogas, trabalhadores do sexo e pessoas em situação de rua.

O serviço é composto por uma equipe interdisciplinar de trinta e cinco pessoas: dois acompanhantes terapêuticos (dois afastados/licença), três administrativos (um afastado), três assistentes sociais, dois enfermeiros, três farmacêuticos (dois afastados/licença), quatro médicos, três psicólogas, quatorze técnicos de enfermagem (dois afastados), um terapeuta ocupacional, sendo que destas trinta e cinco pessoas que fazem parte da equipe um é chefe administrativo e um é o chefe de seção. A unidade conta também com dois auxiliares de limpeza de uma empresa terceirizada e um copeiro por plantão. O número de funcionários para um CAPS

modalidade III se mostra insuficiente se levarmos em consideração o que se indica na Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002).

Também se baseando na portaria supracitada, e na Portaria nº 854/2012 (BRASIL, 2012), podemos enumerar as práticas de assistência prestadas aos usuários do CAPS e que no CAPS Centro não poderiam ser diferentes:

1. Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
2. Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
3. Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
4. Visitas e atendimentos domiciliares;
5. Atendimento familiar;
6. Atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa com sofrimento psíquico na comunidade e sua inserção familiar e social;
7. Acolhimento diurno ou hospitalidade dia (HD), onde os usuários que permanecem neste espaço em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
8. Acolhimento noturno, inclusive nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
9. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias;
10. Acolhimento inicial;
11. Ações de articulação de redes intra e intersetoriais;
12. Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares;
13. Atenção às situações de crise;
14. Matriciamento de equipes da atenção básica;
15. Ações de reabilitação psicossocial;
16. Promoção de contratualidade.

Sobre o item 9 (nove) é importante esclarecer que o tempo de acolhimento noturno varia caso a caso, conforme a necessidade dos usuários e as especificidades de cada um, o que é avaliado sempre em discussões de equipe.

As pessoas têm acesso ao serviço através de demanda espontânea, encaminhados por outros serviços de saúde, assistência social e até mesmo pela justiça e conselho tutelar.

Há cerca de 6000 prontuários abertos manualmente, pois apesar de o sistema informatizado já fazer parte do dia a dia dos serviços de saúde do SUS, ainda não foi devidamente instalado nos equipamentos de saúde mental. Destes prontuários existentes aproximadamente 3000 são de usuários ativos.

Durante a ação de acolhimento inicial, que é o primeiro contato que a pessoa tem com o serviço e os técnicos que ali atendem (os responsáveis por esta ação são os assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais), acolhemos o sofrimento do indivíduo, fornecemos a escuta ativa e qualificada, prestamos orientações e fazemos contatos e encaminhamentos que se fazem necessários. Alguns destes casos são considerados leves em saúde mental. Nessas situações, desenvolve-se a estratégia de matriciamento, que é o encaminhamento dos usuários leves às Unidades Básicas de Saúde, e a realização de apoio e criação de ações em conjunto em reuniões periódicas entre as equipes do CAPS e dos serviços da atenção primária. Se o caso se apresentar como sofrimento psíquico grave, permanece em acompanhamento no CAPS.

A partir dessas características a equipe presta atendimento aos seus usuários, respeitando as especificidades do território onde está inserido e as particularidades de cada caso.

Quanto a atuação do assistente social dentro da equipe interdisciplinar do CAPS, este vai além do papel histórico que lhe fora atribuído no passado: um profissional que distribuía os recursos existentes no serviço, sendo o único que podia executar encaminhamentos aos recursos da comunidade, atuando através de caridade e assistencialismo, realizando serviços rotineiros e burocráticos.

Os assistentes sociais atuam não só através das especificidades da profissão, mas com ações que possam compor juntamente com a equipe a construção do projeto terapêutico singular dos usuários, o acolhimento, a reabilitação, promovendo ações de educação em saúde, ações voltadas a (re) construção dos vínculos familiares,

sociais e comunitários, contribuindo assim com a reinserção destes atores na sociedade.

Portanto, atua conforme a conjuntura social, política, econômica e cultural do país, mas principalmente de seus usuários, intervindo e atuando nos processos de reprodução das relações sociais:

Assim, o Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade [...] a conjuntura não é pano de fundo que emolduram o exercício profissional; ao contrário são partes constitutivas da configuração do trabalho do Serviço Social devendo ser apreendidas como tais. (IAMAMOTO, 2000, p.55).

O serviço social, por ser uma profissão crítica reflexiva, vai compor e promover a reflexão com os integrantes da equipe, a troca de saberes e tornar visível este ator social em sofrimento psíquico como um ser em sua totalidade, que pode apresentar demandas da questão social que colaboram negativamente na produção do sofrimento psíquico. O serviço social pode atuar na luta pela garantia de direitos e acesso aos serviços relativos aos programas e políticas sociais (CFESS, 1993). Segundo Iamamoto (2000):

[...] o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2000, p.26).

Temos muitos usuários no serviço que são egressos da antiga Casa de Saúde Anchieta e que, devido a sua idade, desenvolvem vínculos frágeis ou inexistentes com a família ou a rede de apoio. Vários destes usuários possuem alguma renda a partir do recebimento de bolsa auxílio do Programa de Volta para Casa (PVC), que contempla aqueles que passaram por internações em hospitais psiquiátricos por um período maior do que dois anos. Atualmente a maioria deles frequenta o CAPS em regime de Hospitalidade Dia (HD), onde recebem cuidados diariamente, Acolhimento Integral quando necessário (cuidados intensivos 24 horas) e passam em atendimento

médico, atendimento individual com a sua referência técnica¹ ou participam de grupos ou oficinas sem a necessidade de permanecerem no CAPS para maiores cuidados.

Antes da pandemia pela Covid-19 iniciada no ano de 2020, havia em média 40 usuários frequentando o CAPS no HD e, com a necessidade de realizarmos o isolamento e distanciamento social, o número de frequentadores do CAPS na modalidade HD diminuiu drasticamente (os usuários do HD que chamaram minha atenção e são os participantes desta pesquisa e a contextualização da prática nos cuidados em saúde mental em tempos de pandemia serão oportunamente abordados por mim em um capítulo mais à frente).

Essa realidade nos leva a refletir sobre nossas ações e a buscar a integralidade nas ações e serviços aos cidadãos, em que se espera fornecer políticas públicas de fácil acesso e de qualidade a todos, como veremos a seguir.

1.2 A integralidade do cuidado e a autonomia dos usuários

O conceito de integralidade parte primeiramente da política pública de saúde e vai se difundindo nas demais políticas posteriormente. Na Saúde Mental, a integralidade do cuidado é um princípio ético e político (BRASIL, 2005), e o atendimento passa a ser interdisciplinar, permitindo-se traçar um plano de atendimento/acompanhamento tanto individual quanto grupal e familiar, com ações de prevenção, promoção e reabilitação, fortalecimento da autonomia, orientação/garantia de direitos, indo além das terapias medicamentosas.

Cezar et al. (2008, p. 3) afirma que a integralidade “está assentada em dois pilares básicos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade”. O pressuposto para a efetivação da integralidade do atendimento é uma estruturação e articulação da equipe do serviço, bem como uma estruturação e articulação desta mesma com outras equipes de outros espaços e serviços, ou seja, um trabalho em rede.

Pensar na integralidade do cuidado é se permitir a escuta, a atenção e a empatia. É sentar-se com o usuário e discutir em conjunto qual será seu projeto terapêutico singular (PTS), levando em conta sua história de vida, sua identidade, seu

¹ No documento Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o acompanhamento do usuário, a construção conjunta do projeto terapêutico singular, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto em conjunto com o usuário e a equipe.

território, suas potencialidades e objetivos, pensando assim o PTS como um projeto de vida (NICÁCIO, 2003) que é (re)construído a cada nova fase da vida do ator principal deste ato: o usuário.

Como ressaltado pela Política Nacional de Promoção de Saúde:

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde. (BRASIL, 2006, p. 10).

Este trabalho pode e deve ser realizado pela equipe interdisciplinar e não somente pelo profissional de referência, tem como norteador despertar as potencialidades dos usuários, e não visar somente as dificuldades e limites, entendendo este agir como ponto de partida, para que o usuário se integre como personagem principal do serviço. A construção do PTS a várias mãos, incluindo as do próprio protagonista desta história, propõe a transformação das relações de poder que envolvem o terapeuta e o usuário, das relações entre diversos atores e instituições, reivindicando um novo lugar para a gestão do cuidado e das redes de serviço, que tende não apenas a trocar a verticalidade das relações de hierarquia pela horizontalidade das relações de cooperação (KINKER, 2016).

Lançar o olhar para o sujeito como um todo (não fragmentado), e cuidar não somente de recortes deste ser, implica em estabelecer a corresponsabilização de usuários/familiares, equipes e envolver a rede em busca de outras políticas públicas que possam contribuir para o processo de autonomia e inserção social. Ressaltando-se que:

É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e comprometidos a ajudá-las. (AMARANTE, 2008, p. 82).

Com isso gera-se mudanças na maneira com que o usuário é acolhido e notado, pois como cita Kinoshita (1996, p. 46) “a modificação dos comportamentos, das atitudes por parte dos pacientes passa pela modificação dos comportamentos,

das atitudes por parte dos profissionais”, transformando a relação de poder antes estabelecida entre profissionais e usuários.

Os profissionais da saúde mental devem orientar e apoiar os usuários na produção de sua própria autonomia e protagonismo, para que possam participar ativamente das políticas existentes, motivando-os à mudança do lugar de desvalia que ocupam na sociedade, estimulando para reivindicar seu lugar na sociedade. Podemos entender esse processo como produção de poder contratual, que seria um valor pré-atribuído aos participantes de uma relação. Como reforça Kinoshita:

No caso dos pacientes psiquiátricos, este poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no status de doente mental. Suas mensagens são “obviamente” ininteligíveis; seus afetos, “necessariamente” desmedidos; seus bens, implicitamente sem valor. [...] Diante desse quadro a função dos profissionais é precisamente a de **emprestar poder contratual** aos pacientes, até que estes recuperem algum grau de **autonomia**. (KINOSHITA, 1996, p. 46).

Entende-se por autonomia, conforme citado no dicionário Michaelis (2020): 1. Capacidade de autogovernar-se, de dirigir-se por suas próprias leis ou vontade própria; soberania, [...] 5. Liberdade moral ou intelectual do indivíduo; independência pessoal; direito de tomar decisões livremente. A autonomia se caracteriza pelo fato da pessoa poder tomar suas próprias decisões e gerir sua própria vida.

Entendemos aqui a autonomia, conforme aponta Kinoshita (1996), como algo que se difere da noção de independência. Como diz o autor, dependentes somos todos, de mais ou menos coisas. A questão da autonomia está em ampliar a rede de dependências, de forma a que possamos dar sentido à vida, produzindo as próprias normas.

Por isso a importância de a equipe técnica fomentar a participação dos usuários na comunidade, movimentos sociais, espaços e serviços em que estão inseridos, despertando o senso de protagonismo em cada um, e trabalhando na ampliação das redes de relações e das experiências de vida. Ser protagonista é ter a responsabilidade de desempenhar o papel principal em nossas vidas, nossas escolhas e nossos atos. Para despertar essa participação protagonista é preciso estimular espaços de fala, fortalecimento, discussões reflexivas e empoderamento para os usuários do Caps. Sendo que:

[...] é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o 'protagonismo social', no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. (BRASIL, 2010, p. 63).

Olhando o usuário com sofrimento psíquico como um sujeito de direitos em sua totalidade, ouvindo-o em suas reais necessidades individuais e coletivas, podemos ter ações assertivas na saúde e demais áreas que fazem parte da vida social, tais como: educação, trabalho, habitação, alimentação entre outros.

Somadas às dificuldades da dinâmica do dia a dia com os atendimentos à população em sofrimento mental, deve ser considerada a realidade dos serviços públicos sucateados, com quadro defasado de recursos humanos, materiais e de insumos, fragilização e segregação das políticas públicas e sociais dentro do cenário de economia neoliberal capitalista do país, onde encontramos paradoxo entre os direitos universais e as políticas pontuais e excludentes, entre a redução do gasto público e o aumento das condições de vida sub-humanas. Tal contexto torna um desafio atuar como profissional competente dentro da política de saúde mental, lidando com a dicotomia do jogo de poder político e econômico existentes nas esferas governamentais, que são expressões dos movimentos do mercado.

Salientamos que o processo de empoderamento não está separado das relações estabelecidas entre os vários atores sociais e que as forças e tensões existentes nessas relações personificam-se em efeitos que aumentam, diminuem ou constroem o poder e a autonomia dos usuários.

Nesse sentido é necessário reforçar toda a cautela para não cair em velhos hábitos (manicomiais) de tutelar os usuários. Como alertam Pande e Amarante (2011, p. 2075): "[...] os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo".

Ao possibilitar a produção de autonomia também propiciamos o empoderamento (empowerment), que busca a participação e o incentivo ao pertencimento por parte dos usuários nos serviços e espaços que lhes são oferecidos, bem como a conquista de novos espaços.

Segundo Vasconcelos (2003), o empoderamento é:

[...] 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).

Sendo assim, segundo pensamento de Vasconcelos (2008), também podemos entender o empoderamento como:

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação, e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidados em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura relativa à doença e saúde mental, e de militância social e política mais amplo na sociedade e no Estado. (VASCONCELOS, 2008. p. 60).

Ou seja, o objetivo dos técnicos da equipe do CAPS é contribuir para que os usuários possam, através dos conhecimentos e reflexões promovidas no dia a dia melhor compor sua vida, o que depende de mudanças nas reações de poder que constroem a realidade social, pois os direitos só existem de fato quando são exercidos. Contudo, a informação também é um importante momento para a conquista dos direitos, embora não seja o suficiente. Segundo A. Vasconcelos:

A garantia de acesso às informações necessárias e de direitos para que os usuários possam se defrontar com diferentes opções e só assim fazerem realmente escolhas a partir de seus interesses e necessidades, quando não contarem com estes direitos detalhados em cartazes, cartilhas e debates... E aqui, na democratização das informações necessárias para potencializar as escolhas pelos usuários, faz-se necessário não só o conhecimento dos textos e leis que garantem estes direitos, mas o detalhamento destes direitos no cotidiano da população a partir das demandas que colocam, das dúvidas e desinformações que revelam na utilização dos serviços [...] (A. VASCONCELOS, 2007, p. 433).

É notório que o trabalho profissional esbarra nos limites das políticas públicas e na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, e outros entraves como falta de estrutura física e acesso aos serviços. Todavia, não se tornam justificativas para a não realização do exercício profissional. Devemos buscar estratégias e articulações para superar estas questões, ressaltando que o processo de ação profissional deve ser reinventado a cada nova demanda, não perdendo o foco no usuário, fortalecendo seus vínculos familiares e territoriais, despertando suas potencialidades, exaltando a sua participação social, incentivando-o a autonomia e

empoderando-o para ser um cidadão de direitos capaz de conquistar seu espaço na sociedade.

Assim, o exercício do empoderamento tem como uma das estratégias a socialização da informação e do conhecimento adquirido, tanto por parte da equipe psicossocial, quanto por parte dos usuários/familiares, embora o que produza de fato a autonomia não seja simplesmente a informação, mas a possibilidade de viver novas relações sociais, novas experiências que possibilitem a descoberta de novas potencialidades, novas forma de viver e estar no mundo.

Desta forma, os usuários podem se transformar em sujeitos de direitos, capazes de julgar o que é melhor para si, para seu cuidado e serem protagonistas de sua própria história.

2 OBJETIVOS

São objetivos desta pesquisa:

2.1 Objetivo geral

Investigar e analisar quais as percepções do usuário do CAPS acerca das condições de autonomia e de como se dá seu protagonismo no serviço de saúde mental e no território, bem como sua participação nos cuidados em saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os usuários que necessitam de ações de fortalecimento com relação a sua autonomia e protagonismo;
- Identificar as diferentes situações em que os usuários podem ser protagonistas de sua própria história, sendo ativos em seus cuidados e participando efetivamente dos espaços em que estão inseridos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada uma revisão de literatura, pertinente à temática da pesquisa, utilizando a consulta eletrônica no mês de novembro de 2020 em base de dados científica brasileira e internacional, utilizando-se Descritores em Saúde (DeCS) e o Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

A busca foi por textos recentes e foram agrupados em dois grandes temas. No primeiro, intitulado “O CAPS e a RAPS” pudemos constatar que na atualidade a discussão do trabalho em rede ainda se faz presente, e já avançaram estratégias para se reconstruir os “furos” existentes nessas redes, fazendo com que a troca entre os serviços flua de maneira que os usuários se beneficiem e, de fato, sejam atendidos em suas necessidades e especificidades de cada caso, de cada cidadão. Verificamos a crescente atenção ao fortalecimento da RAPS, o repensar dessa rede de cuidados e o despertar por parte dos profissionais para a não medicalização do sofrimento. Para isso, ficou evidente nas consultas recentes a obras com esta temática, que o agir profissional deve estar pautado em discussões e articulações tanto em rede quanto no âmbito das próprias equipes e em ações de fortalecimento de usuários e seus familiares para fomentar a autonomia e protagonismo dos mesmos em diversos espaços em que estes atores sociais estão inseridos.

O segundo grande tema é “Autonomia dos Usuários e o Agir Profissional”, onde foi observado a discussão recorrente sobre a importância da escuta qualificada e ato de oferecer condições de escuta à fala dos usuários, proporcionar um ambiente em que possam se sentir seguros, ouvidos e respeitados. Percebe-se que a discussão sobre autonomia, protagonismo e empoderamento dos usuários dos CAPS ainda é muito difundida na atualidade e indica ser uma discussão que não terá sua finitude em uma única obra, uma vez que existem inúmeras demandas e estas não são estáticas, variam conforme o território que o usuário está inserido, o olhar com relação a sua realidade, seu cotidiano e o entendimento por parte da equipe técnica mediante todas estas informações que são trazidas a nós por meio de ações no território, durante os atendimentos, palavras ou até em sutis gestos que os usuários nos apontam. Durante a pesquisa por temas atuais foi expressivo o número de artigos que consideram ser importante a participação social dos usuários nos espaços coletivos como, por

exemplo, em assembleias e que estes locais são propícios para o exercício da cidadania.

As temáticas abordadas neste capítulo devem ser continuamente discutidas por parte dos profissionais da saúde mental. A educação interprofissional, a atualização constante, os desafios que o sucateamento dos serviços nos traz, o repensar dos serviços, o repensar das práticas ofertadas pelos profissionais devem servir de base para a busca do aprimoramento do agir profissional, como veremos a seguir.

3.1 O CAPS e a RAPS

O artigo Ressignificando um Castelo: um Olhar sobre Ações de Saúde em Rede baseia-se em um estudo de caso clínico que ressalta a importância do trabalho em rede principalmente a articulação entre as unidades que compõem a RAPS e a assistência social, a fim de garantir o atendimento aos usuários da saúde mental.

Tendo o CAPS como ponto de partida, entendendo-o como um dos equipamentos centrais da RAPS e que seu objetivo “é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13), o CAPS deve funcionar em rede e no território (BRIGATÃO; PEREIRA; CAMPOS, 2019).

Buscando a aproximação e estratégias de ações visando minimizar o sofrimento do usuário, o CAPS também vai em busca da Rede Básica de Saúde que é considerada “o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p. 25).

Para isso busca-se no matriciamento o estreitamento dos laços e integração entre as equipes dos respectivos serviços do território. O Apoio Matricial opera de modo diferente da lógica de encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque supõe a corresponsabilização entre os serviços (BRASIL, 2004).

Tendo em mente que ainda é um desafio a criação de espaços coletivos para que as equipes possam compartilhar a elaboração de planos e projetos terapêuticos,

superar a fragmentação do trabalho, a resistência de alguns profissionais da equipe interdisciplinar, em especial das Unidades Básicas de Saúde, e o sucateamento dos serviços é algo a se superar para que possamos ampliar o campo de atuação territorial e atingir um maior número de usuários que precisam de cuidados em saúde.

Como citam Brigatão; Pereira; Campos, (2019):

No caso específico da saúde mental, uma consequência da qualificação das ações é poder identificar e distinguir situações individuais e sociais que não demandam necessariamente recursos da atenção especializada em saúde mental, daquelas situações que possuem gravidade ou risco que indicam necessidade de encaminhamento a cuidados especializados. Dessa forma, busca-se evitar práticas no sentido da “psiquiatrização” e “medicalização” do sofrimento. (BRIGATÃO; PEREIRA; CAMPOS, 2019, p. 4).

Também é necessário que as equipes estejam dispostas a trabalhar em consenso entre elas e os usuários, efetivando o trabalho articulado em rede e gerando maior integração das políticas públicas em saúde, tendo grande impacto na atenção e acompanhamento dos casos, sendo que a articulação de serviços, arranjos e dispositivos é crucial para sua condução (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Ações e discussões compartilhadas são benéficas tanto para os serviços em questão quanto para os usuários e suas famílias.

O referido artigo trouxe à luz que o trabalho com a família reforçou a avaliação da importância dos CAPS III, não apenas no sentido da sua capacidade de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos, mas de sua inserção efetiva no território (BRIGATÃO; PEREIRA; CAMPOS, 2019).

Conclui-se a importância do fortalecimento dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial para a articulação da rede de saúde facilitando o acesso aos serviços em saúde aos usuários do território.

Para finalizar, cito Brigatão; Pereira; Campos, 2019:

Cuidados de saúde mental prestados neste nível podem minimizar o estigma e a discriminação, assim como o risco de violações de direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos. Há maior possibilidade de singularização da relação entre usuário e equipe, de descentralização do papel do profissional médico, e da participação e protagonismo de todos os cidadãos. (BRIGATÃO; PEREIRA; CAMPOS. 2019, p. 9)

3.2 Autonomia dos usuários e o agir profissional

Nos artigos aqui abordados analisamos a importância de oferecer condições de escuta à fala dos usuários, autonomia e empoderamento aos usuários do CAPS e a educação interprofissional como fonte de aprimoramento do agir profissional.

Desde antes do início da minha pesquisa chamou-me a atenção o espaço que chamamos de assembleia, onde podemos dialogar com os usuários, trocar informações, tirar dúvidas, fornecer orientações, estabelecer em conjunto regras para melhor convivência na unidade e etc... Onde alguns usuários expressam que não se sentem ouvidos e/ou respeitados nestes momentos. Esta fala é um tanto quanto expressiva, e poderia ser refletida por todos os membros da equipe, uma vez que reflete como o espaço de acolhimento em saúde é percebido pelo usuário, como seu cuidado em saúde é percebido, quais são suas reivindicações. Poderia-se perguntar, o que eles entendem “por não serem ouvidos e respeitados”?

Deste modo, se tem nas assembleias um espaço de participação social, de ação e de coletividade (PACHECO; RODRIGUES; BENATTO, 2018).

Ainda sobre a assembleia, o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial nos diz:

A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. (BRASIL, 2010, p. 38).

Afim de se refletir as práticas é importante que os profissionais procurem por capacitação onde a educação interprofissional também tem sido discutida com o intuito de superar os obstáculos que dificultam o acesso aos serviços de saúde de forma integral e com qualidade (SOUSA; SEVERO; SILVA; AMORIM, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) cita que a educação interprofissional é uma troca entre duas ou mais profissões que aprendem sobre os outros com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde (OMS, 2010).

Buscando atrelar a teoria à prática não podemos perder de vista o objetivo principal que é fazer com que o sujeito tenha condições de seguir acompanhamento em saúde no seu meio familiar, considerando sua rede social e participando de forma ativa de seus cuidados em saúde.

O CAPS busca a corresponsabilização pelos cuidados em saúde com a equipe interdisciplinar, o usuário e a família/rede de apoio para que se tenha uma maior chance de adesão e vínculo entre o serviço, a equipe e o usuário. Com isso o usuário pode compreender seu sofrimento, o papel do CAPS na comunidade e, assim, vivenciar seus cuidados em saúde sendo mais ativo e participativo em seu PTS.

A escuta qualificada também é um importante ponto para que possamos compreender o sofrimento da pessoa e a partir disto buscar o empoderamento do usuário do CAPS. “O empoderamento enquanto construção na vida de usuários de serviços de saúde mental consiste numa categoria de análise que se constrói a partir do campo da atenção psicossocial” (SILVA, 2013, p. 15).

Quando o usuário recebe todas as informações de que necessita, se sente seguro e respeitado em seus cuidados em saúde, novos planos são traçados e uma perspectiva de futuro surge promissora tendo como ator principal ele mesmo que, mais consciente e decidido, pode seguir e respeitar seus próprios desejos e transformar sua realidade. A transformação da realidade passa pela transformação das relações de poder, e isso pode ocorrer quando o usuário, com o apoio das equipes, pode construir um novo lugar em seu território de vida, lidando com as contradições sociais e sendo protagonista de sua vida.

4 MÉTODO DA PESQUISA

A abordagem aos usuários do CAPS III - Centro da cidade de Santos se deu através da pesquisa qualitativa que responde a questões muito particulares, se ocupando de um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado (MINAYO, 2010). Trata-se também de uma pesquisa-intervenção, onde a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido (AGUIAR e ROCHA, 1997, p. 97). A pesquisa-intervenção faz um recorte das práticas cotidianas, das relações de poder, dos conflitos, e conforme o andamento da pesquisa espera-se articular ideias de ações coletivas com o intuito de provocar o exercício da autonomia e protagonismo dos usuários. O instrumento utilizado foi o grupo focal, visto que permite captar através das discussões do grupo as opiniões, os sentimentos, as reações a respeito de um determinado tema sob a ótica de um grupo social pertencente a uma região, um espaço, com opiniões distintas sobre um mesmo tema. Segundo Gatti:

O trabalho com grupo focal pode trazer bons esclarecimentos em relação a situações complexas, polêmicas, contraditórias, ou a questões difíceis de serem abordadas, em função de autoritarismo, preconceitos, rejeição ou de sentimentos de angústia ou medo de retaliações; alude a ir além das respostas simplistas ou simplificadas, além das racionalizações tipificantes e dos esquemas explicativos superficiais. (GATTI, 2005, p.14).

4.1 Participantes da pesquisa e critérios de inclusão

A escolha dos sujeitos dentre aqueles que frequentam o espaço do CAPS na modalidade de HD, maiores de 18 anos e ambos os sexos, partiu da observação da pesquisadora de que estes precisam de uma atenção maior por parte da equipe, seja por questões de vulnerabilidade social, por questões de vinculação com o serviço e com os técnicos, e durante as ações no cotidiano do serviço como os manejos de situações de crise envolvendo os usuários, os desafios da medicação assistida. A fala dos profissionais e dos próprios usuários durante assembleias, oficinas e demais espaços de cuidado levou a pesquisadora a se deparar com situações verbalizadas ou não que a fizeram refletir sobre a autonomia e protagonismo dos mesmos.

O grupo misto foi composto a convite da pesquisadora por usuários com diferentes tempos de inserção nesse espaço, a fim de captarmos a singularidade e as experiências de cada um deles. Os encontros ocorreram no próprio espaço do CAPS de acordo com a disponibilidade de agendamento na unidade, a fim de não comprometer o andamento das atividades do serviço, sendo previamente acordado com a chefia local.

4.2 Trajetórias da pesquisa

Foram realizados três grupos focais, nos meses de julho e agosto de 2019, com intervalo de sete dias cada, participação média de 12 usuários e com duração em torno de uma hora e vinte minutos cada encontro. Cada grupo teve sua própria temática com o intuito de trazer à tona a rotina do cotidiano dos usuários tanto nos espaços sociais em que circulam como no CAPS, falar sobre seus cuidados em saúde e participação ativa, assim como conversar sobre seus planejamentos futuros. As temáticas dos grupos focais foram as seguintes:

- Autonomia Nossa de Cada Dia;
- Autonomia e Meus Cuidados em Saúde;
- Autonomia e Meu Futuro.

Foi utilizado como proposta de introdução a cada grupo focal que os participantes fizessem colagens, pinturas, desenhos ou escritas sobre o que entendiam acerca do tema a ser tratado naquele encontro e que explicassem sua arte. A partir deste ponto começariam as conversas do grupo. Para orientar as discussões durante o grupo focal, a pesquisadora se baseou em um roteiro (apêndice 1), que abordou temas importantes para o objetivo da pesquisa, evitando-se reproduzir perguntas e respostas, já que o objetivo do grupo focal é fomentar e produzir discussões coletivas que podem tomar diversos caminhos. Porém, a maior parte do tempo, os grupos foram conduzidos de modo espontâneo, conforme o debate ia sendo liderado pelos próprios usuários participantes da pesquisa.

Aliado ao grupo focal, a pesquisadora também utilizou os diários de campo como instrumento de pesquisa, onde foram registradas impressões, reflexões de vivências da pesquisadora no cotidiano de trabalho, assim como as observações

produzidas no processo de pesquisa, e serviram para reviver as memórias dessa experiência fazendo um complemento com a parte teórica do corpo desta dissertação. Como cita Minayo (2006, p.110), no diário de campo do pesquisador:

[...] constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais. (MINAYO, 2006, p.100).

Todo o material produzido durante a pesquisa foi gravado, transcrito e posteriormente foram realizadas leituras deste material, identificando-se núcleos de sentido, elencando-se categorias de análise, sendo prevista um processo com três etapas para a análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação. Conforme Bardin a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 42).

A análise do conteúdo das categorias de análise, serviram de base para realização da discussão dos temas do trabalho.

A seguir anexo o quadro, que é apenas um recorte de um todo, para exemplificar como fiz a análise de conteúdo dos grupos focais e que me serviu de base para posteriormente elencar as categorias trabalhadas nesta dissertação.

Quadro 3 - Análise do conteúdo dos grupos focais

Categorias/Subcategorias	Trechos
Sobre autonomia	P1 – Oficina 1 falou: Autonomia é você poder fazer a sua vontade... é que a gente é autônomo, mas autonomia não é total porque tem fatores externos que quebram a autonomia da gente. Porque tem uma pessoa aqui que não tá me respeitando de jeito nenhum, eu falei pra essa pessoa “para de mexer comigo!... Então ele tá tirando a minha autonomia, que é meu direito de ir e vir aqui dentro.

	<p>P7 - Oficina 1 falou: Autonomia é o direito de ir e vir sozinha, sem interferência de terceiros... eu fui na Defensoria e depois que eu vim pra cá e conheci a T2, eu queria porque eu queria ter um cuidador pra cuidar de mim. Agora eu luto pra não ter esse cuidador porque eu sou independente e, enquanto eu puder me manter sozinha, eu quero me manter sozinha, porém, com a ajuda de vocês.</p>
Sobre autônima + violência + assédio	<p>P1 – Oficina 1 falou: E eu pus a violência contra a mulher porque a... as mulheres são aqui né, aqui nesse círculo que a gente tá fazendo, é... são vítimas, principalmente as pessoas mais pobres, são vítimas de violência por parte do homem. E aí a autonomia dela é tirada né? Porque ela sofre uma violência, daí ela fica com um estado mental dela ruim, cê entendeu?</p>
Sobre autonomia + rede de apoio/família	<p>P2 – Oficina 1 falou: O meu desenho, eu fiz sobre a minha família né... porque eu tenho saudade dos meus filhos, não convivi com eles, né... sempre o H. falando que passou o dia das mães sem ter ficado lá com eles e a pessoa que quer ser dono de si próprio não pensa em outra pessoa, eu acho que nós temos que ser donos de si próprios e não ligando pro que os outros vão falar de você. Se você arrumar então um emprego que você então trabalha, que você goste, no futuro eu quero ir pra Florianópolis, antes de setembro, e pretendo ficar por lá.</p>
Sobre autonomia + livre arbítrio + fornecer ajuda	<p>P3 – Oficina 1 falou: Eu vou falar... tipo assim, os heróis, eles têm autonomia própria, entendeu? Cada um faz o que quer, o que bem quer, ele tipo autônomo né? Eles fazem o que bem quer, o que bem entende, né? Ajudar as pessoas... mas é um autônomo discreto, porque ninguém sabe o que eles são.</p> <p>P5 – Oficina 1 falou: A minha autonomia é de livre escolha porque eu tenho livre arbítrio. A minha autonomia é poder ajudar o meu próximo que tá pior, ou seja, se eu fosse fazer biomedicina, se eu encontrasse a cura do câncer, eu não ia esconder.</p>
Sobre moradia	<p>P4 – Oficina 1 falou: A minha eu escrevi que se a pessoa quer sonhar, que é o direitos deles. Que o meu sonho sempre foi o de ter uma casinha minha e esse sonho nunca vai acabar porque esse sonho eu quero realizar com a minha força de vontade.</p>
Sobre alimentação	<p>P6 – Oficina 1 falou: Eu aprendi a cultivar meu próprio alimento...</p>

Sobre autonomia + trabalho + moradia	<p>P6 – Oficina 1 falou: Quando eu... antes de conhecer o Anchieta, eu trabalhava e morava sozinho, não tinha ninguém, ninguém... eu morava só. Eu mesmo fazia minha comida, eu mesmo trabalhava pra receber meu salário e eu mesmo comprava minhas coisas. E pagava o INPS pra poder aposentar... e ter no futuro um seguro, né? Que é o que eles tão destruindo hoje.</p> <p>P9 – Oficina 1 falou: Aqui eu desenhei um coração cheio de estrelinha vermelha. Faz 30 anos de luta antimanicomial. Quando eu me aposentei com 32 anos de trabalho, numa repartição pública federal, eu trabalhei em um RH, tinha a autonomia na minha função eu trabalhava como assistente de recursos humanos, fazia demissão, admissão, tudo que engloba o RH. O regime era celetista.</p>
Sobre autonomia + religiosidade	<p>P10 – Oficina 1 falou: Eu escolhi a Igreja porque a Igreja é o centro de... como se diz? A gente entra ou não. Quando precisa, a Igreja tá ali. Então a gente entra lá e sabe um monte de coisa, mas se você não quiser entrar, não é necessário, porque a gente é dona do próprio nariz, né? Mas eu gosto de ir na Igreja.</p>

O quadro em questão trata da análise à pergunta sobre o que os participantes da pesquisa entendiam sobre autonomia e o que tinham realizado de desenhos e colagens quanto ao tema trabalho naquele grupo.

A análise seguiu desta forma, a cada pergunta disparadora realizada pela pesquisadora ou de temas que iam surgindo, conforme o andamento de todos os grupos focais realizados com os usuários.

4.3 Categorias de análise

Após a análise das falas elencamos núcleos de sentido que se apresentam e repetem formando algum sentido para o objeto analítico (MINAYO 2006) e foram divididos em categorias gerais e categorias específicas:

Quadro 4 - Categorias gerais e específicas da análise temática construída através da análise de dados

Categoria geral	Categoria específica
1. Autonomia	1.1 Autonomia, trabalho, moradia e rede de apoio
2. Rede de Apoio	2.1 Rede de Apoio, dependência e união afetiva
3. Moradia	3.1 Moradia, amigos e família, alimentação
4. Exposição a diversos tipos de violência	4.1 Violência de Gênero 4.2 Violência e Preconceito

Para fins de preservação da identidade dos participantes e dos profissionais citados colocamos a inicial P seguida de um número para visualizar o participante da pesquisa e T o técnico que trabalha na unidade e que foi lembrado por algum dos participantes e nomes de pessoas que também foram aparecendo ao longo dos grupos foi abreviado pela inicial do nome. Como mostra o quadro a seguir:

Quadro 5 - Convenções utilizadas nas transcrições dos grupos focais

Convenções	Significados
...	Pausa, silêncio ou interrupção da fala
P	Participantes enumerados de um (1) a quinze (15)
T	Técnicos e profissionais do CAPS enumerados de um (1) a onze (11)
A, B, C, E, T, V	Iniciais dos nomes das pessoas citadas
[]	Comentários sobre reações dos participantes

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Antes do início da pesquisa de campo e da produção de dados, foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, Coordenadoria de Formação da Prefeitura de Santos (COFORM), **conforme anexo** para a realização da pesquisa. O projeto também foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFESP e os participantes da pesquisa deram seu consentimento de participação por meio da

assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Embora tenha sido uma exigência do Comitê de Ética da Unifesp a criação de um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, ele não foi utilizado pois nenhum dos participantes da pesquisa tinha a condição de interditados.

5 OS GRUPOS E SUA CONSTRUÇÃO

Neste capítulo trago as considerações que tomei nota em meu diário de campo de 2019 no que se refere aos grupos focais, impressões pessoais, sentimentos, subjetividades, observações referentes as reações dos participantes da pesquisa, etc.

O diário de campo consiste em um caderno escrito a mão e também, utilizando-se da tecnologia, foram gravados no celular da pesquisadora áudios para garantir que não se perdesse nenhum pensamento, ideia ou observação feita no campo de pesquisa e que nem sempre havia tempo hábil para anotação escrita.

Em seguida discorro sobre cada grupo focal.

5.1 Primeiro grupo focal

Iniciei o primeiro encontro cheia de dúvidas e inquietações: Será que eles irão gostar? Será que eu saberei conduzir a conversa? Será que eles irão falar? Será? Será?

Nem todos os usuários a quem eu havia feito o convite para participar da pesquisa estavam presentes no CAPS; fui rapidamente à área de convivência e sem perder na mente o critério de usuários com mais e menos tempo de HD fiz um novo convite para alguns ali presentes. Outros simplesmente ouviram meu convite, sendo que não tinham sido diretamente convidados, mas resolveram participar de forma aleatória e auto convidativa.

Em meio a esse movimento vivo que me surpreendeu e me alegrou muito, vejo que o primeiro grupo contém treze e não doze usuários como havia me programado. Percebi que esse movimento também se estendeu aos estagiários de outras áreas que atuam na unidade, psicologia e terapia ocupacional. A princípio eu havia acordado com as duas estagiárias de serviço social e minha colega do período da manhã, a terapeuta ocupacional da unidade, que me auxiliassem nas anotações e observações dos grupos.

Enfim, já estavam todos sentados e ansiosos para iniciar, não achei justo pedir para que um deles se retirasse da sala. Continuo por mais alguns momentos com meus receios infundados, mas já era hora de iniciar.

Buscando criar um ambiente mais acolhedor e propício às discussões que se seguiriam, foi proposto um aquecimento para início da conversa: onde ao

começarmos cada grupo foi sugerido, de uma forma lúdica, que os usuários se expressassem com colagens, desenhos, pinturas ou textos sobre o tema tratado naquele dia. Em seguida eles explicavam essa arte, sem julgamentos de certo ou errado, e a partir dessas apresentações poderíamos adentrar na discussão mais aprofundada.

Os grupos mostraram-se grandes potências para ressaltar o empoderamento do usuário frente as adversidades do cotidiano. Muitos ficavam acanhados ou diziam não saber opinar sobre o tema, mas conforme eram estimulados naturalmente a floravam seus saberes e apresentavam seu ponto de vista e suas ações mediante os desafios do dia a dia e aos seus cuidados em saúde.

Com o decorrer dos encontros surgia uma potência também por parte da pesquisadora que iniciou os grupos com receio de não dar conta da demanda, mas que na medida em que os usuários se expressavam livremente se viu forte o suficiente para conduzir estes encontros e tão empoderada e capaz quanto eles. Como cita Favret-Saada (2005) aceitar “participar” e ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. Pois se o projeto de conhecimento é onipresente, não acontece nada. Com isso, despertou-se desejos e ideias construídas juntamente com os usuários a serem colocadas em prática na sequência dos grupos e que resultaram nos produtos técnicos da pesquisa que veremos mais adiante.

5.2 Segundo grupo focal

O segundo grupo ocorreu uma semana após o primeiro e foi tão emocionante quanto o primeiro. Desta vez o segundo grupo aconteceu com menos pessoas presentes: oito usuários, eu, a terapeuta ocupacional, as duas estagiárias de serviço social e o estagiário de terapia ocupacional. Os outros participantes não estavam presentes na unidade.

Comecei lembrando-os um pouco de nossa conversa do grupo anterior e solicitei que desta vez os desenhos fossem relacionados ao que eles entendiam por cuidados em saúde. Pensei que a diminuição de participantes fosse afetar negativamente os resultados, mas ao mesmo tempo, de certa forma, me pareceu ser mais fácil conduzir um grupo com menos pessoas.

Muitos usuários relacionaram cuidados em saúde com a alimentação balanceada, fazer check-up (médico), que devemos ter atenção com relação a doenças como diabetes e hipertensão e praticar atividades físicas. Houve um participante que citou que nos dias de hoje entende que para sua saúde é importante tomar as medicações para não entrar em crise. Tem consciência que antes não gostava de tomar medicações, tomava errado ou simplesmente não tomava e agora percebe sua melhora.

Quando começamos a aprofundar mais o assunto com as questões disparadoras, diferentemente do encontro anterior, onde a maioria expressou que não se sentiam ouvidos e respeitados por pessoas que não fazem acompanhamento no CAPS, foi praticamente unanimidade que se sentem ouvidos e respeitados no CAPS e que conseguiam conversar com as referências técnica e médica sobre seus PTS.

Na minha memória logo me veio as falas dos usuários do início da minha observação em campo para a pesquisa, onde diziam não se sentirem ouvidos e que não tinham espaço de fala principalmente nas assembleias (inclusive esse foi um dos fatos que me sensibilizaram a ouvi-los através de minha pesquisa). Rapidamente troquei a estratégia de abordagem, fui mais direta nas perguntas e começaram a surgir, mesmo que timidamente, um pouco mais de dados.

Um participante do grupo começou a contar suas observações e falava a todo momento que não citaria nomes. Logo percebi a preocupação dos usuários com essa questão e mais de uma vez deixei claro que os nomes não seriam identificados nos registros das falas. Havia um clima desconfortável no ar, uma certa inquietação. Porém, mesmo assim, outros usuários também foram dividindo suas experiências vividas no CAPS. Outra participante da pesquisa relembra que não a deixaram falar na última assembleia onde sua pauta era a última e a reunião acabou antes que ela pudesse se expressar. Reclamou com a chefe que por sua vez perguntou qual era o assunto e se era muito importante, ao que a usuária respondeu que ela só iria saber se na próxima assembleia a deixassem falar. Ressaltou que sabe que é um tema polêmico e que muitas pessoas não vão gostar, mas ela não liga, vai falar assim mesmo.

Encerro o encontro com a mesma impressão de meus colegas que me apoiam no grupo: a de que os usuários poderiam ter dito mais sobre serem ouvidos, respeitados e terem espaço de fala no CAPS, mas como teriam que falar abertamente

sobre os profissionais da equipe para os próprios profissionais desta equipe, isso não os permitiu avançar no diálogo. Entretanto, não foi totalmente um empecilho pois, à medida que se estabelecia um vínculo de confiança entre todos ali presentes, obtivemos boas respostas e uma amostra de como se sentem no CAPS.

5.3 Terceiro grupo focal

O terceiro e último grupo focal aconteceu com o mesmo número de participantes do grupo anterior, eu e as duas estagiárias de serviço social. Desta vez, devido a demanda da unidade, a terapeuta ocupacional não pôde participar da observação e ficou no plantão daquela manhã. Eu estava empolgada e ao mesmo tempo receosa por mais esse encontro.

O tema a ser abordado era sobre “autonomia e o futuro” e mais uma vez iniciei o grupo solicitando que as artes desenvolvidas fossem relacionadas ao que eles pretendiam para seu futuro. Não tinha certeza se eles desenvolveriam bem sobre o tema, se tinham algum planejamento para compartilhar e debater. Que pretensão a minha!

Logo iniciaram citando seus desejos como: dinheiro, amor, saúde, paz etc. Em minha mente fiz uma analogia com a noite de ano novo, onde se fazem pedidos e desejos desse tipo.

Achei interessante que, sobre os planos futuros, a maioria trouxe algo relacionado a suas famílias. Uma participante disse que se por acaso seu casamento não desse mais certo pretendia mudar-se para São Paulo e morar próximo a irmã. Outros falaram sobre melhorar de vida, ajudar a família. Agora, reescrevendo sobre os grupos, me questiono se essas famílias os auxiliam com algo relacionado ao seu cotidiano e seus cuidados em saúde, pois não é comum (salvo raras exceções), vermos familiares dos usuários que ficam no HD irem no CAPS ou ao menos ligarem no serviço para saberem como estão. Não sei exatamente o que se passou na vida de cada um deles nem o que aconteceu para que os laços familiares fossem afrouxados e nem qual o grau de contato com seus parentes, mas o que percebi, é que por parte dos usuários ainda existe essa conexão com seus familiares mesmo que seja em seu imaginário.

Este foi um grupo muito denso e por vezes difícil de se conduzir. Algumas falas traziam situações de abuso e sofrimento que se misturavam com relatos de esperança

em um futuro melhor assim como, a tentativa de monopolização da fala de alguns poucos participantes. Foi desafiador conseguir dar sequência ao grupo evitando que os demais se sentissem sem espaço para suas falas. Contudo acredito ter desempenhado bem esta função pois, ao final dos grupos, os usuários queriam que continuássemos os encontros e através das sugestões dos próprios usuários surgiram as ideias para os produtos técnicos que falaremos mais à frente.

No final tive minhas expectativas superadas mais uma vez, pois os usuários falaram muito mais que o tema do encontro “o futuro”, mas ao mesmo tempo, naturalmente voltaram a tocar em temas dos encontros passados e trouxeram muito mais assuntos relacionados a autonomia e seus vários significados trazendo à tona e espontaneamente um agradável e pertinente fechamento aos grupos focais.

A seguir discorro sobre as análises do conteúdo dos grupos focais.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresento a discussão e os resultados da pesquisa, perpassando sobre as categorias gerais e específicas elencadas, trazendo as impressões obtidas durante a construção destas e suas análises, seguidas de trechos extraídos do diário de campo da pesquisadora, onde revisitei as observações e reflexões que fiz desde o início da pesquisa, passando pelos grupos focais e seguindo até os dias atuais. Nele, pude escrever o que acontecia na unidade, com os usuários, assim como o que reverberava em mim. Trago dois casos que despertaram minha atenção com relação a autonomia dos usuários no início da pesquisa de campo e outro agora nos dias atuais em que vivemos a pandemia da Covid-19, assim como uma breve contextualização do serviço no CAPS e sobre a pesquisadora durante a pandemia.

6.1 Deslocamentos da pesquisadora durante a pandemia

Dou início a esta parte da discussão, com relatos do diário de campo referente ao ano de 2020, contextualizando que particularmente para mim o que vivi não foi diferente do que muitos passaram durante esses mais de 12 meses de distanciamento social. Ser mulher, esposa, mãe, trabalhadora da saúde mental e pesquisadora foi e continua sendo um enorme desafio. Santos (2020) refere que as mulheres são consideradas «as cuidadoras do mundo», dominam na prestação de cuidados dentro e fora das famílias e são a maioria nas profissões de enfermagem e assistencial social que estão na linha de frente na prestação de cuidados a população.

Lidar com os medos internos de não saber ao certo sobre uma doença mundial, ir trabalhar sabendo que você adquirir o vírus pode ser a forma mais letal e que você pode morrer e deixar seu filho de sete anos órfão é muito complicado. A cada colega que se contaminava e a cada notícia de morte, esse sentimento ressurgia grandemente. Principalmente nos primeiros meses da pandemia parecia que eram dias em que se vivia sem ter certeza de um amanhã, só dando graças por mais um dia de vida, mas sem perspectiva de futuro.

Manter a distância dos familiares também não ajudou, mas saber que eu os teria a salvo, ainda mais eles pertencendo ao grupo de risco, me tranquilizou. Quando telefonemas, mensagens e vídeo chamadas não foram suficientes eu ia até a casa

deles e da rua os via pela janela. Um gesto meio frio, pois não tinha beijos ou abraços, mas que me aquecia a alma.

A cada ida ao supermercado o medo e a ansiedade surgiam. Ver pessoas sem máscara, com elas no queixo ou crianças acompanhando nas compras também não ajudava a me sentir melhor. Passei a frequentar mais o mercadinho do bairro que, apesar de ser mais caro, tinha menos pessoas no local e eles estavam respeitando as normas de segurança estabelecidas pelos órgãos competentes.

Não tive apenas que lidar com esse misto de sentimentos, pois em casa tivemos de lidar com novos rituais de limpeza, marido em regime de home office e preocupado por eu ter vindo do trabalho, utilizando transporte público lotado e a possibilidade de trazer o Coronavírus para o nosso lar. Por falar em casa:

[...] poderia imaginar-se que, havendo mais braços em casa durante a quarentena, as tarefas poderiam ser mais distribuídas. Suspeito que assim não será em face do machismo que impera e quiçá se reforça em momentos de crise e de confinamento familiar. Com as crianças e outros familiares em casa durante 24 horas, o stress será maior e certamente recairá mais nas mulheres. (SANTOS, 2020, s. p.).

Ao chegar em casa, o filho sempre queria me abraçar, e eu tinha que recusar o abraço mais gostoso do mundo com dor no coração; ensinei que primeiro a mamãe tem que tomar banho para depois ter abraços e beijos. Ele fez aniversário durante a pandemia e seu sétimo aniversário ficará marcado na história de sua vida como o aniversário que não teve nenhum convidado e em que o parabéns foi por chamada de vídeo. A luta foi grande para fazê-lo assistir as aulas, reconhecer seus limites, lidar com as mudanças de humor causadas pela falta de interação social tão importante para as crianças, tarefas escolares sem fim, a pressão por voltar às aulas presenciais em meio a pandemia. Sem contar com a questão dos eletrônicos pois em casa são dois adultos e uma criança que tem que dividir o notebook e o celular para realização de atividades de trabalho e estudo que acontecem concomitantemente no mesmo horário.

Então, como ajudar a cuidar se você também precisa ser cuidado? Como deixar a rotina mais leve em tempos de pandemia? Como ser produtivo e continuar com o mestrado profissional nesse momento mundial tão delicado de nossas vidas? E apesar de ter realizado a coleta de dados no segundo semestre de 2019, realizar a análise em 2020 em plena pandemia, a concentração fugia, as palavras não vinham,

a angústia brotava e as incertezas surgiam. Com isso, refleti um pouco sobre tudo o que estava acontecendo e optei por dar uma pausa nos meus estudos, desacelerar, buscar por práticas de cuidado que me fortaleciam e faziam bem para, assim, poder retomar aos poucos o mestrado.

E embora ainda estejamos todos (ou quase todos), em estado de alerta e respeitando os devidos cuidados, a vida tem se apresentado mais leve para mim. Iniciei o meu autocuidado e agora tenho mais consciência do meu ser. Respeito meu tempo, não me cobro tanto e com isso a dissertação está fluindo e sendo desenvolvida com toda a entrega necessária para representar com fidelidade de sentimentos, emoções, a realidade vivida tanto por parte da pesquisadora, quanto e principalmente, por parte dos atores principais nesta pesquisa, os usuários da saúde mental do CAPS Centro de Santos.

A seguir apresento e comento algumas partes dos diálogos que surgiram durante os grupos focais e que foram elencados como esclarecedores para dar luz às categorias e à discussão.

6.2 Autonomia

Com o início dos grupos focais muito se falou sobre a autonomia e o que os participantes entendiam sobre o tema. Chama a atenção a fala da participante 7 (P7), que achava que para viver bem tinha que evitar os conflitos com seu irmão; já o mesmo deixou claro que se ela adoecesse ele a colocaria em uma instituição de longa permanência. Pensando em evitar esse futuro, a mesma entendia que deveria ser determinado pela justiça um cuidador para si, uma vez que sua genitora já era falecida e não poderia defendê-la. Neste sentido, fala:

“Autonomia é o direito de ir e vir sozinha, sem interferência de terceiros... eu fui na Defensoria e depois que eu vim pra cá e conheci a (T2), eu queria porque eu queria ter um cuidador pra cuidar de mim. Agora eu luto pra não ter esse cuidador porque eu sou independente e, enquanto eu puder me manter sozinha, eu quero me manter sozinha, porém, com a ajuda de vocês.”
(P7)

Conforme foram avançando os atendimentos entre P7 e sua técnica de referência (T2), a usuária foi se dando conta de que não era preciso ter alguém propriamente dito nomeado como cuidador para que pudesse viver sua vida, sentir-se segura com relação a um possível conflito com seu irmão; constatou que teria o apoio do CAPS e também da sua rede de apoio que foi criando ao longo da vida.

Aqui vemos que a concepção que a participante tem é a de que estamos interligados uns aos outros e que avançamos ou não em nossa autonomia conforme esses elos se estreitam e expandem para novos elementos atuantes nessa rede de cuidados mútuos, vindo ao encontro com o conceito de autonomia ao qual traz Kinoshita (1996) e que foi citado em capítulo anterior.

Já as falas dos participantes 1 e 5 trazem a interpretação do senso comum da maioria das pessoas onde a autonomia está ligada com a questão de independência de algo ou alguém assim como ter a liberdade de poder fazer suas próprias escolhas:

“Autonomia é você poder fazer a sua vontade... é que a gente é autônomo, mas autonomia não é total porque tem fatores externos que quebram a autonomia da gente.” (P1)

“A minha autonomia é de livre escolha porque eu tenho livre arbítrio. A minha autonomia é poder ajudar o meu próximo que tá pior, ou seja, se eu fosse fazer biomedicina, se eu encontrasse a cura do câncer, eu não ia esconder.” (P5)

6.2.1 O CAPS e a autonomia dos usuários em tempos de pandemia

Em seguida descrevo as observações que fiz no diário de campo de como foi o cotidiano do CAPS em tempos de pandemia, onde tivemos que lidar com uma doença nova e que teve proporções catastróficas para todos, afetando diretamente as questões de autonomia dos usuários do CAPS.

No ano de 2020 começamos a enfrentar a pandemia do Covid-19. O Coronavírus, como também é popularmente conhecido, "é uma doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves" (BRASIL, 2020). Em 24 de março o estado de São Paulo iniciou a quarentena recomendada pela Organização Mundial da

Saúde (OMS) e como medida de proteção foi adotado o isolamento social, orientando que as pessoas só saíssem de casa para fins extremamente importantes como trabalhar, comprar alimentos e remédios (sempre que possível), além de evitar aglomerações, tomar cuidados redobrados com a higiene das mãos lavando-as com água e sabão ou usando o álcool em gel, evitando-se tocar olhos, nariz e boca, usar máscara, manter distância mínima de cerca de 2 metros entre as pessoas, evitar contatos físicos com as pessoas como beijos e abraços.

Essas medidas trouxeram mudanças para a rotina de atendimento do CAPS, já que passou-se a atender somente as emergências e foram suspensas até o momento os espaços de grupos, oficinas, reuniões e reduzido drasticamente o número de usuários em convivência no HD. Somado a isso tivemos um decréscimo do espaço da área total da casa, já que o Pronto Socorro Psiquiátrico teve que sair do Complexo Hospitalar da Zona Noroeste onde estava instalado e veio para a parte de trás da unidade. Com isso houve um prejuízo da perda de espaço da área de convivência do CAPS, posto de enfermagem, refeitório, sala de oficinas e banheiros.

Nossa alternativa diante desse novo cenário foi pedirmos para que os usuários ficassem em casa e viessem ao CAPS somente para buscar sua medicação e fazer as refeições quando necessário e, com isso, ao menos conseguimos acompanhá-los neste momento. Mas veio o questionamento: como pedir para ficar em casa e lavar sempre as mãos, uma vez que em nossa região reside uma população menos favorecida economicamente, que habita em cortiços ou nas ruas? Em que condições de moradia vivem estes usuários? Como pedir para lavar as mãos e passar álcool gel se quase não possuem renda para sua própria alimentação? E quanto aos pacientes mais graves: como pedir para ficarem sempre com a máscara se não conseguem permanecer muito tempo com a mesma e muitas vezes tem dificuldade de entender de fato a gravidade da pandemia e a importância de se ter todos esses cuidados? Como cuidar neste momento?

O autor Santos (2020), expressa que “qualquer quarentena é sempre discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais do que para outros” (SANTOS, 2020). Neste sentido, no atual panorama pandêmico, é correto afirmar que as desigualdades e discriminações sociais já existentes em nossa sociedade se intensificaram, e que os usuários da saúde mental estão mais expostos a essas

dificuldades. Ao se referir às pessoas com deficiência, Santos (2020) traz à luz questões também enfrentadas pelas pessoas com sofrimento psíquico, diz ele:

Os deficientes. Têm sido vítimas de outra forma de dominação, além do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado: o capacitismo. Trata-se da forma como a sociedade os discrimina, não lhes reconhecendo as suas necessidades especiais, não lhes facilitando acesso à mobilidade e às condições que lhes permitiriam desfrutar da sociedade como qualquer outra pessoa. De algum modo, as limitações que a sociedade lhes impõe fazem com que se sintam a viver em quarentena permanente. Como viverão a nova quarentena, sobretudo quando dependem de quem tem de violar a quarentena para lhes prestar alguma ajuda? Como já há muito se habituaram a viver em condições de algum confinamento, sentir-se-ão agora mais livres que os «não-deficientes» ou mais iguais a eles? Verão tristemente na nova quarentena alguma justiça social? (SANTOS, 2020, s. p.).

Há algum tempo também temos enfrentado a falta de abastecimento de medicamentos primordiais para a saúde mental como alguns tipos de antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor, que em conjunto com todas as pressões que estamos sendo obrigados a lidar com a pandemia resultam em crises psicóticas mais frequentes, usuários da rede que antes ficavam bem por longos períodos vieram a apresentar surtos graves necessitando de acolhimento integral no CAPS.

Os próprios trabalhadores também foram afetados com afastamentos de colegas devido a idade, comorbidades, mães que não tinham com quem contar nos cuidados aos seus filhos (uma vez que as escolas suspenderam as aulas), além daqueles que eram infectados pelo vírus. Restou-nos como forma de proteção e autocuidado nos revezarmos em dias de plantões alternados na esperança de nos expormos o mínimo possível ao vírus.

E assim seguimos nossos dias em meio a receios, frustrações, sensação de insegurança, pressões para nos reinventar e sermos produtivos a qualquer preço e a lidar também com a demanda reprimida dos primeiros meses da quarentena, que em sua maioria vem ao serviço com um discurso misto de ódio, descrença e minimização da doença, incitados pelas falsas notícias, pronunciamentos de algumas figuras públicas que não seguem as recomendações e estudos mundiais dos órgãos de saúde com relação ao Covid-19.

Aumentaram exponencialmente o número de pessoas que procuram o acolhimento no CAPS devido a ideação suicida e/ou a tentativa efetivada de suicídio,

luto intenso com a perda de familiares e amigos devido o Coronavírus, depressão grave, transtornos de ansiedade, pânico, entre outros (reflexo do isolamento e distanciamento social praticados por longos meses) e agudização de outras comorbidades que antes eram acompanhadas em Unidades Básicas de Saúde ou ambulatórios de especialidades e que tiveram que ser suspensas até pouco tempo por causa da pandemia.

Tudo isso somado a grande crise econômica estabelecida em nosso país, já que com a quarentena muitos trabalhadores tiveram seus salários reduzidos ou os postos de trabalho foram fechados, gerando um maior índice de desemprego, atingindo até os trabalhadores autônomos e informais que ficaram sem sua fonte de renda principal. Com isso uma grande parcela da população ficou sem acesso a rede particular ou privada de saúde ou não conseguiram manter o pagamento das consultas médicas e a compra de medicamentos, elevando a demanda por acompanhamento pelo SUS. Muitas empresas adotaram o sistema de trabalho em casa (home office), ocasionando assim mais um tipo de adaptação rápida, a que as pessoas tiveram que se submeter: o entrelaçamento da rotina doméstica com a de trabalho. Para os que tem criança em casa acrescentam-se as aulas online, tarefas para casa, a dificuldade em ter acesso a internet de qualidade e a quantidade de aparelhos eletrônicos ideal e a real, dentro dos lares dos brasileiros para que todos possam ao mesmo tempo trabalhar e estudar, o que ocasionou uma sobrecarga de responsabilidades muito grande e rapidamente gerando sintomas ansiosos (e outros), que contribuíram com o aumento da procura espontânea ao serviço de saúde mental.

6.2.2 Autonomia, trabalho, moradia e rede de apoio

Nesta categoria específica alguns dos participantes tem a ideia de que a autonomia está ligada à concretização de um sonho como a aquisição da casa própria:

“A minha eu escrevi que se a pessoa quer sonhar, que é o direito deles. Que o meu sonho sempre foi o de ter uma casinha minha e esse sonho nunca vai acabar porque esse sonho eu quero realizar com a minha força de vontade.” (P4)

Na opinião de outros a autonomia também está relacionada a ter trabalho remunerado além de moradia. E isso é dito com orgulho em vários momentos do grupo focal, o quanto são ou eram (?), capazes de gerir sua própria vida através do sustento de seu trabalho e de fazerem suas atividades diárias em casa como cozinhar ou limpar a casa. Como cita o participante 6:

“Quando eu... antes de conhecer o Anchieta, eu trabalhava e morava sozinho, não tinha ninguém, ninguém... eu morava só. Eu mesmo fazia minha comida, eu mesmo trabalhava pra receber meu salário e eu mesmo comprava minhas coisas.” (P6)

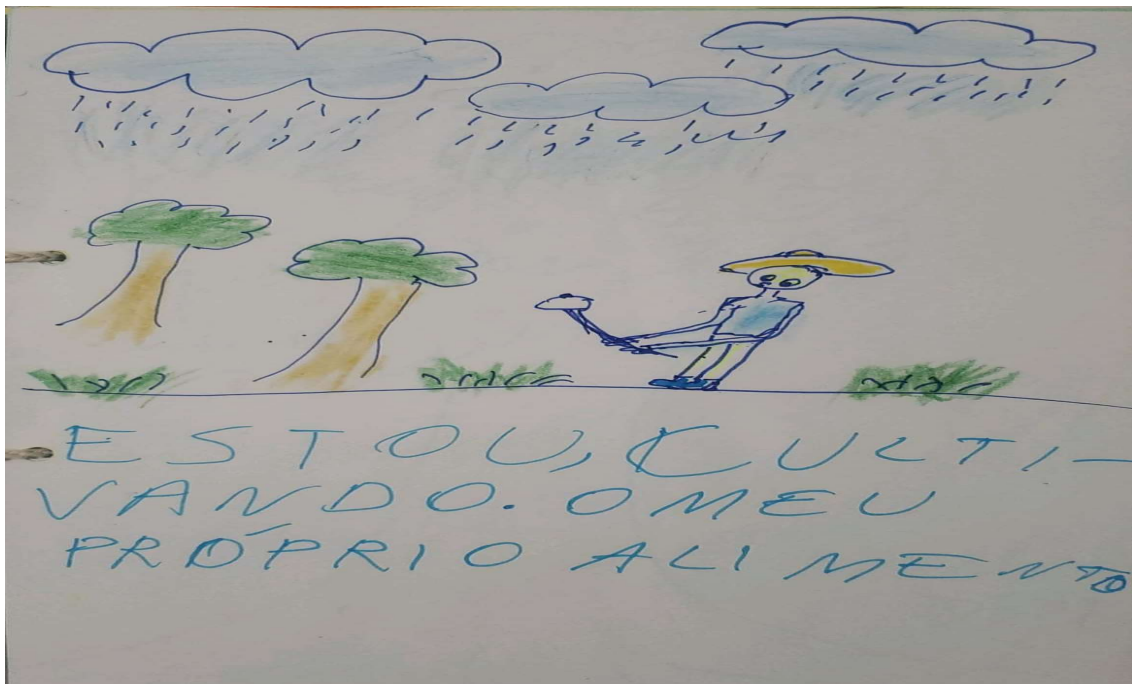


Figura 1 - Desenho do participante 6

A autonomia também é citada pelos usuários com relação ao seu autocuidado:

“Esse desenho aqui representando eu tomando a medicação, porque antigamente, eu não dava muito valor, assim... quando eu me sentia bem, eu dizia assim “Ah, então não vou tomar o remédio”. E é fácil, é sempre na hora de dormir, a noite e de manhã, não tem como errar agora.” (P8)

O participante em pauta é um jovem de 39 anos e tinha um histórico de não adesão ao acompanhamento em saúde mental. Reclamava que as medicações o deixavam sonolento e prejudicavam sua libido. Após um período em acolhimento integral no CAPS com atendimento diário de sua referência técnica, o apoio à família e sua referência médica atentando-se as queixas do usuário e alterando suas medicações, o mesmo saiu da crise e pôde ter maior consciência, assumindo seus cuidados em saúde ao mesmo tempo em que os vínculos com a unidade foram construídos, uma vez que era um usuário novo na unidade.

A questão do cuidado é muito delicada e existem pontos de vista diferentes variando entre o olhar de quem cuida, que seria o profissional, e de quem é cuidado, que seria o paciente ou o usuário do serviço de saúde (CASETTO, et al 2019).

Acredito que o que permeia o imaginário de todas as equipes de saúde que estão realmente inclinadas em oferecer um cuidado em liberdade, terapêutico e livre das influências manicomiais de outrora está na dúvida de como cuidar e que cuidado oferecer.

Durante os grupos, podemos citar outros participantes que também relacionaram a autonomia com relação a garantia de direitos:

“Eu venho todo dia para o HD... sexta-feira, não, na quinta-feira, eu tive crise aí, fiquei nervosa com a minha médica, mudei de médico, porque ela vem a tarde, eu venho de manhã... fiquei sem graça de falar pra ela que queria trocar de médico porque ela é uma médica mais experiente e eu trocar por um médico jovem. Eu falei com ele, ele falou que aceitava... fiquei nervosa se ia dar certo, se não ia dar certo... E eu também preciso da carteirinha de ônibus, a outra médica não quis assinar meu laudo e ela me conhece há muitos anos e não quis assinar meu laudo. Eu tô pedindo auxílio pra um paciente aqui que vai me ajudar com a assistente social pra conseguir a carteirinha. Então a assistente social vai pedir pro outro médico... Então a gente tem que procurar o melhor pra gente, se uma pessoa tá te irritando muito, você procura se relacionar com outra pessoa, se um

médico tá te irritando muito, você procura se relacionar com um outro médico, né?” (P1)

Por vezes a própria equipe se questiona sobre o cuidado ofertado para que não seja confundido com tutela. Até que ponto deve-se interferir na vida pessoal do usuário? O que seria melhor: orientar um usuário em uso abusivo de substâncias sobre benefícios assistenciais na tentativa de impulsioná-lo a sua autonomia ou deixá-lo na escuridão da ignorância de seus direitos com a aposta de que teria sua vida preservada por ter menor poder aquisitivo para a compra dessas substâncias e conseqüentemente menor exposição a sequelas mais graves e até fatais devido a este uso? Outra dúvida que sempre é uma pauta entre os integrantes da equipe: participar das atividades realizadas no CAPS é ou não uma condicionante para que o usuário possa frequentar o HD? Quais são as formas do cuidar? Existem regras para o ato de cuidar? Estas regras são inalteráveis?

São difíceis decisões a serem tomadas, pois não há uma receita pronta de como conduzir cada caso, o que deu certo para um não pode ser tomado como verdade para outro.

Como colocado no texto de Casetto, et al (2019):

Quanto maior é a responsabilidade depositada na profissional de saúde, mais ela parece sentir-se pressionada ao controle das condições de vida daquelas de quem está cuidando. Entre estar atenta às demandas das usuárias e decidir o que seria melhor para suas vidas, há uma linha tênue. (CASETTO, et al, 2019, p.123).

Faz-se necessário aproveitar o espaço de discussão que a equipe tem para dividir e refletir as responsabilidades, as tomadas de decisão, a construção e revisão de projetos terapêuticos, mas principalmente para situarmos os limites entre a autonomia e a tutela dos usuários, levando-se em consideração seus desejos e potencialidades para serem os protagonistas de sua própria história.

6.2.3 Olhar do técnico atento aos sinais

Trago aqui em breves linhas o exemplo de um usuário ao qual sou referência técnica e que não participou da pesquisa, mas foi importante ver e perceber que o mesmo foi mostrando o caminho que gostaria de seguir para seus cuidados em saúde.

Os trechos a seguir foram retirados do diário de campo da pesquisadora de 2020.

Esse senhor, chamado A., é atendido no CAPS há anos e teve algumas referências técnicas anteriores a mim. É calado em um primeiro momento, um tanto quanto tímido talvez. Sempre comparecia fora da data agendada de sua consulta. Confuso, daqueles que sempre perdia ou não sabia onde tinha guardado sua medicação. Não conseguimos o Benefício de Prestação Continuada (BPC) por não se encaixar nos critérios que concedem este direito. No Brasil, para se ter direito a um benefício assistencial, você deve estar beirando a extrema pobreza.

Percebendo sua saúde fragilizada, pois devido a pandemia os trabalhos informais diminuíram muito e conseqüentemente seu poder de compra de alimentos também diminuiu, decidimos estender-lhe suporte em sua saúde clínica. Solicitamos exames clínicos e propomos que viesse ao CAPS para o almoço. Com o passar dos dias percebíamos a sua presença no serviço cada vez mais cedo e mesmo sendo avisado que seu contrato era para o horário do almoço, ele dizia que estava ali pois poderia se esquecer de ir ao CAPS no horário combinado. Ora, quem esqueceria de se dirigir a um lugar para almoçar sem pagar todos os dias? Essa era a pergunta que a equipe técnica se fazia e chegamos à conclusão que o usuário escolheu esta forma de cuidado, ele escolheu chegar cedo todos os dias e permanecer no CAPS até o horário do seu almoço. Isso nos põe a prova. Mesmo sendo reservado, quase não conversando com os outros usuários do HD, está ampliando sua rede, estabelecendo novas conexões, sendo protagonista de sua história e tendo um novo modo de viver.

6.2.4 Em busca da imagem perfeita

Para falar um pouco mais sobre a temática da autonomia, descrevo aqui alguns episódios vividos por uma usuária que não participou da pesquisa, mas que suas experiências têm muito a engrandecer quanto a esta questão e com relação a imagem que a representa.

Olhando para meu diário de campo relembro em especial da usuária N., 66 anos, divorciada, uma filha e irmãos vivos, mas sem contato com familiares, e que faz acompanhamento neste CAPS desde 1991. Era usuária da Casa de Saúde Anchieta e viveu a intervenção intensamente.

Tem como renda R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais), do De Volta para Casa e uma pensão paga pelos irmãos que com o passar dos anos diminuiu muito, forçando assim a usuária a buscar como moradia quartos insalubres em cortiços e o apoio do CAPS com o HD como modalidade de apoio a suas necessidades de acompanhamento e vinculação ao serviço. Sendo que esta vinculação já foi estabelecida de longa data.

Considerada paciente crônica devido a seu diagnóstico com sintomas persistentes, somada a idade e a falta de familiares presentes em seu dia a dia, criou-se a ideia, por parte de suas referências técnica e médica e da maioria dos técnicos do CAPS, de que N. não tem perspectiva de sair do HD

A usuária sempre fala que gosta de limpar sua casa, fazer bolo e comida aos fins de semana, que é quando não se encontra no CAPS. Quando não prepara o próprio alimento divide a compra com os vizinhos ou amigos do CAPS e juntos fazem o almoço e a janta daquele dia. Muitos se espantam de como é capaz de cozinhar para si mesma. Outros acham que é um risco ela mexer com fogo, se colocando em risco, ao ponto de poder provocar um incêndio no local onde mora. Faz compras nos comércios perto de casa a prazo e tem crédito de confiança para pagar depois. Sempre responsável, todo mês quando recebe seu benefício faz questão de separar o valor que está devendo nas lojas e o aluguel do quatinho.

N. é uma mulher vaidosa, sempre preocupada em combinar a roupa com a bolsa e os sapatos, gosta de brincos grandes e sempre está com os cabelos cortados e pintados.

Um fato interessante que faz parte de sua história se passou acerca de uns quatro anos atrás quando o CAPS mudou de endereço e a gestão decidiu por enfeitar a nova casa com fotos enormes (como um pôster gigante) de alguns usuários mais antigos da unidade, incluindo um usuário falecido. A grande problemática foi que tanto a equipe como os usuários foram pegos de surpresa com esta novidade. Ninguém havia sido consultado e a N. muito menos avisada ou consentido o uso de sua imagem. Ela não gostou nem um pouco de ter ali exposta a sua imagem bem na recepção da unidade, onde obrigatoriamente todos que vinham ao local teriam que passar.

Depois de aflitas reivindicações da usuária, mobilizou-se uma equipe, uma verdadeira potência, formada por técnicos da unidade, estagiários das áreas atuantes

no CAPS como psicologia, serviço social, terapia ocupacional e a N. onde com as próprias mãos retiramos da parede aquele painel não autorizado, não quisto, não apropriado e que desorganizava nossa querida N. num grau de sofrimento sentido por todos que a conheciam. Com esta atitude pudemos devolver a N. sua dignidade, seu direito de escolha e o protagonismo de sua vida.

Em 2019 outro fato nos chamou a atenção para o poder de contratualidade que N. exerce. A usuária cismou com a foto do seu RG, dizia que estava feia e que tinha que trocar de qualquer jeito. Pedia insistentemente para que algum técnico a acompanhasse até o Poupatempo para trocar por um novo. Como não gostar de suas fotos é uma de suas características mais marcantes e seu RG estava legível e no prazo de validade, não foi dada a devida urgência por parte dos técnicos para acompanhar a usuária para realizar esta troca. Aqui cabe ressaltar que o quadro de funcionários em baixa e o difícil acesso aos recursos de locomoção como carro da prefeitura ou vale transporte, dificultam a realização de ações externas como esta que estou exemplificando.

Ao constatar que não encontraria nenhum profissional de pronto para acompanhá-la, combinou com sua amiga do CAPS e foram juntas aos serviços que providenciam a execução de RG e CPF e agendaram o atendimento para a usuária. No dia marcado a amiga não pôde ir junto e já sabendo o caminho N. não titubeou e foi sozinha. O detalhe da história fica por conta de que N. mais uma vez não gostou da foto do RG novo e insistiu para a atendente realizar um novo processo de 2ª via do documento. Após mais alguns dias de espera, enfim a usuária conseguiu ter em mãos seu novo RG com a foto que achava digna de sua pessoa. N. só contou sua empreitada (primeiramente com a amiga e depois sozinha), após ter passado por todo esse processo e mostrava toda feliz e sorridente seu documento novo.

A bem da verdade N. nos mostra que consegue se sustentar e autogerir sua autonomia com a rede de apoio que lhe cerca, incluindo o CAPS e grupos de pessoas, e utilizar seu poder contratual nos locais e serviços onde acessa.



Figura 2 - N. olhando para sua foto na parede da recepção

6.3 Rede de apoio

Durante os grupos focais muito foi falado sobre a rede de apoio que aqui consideramos familiares, aqueles que estão no entorno dos usuários, com quem eles podem contar em momentos de emergência como amigos e vizinhos e serviços em geral, sendo estes equipamentos públicos, comércios, templos religiosos.

“Eu moro numa casa comunitária, alugo um quarto. Então a dona mora lá também e os filhos dela, ela tem um filho deficiente que eu gosto muito dele. Ele tá sempre sorrindo, ele tem mentalidade de criança e tem 19 anos. E os outros dois menores, as vezes brigo com um, com outro, depois fica de bem... então pra mim eles são a minha família. E tem a filha dela também, que é moça, tem 25 anos e... também convivo com ela, com o filhinho dela que mora lá, então eu praticamente adotei a família deles como a minha família.” (P1)

Esse caso em especial tem uma particularidade, pois infelizmente essa senhora a qual a P1 cita veio a falecer nestes tempos de pandemia pela Covid-19 e a morte dela foi muito sentida pela participante e seu companheiro (P6), pois eles foram a rede de apoio ao qual os filhos desta mulher pediram ajuda para socorrer a mãe que estava passando mal em casa, presenciaram os primeiros socorros prestados a senhora, a demora de mais de 12 horas para a retirada do corpo do quarto ao lado do deles. Se preocuparam em qual seria o destino dos irmãos sem a genitora e o deles próprios, já que a falecida era a dona da casa em que moravam. Por fim o casal foi acolhido e avaliado pela equipe, não havendo necessidade de acolhimento integral, embora isso tenha sido pensado por parte da equipe. Por fim os irmãos órfãos ficaram sob os cuidados da irmã mais velha que também irá gerenciar os quartos disponíveis na casa e o casal continuará morando no mesmo local.

Aqui relembro o caso da participante 7, em que a mãe é falecida e existem conflitos com seu irmão, ela traz um outro olhar para sua rede de apoio:

“Eu convivo com o pessoal do Rebouças e tenho uma amiguinha lá no meu prédio. Ela tem paralisia e é cadeirante então a gente fica no prédio, no tablet, e eu convivo muito na casa dela, porque ela mora no bloco do meio e eu moro no bloco do fundo. É minha melhor amiga, é a V.” (P7)

Nos relatos abaixo vemos como a religiosidade está num patamar deveras importante para alguns participantes da pesquisa, pois conforme cita Machado (2001) a religiosidade oferece uma inclusão na sociedade e representa um acalento nos conflitos internos e familiares. Para além do CAPS os usuários consideram os templos religiosos como um ponto de apoio fundamental que costumam contar como rede de apoio e força para conquistarem seus objetivos:

“Eu escolhi a Igreja porque a Igreja é o centro de... como se diz? A gente entra ou não. Quando precisa, a Igreja tá ali. Então a gente entra lá e sabe um monte de coisa, mas se você não quiser

entrar, não é necessário, porque a gente é dona do próprio nariz, né? Mas eu gosto de ir na Igreja.” (P10)

“Eu fiz, eu coleí esse negócio de Deus, que Deus é importante na nossa vida, Deus é quem guia, é quem faz a diferença. E coloquei aqui meu marido indo comprar alguma coisa e eu esperando ele na janela... porque eu não vivo sem ele, ele que toma conta de mim, ele que manda eu tomar os meus remédios tudo certinho, ele que cuida de mim.” (P11)

“Quando eu tava na rua, eu não tinha coragem pra trabalhar, pra fazer nada. Amanhecia o dia, eu tava com sono. Mas eu indo pra Igreja, como eu ia pra Igreja, eu comecei a orar e pedir... teve uma vez que surgiu um propósito com Deus, como tá na bíblia, fazer em prol de mim Malaquias, capítulo 13, versículo 10. Aí Deus me deu coragem e eu comecei a pagar o meu INPS trabalhando por conta própria, trabalhando como autônomo. Aí quando eu comecei a passar mal, falei pro médico, o médico não gostou. E depois, passando pela perícia, foi umas dez perícias que eu passei, consegui me aposentar por invalidez. Mas aí consegui me aposentar por invalidez.” (P6)

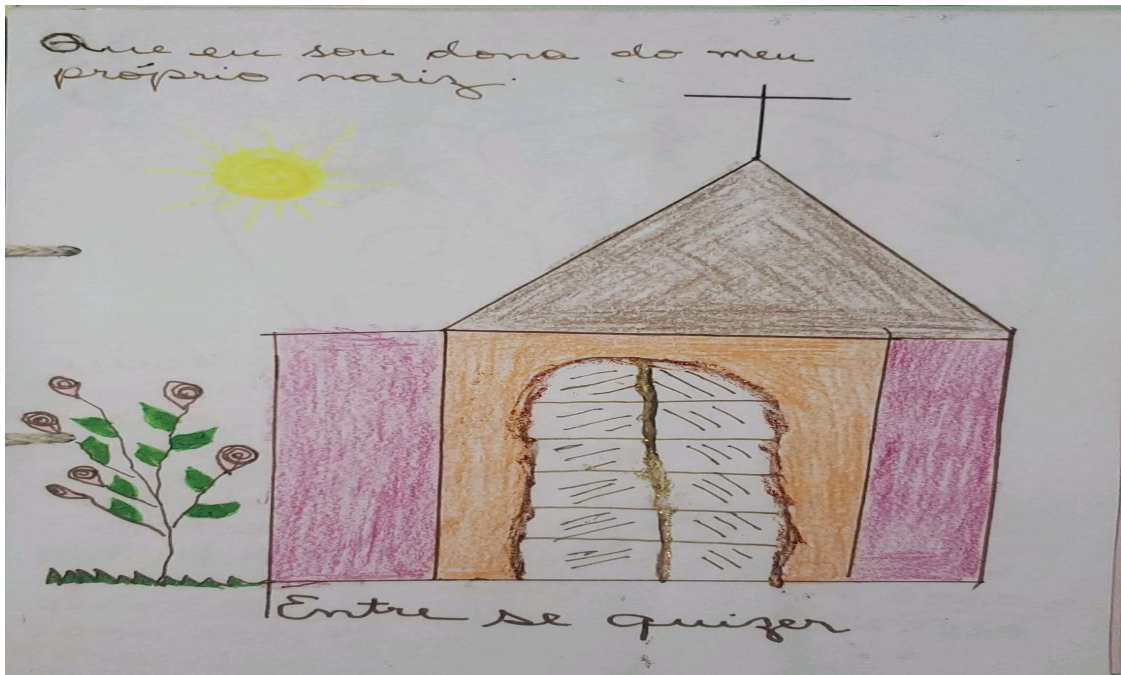


Figura 3 - Desenho da participante 10

Nos relatos a seguir os participantes demonstram ter como rede de apoio o CAPS e seus técnicos de referência:

“A única coisa que tenho pra falar é que agora eu me sinto bem, né? Mas já vivi em épocas ruins, quem me conhece bem, a T1 [sua técnica de referência], sabe da minha vida toda... eu faço HD desde... vish, muitos anos! Já perdi as contas. Que eu comecei o tratamento em 84, só vivia internada, internada, internada... depois de... 90... mil e... na época do lixo limpo... Depois que eu entrei no lixo limpo que eu comecei a melhorar. Eu acho que eu comecei a trabalhar, tirar coisas da cabeça e por outras, foi onde eu comecei a reagir, tomava os remédios... às vezes queria beber remédio a mais, por isso que a T1 não me dava tanto remédio. Agora não, agora ela me dá, mas antes ela não me dava... mas agora, graças a Deus, eu quero é viver! Gosto de ficar aqui que eu tenho muitos amigos, gosto de bagunçar, de brincar... e em casa eu animo também com meus netos, com meus animais, mas não é como aqui no NAPS... Aqui é mais, eu tenho meus amigos.” (P4)

“A minha referência é a T2. A gente conversa e tenta chegar em um consenso, nem pra um lado, nem pra outro. Mas eu ouço ela, já teve coisas que ela me fez ver que eu tava errada e eu comecei a ouvir. Porque eu acho que tem que ter uma cumplicidade entre você e a sua referência.” (P7)

6.3.1 Rede de apoio, dependência, união afetiva

Há também quem se apoie totalmente em sua rede de apoio, levando até a certa paralisia de sua vida e julgando-se incapaz de realizar desde pequenas, até grandes atividades no seu cotidiano.

A participante 11 tem um longo histórico de dependência com figuras fortes em sua vida. Era explorada sexualmente por sua genitora e ao iniciar acompanhamento no CAPS, através de seu desejo expresso foi traçado um projeto terapêutico com ela de se libertar dessa relação de poder que a mãe exercia sobre a mesma. Conseguiu-se a independência financeira através de um benefício do governo e tão logo se viu em uma situação que acreditava ser de vulnerabilidade, já que não tinha ninguém fisicamente ao seu lado dividindo o espaço de sua casa e do seu dia a dia, procura por uma união estável que por vezes lembra a relação que tinha com sua genitora, com a qual tempos depois voltou a estabelecer vínculos. Sobre esta categoria específica a participante cita e outros acompanham o diálogo:

“Meu marido toma conta de mim, cuida de mim, faz tudo pra mim, lava roupa, faz comida, faz tudo pra mim... [risos]... P4: Leva até comida na cama.... P2: Faz sarapatel... P4: Eu queria arrumar um marido desses pra mim [risos].”

Conforme os outros participantes reforçavam essa codependência entre a participante e seu companheiro, ela avança:

“Eu não consigo me cuidar sozinha, quem cuida de mim é meu marido... que toma conta de mim, me ajuda a tomar os remédios certinho, faz comida pra mim, faz tudo pra mim... ele fala assim pra mim: “eu não quero que você mexa no fogo, porque eu não

quero que você se queima, quando você toma um remédio muito forte, você não pode chegar na beira do fogão e fazer comida ”. Ele cuida de mim. (P11). Pesquisadora: E por que você acha que ele tem que cuidar de você e não você cuidar de si mesma? P11: Eu não consigo, eu não consigo cuidar de mim mesma. Pesquisadora: Me dá um exemplo que você não consegue cuidar de você mesma. P11: Choro que me dá... Depressão... P12: Ela se sente sozinha... P1: Ela não consegue cozinhar e nem passar, não é verdade? P11: Não consigo, doutora. P12: Ela se sente abandonada, sozinha, solitária.”

6.3.2 A participante 11 em transformação

Aqui gostaria de me aprofundar um pouco mais na vida da participante 11 e compartilhar como ela está na atualidade. A participante 11 está em transformação:

P. é uma mulher de 42 anos, atualmente vive em união estável e tem uma filha de 27 anos, que foi criada por sua genitora, reforçando a influência que esta exercia sobre P. e que foi referida mais acima. Iniciou seu acompanhamento no CAPS em 2013, após encaminhamento do serviço de emergência ao qual havia dado entrada após um episódio em que se colocou em risco.

Com sua acolhida no CAPS e após seu projeto terapêutico ter seguido com avanços significativos, P. sempre se mostrava resistente com relação a proposta de um novo contrato terapêutico onde buscávamos a diminuição no tempo de permanência na unidade e a ampliação de novos espaços de troca e de experiência. Como já foi dito um pouco mais acima, a participante 11 tinha um certo grau de dependência com relação a figuras fortes e significativas em sua vida e até mesmo com relação ao serviço.

Participou ativamente nos grupos focais, embora sempre apresentasse receio de não saber o que falar e se diminuía dizendo não saber ler e escrever direito. P. também participava da Oficina da Palavra, que é uma parceria com a UNIFESP onde os alunos de forma interdisciplinar junto aos usuários desenvolviam encontros com o intuito de estimular a leitura e escrita, e a usuária foi se desenvolvendo muito bem com as palavras.

No espaço do CAPS sempre chorava muito, passava mal, dizia que não conseguia ficar em casa sozinha, ouvia vozes quando se encontrava só e que no CAPS com os amigos se distraía e esquecia as vozes. Todos os dias aguardava sempre impaciente o horário de seu marido sair do serviço para ir buscá-la, pedindo para usar o telefone da unidade para entrar em contato com ele e confirmar o horário que seu amado chegaria.

De fato, houve algumas vezes que porventura se encontrava em casa sozinha e ingeria cândida, afirmando serem as vozes que lhe ordenavam fazer isso. Com essa atitude a equipe se sentia temerosa em relação à segurança de P. e todas as tentativas de diminuição no HD resultaram infrutíferas.

Esse temor em ficar sozinha e ter a sensação de não saber fazer nada era reforçado pelo seu companheiro, pois P. já expressou diversas vezes que ele mesmo não a deixava realizar as tarefas da casa, não podia cozinhar e muito menos andar sozinha pela rua. Então era ele o responsável pelas tarefas domésticas e sempre a adulava cozinhando suas comidas preferidas.

Embora P. já tenha saído para acompanhar alguns amigos do CAPS em consultas médicas em outras unidades de saúde ou para resolver com eles algum assunto urgente em outros bairros da cidade, o lado negativo é que algumas vezes P. deixou de ir a passeios com o CAPS por não ter certeza que estaria de volta a tempo de o marido encontrá-la na unidade.

Com a pandemia e a diminuição do número de usuários que ficariam em HD foi proposto mais uma vez que permanecesse em casa para sua saúde e dos demais. Desta vez seu esposo encontrava-se desempregado; então a usuária, mesmo que relutante de início, conseguiu permanecer em casa e ir ao CAPS somente para buscar medicação, ter contato com sua referência técnica e seguir seus cuidados em saúde de maneira segura para o momento.

Durante os meses que se seguiram o esposo conseguiu uma vaga em um trabalho informal e veio a preocupação: o que fazer com P.? Ela ficaria bem em casa sozinha? Mediante o fato de não poderem deixar a oportunidade de trabalho passar, o casal fez um arranjo que funcionou assim: a participante 11 o acompanhava até o serviço e ficava por lá. Após um período, P. não ia mais junto do companheiro ao trabalho e permanecia em casa, além de continuar sua rotina de acompanhamento no CAPS, onde ia uma vez na semana à unidade. Agora, além de cuidar de si própria, P.

resolveu adotar o cachorro de sua vizinha (que não pôde mais ficar com o animalzinho) e estava toda feliz com seu novo amiguinho de quatro patas.

Assim, neste contexto de tristeza e pesar que estamos vivendo na atualidade, brotaram momentos de alegria e esperança que aquecem nossos corações onde pudemos acompanhar a linda e inspiradora transição de uma mulher totalmente dependente do marido e do serviço de saúde que a acolhia até uma mulher que luta para superar seus medos e avançar a cada dia para se tornar mais forte e independente das amarras que sua história de vida lhe atribuiu.

Infelizmente, esta participante veio a óbito em maio de 2021. Ela foi mais uma vítima da Covid-19. Ao final do referido mês o Brasil contava com 462.791 mortes segundo dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), e de acordo com dados divulgados pelo monitoramento da Universidade Johns Hopkins houve no mundo 3.487.457 mortes até maio de 2021.

Retornando a temática da pesquisa sobre a subcategoria “Rede de apoio, dependência e união afetiva”, ao contrário do que vive a P11, que conta com um companheiro, o participante P12 conta com pessoas próximas que cuidam dele e ajudam minimamente a gerenciar sua vida financeira; ele refere a falta de uma companheira em sua vida. Segue o diálogo:

“Se você for no meu quarto você não acredita... acho que no meu quarto tem até escorpião [risos]... escorpião, aranha, lacraia. Pesquisadora: Mas você não cuida da limpeza do quarto? P12: Cuido nadinha, nadinha... tudo embaixo da cama. Se eu acho rolo de fio de antena de parabólica, eu jogo tudo embaixo da minha cama, coloco tudo embaixo da minha cama... que um tal de C. lá, esses tempos que eu fiquei aqui dentro, que eu quase morro aqui dentro, ele trabalhava com Seu A. e tava reformando o meu quarto... Pesquisadora: Você acha que não consegue tomar conta de você mesmo? P12: Não consigo... mas só não quero que me faça mal, se me fizer mal... Pesquisadora: E o que te falta para conseguir cuidar de você mesmo? P12: Uma companheira. Eu nunca tive uma mulher na

minha vida. P9: É difícil... P12: Sempre andei só na minha vida. Minha vida foi sempre a minha, eu nunca andei com uma mulher na minha vida, se eu andasse com uma mulher na minha vida, a polícia vinha pra cima de mim e falava que eu era maldoso, que eu era isso, que era aquilo, já ia me prender.”

Mais uma vez vemos a importância da rede de apoio nos cuidados da saúde mental e o quanto colabora ou prejudica o andamento dos cuidados em saúde, a segurança e confiança dos usuários em administrar sua vida autonomamente e como este tema também está interligado com a questão da moradia para os usuários dos serviços psicossociais.

6.4 Moradia

Durante a realização dos grupos focais inúmeras questões de vulnerabilidade e violações de direitos que os usuários da saúde mental estão expostos vieram à tona. Uma dessas violações de direito foi com relação à moradia, onde a equipe do CAPS já havia expressado preocupação inúmeras vezes com os locais insalubres, como os cortiços, que os usuários residem. Inclusive uma parte expressiva dos usuários que frequentam a unidade encontra-se em situação de rua ou em abrigos da prefeitura e subconveniados, que ficam em nossa região.

A autora Felipe (2010), nos traz um conceito de habitar importante para nossa discussão:

Quando procuramos compreender o universo dos significados da palavra *habitar*, percebemos que estamos diante de um conceito que transcende o pragmatismo formal, utilitário e quantitativo das acepções *estar domiciliado* e *ocupar como residência*. O habitar surge como a própria condição essencial da existência humana, anterior, portanto, a toda arquitetura: *habitar* é habitar o mundo, *ser* no mundo, existir. Circunstância relativa à satisfação das condições psicofisiológicas do ser humano, de seu *ser* como indivíduo e parte integrante do grupo social. (FELIPPE, 2010, p.301).

Sobre o tema moradia percebe-se grande comoção entre os participantes pois a maioria não possui casa própria e gostaria de realizar a compra de um imóvel para

ter um lugar seguro para si e para seus descendentes. Em nossa conjuntura as políticas habitacionais não contemplam os usuários da saúde mental para a aquisição da casa própria, e estes estão distantes de alcançar a posse de suas moradias (FURTADO, et al., 2010).

A fala das participantes 11 e 1 nos dá uma ideia desses sentimentos:

“Eu fiz uma pessoa triste, porque eu fico triste às vezes... eu sonho em ter uma casa.” (P11)

“O que eu desejo para mim é o que eu desejo para o meu próximo, porque se eu tiver feliz e meu próximo triste, brigando, atacado, eu também não vou ficar feliz, né? Então eu desejo, pra mim e pra todos, saúde, alegria, paz, prosperidade, amizade e amor para todos nós. Eu desenhei um sol que é a natureza... flor, árvore com frutos, tudo... e uma casa que eu gostaria de ter. Ainda tem que pôr o cachorro.” (P1)

Neste sentido, o autor Saraceno (1999) nos diz que a história da psiquiatria é uma história de “casas”, sendo estas mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas, e que naturalmente é dado mais atenção à noção de casa do que de habitar. Como noção de casa podemos citar a propriedade, o espaço físico, o lugar que ocupam, e o habitar envolveria os valores, a contratualidade com relação a organização material e simbólica [...] porém a reabilitação psicossocial deve ocupar-se da casa e do habitar (SARACENO, 1999).

Como o tema foi de alta relevância nos grupos, posteriormente foram realizadas oficinas sobre moradia, as quais serão aprofundadas mais à frente quando explico o produto técnico.

6.4.1 Moradia, amigos e família, alimentação

Faz parte do imaginário das pessoas ter um lugar seguro, um lar para que possa se abrigar das agressões da chuva, do vento, do frio, do calor, dos animais... de todos os perigos reais ou sonhados (TUGNY, 2014). Desejam ainda que essa casa seja cheia de recursos para que possam lutar e sobreviver neste mundo e que acima

de tudo tenha todos os recursos para permitir sonhar uma vida ideal, de que a casa seria como um ninho, um berço (TUGNY, 2014). Sendo assim, tal qual o ninho, o lar pode também ser entendido como uma modalidade de espaço necessária, criada a partir do corpo para a reprodução instintiva de nossa espécie (FELIPPE, 2010).

Ter acesso a moradia é expandir o rol de conhecimento e de conhecidos, o cuidar e o cuidado, expandir as experiências e as redes que são tecidas em seu entorno, criando possibilidades de conexões.

As falas a seguir também demonstram que moradia, rede de apoio e alimentação são importantes para os participantes. Podemos citar:

“Eu gostaria de ter uma casa, um amor, amigos, dinheiro, um animalzinho pra criar na casa também, junto com o amor... ter muita saúde pra comer tudo do bom e do melhor e meditar bastante... ficar zen.” (P13)

“Eu não escrevi nada, mas... aqui eu tô desenhando um coqueiro, que eu gosto de tomar água de coco... O coqueiro, uma casa, a mulher e aqui eu andando.” (P6)

“Eu de quando eu não tô aqui (CAPS), eu tô em casa, ajudo a minha filha, vou na casa do meu filho, da minha neta. Sempre ando, não paro.” (P4)



Figura 4 - Desenho do participante 6

Já a participante 1 relata que teve um certo desconforto em frequentar a casa de uma amiga que também fazia HD no CAPS:

“A A. fala pra eu ir na casa dela, mas eu não tenho cara de ir porque eu acho que vou incomodar, sabe? Apesar dela viver sozinha, tem sempre uma pessoa, o vizinho, na casa dela e quando eu chego, a gente tá conversando e bate o vizinho na porta, daí eu me sinto meio um peixe fora d’água e vou embora, entendeu? Não é pra me sentir, mas eu não conheço a pessoa aí eu me sinto meio mal assim e vou embora. Aí preferi não ir mais na casa dela.” (P1)

Quando a participante da pesquisa relata seu incômodo em visitar a amiga, na verdade ela não está incomodada com a amiga em si, mas com o ambiente em que ela vive e as pessoas que ali frequentam. Compreende-se que “a pessoa está em interação dinâmica com seu ambiente: admite-se que não só o meio exerce influência sobre os indivíduos, mas os indivíduos, reciprocamente, exercem influência sobre o meio”. (FELIPPE, 2010, p.300).

Com isso vemos as condições de moradia em que se encontram muitos dos usuários do CAPS; geralmente sublocam um quarto pequeno dentro de um casarão antigo de um ou no máximo dois cômodos onde a cozinha e banheiro são de uso coletivo com os demais moradores do local (são os chamados cortiços).

Nesses locais são expostos a diversas situações gatilhos de mal-estar e insegurança como veremos a seguir no próximo subitem.

6.5 Exposição a Diversos Tipos de Violência

Os usuários que fazem acompanhamento em CAPS Adulto muitas vezes têm seus laços rompidos com a família originária ou possuem laços frágeis e pouco palpáveis com seus familiares consanguíneos, o que os colocam em uma situação de vulnerabilidade e risco por si só. Somando ao fato de muitos experimentarem um sofrimento psíquico grave que dificulta a inserção em um trabalho formal registrado e que lhes dê amparo previdenciário, acabam procurando empregos informais, o que os

deixa muito vulneráveis a exploração. Muitos assim ocupam os subempregos como: os catadores de materiais recicláveis, profissionais do sexo, trabalhadores do tráfico de drogas ou mercadorias ilegais; ou mantêm a subsistência através de benefícios assistenciais do governo (desde que se enquadrem nos pré requisitos), como o De Volta Para Casa ou o Benefício de Prestação Continuada.

Aqui vemos a comoção que a fala da participante 1 gerou no grupo, não apenas pelo fato de estar vulnerável por ser mulher, mas o quanto que, fatos como este refletem a realidade de outros usuários participantes da pesquisa e do CAPS:

“(...) eu não sou respeitada não. Ó... sábado eu tive uma experiência horrível! Eu fui ver um quarto em uma casa, onde mora o P9, falou vai morar lá, porque eu queria mudar do lugar que eu moro, a mulher lá onde a gente mora, a gente briga e depois desbriga, né? Aí o dono da casa foi mostrar a casa pra mim. P9: Seu B. P1: Ele foi mostrar a casa pra mim e ficou o tempo inteiro pegando no bingolim dele... Pesquisadora: Que horror! P9: Psicopata, né? P1: O tempo inteiro! Aí eu olhava pra ele assim, ele mostrou os quartos pra mim, tava vendendo um guarda-roupas por 150 reais, toda hora pegando no bingolim... aí eu saí, atravessei a rua, fui pro outro lado e vim embora... como eu moro em frente ao bar que ele fica bebendo cachaça, aí eu xinguei tudo quanto é palavrão, de toda a altura, de velho, de tudo... xinguei, xinguei, xinguei, xinguei, mas eu xinguei tanto! P14: Ele é um canalha! P1: Você conhece ele? Eu nunca pensei que uma pessoa tivesse a capacidade de xingar daquela altura, de ouvir tudo no bar... que a música do bar ouve lá no meu quarto, então eu xinguei pra ouvir lá no bar, pois xinguei o zé de tudo quanto é nome! Baixei o santo lá... e falei pra ele que eu ia quebrar a cabeça dele se ele viesse em cima de mim, fiquei louca de raiva. É muita falta de respeito, é ridículo, bebum do caramba! Eu não sabia que ele bebia, eu vi ele bebendo pela segunda vez, aí fica com gracinha... eu fui lá ver um negócio sério... Pesquisadora: Ele te desrespeitou como mulher...P1:

Isso! Exatamente! Eu vou ficar com um velho daquele ali? Eu vou dar uma paulada na cabeça dele. P9: Eu dou um soco na cara dele também! Sabe o que ele fez comigo, Audra? O banheiro entupiu, tipo assim, “eu sei quem foi”. Ele veio pra cima de mim, né... P9, tá entupindo a privada aí e aí? Mete a mão lá dentro na bosta e limpa essa porcaria aí” [risos]. Ah, vai dar risada, é? Olha o tamanho da faquinha dele aqui. P1: Faca também? P9: É. Aí tava todo mundo lá, na frente, todo mundo me olhando, levantei e falei “ah, você quer saber de uma coisa? Vai, seu psicopata, vai apanhar ali na casa do caramba” [risos], caiu no chão, voltou e foi pegar a faca... “pode vir, têm uns paus aqui atrás”. P1: Tem que dar uma paulada nele.”

Esta experiência negativa e traumatizante que a usuária viveu demonstra o quanto que o homem que possui uma posição de poder em relação a mulher se comporta em ar de superioridade e dominância não respeitando os limites da outra pessoa.

Quer quando o homem desfruta de uma posição de poder no mundo do trabalho em relação a mulher, quer quando ocupa a posição de marido, companheiro, namorado, cabe-lhe, segundo a ideologia dominante, a função caçador. Deve perseguir o objeto de seu desejo, da mesma forma que o caçador persegue o animal que deseja matar. Para o poderoso macho importa, em primeiro lugar, seu próprio desejo. Comporta-se, pois, como sujeito desejante em busca de sua presa. Esta é o objeto de seu desejo. Para o macho não importa que a mulher objeto de seu desejo não seja sujeito desejante. Basta que ela consinta em ser usada enquanto objeto. (SAFFIOTI, 1987 p. 18).

Neste ponto da análise das categorias gostaria de trazer questões importantes citadas pelo participante 3 e por demais atores da pesquisas quanto a algumas questões do cotidiano da unidade e que perpassam sobre os sentimentos de serem respeitados no CAPS, de se sentirem desvalidos, de distinção entre os usuários do serviço que frequentam o CAPS na modalidade HD dos que frequentam o CAPS para atendimentos ambulatoriais, de terem espaço de fala e receberem a escuta realmente qualificada por parte dos profissionais da unidade.

Segue o diálogo iniciado pelo participante 3:

“Então os profissionais daqui... posso falar um negócio? Pesquisadora: Pode! Vocês não vão ser identificados. O nome de vocês não irá aparecer. Desde que o negócio tá quebrado ali... de água (bebedouro). Falei pra um, falei pra outro, na assembleia, os funcionários todos, todos, os enfermeiros... até hoje tá a mesma coisa. Então minha palavra não vale nada, não fui só eu, vários amigos nosso aqui reclamou! Aí sobe aqui em cima, toma bronca... “ah, bebe água lá embaixo! ”. Mas não pode beber água aqui em cima? Tá calor hoje... Se toma água aqui em cima, eles reclamam que a gente vem aqui pra cima. Pô, então por que não arruma lá embaixo? Pra ninguém acessar aqui em cima... e tem uns que reclama “pô, o que tá fazendo aqui, toda hora e tal...”, não vou citar nomes, mas então... P1: E tem a coragem de sair lá da frente, pra ver se é paciente que tá tomando água, pra chamar a atenção. P3: Eu já falei umas quatro ou dez vez... “ah, o de vocês é lá em baixo”, pô... eu já falei na assembleia: “tá calor, tal”, ninguém arruma... quem quer água natural, toma natural, quem quer água gelada, toma gelada... eu só tomo gelada, cê tá entendendo? Eles reclamam quando sobe qualquer um, qualquer um não... mas eles reclamam “ah, tá aqui em cima...”, aí eu tenho maior vergonha, cheio de gente ali, né? Passa uma vergonha, né? Pensam que somos diferente deles, somos tudo iguais, tudo pacientes que estão lidando... Falam bem alto pra escutar e é vergonhoso, né? Entendeu?” (P3)

O diálogo segue com outros participantes expressando seu ponto de vista com relação ao episódio do bebedouro:

“Então, quanto à água, eu acho o seguinte: não tem água aqui embaixo, vai lá na recepção tomar porque, do mesmo jeito que a gente toma água lá, o pessoal que tá lá dentro vem tomar água aqui.” (P10)

“Bom, hoje de manhã, eu tava... não tinha água lá embaixo, vim tomar aqui, recebi uma bronca bem forte da doutora T9, fiquei até sem rumo de pegar água pra tomar um remédio que eu tinha que tomar... eu vim pegar água, tomei a maior bronca, fiquei até sem graça. Eu não sei resumir o que aconteceu, só sei que fui pegar água, recebi uma bronca sem fazer nada.” (P11)

Sigo com o estímulo do debate e com isso vem à tona o questionamento por parte de alguns participantes da pesquisa sobre a legitimidade dos momentos de crise dos usuários do HD:

“Pesquisadora: E isso acontece só com a água ou com outras coisas também? P3: Pra mim é só a água. Tem uns que passeia por aí (quis dizer por todas as dependências do CAPS). Eu não, eu não encho o saco de ninguém, mas tem uns que bagunça memo... não é todos aqui, porque aqui todo mundo respeita (os que estão participando do grupo focal), né? Tem uns que bagunça, bagunça mesmo o plantão, aí fala que é surto, né...? Mas se pegar dinheiro, ele não rasga o negócio dele, né? Todo mês ele pega o dele. Se pega as notas ele não rasga o dele, né? Louco não é. Surto, surto, pega os papéis, quebra... é surto. Por causa de um, todos paga por causa de um, tá entendendo como que é o negócio? P7: Eu ia falar isso, por causa de um, todos pagam. É que nem lá no meu prédio, tem duas pessoas que dão problema, aprontam mesmo... aí por causa de dois, pensam que deficiente é tudo igual, o que não é! Aí é difícil porque você é culpado quando não tem culpa...”

Quanto a questão de serem ouvidos, com direito a fala e se sentirem respeitados no espaço do CAPS as opiniões foram conflitantes:

“Eu sou. Nove meses aqui e não tive nenhum problema, sou muito bem respeitada. Desde que eu vim procurar vocês, sou muito bem explicada e respeitada. Quem tem educação também recebe educação, quem não tem não pode receber. Cada um dá o tem.” (P7)

“Então, quando eu consigo falar alguma coisa, fazer um pedido na reunião... “ah, tem uma porta que quebrou a maçaneta” e a pessoa não dá ouvidos.” (P13)

“Mais ou menos. Não deixam a gente falar na assembleia... Não deixaram falar nessa última. Eu ia de falar, eu ia apanhar, mas eu ia falar. Mas aí não deixaram, acabou a assembleia. Mas eu disse: “Chefe mas eu ia falar”, “cê ia falar o que?”, “não, eu ia falar na assembleia, não vou falar particular”... era pra todo mundo escutar.” (P4)

Mais uma vez quero trazer à discussão o quanto as dificuldades enfrentadas pela equipe, no tocante a precarização dos serviços, a falta de recursos e de profissionais, resultantes do desmonte do (des) governo aos órgãos públicos constituem desafios para construir respostas efetivas diante da realidade dos usuários do CAPS. Por conta destas dificuldades apontadas estamos perdendo o dom de estabelecer relações afetivas e democráticas com as pessoas? Deixamos realmente de ter a escuta sensível aos usuários? Estaremos nós, inconscientemente, reproduzindo alguns processos que antes reprovávamos, em uma "nítida relação entre os que têm e os que não têm poder" (BASAGLIA, 1985, p. 101), mas que sobretudo por conta da ausência de investimentos em políticas e programas, vêm nos impedindo de articular enfrentamentos que transformem a realidade concreta da população atendida? Sigo esta dissertação em busca destas respostas.

6.5.1 Violência de Gênero

Os papéis sociais do homem e da mulher que lhe foram atribuídos pela sociedade são muito distintos e ainda hoje perduram delimitando suas funções, onde

e como devem se portar e o que fazer. Por exemplo: à mulher cabe preparar os filhos para a vida adulta, mesmo que esta exerça uma atividade assalariada fora do lar e com isso a sociedade lhe permite que delegue essa função a alguém da família ou a outrem, desde que seja remunerado para este fim (SAFFIOTI, 1987). Porém é observado que essa aceitação acontece somente quando a mulher precisa trabalhar para garantir a sua subsistência, a de seus filhos ou complementar a renda familiar, sendo que essa “permissão” não é observada nas classes dominantes, onde a mulher permanece em casa, enquanto o homem trabalha para arcar com todas as despesas, e existem profissionais contratados (geralmente outras mulheres) para realizar os cuidados domésticos da casa e das crianças, mas não isentando-a de supervisionar seus funcionários e orientar seus filhos (SAFFIOTI, 1987).

Este papel pré-determinado pela sociedade também diz respeito aos homens que devem ser dominadores, ativos, provedores do lar, protetores de sua prole e que zelem pela manutenção de sua masculinidade (TORRÃO FILHO, 2005), frutos do patriarcado, machismo e capitalismo.

Podemos constatar que, além da questão de gênero, soma-se a questão da classe social, raça e conseqüentemente o território de pertencimento, moradia e vulnerabilidades que estes atores sociais estão inseridos. Com isso, perpetua-se a reprodução destes padrões de outrora, e há resistências para quebrar esse padrão que buscamos desmistificar. Encontramos, contudo, nos movimentos de lutas identitárias, apoio e embasamento para a desconstrução desses “ensinamentos” socioculturais enraizados na população ainda hoje.

Temos aqui o momento em que a participante 1 novamente nos amplia o olhar sobre a violência ao qual os usuários da saúde mental e em especial as mulheres convivem:

“Eu pus a violência contra a mulher porque a... as mulheres são aqui né, aqui nesse círculo que a gente tá fazendo, é... são vítimas, principalmente as pessoas mais pobres, são vítimas de violência por parte do homem. E aí a autonomia dela é tirada né? Porque ela sofre uma violência, daí ela fica com um estado mental dela ruim, cê entendeu?” (P1)

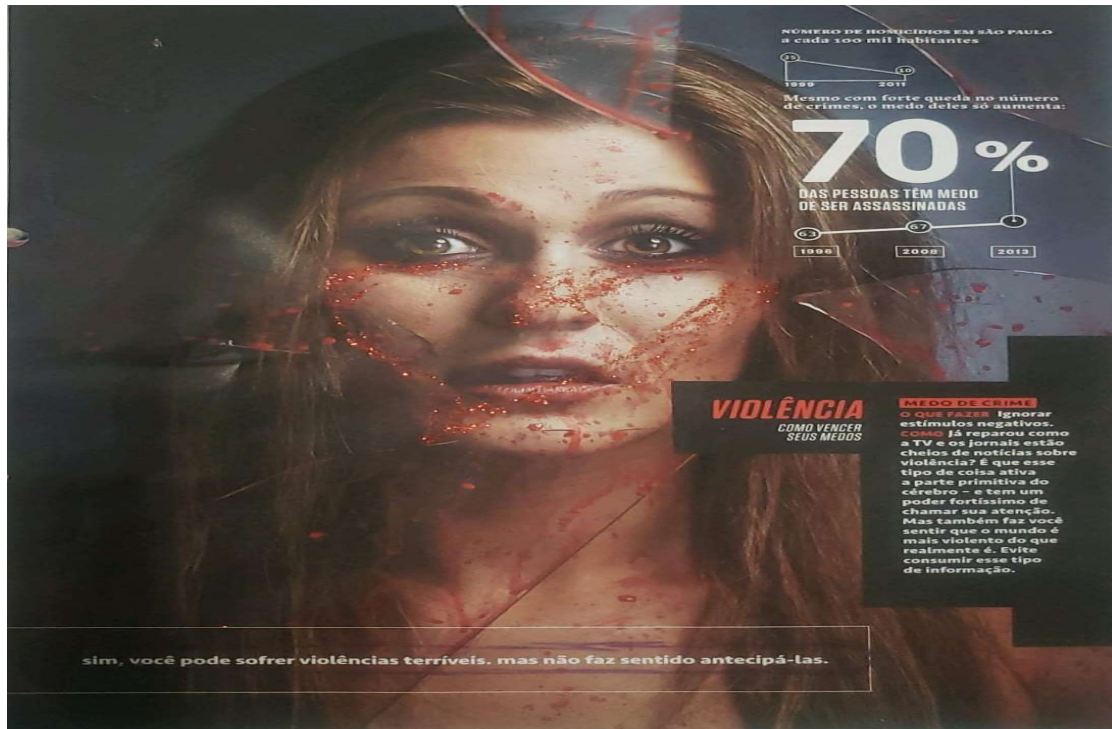


Figura 5 - Reportagem sobre a violência contra a mulher utilizada no livro de colagens

Como já citado acima, ainda há o fato de que muitas mulheres em nossa sociedade, e não seria diferente com algumas usuárias do CAPS, terem a concepção do trabalho feminino como a realização dos afazeres domésticos, o exercício da maternagem, etc e do papel masculino como provedor e protetor em seus relacionamentos:

“Eu tô bem, graças a Deus. Quando eu comecei a vir pra cá, eu comecei a ter mais ânimo... mas ainda tá faltando coisa da minha parte mesmo, sabe? Tipo limpar a casa, lavar a louça, essas coisas que mulher faz, né? Tá difícil, pra mim. Mas eu venho pra cá pra aliviar a cabeça.” (P10)

Percebemos que a participante está realmente incomodada com o fato de não poder realizar as atividades domésticas e que ficam a cargo de seu marido tais tarefas. A autora Saffioti (1987), nos elucida:

Desta forma, a igualdade de oportunidades pressupõe a partilha de responsabilidades por homens e mulheres, em qualquer campo de atividade, aí incluso o espaço doméstico. Não se trata de ensinar os

homens a auxiliarem a mulher no cuidado com os filhos e a casa, pois sempre que a atividade de alguém se configurar como ajuda, a responsabilidade é do outro. Trata-se de partilhar a vida doméstica, assim como o lazer e as atividades garantidoras do sustento da família. Nada mais injusto do que tentar disfarçar a dominação dos homens sobre as mulheres através da "ajuda" que os primeiros podem oferecer as últimas. Esta forma de raciocinar é exatamente igual àquela que considera o trabalho extraluar da mulher como "ajuda" ao marido. Na qualidade de mera "ajudante", à mulher se oferece um salário menor, ainda que ela desempenhe as mesmas funções que o homem. A própria mulher, admitindo seu trabalho tão somente como "ajuda", aceita como natural um salário inferior. (SAFFIOTI, 1987, p. 15).

O diálogo entre o casal P6 e P1 seguiu marcante nesse aspecto:

“Futuro é corrigir o benefício com os 25% que já prometeram e eu tô esperando, pegar os atrasados do INSS e fazer meu pé de meia pra quando eu tiver condição de ter a minha casa própria, ter pelo menos um filho e uma filha... (P6). E a participante 1 fala: E eu não tô incluída no futuro dele... então eu tenho que planejar o meu futuro sozinha! (Já tinha citado em comentário anterior que se o casamento não desse certo pretendia se mudar para São Paulo para morar perto de sua irmã). P6: Sozinha não, sozinha não, é... P1: E eu vou ter filho? Que idade que eu tenho? Vou ter filho? P6: É futuro... Pesquisadora: São planos futuros... P1: Então teu futuro não tá junto com o meu. Se a situação apertar, que eu ver que não tem saída, talvez eu vá morar perto da minha irmã porque a gente não pode se garantir muito não, porque já tenho certa idade e o Senhor, sabe como é, né... por isso que eu tô falando que tem a questão de Deus. A minha outra irmã falou que ela tem um teto pra mim lá, mas tenho que ir lá morar perto dela. Ela é exigente pra caramba... P6: Ela entende tudo errado! Aí você fala uma coisa e ela se intromete no meio pra falar. Pesquisadora: Termina de falar então. P6: Não... é que se um dia eu perder a P1, aí eu vou procurar uma pessoa pra mim ter um filho, procurar uma esposa. P1: Depois de véio... P6: É, que eu não tenho ninguém com

isso (filhos). Aí ela como não quer ficar sozinha, eu também não quero ficar sozinho. P1: Você fica com meus filhos pra você, ó... “agora que minha companheira morreu, eu sou seu padrasto” e você em vez de ajudar ela, ajuda eu [risos]. P4: Aí aí viu...”

Outra questão que se destaca são os relacionamentos onde a dominância é masculina.

Os homens devem vestir a máscara do macho, da mesma forma que as mulheres devem vestir a máscara das submissas. O uso das máscaras significa a repressão de todos os desejos que caminham em outra direção. Não obstante, a sociedade atinge alto grau de êxito neste processo repressivo, que modela homens e mulheres para relações assimétricas, desiguais, de dominador e dominada. (SAFFIOTI, 1987, p. 40).

Sentimento de posse, ciúme doentio, condutas machistas e opressoras estão relacionadas à insegurança do homem que não aceita ficar em uma posição dita de inferioridade frente à mulher, não aceita que o término da relação parta da sua parceira, não aceita a independência financeira e educacional da mulher entre outros.

Essa dinâmica fica explícita na fala do casal de participantes 2 e 9:

“Meu futuro é longe do CAPS! Porque eu não vou estar aqui em Santos. ” (P2). E mais que depressa o esposo (P9) fala: “Lá em Porto Alegre tem CAPS! ”. Pesquisadora: “O seu futuro não é em Santos? P2: Não...”

Novamente o participante 9 interpela a fala da esposa e deixa mais explícito suas intenções de dominância:

“...Isso! Nosso futuro! Ó, o nosso futuro aqui ó [mostrou o dedo da mão esquerda com a aliança de casamento]. ” (P9)

Novamente outra fala que chama a atenção sobre relacionamentos, ao qual começou uma conversa sobre planos futuros, nos mostra até que ponto as mulheres se submetem aos seus parceiros:

“Plano pro futuro? Mas eu tô tão velha! [risos] (P1). O participante 9 disse: Só acha que tá velha, tá fazendo graça! Pinta o cabelo de preto... P1: Eu pretendo ir pra Igreja e ter saúde... tá bom pra mim.”

Com isso segue a fala participante 4 com um tom de indignação:

“Escuta! Você se sente velha? (P4). P1: Eu não! P4: Você tá falando agora... P1: Eu tô doente, não é questão de idade... P4: Você não é doente, você põe na cabeça que você é doente, mas você não é doente!... Posso falar um negócio? A pessoa põe na cabeça que é doente, eu era assim igual você, só vivia internada, falava que era doente. Depois que eu pus na cabeça que eu não queria mais essa vida assim pra mim, falar que eu era doente, que eu queria se matar, isso e aquilo, ó: sumiu tudo! Hoje eu sou uma pessoa feliz, não me sinto doente, faço meu tratamento na boa... você não pode falar que você é doente, você tem que falar que você é sadia, forte! Não pode ser assim... se arrumar melhor, pintar seu cabelo, se sentir uma pessoa bonita, você é uma pessoa bonita, não é feia!”

Neste momento a participante 1 fala:

“O P6 não deixa eu pintar o cabelo! (P1). P9: Ó P6... leva ela na cabeleireira, pintar o cabelo de café... P6: Pinta o seu de branco! [risos]. P1: Não pretendo pintar o cabelo. Porque se eu assumir a minha... P4: O P6 não deixa. P1: Não é porque ele não deixa! Eu não gasto dinheiro... ó, eu tinha 50 reais pra pintar o cabelo, aí a minha amiga pediu a minha panela de pressão emprestada, aí essa foi a última vez que não pinte... fui ver na loja, minha panela é 7,5 L, aí achei uma novinha, 4,5 L, peguei aqueles 40 real, paguei uma panela nova e dei pra ela. Fez muito mais bom

uso do que pintar o meu cabelo, na minha opinião. P9: Claro que foi! P1: Não é?”

E o diálogo segue em uma mistura de vários temas como autoestima, economia financeira e a submissão por parte da mulher em seu casamento:

“P4: Ah, mas pintar o cabelo renova as pessoas, certo? P9: Rejuvenesce a pessoa. P1: Eu não quero ser jovem, eu já tô com idade. P9: Não... P4: Que idade!? Tá com quantos anos? 58? Eu tô com 66 e não me sinto velha! P1: A minha cunhada tem 76 anos... o cabelo dela, ela parece uma moça! P11: Minha mãe, ela pinta o cabelo, ela se cuida... precisa ver como a minha mãe se cuida! P1: Ó, eu acho assim, que a gente tem que aceitar as pessoas como elas são, se tem uma garota que é muito bonita, fala “puxa, você é tão linda!”, então acho que a gente tem que aceitar as pessoas... eu vejo as pessoas jovens aqui do NAPS, as meninas que fazem estágio, falo “nossa, que menina linda!”, tem idade para serem minhas filhas...P9: Isso! Pesquisadora: Ó, eu concordo que a gente tem que se aceitar como é, mas acontece que a gente não pode deixar... P4: Relaxar! Pesquisadora: ... relaxar e outra coisa: não fazer o que nós gostaríamos de fazer por causa que outras pessoas não deixam... nós somos donos da nossa própria vida! P1: É... isso é. Acontece que a gente é dono da própria vida, a partir do momento em que terceiras pessoas não influenciam.”

Neste grupo focal, o último, transpareceu a anulação da mulher pelo companheiro, a questão da submissão ao parceiro, a importância ainda dada ao papel masculino de protetor e provedor em muitas relações. Não quer dizer que a mulher não sofra ao se identificar nesta posição de submissa, mas demonstra que ainda falta, principalmente nas regiões mais empobrecidas do país, o investimento do poder público na educação, cultura, políticas públicas de direitos ao passo que o empoderamento destas mulheres tem se dado através de movimentos liderados por

outras mulheres geralmente da própria comunidade e que se identificam com aquela realidade, uma vez que são pertencentes aquele território e que viveram situações semelhantes. Claro que houve, nos encontros anteriores, algo nas falas ou nas atitudes dos participantes que apontasse para isso, mas neste grupo ficou nítida a relação de dependência e submissão e, embora tenha sido um momento bem delicado do encontro, foi uma excelente oportunidade de os participantes debaterem sobre isso. Essa demanda já tem sido alvo de discussões em reunião de equipe por diversas vezes, pois muitas das vezes o comportamento dominador do parceiro acaba por interferir até nos cuidados em saúde da outra pessoa. Lembrei de um desejo antigo que ainda não consegui pôr em prática: realizar um grupo de mulheres com as usuárias a fim de discutir sobre temas pertinentes ao empoderamento feminino.

6.5.2 Violência e Preconceito

A exposição a violência não é somente uma questão de gênero, etnia ou classe social. Tem a ver também com os pré-julgamentos da sociedade que sofremos desde cedo, na época escolar. Aqui o participante 5 relata sua experiência escolar e mostra o quanto isso pode ser confuso para quem vive esses momentos, em especial para quem tem algum sofrimento psíquico desde a infância ou adolescência:

“É... então eu desde pequeno faço tratamento com psicólogo e psiquiatra, então... e eu nunca tive rejeição, tanto que os meus boletins era só 8, 9 e 10 na escola. Aí quando entrei no Colégio Canadá, eu sou alérgico a perfume, né, e eu sou gago também, aí no trabalho da T., que ela punha o papel pardo na lousa pra gente ler, eu gaguejava pra ler e gaguejava pra falar, aí eu pensei que o povo ria por causa da minha gagueira, mas não era isso. Era porque eu não tinha saído com as duas professoras... Eu sou calado porque a voz trava, a minha voz trava e não dá pra mim falar o que eu quero. Aí eu descobri que as pessoas quando não são gagas, falam cantando, né? Tem ritmo cantante. E as pessoas que são gagas são secas, falam por parte. E eu falo por parte, é muito difícil eu falar... Eu sou assim: quando alguém tira sarro da minha cara ou ofende a minha deficiência

física ou a minha cor, como eu já fui... o bullying lá na escola como já foi comigo, não sei se foi racismo, se foi bullying, só sei que foi alguma coisa muito distante, porque quando eu olho essas pessoas, eu não enxergo como uma coisa normal, eu enxergo como anormal, porque não me conhece, não conhece a minha família. E como é que vai falar de alguma coisa que não sabe sobre a minha vida, né?... Eu sou assim: desde criança quando eu ficava na classe especial, eu fiquei 7 anos na classe especial, com 15 anos eu estava na segunda série primária aí eu falava assim: “eu vou fazer o meu ensino fundamental, médio e superior”... Aí quem começou com a gracinha dos apelidinhos foi a E. e a C. ... porque eu não nasci com esquizofrenia. Eu adquiri esquizofrenia com 27 anos de idade. Então, eu tô falando da represália que eu tive quando eu saí da classe especial. O desrespeito começou no Colégio Canadá, quando me provocavam e eu não fazia nada, só ficava calado.” (P5)

Este participante deixa transparecer em seu relato algo que ainda está se desenvolvendo no Brasil, o debate sobre o racismo, preconceito e o sofrimento mental nas pessoas negras. Por ser um país colonizado por portugueses herdamos a cultura do pensamento europeu onde se confere ao negro a imagem do mal, de sujo, de pecado, de imperfeição e ao branco do bom, da paz, da inteligência, da inocência, da perfeição. E, como aponta Faustino (2020) o problema é mais complexo, pois esses estereótipos criados em benefício da supremacia branca distorcem a visão de mundo das pessoas e, como que em uma “catarse coletiva” (FANON, 2008, p.130/162), a visão dos negros e negras sobre si exercem uma influência devastadora para a subjetividade, ao passo que produzem sentimento de incontornável inadequação”. (FAUSTINO, 2020, p. 17).

Sabemos que o racismo e o preconceito assim como fatores econômicos, situações estressantes no lar, nos estudos ou no trabalho, exclusão, e outras formas de vulnerabilidade geram sofrimento e adoecimento psíquico. Precisamos ter mais abertura para discussões no que tange as desigualdades sociais e raciais para entendermos que o acesso a saúde, inclusive a saúde mental, nem sempre é um

direito garantido. Reconhecer a nossa sociedade como “uma sociedade racialmente estruturada” (DAVID, 2018; LOPES, 2004) seria o caminho, além de nos debruçarmos nos ensinamentos de Fanon em saúde mental, traçando estratégias para superar o sofrimento mental causado pelo racismo, assim como combater a invisibilidade do racismo, evitando-se que:

[...] os profissionais de saúde acabem reproduzindo as relações raciais hierarquizadas construídas ao longo de centenas de anos, associando cor da pele à posição hierárquica inferior, ao baixo poder aquisitivo e distinguindo condutas de cuidado entre as populações negra e branca. (DAVID, 2018, p.67).

A violência e preconceito também apareceram quando foi perguntado aos atores da pesquisa se sentem que são tratados de forma diferente por pessoas que não são acompanhadas no CAPS. Tal ato se dá, pela experiência que os participantes da pesquisa apresentaram, pelo fato de serem rotuladas como “pacientes do CAPS”, mostrando a concepção cultural que algumas pessoas ainda têm sobre a saúde mental e a população usuária da Política Nacional de Saúde Mental. Segue trechos das falas:

“Aonde eu moro, ninguém trata bem porque eu faço tratamento aqui.” (P4)

“Uma vez eu fui alugar um quarto e a pessoa falou “ah, então você é do CAPS? Então não.” (P13)

“(...) se eu for no Balneário, vou jogar uns três, quatro, cinco, lá pra baixo. Uma vez eu fui lá, me trataram que nem um animal, me levaram pra secretaria, uns três, quatro, me levaram pra secretaria... eles foram me pegando de qualquer maneira, foram me amordaçando lá em cima. Eu cheguei na secretaria, arrebentei tudo aquela secretaria, a secretária saiu de lá apavorada, arrebentei o telefone, foi policial chegou lá para conversar que eu tinha que pagar, que pode descontar do meu pagamento.” (P12)

Alguns, apesar do receio de serem tratados de modo diferente por pessoas que não são do seu espaço de convivência no CAPS, tiveram uma grata surpresa:

“Eu graças a Deus pensei que ia ser rejeitada porque eu faço tratamento, né? Meus familiares daqui aceitaram bem, eu fiquei com medo de São Paulo, que há trinta e poucos anos que eu não via as minhas irmãs, fiquei com medo de chegar lá e elas saber que eu faço tratamento no NAPS e tratar eu diferente, né? Mas graças a Deus me aceitaram, me trataram muito bem.” (P4)

A inclusão social é um desafio para o usuário com sofrimento mental, uma vez que é um processo complexo que depende de seu poder de contratualidade, da rede de apoio ou outros serviços que este busca para o empoderamento de suas ações.

Para resumir esquematicamente o conceito de exclusão/inclusão social, são apresentados abaixo os conceitos fundamentais que caracterizam o processo de exclusão/inclusão social. As "dimensões de inclusão social" são os principais eixos na identificação do processo de exclusão/inclusão social; o nível singular está relacionado a como este eixo influencia a vida cotidiana das pessoas; enquanto o nível coletivo se refere à relação deste eixo com a organização social, o sistema produtivo e o sistema jurídico. (SALLES; BARROS, 2013, p. 1061).

Este processo de exclusão é fruto da percepção pautada no senso comum de que pessoas com sofrimento psíquico são perigosas e foi construída ao longo dos anos em que está população foi institucionalizada, onde eram privados da vida em liberdade (SALLES; BARROS, 2013, 1068).

A exclusão dos usuários da saúde mental varia em maior ou menor grau conforme a classe social, raça ou gênero, conforme cita Basaglia (1985, p. 108) antes mesmo da internação, o caminho percorrido por alguém que dispõe de recursos financeiros será diferente de quem é miserável financeiramente, pois o primeiro já desfruta, de antemão, de maior poder de contrato na sociedade.

Um tema que foi destaque também entre os participantes da pesquisa foi a importância de se sentir incluído na família, a importância de que seja restabelecido os laços familiares ou até mesmo os que têm esse vínculo frágil e que não o desejam perder, mostrando a importância da família em sua rede de apoio.

Outro ponto em questão é o fato da definição de família ter mudado ao longo dos anos, não se restringindo apenas a família nuclear (pai, mãe, filhos) ou a família extensa (avós, tios, primos) e assim, como fica claro na pesquisa, a rede de apoio é tão importante quanto a família consanguínea e muitas vezes é a única que os usuários da saúde mental podem contar verdadeiramente.

Pode-se dizer que são da família aqueles com quem se convive diariamente, aqueles que oferecem apoio em momentos de fragilidade e conseqüentemente novos vínculos são construídos e novas redes se estreiam a medida que as relações de afeto se expandem (SARTI, 2010).

A família constituída através de laços afetivos com aqueles que escolhemos ou por quem fomos escolhidos tem a ver com a identificação a certos grupos sociais, o acolhimento recebido e ofertado, o pertencimento a um território. Fica visível no cotidiano do CAPS o quanto essa rede de apoio se constrói neste ambiente de convivência e ultrapassa os limites da unidade quando os usuários passam a se apoiar mutuamente, combinam saídas para ir a outros locais ou equipamentos da cidade, quando frequentam a casa uns dos outros ou quando dividem as despesas da compra de alimentos para almoçarem juntos aos fins de semana.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito da pesquisa era estabelecer uma conversa acerca dos usuários da saúde mental assim como o próprio título desta dissertação diz: “Vamos Conversar? Discussão Sobre a Autonomia dos Usuários no Centro de Atenção Psicossocial”. A proposta era ir além de uma conversa falada, era expor com franqueza e delicadeza aquilo que foi ouvido através da escuta qualificada, o que foi visto e percebido daquilo que os usuários estavam sinalizando silenciosamente ou não.

Para isso é preciso ter a sensibilidade de estar aberta a algo ou alguém, se colocar no lugar do outro, ter o olhar apurado para o não palpável, o subjetivo, para aquilo que só uma observação consciente pode proporcionar. E foi exatamente isso que procurei deixar explícito nestas linhas, a minha observação consciente e a escuta transformadora onde transparecem a visão de mundo e a realidade vivida pelos usuários do CAPS dentro e fora deste ambiente. Também me disponibilizei a trazer reflexões acerca da prática profissional, considerando os múltiplos fatores potencializadores de estresse, desgaste e pressões, assim como possíveis indicadores para lidar com os desafios da práxis no cotidiano de cuidados em saúde.

Através deste estudo pudemos comprovar o quanto a questão da autonomia está presente no cotidiano dos usuários do CAPS, que vão em busca de seus objetivos, tecem e expandem suas redes de apoio e seu poder de contratualidade no território em que estão inseridos.

Embora a grande maioria dos usuários participantes da pesquisa tenham a percepção da autonomia como relacionada a independência pessoal e livre arbítrio para tomada de decisões, as suas ações levam a entender que exercem a autonomia como citada no conceito de Kinoshita (1996): procuram ampliar a rede de dependências, produzindo suas próprias normas, de forma que faça sentido à vida.

Destacou-se ainda que muitos procuram se esclarecer e estabelecer estratégias para adquirir ou pôr em prática seus direitos. Muitas vezes se posicionam com relação ao funcionamento dos locais e equipamentos em que estão inseridos e de certa forma buscam o autocuidado conforme sua realidade.

Pudemos comprovar que em diversas situações os usuários buscam serem os protagonistas de sua própria história, como a participante 1 que, em alguns momentos de sua trajetória no CAPS, procurou ser ativa em seus cuidados em saúde,

negociando suas medicações, baseada em vivências anteriores do que lhe fazia bem ou mal; procurava a troca de referência médica e técnica quando achava necessário e estabeleceu novas redes quando foi procurar por informações e apoio tanto com técnicos da unidade quanto com seus colegas de HD, com relação a seus direitos.

Nos espaços coletivos, como em assembleias, os usuários de modo geral conseguem se expressar, embora muitas vezes não se sintam compreendidos e contemplados em seus questionamentos ou pedidos. Pensam que suas sugestões não foram aceitas ou que não tenham valor. Acredito que, neste ponto, a comunicação entre a equipe do CAPS Centro e os usuários não esteja acontecendo de forma clara, pois seus pedidos são repassados para os gestores ou para outros setores que se façam necessário para a resolução daquela questão, porém a devolutiva destas informações pode acabar se perdendo no tempo entre um encontro e outro.

No contexto da pandemia da Covid-19, que estamos enfrentando há mais de um ano, as recomendações da OMS para o isolamento ou distanciamento social, trabalho em casa, cuidados redobrados de higiene não parecem terem sido elaboradas e levadas em consideração a realidade das pessoas que se encontram em vulnerabilidade social.

O que significa a quarentena para trabalhadores que ganham dia-a-dia para viver dia-a-dia? Arriscarão desobedecer à quarentena para dar de comer à sua família? Como resolverão o conflito entre o dever de alimentar a família e o dever de proteger as suas vidas e a vida desta? Morrer de vírus ou morrer de fome, eis a opção. (SANTOS, 2020, s. p.).

Afinal, quem consegue ficar são quando a fome assola a si próprio e seu filhos, quem se mantém “estável” com a possibilidade de despejo, já que não pagou o aluguel e o “bico não virou” este mês?

Ficou evidente que as expressões da questão social ao qual fundamentam o serviço social e também permeiam a saúde mental fazem parte do cotidiano dos usuários, que estão expostos a diversos tipos de violências e profundas desigualdades sociais, como a falta de emprego digno e seguro perante as leis trabalhistas (mercado informal), pobreza que os forçam a procurar morada em habitações insalubres como os cortiços, escassez de alimentos e a falta de acesso as políticas públicas de direito. Esta exposição, principalmente daqueles que vivem em

regiões de maior vulnerabilidade e risco social, colabora negativamente com o aumento do sofrimento psíquico do ser.

Certa vez Basaglia descreveu sua experiência com pessoas internadas no hospital psiquiátrico e ainda hoje, pode-se tomar sua fala como atual onde a miséria e a loucura se misturam, mesmo em um serviço substitutivo:

Creio que uma das principais prevenções da loucura e da doença mental é a luta contra a miséria. Quando entramos num manicômio temos à nossa frente a miséria. A primeira coisa que ele (paciente) faz quando nos vê é pedir esmola e perguntar: “Quando volto pra casa?” (consciência da prisão e consciência prática da miséria) (BASAGLIA, 1979, p.33).

Em se tratando de saúde mental, há tempos vivemos sobre a pressão do retrocesso e conforme cita Vasconcelos (2013):

No contexto atual de políticas neoliberais (subfinanciamento, sucateamento e privatização das políticas sociais e serviços; terceirização, precarização dos direitos e rotatividade do trabalho; e aumento das demandas, do nível de gravidade dos problemas e da população adscrita a cada serviço), as questões de empoderamento acabam sendo secundárias para os trabalhadores de saúde mental. (VASCONCELOS, 2013, p. 2829).

Como resultado disso os profissionais dos CAPS acabam sobrecarregados com o aumento da demanda, a defasagem do quadro de recursos humanos, engolidos pela rotina, falta de apoio dos gestores da saúde pública (em todas as esferas) e mais recentemente as pressões psicológicas advindas da crise sanitária mundial da Covid-19. Reflexo disso é que a maior parte de suas ações ficam concentradas em questões relacionadas ao ambulatório, fazendo com que estes profissionais algumas vezes respondam de forma imediatista e individual a questões que deveriam ser pensadas e compartilhadas em equipe. Acontece também que por conta dessa naturalização em atuar de forma mais focada nas emergências do serviço, os profissionais têm seu tempo abreviado para planejamentos e ações de qualidade direcionadas aos usuários da hospitalidade diurna. Com certeza estas e outras questões trazem grandes inquietações por parte da equipe, pois o desafio está em como equilibrar as ações entre ambulatório e HD ao mesmo tempo que se deve enfrentar as ações nefastas do desmonte dos serviços públicos.

Por isso a atualização constante, onde a educação interprofissional nos permita uma atuação crítica reflexiva com o propósito de diálogo, a parceria com as universidades, a troca de conhecimento quando recebemos estagiários no campo de atuação, a busca por uma escuta qualificada, a empatia, troca de saberes e a transformação das práticas no local de trabalho são boas respostas para estas questões e com isso estaremos melhores preparados para os desafios que ainda virão mas, principalmente, mais fortalecidos, atuaremos com os usuários na luta por sua autonomia e protagonismo, inserção na sociedade e principalmente na efetivação de política públicas de direito que contemplem e respeitem os usuários da saúde mental como pessoas detentoras de direitos.

8 REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. **Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política**. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4, 1997, pp. 87-102.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995. 136 p.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. 117 p.

AMARANTE, P. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições: Programa de Educação a Distância**. Rio de Janeiro. Módulo. 7. Fiotec/Fiocruz, EAD/Fiocruz. 2009. 90 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BORGES, L. BORGES, M. **Voa Bicho**. Música Gravada por Milton Nascimento. Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/milton-nascimento/81567/>>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. **Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília – DF, 2006. BUSS, P. M.; PELEGRINI, A.A. Saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. Indica os procedimentos de competência dos CAPS. **Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 12 de dezembro de 2013. 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). **Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio.** Brasília 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRIGATÃO, M. D. S.; PEREIRA, M. B.; CAMPOS, R. T. O. Resignificando um Castelo: um Olhar sobre Ações de Saúde em Rede. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2019 v. 39, e185242, 1-12. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e185242.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

CAPISTRANO, F. D. **Santos: mil dias de governo popular**. 1991 São Paulo, Editora Brasil Urgente, 1991

CASSETTO, S. J.; HENZ, A. de O.; RODRIGUES, A.; AZEVEDO, A. B.; MARTINEZ, F. P. M.; MORENO, H. V.; SILVA, M.J. da.; CAPOZZOLO, A. A. O cuidado não existe, modos diversos de cuidado na atenção básica em saúde. In.: **Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde/ organização** Rosilda Mendes, Adriana Barin de Azevedo, Maria Fernanda Petrolí Frutuoso. – 1. Ed. – São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2019.

CEZAR, C. A.; MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. A construção da intersetorialidade em saúde como estratégia na garantia de direitos. In: **Conferência mundial de serviço social**, 19. Salvador, 2008, CD-ROM. ISBN 9788599447048.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a Assistente Social**. Aprovado em 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Brasília: CFESS, 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE>. Acesso em: 04 abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Painel Conass COVID-19**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/painelconasscovid19>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

DAVID, E. de C. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II infanto-juvenil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho Educação e Saúde** vol.17 nº.2 Rio de Janeiro 2019 Epub May 06, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FAUSTINO, D. M.; OLIVEIRA, M. C. dos S. Frantz Fanon e as máscaras brancas da saúde mental: subsídios para uma abordagem psicossocial. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S.l.], v. 12, n.Ed. Especi, p. 6-26, out. 2020. ISSN 2177-2770.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado (tradução de Paula de Siqueira Lopes). **Cadernos de Campo**, n. 13, p. 155-161, 2005.

FELIPPE, M. L. Casa: uma poética da terceira pele. **Psicologia & Sociedade**, 22(2), 299-308, 2010.

FURTADO, J. P. et al. Inserção Social e Habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n.33, p. 389-400, abr./jun. 2010

GATTI, B. A. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Série Pesquisa em Educação v.10. Brasília, D.F., 2005.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3 ed. – São Paulo, Cortez, 2000.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins University**; 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

KINKER, F.S. Um olhar crítico sobre os Projetos Terapêuticos Singulares. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016.

KYNOSHITA, R.T. Em busca da cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: BRAGA CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C. M.P. (Org). **Contra maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. p.39-49.

KYNOSHITA, R. T. **Reportagem Agência Brasil**. Santos é pioneira na luta antimanicomial, jun 2010.

Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/santos-e-pioneira-na-luta-antimanicomial/n1237686246722.html>>. Acesso em: 26 maio 2018.

LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2005/38277/projeto914bra3002.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

MACHADO, A. L. **Espaços de representação da loucura: Religião e psiquiatria**. Campinas, SP; Papyrus; 2001.

MICHAELIS **moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/busca?id=EMnj>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo, Ed. Hucitec; 2006. 406 p.

MYNAYO, M C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de serviços de saúde mental**. 2003. 224f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. (2012). Humano demasiado humano: Uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar. In: R. Onocko-Campos (Org.), **Psicoanálise e saúde coletiva: Interfaces** (pp. 57-76). São Paulo, SP: Hucitec.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS declara pandemia do novo Coronavírus**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PACHECO, S. U. C.; RODRIGUES, S. R.; BENATTO, M. C. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. **Mental** - v. 12 - n. 22 - Barbacena-MG - Jan-Jun 2018 - p. 72-89

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os CAPS como serviços substitutivos – a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1059-1071, Dec. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020. 32p.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SARTI, C. A. **Família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, L. J. **Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

SOUSA, F. M. S de.; SEVERO, A. K. de S.; SILVA, A. V. F da; AMORIM, A. K. de M. A. Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. **Physis** vol.30 no.1 Rio de Janeiro 2020 Epub Sep 23, 2020

TORRAO FILHO, A. Uma questão de gênero: o onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cafajeste. Pagu**, Campinas, n. 24, pág. 127-152, junho de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332005000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2021.

TUGNY, A. O Imaginário da habitação e do habitar. In: **Inserção Social e Habitação de Pessoas com Sofrimento Mental Grave – Um Estudo Avaliativo/** Juarez Pereira Furtado, Eunice Nakamura, organizadores – São Paulo: Fap-Unifesp, 2014.

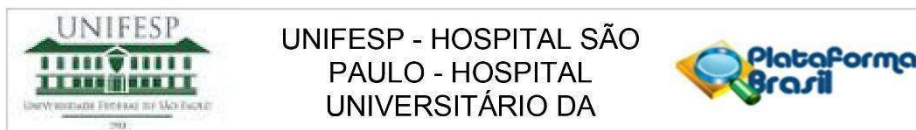
VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

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. **Abordagens psicossociais**. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 2: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares.

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. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.10, pp.2825-2835. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000007>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vamos conversar? Discussão sobre a autonomia dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial

Pesquisador: AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12647419.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.409.714

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0478/2019 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD.

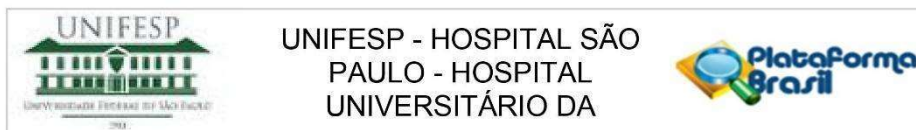
Orientador(a): Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker.

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1329621.pdf, postado em 26/04/2019).

APRESENTAÇÃO: Tendo como participantes da pesquisa os usuários em hospitalidade diurna (HD) do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS) – Centro, na cidade de Santos, este projeto busca investigar a autonomia e a voz ativa destes, e mais especificamente identificar os usuários que necessitam de ações de esclarecimento e de fortalecimento em relação à busca da autonomia, protagonismo e construção da própria história e de seus cuidados em saúde. A pesquisa será qualitativa com o grupo focal como instrumento principal para obtenção dos dados. A hipótese que apresento é que nem sempre o usuário do CAPS tem a oportunidade de exercer o protagonismo de sua história; quer por excesso de zelo e proteção por parte da equipe técnica,

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.714

quer por dificuldades encontradas no estabelecimento de relações sociais, acaba-se oprimindo nos usuários as suas iniciativas de direcionar autonomamente sua própria vida e ações de cuidado, seja dentro do CAPS, seja no território que estão inseridos.

HIPÓTESE: A hipótese que apresento é que nem sempre o usuário do CAPS tem a oportunidade de exercer o protagonismo de sua história. Muitas vezes por excesso de zelo e proteção por parte da equipe técnica, ou devido a um empobrecimento da rede de relações nos territórios, acaba-se negando aos usuários a oportunidade de direcionar autonomamente sua própria vida e participar de ações no processo de cuidado, seja dentro do CAPS, seja no território que estão inseridos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar como e em que condições se dá o protagonismo e autonomia dos usuários no CAPS, qual seu entendimento e visão sobre os seus processos de protagonismo e autonomia, considerando sua participação nos cuidados em saúde.

Objetivos Secundários: Identificar os usuários que necessitam de ações de esclarecimento e fortalecimento com relação a sua autonomia e protagonismo; Identificar as diferentes situações em que os usuários podem ser protagonistas de sua própria história, sendo ativos em seus cuidados e participando efetivamente dos espaços em que estão inseridos.

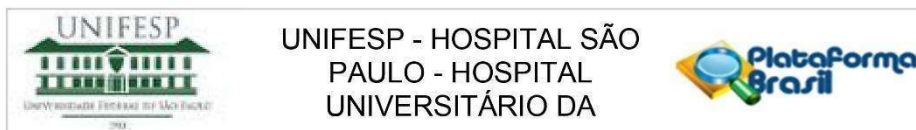
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

Riscos: Toda pesquisa que envolve seres humanos pode trazer riscos, mesmo que mínimos, de algum incômodo ou desconforto, já que se estará compartilhando ideias com outras pessoas. Caso alguém sinta algum tipo de incômodo ou desconforto, ficará garantida a liberdade de retirada do seu consentimento e participação em qualquer momento da pesquisa e o pesquisador e o orientador estão dispostos a acolher caso necessário.

Benefícios: Com a pesquisa os benefícios estimados aos usuários são o estímulo da autonomia, o reforço dos vínculos entre estes o CAPS e os espaços em que estão inseridos. Lançar reflexões sobre seu papel em seus cuidados em saúde, seu papel na sociedade e na busca de seu protagonismo.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.714

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: qualitativo.

LOCAL: CAPS III - Centro da cidade de Santos.

PARTICIPANTES: 12 usuários adultos do CAPS III.

Critérios de inclusão: usuários adultos, maiores de 18 anos, ambos os sexos, que utilizam o espaço do CAPS na forma de hospitalidade diurna.

PROCEDIMENTOS: O instrumento utilizado será o grupo focal, visto que permite captar através das discussões do grupo as opiniões, os sentimentos, as reações a respeito de um determinado tema sob a ótica de um grupo social.

Serão realizados três grupos focais com os doze usuários. O grupo será misto e para a escolha do pesquisador serão convidados a participar usuários com diferentes tempos de inserção neste espaço, a fim de captarmos a singularidade e as experiências de cada um deles. A escolha por usuários da hospitalidade diurna se dá pelo fato de que estes precisam de uma atenção maior por parte da equipe, seja por questões de vulnerabilidade social, por questões de manejo com a medicação, por questões de vinculação com o serviço e os técnicos, entre outros. O grupo se dará no próprio espaço do CAPS de acordo com a disponibilidade de agendamento na unidade, afim de não comprometer o andamento das atividades do serviço sendo previamente acordado com a chefia local.

Para orientar as discussões durante o grupo focal, o pesquisador se baseará em um roteiro. Aliado ao grupo focal, o pesquisador também utilizará os diários de campo como instrumento de pesquisa.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em resposta a pendência o pesquisador apresentou:

- carta resposta
- novo modelo TALE e TCLE
- projeto reformulado
- declaração de sigilo e anonimização dos dados dos participantes

Recomendações:

sem recomendações

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br

Continuação do Parecer: 3.409.714

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3348716 de 27 de Maio de 2019. PROJETO APROVADO.

Pendência 1. O cronograma informado no formulário de informações básicas indica que parte do estudo já será iniciada antes da aprovação do protocolo (Realização dos grupos focais – início 25/03/2019). No cronograma anexado (cronograma.pdf) consta “Realização dos grupos focais – Mês de início maio/2019”. Favor corrigir ambos os documentos. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f).

Resposta 1: Informo que no documento o início do grupo focal foi alterado para julho de 2019. Anexado também à Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 2. Enviar declaração do pesquisador garantindo o sigilo e a anonimização dos dados dos participantes da pesquisa.

Resposta 2: A declaração foi devidamente anexada à Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 3. Incluir no TCLE e no TALE a informação sobre quantas vezes serão realizados os grupos focais (serão quantos encontros?).

Resposta 3: A mudança foi devidamente realizada, conforme exposto a seguir:

A pesquisa se dará por meio de TRÊS (03) grupos focais, onde serão utilizados registros escritos e gravados em áudio.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 4. O CEP/UNIFESP mudou de endereço. Favor corrigir no TCLE e TALE.

Resposta 4: Correção incluída no TCLE e TALE.

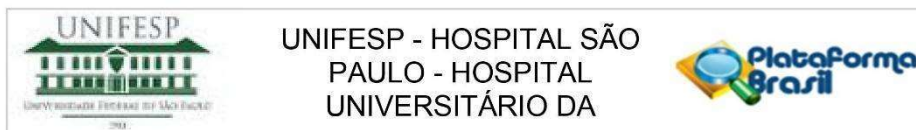
PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 5. Informar no TCLE e TALE os benefícios da pesquisa. Caso não existem benefícios diretos, informar quais são os indiretos.

Resposta 5: Segue a correção feita abaixo:

MESMO NÃO TENDO BENEFÍCIOS DIRETOS PARA VOCÊ, INDIRETAMENTE VOCÊ ESTARÁ

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	
Bairro: VILA CLEMENTINO	CEP: 04.020-050
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.714

CONTRIBUINDO PARA A COMPREENSÃO DOS FATORES EM QUE SE DÁ O PROTAGONISMO E A AUTONOMIA DOS USUÁRIOS NO CAPS, SUA PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS EM SAÚDE E NOS ESPAÇOS EM QUE ESTÃO INSERIDOS.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 6. No TCLE e TALE é necessário substituir "Assinatura do sujeito de pesquisa" por "Assinatura do participante".

Resposta 6: Correção realizada no TCLE e TALE

PENDÊNCIA ATENDIDA

CEP UNIFESP: PENDÊNCIAS ATENDIDAS

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1311881.pdf	06/06/2019 12:21:52		Aceito
Outros	Declaracao_sigilo.pdf	06/06/2019 12:21:31	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	06/06/2019 12:21:10	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	03/06/2019 20:47:24	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	03/06/2019 20:44:10	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.409.714

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/06/2019 20:42:52	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_assentimento.docx	03/06/2019 20:40:49	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/04/2019 22:28:41	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura.pdf	03/04/2019 20:12:59	AUDRA LIZ MAGALHAES ABAD	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Junho de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Anexo 2 – Declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos



SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS
CAAPP-SMS

Santos, 25 de fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS, concorda que o pesquisador **Prof Dr Fernando Sfair Kinker**, responsável pela aluna **Audra Liz Magalhães Abad**, realize a pesquisa “**Vamos conversar? Discussão sobre a autonomia dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial**”, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Christiane Alves Abdala
REG. 21603-6
Presidente da CAAPP-SMS

Rua Amador Bueno, 333- 14º andar – sala 1416 Centro Santos SP
CEP 11013-113 Tel. 3213 5127 coform.sms@santos.sp.gov.br

Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado a participar do estudo **“Vamos conversar? Discussão sobre a autonomia dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Audra Liz Magalhães Abad e orientação do Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker.

Sua participação é voluntária e esta pesquisa pretende investigar a autonomia dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial considerando sua participação nos cuidados em saúde e participação nos espaços em que estão inseridos. A pesquisa se dará por meio de três (03) grupos focais, onde serão utilizados registros escritos e gravados em áudio.

Toda pesquisa que envolve seres humanos pode trazer riscos, mesmo que mínimos, de algum incômodo ou desconforto, já que você estará compartilhando suas ideias com outras pessoas. Caso você sinta algum tipo de incômodo ou desconforto, fica garantida a liberdade de retirada do seu consentimento e participação em qualquer momento da pesquisa e o pesquisador e orientador estão dispostos a te acolher caso necessário. Não haverá despesa ou remuneração. Os resultados serão analisados e publicados, mas sua identidade será guardada em sigilo.

Mesmo não tendo benefícios diretos para você, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão dos fatores em que se dá o protagonismo e a autonomia dos usuários no CAPS, sua participação nos cuidados em saúde e nos espaços em que estão inseridos.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Rua Conselheiro Rodrigues Alves, nº 236 – Macuco – CEP 11015-200 - Santos, pelos telefones (13) 3222-1217 ou (13) 98808-0332, ou pelo e-mail audralizabad@gmail.com. Em caso de consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – CEP@UNIFESP.BR.

Este termo será assinado em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____, CPF n.º _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim.

Assinatura do participante

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data

Apêndice 1 – Roteiro Temático Para os Grupos Focais

Encontros	Tema	Desenvolvimento/Etapas
1º grupo Duração: 1:30h	Autonomia nossa de cada dia	<p>1- Orientações gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Explicar sobre o projeto de pesquisa;- Esclarecer sobre o grupo focal;- Orientar quanto ao sigilo;- Apresentar o TCLE/TA; <p>2- Atividade:</p> <ul style="list-style-type: none">- Solicitar que os usuários se expressem de maneira livre através de desenhos ou frases sobre o que entendem por autonomia;- Duração 20 min. <p>3- Discussão:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pedir para que cada um explique seu desenho ou frase e o que significa;- Seguir a discussão e incluir os disparadores conforme a necessidade. São eles: <ul style="list-style-type: none">● Comentem sobre suas rotinas fora do CAPS como lazer, trabalho;● Falem sobre as pessoas que vocês mais convivem fora do CAPS;● Vocês costumam se encontrar com outros usuários fora do CAPS;● Sentem que são tratados de forma diferente por outras pessoas que não são acompanhadas pelo CAPS. Como e quando isso acontece?● Vocês sentem que podem cuidar de cuidar de si próprio e oferecer auxílio a outras pessoas;● Se sentem ouvidos e respeitados nos ambientes fora do CAPS.

<p>2º grupo</p> <p>Duração: 1:30h</p>	<p>Autonomia e meus cuidados em saúde</p>	<p>1- Atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que os usuários se expressem de maneira livre através de desenhos ou frases sobre o que entendem por cuidados em saúde; - Duração 20 min. <p>2- Discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir para que cada um explique seu desenho ou frase e o que significa; - Seguir a discussão e incluir os disparadores conforme a necessidade. São eles: <ul style="list-style-type: none"> ● Comentem sobre a rotina de seus cuidados em saúde; ● Conseguem conversar com seu médico e referência técnica sobre seus cuidados em saúde e planos de vida; ● Vocês emitem opiniões/sugestões sobre o CAPS, seu funcionamento e atividades; ● Vocês se sentem respeitados e ouvidos dentro do CAPS;
<p>3º grupo</p> <p>Duração: 1:30h</p>	<p>Autonomia e meu futuro</p>	<p>1- Atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que os usuários se expressem de maneira livre através de desenhos ou frases sobre o que desejam para seu futuro; - Duração 20 min. <p>2- Discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir para que cada um explique seu desenho ou frase e o que significa; - Seguir a discussão e incluir os disparadores conforme a necessidade. São eles: <ul style="list-style-type: none"> ● Falem mais sobre seus planos e desejos: ao longo da vida já realizaram algum sonho? ● Vocês sentem-se capazes de planejar seu futuro e colocá-lo em prática?

		<ul style="list-style-type: none">• Caso não, o que impedem vocês disso; <p>3- Encerramento: - Agradecimento a participação de todos nos grupos focais.</p>
--	--	---

Apêndice 2 – Produto Técnico da Dissertação 1

AUDRA LIZ MAGALHÃES ABAD

**PRODUTO TÉCNICO:
LIVRO DE COLAGENS - MINHA SAÚDE NA SOCIEDADE**

Produto Técnico da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

**SANTOS
2021**

Caras leitoras e caros leitores,

Gostaríamos de convidá-los a mergulhar nesta obra e se abrir para o novo.

Este produto técnico é fruto da dissertação de mestrado profissional da pesquisadora Audra Liz Magalhães Abad intitulada: “Vamos Conversar? Discussão Sobre a Autonomia dos Usuários no Centro de Atenção Psicossocial”.

Durante a pesquisa realizamos três grupos focais para tratamos de temas voltados a autonomia dos usuários. A cada encontro com os participantes da pesquisa os usuários da hospitalidade diurna (HD) do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS) – Centro, em Santos, estado de São Paulo, eram convidados a fazer colagens, pinturas ou desenhos acerca do tema a ser tratado, onde a única regra era se expressar livremente. Mas o que fazer com todo material que foi produzido? Definitivamente, deixá-lo arquivado em uma gaveta ou armário não era uma opção.

Logo, a idealização deste livro de colagens partiu dos próprios participantes com o intuito de que, após terminada a arte, pudéssemos reproduzi-lo e divulgá-lo, em nosso território. Infelizmente, devido a pandemia da Covid-19, não pudemos pôr em prática esta intenção até este momento.

Sendo assim, ao término dos grupos focais, nos encontramos mais duas vezes no segundo semestre de 2019 e o sonho dos autores foi se construindo, criando forma.

Foi tão gratificante acompanhar de perto como os próprios artistas decidiram pelo nome do livro, capa, contracapa, ilustrações, nome dos capítulos e frases que comporiam cada um deles!

Ouso dizer que esta obra é uma construção coletiva tecida a várias mãos e recheada de amor, potencialidades e um pedido de visibilidade a sociedade.

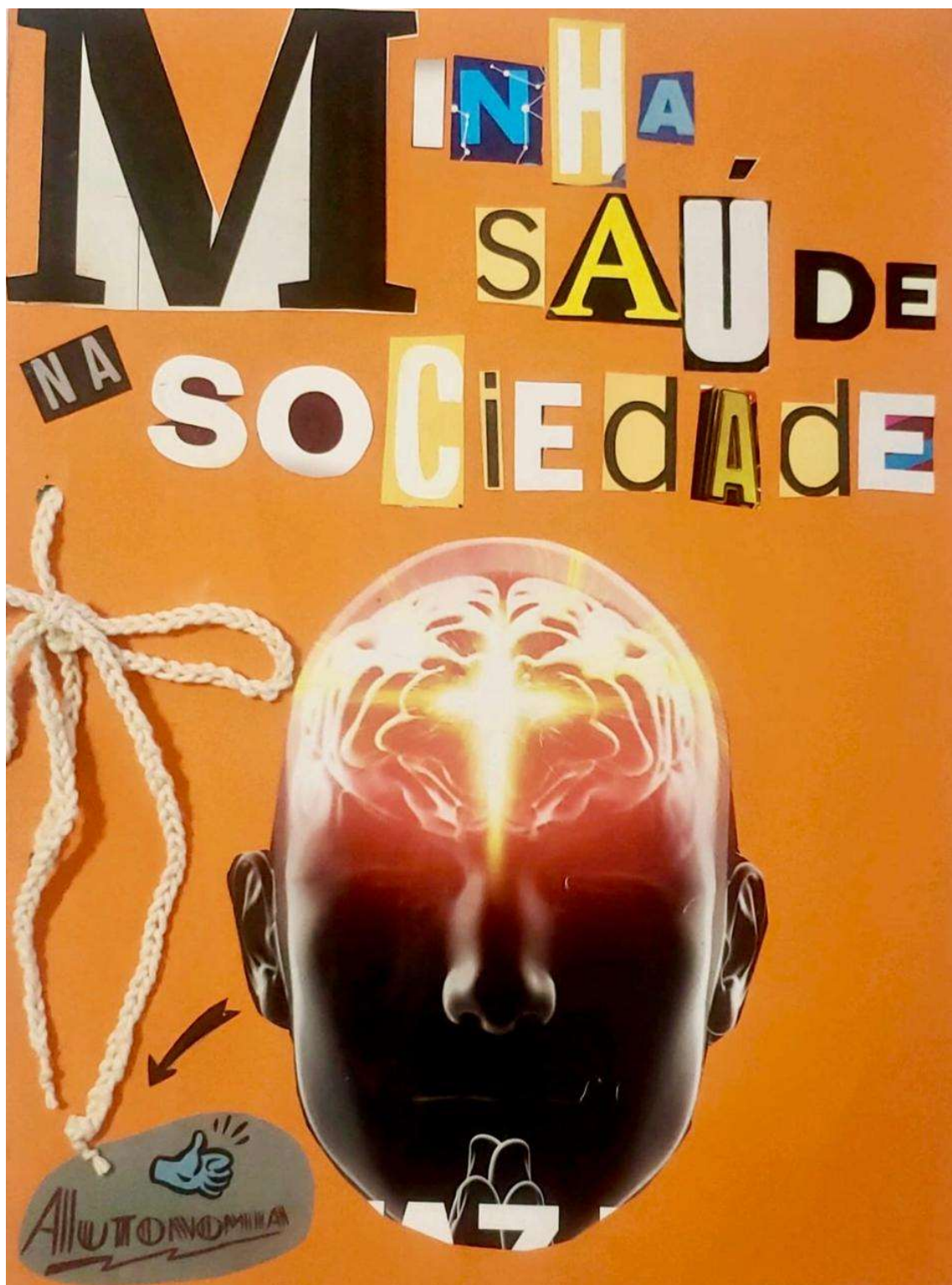
Por se tratar dos participantes da pesquisa seus nomes não serão citados, porém, temos a certeza de que jamais serão esquecidos.

A importância desta construção coletiva e a representatividade que nela está contida expressam os sentimentos e a visão de mundo que os usuários da saúde mental querem dividir conosco e que de alguma forma não conseguiram expressar.

E por falar em subjetividade, se existe uma forma de se mensurar o amor que esta pesquisadora tem pela saúde mental e em especial pelos usuários do CAPS Centro, com certeza está na concretude deste livro.

Desejamos uma ótima leitura e aprecie sem moderação!

Anexo: Livro de colagens — “Minha saúde na sociedade”



1

AUTONOMIA

NOSSA DE CADA DIA

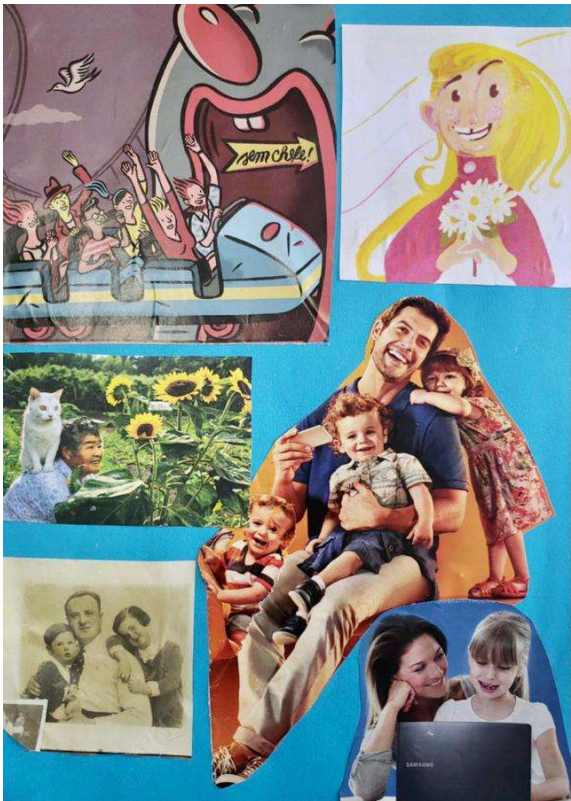
O que ENTENDAMOS

SOBRE

NOSSA

AUTONOMIA

- Autonomia é você poder fazer a sua vontade... é que a gente é autônomo, mas autonomia não é total porque tem fatores externos que quebram a autonomia da gente. (P1)
- A minha eu escrevi que se a pessoa quer sonhar, que é o direito deles. Que o meu sonho sempre foi o de ter uma casinha minha e esse sonho nunca vai acabar porque esse sonho eu quero realizar com a minha força de vontade. (P4)
- Quando eu... antes de conhecer o Anchieta, eu trabalhava e morava sozinho, não tinha ninguém, ninguém... eu morava só. Eu mesmo fazia minha comida, eu mesmo trabalhava pra receber meu salário e eu mesmo comprava minhas coisas. (P6)
- Autonomia é o direito de ir e vir sozinho, sem interferência de terceiros... eu fui na Defensoria e depois que eu vim pra cá e conheci a (T2), eu queria porque eu queria ter um cuidador pra cuidar de mim. Agora eu luto pra não ter esse cuidador porque eu sou independente e, enquanto eu puder me manter sozinho, eu quero me manter sozinho, porém, com a ajuda de vocês. (P7)




NÃO FUMO

NÃO USO ENTORPECENTES

PROCURO ME ALIMENTAR BALANÇADO

CONSULTO MÉDICO

PROCURO FAZER CAMINHADA





Sobre autônomo

É a pessoa que quer se dono de si próprio, não pensa em outra pessoa.
 Eu acho que nós temos que ser dono de si próprio, não ligando que os outros vão falar de si.
 Se você quiser um emprego que você goste então vai e trabalha em que você goste.
 No futuro eu quero ir para Florianópolis em Sete de Setembro e pretendo ficar por lá.
 Vida Simples



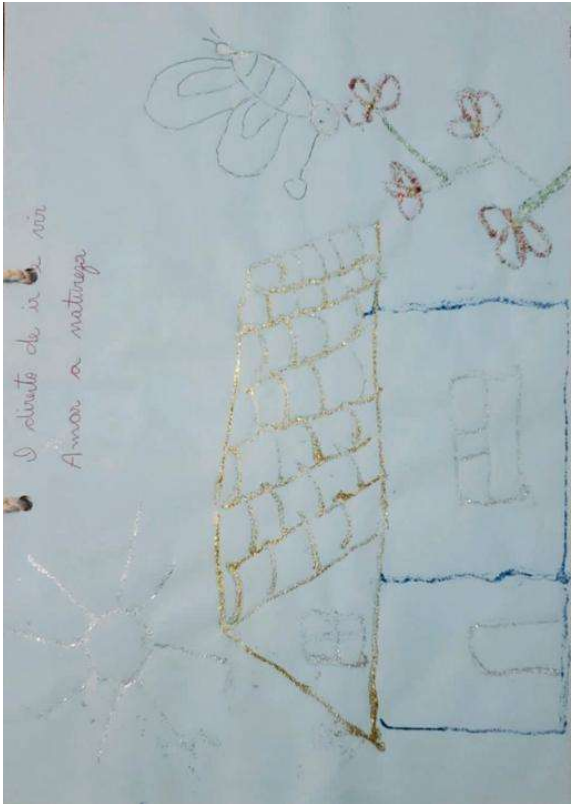
Autonomia é

O Direito de ir

e vir sozinho

Sem interferências

de terceiros.



Número de denúncias em São Paulo a cada um mil habitantes
 1998 2001 2004 2007 2010 2013 2016 2019

Mesmo com forte queda no número de crimes, o medo de ser assaltado aumentou.

70%

DAS PESSOAS TEM MEDO DE SER ASSASSINADAS

VIOLÊNCIA COMO VENCEDORA DOS MEIOS
 O que fazemos ignorar estímulos negativos. Como se espalha como a TV e os jornais estão cheios de notícias sobre violência? É que esse tipo de coisa atira a parte primitiva do cérebro - a que tem um poder fortíssimo de chamar sua atenção. Mas também faz você sentir que o mundo é mais violento do que realmente é. Então, consumir esse tipo de informação.

sim, você pode sofrer violências terríveis. mas não faz sentido antecipá-las.

MUNDO Tanho
 ABRIL 2018

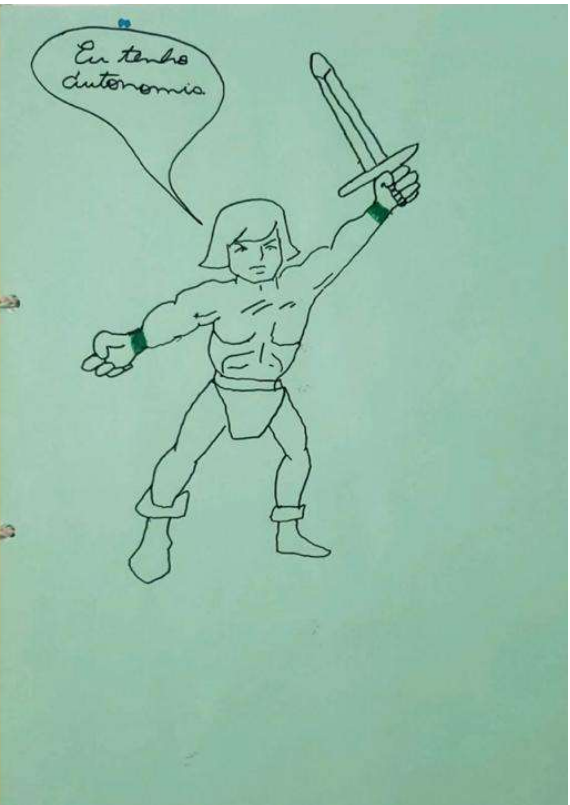
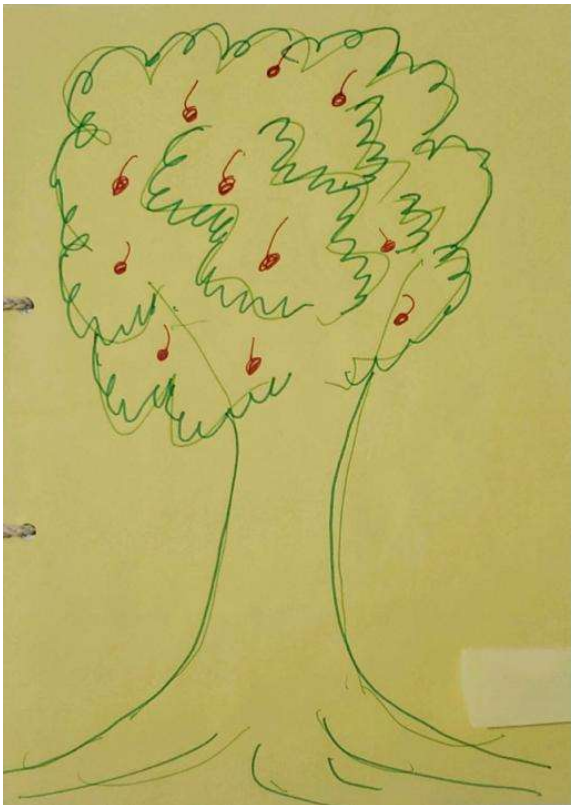
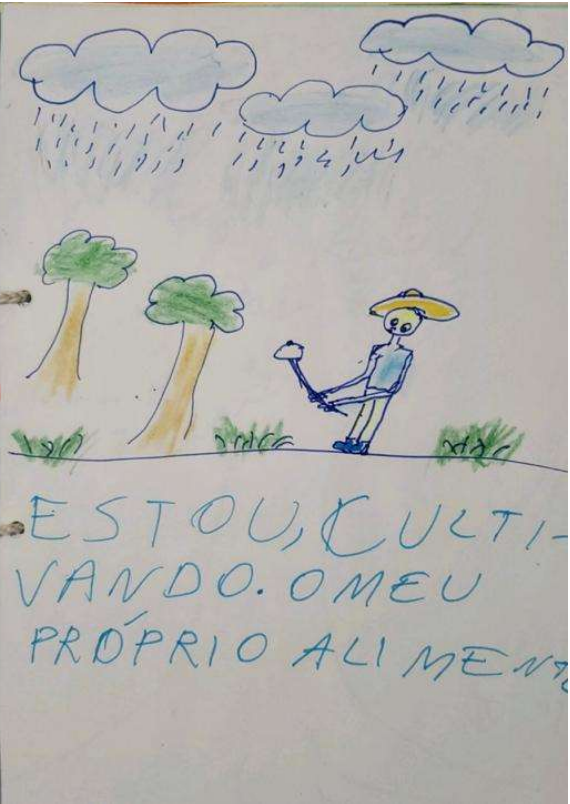
VINGADORES: GUERRA INFINITA

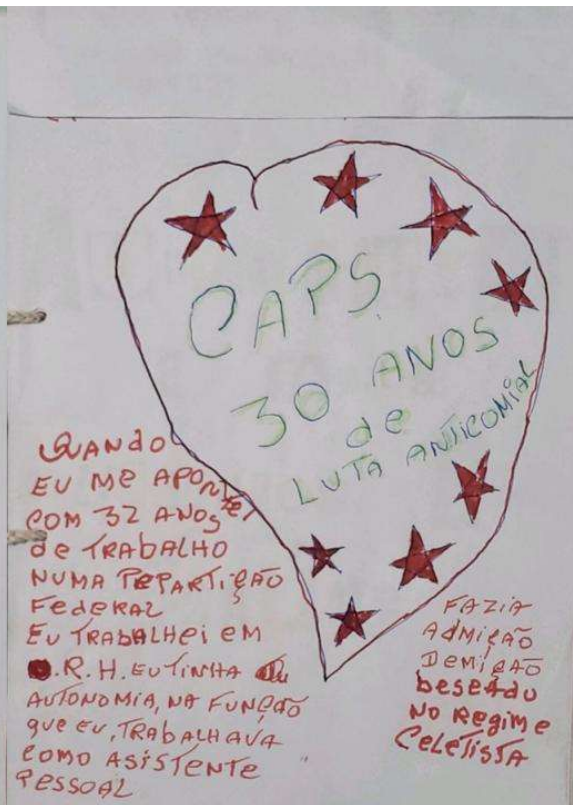
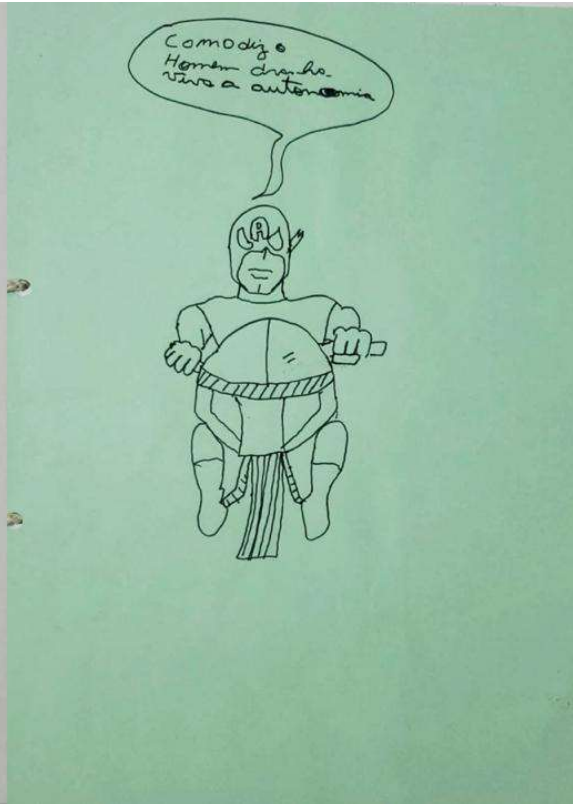
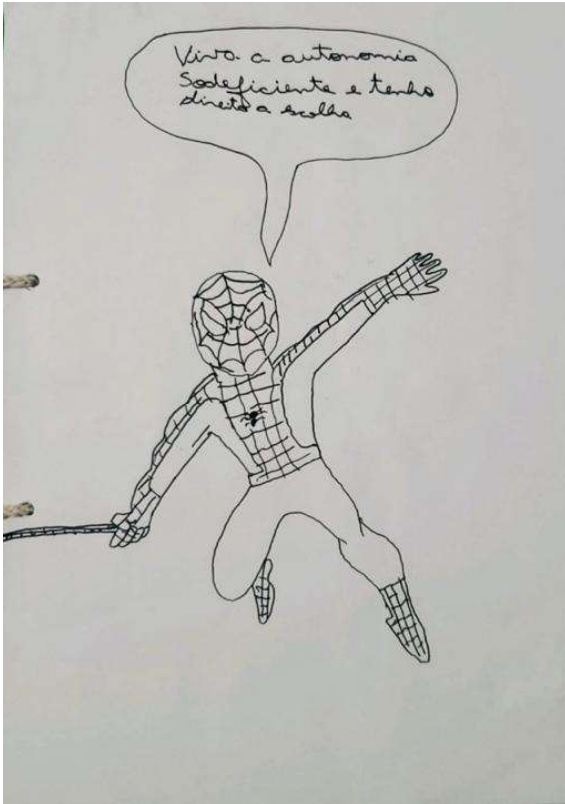
Conheça a história e a nave de Thanos, os segredos da Manopla do Infinito, as sagas essenciais da Marvel e tudo que você precisa saber para se juntar aos heróis na batalha mais aguardada do ano!

A conspiração do PULO NA ÁGUA
 Como os 12 APOSTÓLOS morreram?
 O nazismo era de ESQUERDA ou de DIREITA?
 E aí, hein?! O jogo para falar com os MORTOS

HEROIS COM SUA PRÓPRIA AUTONOMIA
 DE SIM PRÓPRIA







2

QUE PENSAMOS
SOBRE NÓS
CUIDADOS EM
SAÚDE

AUTONOMIA
E MEUS
CUIDADOS EM
SAÚDE

- O meu é assim ó: várias situações! Aqui em família, aqui brincando com um animal de estimação, aqui namorando, aqui sozinha, aqui comendo... em todos os momentos temos que nos cuidar. (P13)


- Eu fiz, eu coliei esse recorte de Deus, que Deus é importante na nossa vida, Deus é quem guia, é quem faz a diferença. E coloquei aqui meu marido indo comprar alguma coisa e eu esperando ele na janela... porque eu não vivo sem ele, ele que toma conta de mim, ele que manda eu tomar os meus remédios tudo certinho, ele que cuida de mim. (P11)

- Esse desenho aqui representando eu tomando a medicação, porque antigamente, eu não dava muito valor, assim... quando eu me sentia bem, eu dizia assim "Ah, então não vou tomar o remédio". E é fácil, é sempre na hora de dormir, a noite e de manhã, não tem como errar agora. (P8)


- Bom, aqui é uma bicicleta, aqui é a figura de uns esportes que eu faço lá no Reboças... eu faço hidro, faço natação, faço de tudo um pouco que tem aqui. E eu venho pra cá e tenho um acompanhamento aqui... participo das oficinas, tenho acompanhamento lá na Defensoria Pública e... eu tenho uma amiguinha que eu passo o fim de semana, feriado, tudo com ela. E quando eu não tô com ela e tô com a minha bicicleta e vou até o Emissário, vou até o aquário... (P7)

The sketches include a simple sun with rays, two fluffy clouds, a house with a chimney and a window, and a bicycle with a basket on the back.

A small photograph of a crucifixion, showing Jesus on the cross. The word "INRI" is visible on the sign above the cross.



25/06/19 Uma Amiga de Coraci
 em dia "vingen de primavera aia"
 D'onde Hoff em dia em dia mais mais
 sa mais o govern Hoff em dia em dia mais mais
 rapido perder uma pessoa que lutava muito
 Ma descom 2 filha de Tivela e de um boy da
 fava 34 anos não se criam



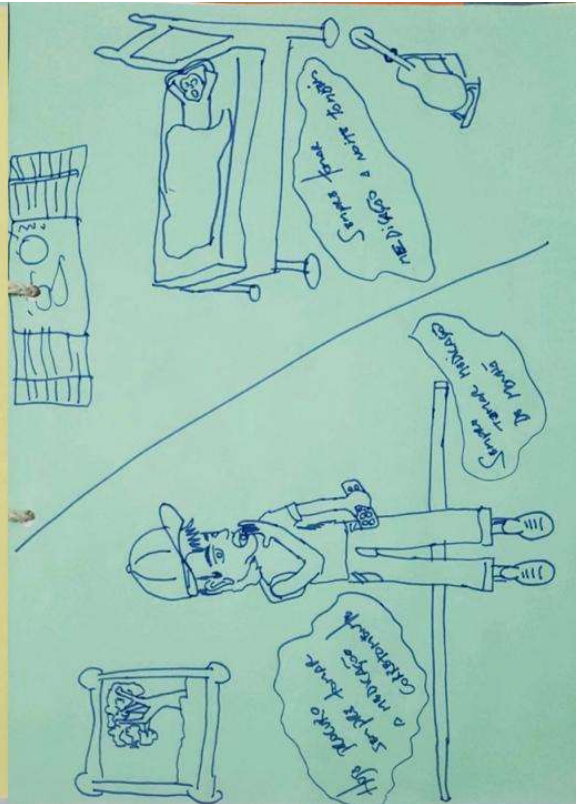
de um saco
 de biscoitos
 no CRBourças

um deles de
 wales, me, H, I, G, J,
 m, p, o, m, u, d, u, l, a
 t, o, o, e, a, p, o, r, a, B, o, r,
 q, u, e, e, a, d, i, n, a
 Participa do grupo
 East Welsk.
 Saco Acamp

momento no
 Gite e no Dabey
 G. C. A. R. e. l. e. l. e. r.
 L. i. n. d. e. s. e. m. e.
 no passado com
 a minha amiga

Em todos os momentos
temos que nos cuidar

Uma foto de uma mulher com uma criança, uma foto de um casal abraçado, uma foto de um grupo de amigos sorrindo, uma foto de uma mulher comendo um sanduíche, uma foto de uma mulher sorrindo, e uma foto de uma mulher em um campo verde.



SUPERNOVAS

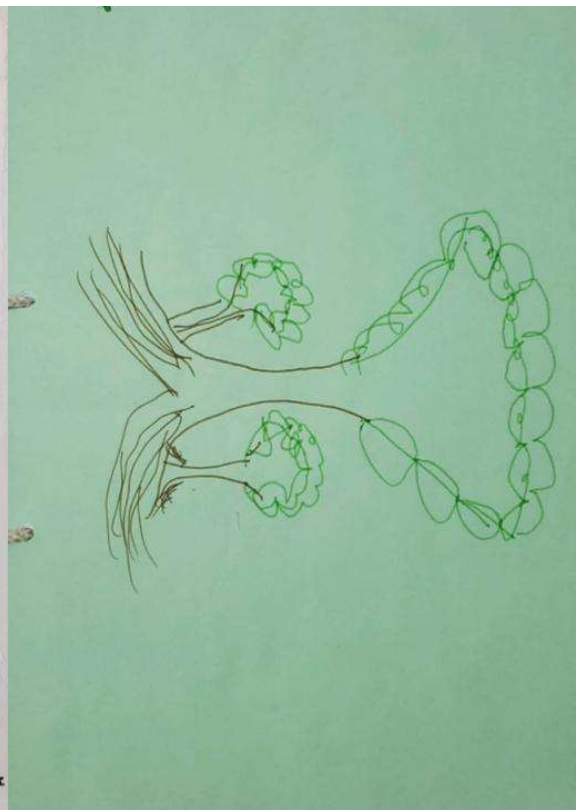
COISAS E FATOS QUENTINHOS

Bactéria sobrevive apenas de ar

SE VOCE NÃO COMER NADA, o seu corpo não terá energia para funcionar, e você vai morrer. As plantas se viram com CO₂ e água, mas precisam de luz solar. Não existe nada capaz de viver só de ar. Ou melhor: existe, sim. São bactérias, que foram descobertas no solo da Antártida em desertos polares que passam seis meses por ano no escuro inesse período, a posição da Terra impede que os raios solares cheguem até lá. Os micro-organismos, que pertencem aos filas actinobactéria, cianobactéria e a duas espécies desconhecidas, conseguem sobreviver sem luz, água ou nutrientes. Nos meses de escuridão, eles se alimentam apenas de hidrogênio e metano, que entram do ar atmosférico. Para os cientistas, a descoberta pode revolucionar a busca por vida fora da Terra. "Isso abre a possibilidade de que gases atmosféricos sustentem formas de vida em outros planetas", afirmou a pesquisadora Belinda Turner, líder do estudo. [gpus.scientista](#)

ED SUPER MARÇO 2018 Foto: © Paulo G. Rossi

Tujo que é gostoso NÃO é bom
PARA SAÚDE OBESIDADE ~~gostoso~~ GORDUROSO FAZ MAL. SAÚDE



3

AUTONOMIA

Em NOSSO

FUTURO

O QUE DESEJAMOS

PARA NOSSO

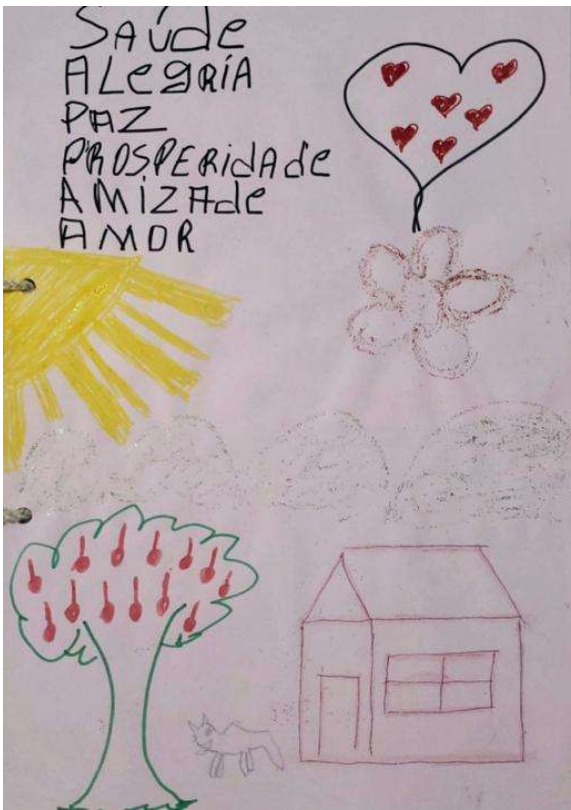
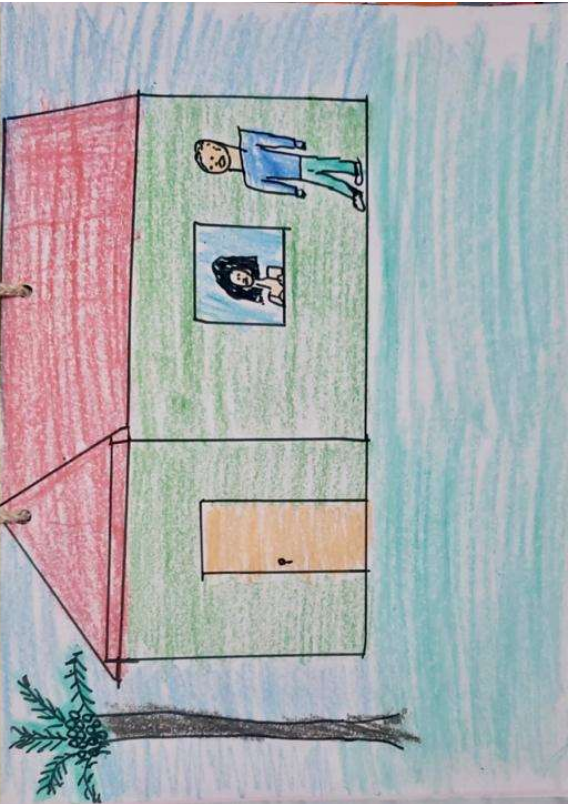
FUTURO

- O que eu desejo para mim é o que eu desejo para o meu próximo, porque se eu tiver feliz e meu próximo triste, brigando, atacado, eu também não vou ficar feliz, né? Então eu desejo, pra mim e pra todos, saúde, alegria, paz, prosperidade, amizade e amor para todos nós. Eu desejo: um sol que é a natureza... flor, árvore com frutos, tudo... e uma casa que eu gostaria de ter. Ainda tem que pôr o cachorro. (P1)
- O meu é... no meu futuro, eu gostaria o que eu não pude fazer, que outras pessoas fizessem no meu lugar. Pra pessoas, as crianças, os adultos na África... ajudar as pessoas lá. A gente vê muita miséria, muita dor... se eu pudesse, eu gostaria de estar lá pra ajudar. Ai eu pus aqui... (P4)
- O meu, eu gostaria de ter uma casa, um amor, amigos, dinheiro, um animalzinho pra criar na casa também, junto com o amor... ter muita saúde pra comer tudo do bom e do melhor e meditar bastante... ficar zen. (P13)
- Eu não escrevi nada, mas... aqui eu tô desenhando um coqueiro, que eu gosto de tomar água de coco... O coqueiro, uma casa, a mulher e aqui eu andando. (P6)
- Eu fiz uma pessoa triste, porque eu fico triste às vezes... eu sonho em ter uma casa... (P11)

PAZ - TRANQUILIDADE
Filhos
Juntos



e ajuelas
 nos outros do
 fuzes a l'cidade
 comigo l'ano no
 Gafu com o no Ribera



SAÚDE
 ALEGRIA
 PAZ
 PROSPERIDADE
 AMIZADE
 AMOR


Justiça para Todos
 Amor, paz, reconhecimento

"Meu conselho às jovens mulheres que querem fazer ciência é amar e se dedicar à pesquisa. É difícil, mas, se você persistir, terá muita satisfação."
 Ruth Hausmanovic, neurologista, pesquisadora em ciências da vida e médica.


ELE SEME TUDO O QUE VOCE COME E BEBE!
 A nutrição é fundamental para a saúde e a qualidade de vida. Incentivamos um consumo saudável e equilibrado de alimentos, com ênfase em frutas, verduras e legumes. A nutrição adequada é essencial para a manutenção da saúde.

O longo da década de 1980, a comunidade organizou-se para lutar por mais saúde, qualidade de vida e justiça social. Hoje, a comunidade segue lutando por mais saúde, qualidade de vida e justiça social.


No início dos anos 1980, o grupo foi concebido por um grupo de pessoas que buscavam melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade social, como escolas e centros comunitários. Essas ações ajudaram a popularizar o movimento.



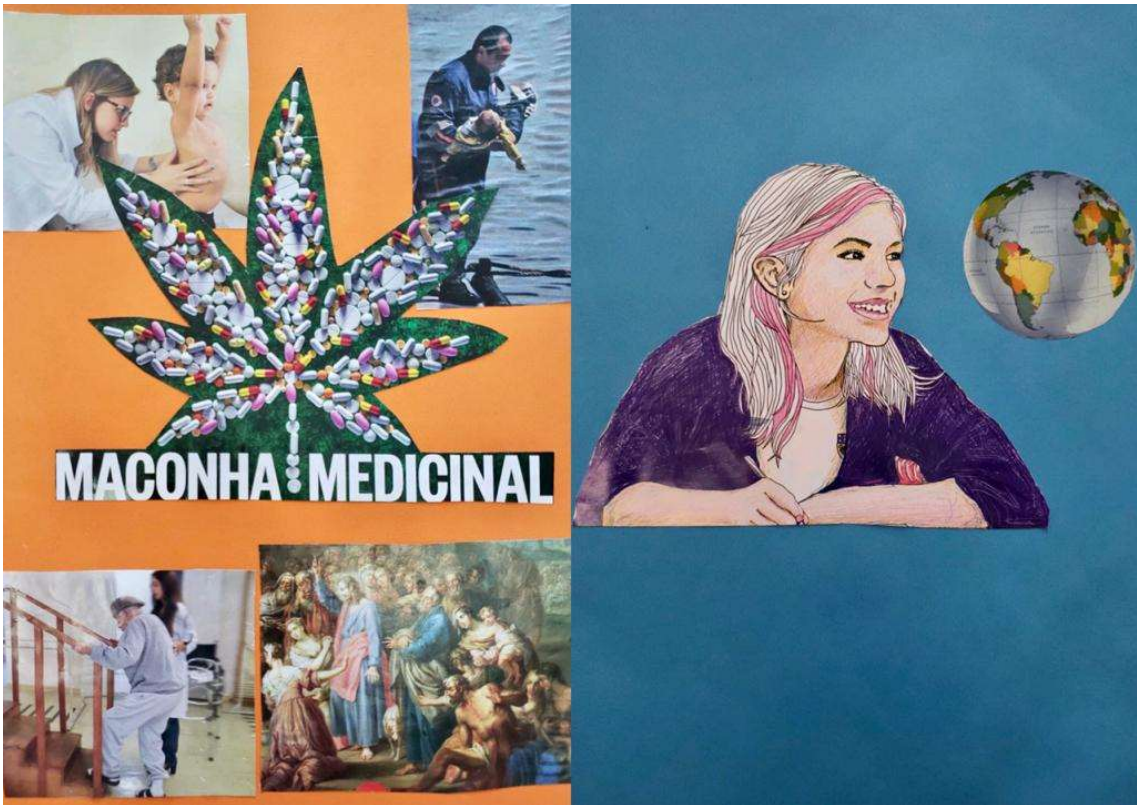
A minha família não me ajuda muito. Eles só dizem que eu preciso tomar mais remédios. No futuro eu quero ver meus filhos com carinho. A Bianca é muito carinhosa mas a Lucy Henrique não vai muito com a minha cara. A minha irmã disse que não era mais pra ir no casa dela, porque ela não se considerava mais minha irmã.



SN. FATOS



Pessoas estressadas têm menos medo do futuro



MACONHA MEDICINAL

Apêndice 3 – Produto Técnico da Dissertação 2

AUDRA LIZ MAGALHÃES ABAD

PRODUTO TÉCNICO: TODO PASSARINHO TEM O SEU NINHO

Produto Técnico da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

**SANTOS
2021**

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o dia 18 de maio celebra o Dia Nacional da Luta Antimanicomial como uma homenagem ao esforço coletivo dos trabalhadores da área da saúde, dos movimentos sociais e da sociedade civil, que impulsionou a organização de uma reforma sanitária democrática e popular, desencadeando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No bojo desse processo histórico, organiza-se o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado no ano de 1987, em Bauru, São Paulo, onde o Movimento Antimanicomial surge enquanto forte ator social, comprometendo-se em transformar as formas de cuidado em Saúde Mental a partir da prática de desinstitucionalização psiquiátrica proposta pelo italiano Franco Basaglia (AMARANTE; NUNES, 2018).

Na famosa carta conhecida como “Manifesto de Bauru”, o movimento cria o lema da Luta Antimanicomial *“por uma sociedade sem manicômios!”*, destacando que:

[...] Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Somado a esse movimento, o histórico processo de luta pelos direitos da população acometida por sofrimento psíquico possibilitou a criação do Projeto de Lei nº 3657/1989, propondo a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos no Brasil, além de priorizar novas práticas de cuidado (AMARANTE, 1994).

Em paralelo, o atual Projeto Profissional do Serviço Social situa sua base legal no atual Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, ambos de 1993, reconhecendo a liberdade enquanto valor ético central e afirmando o

“Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”, enquanto um dos Princípios Fundamentais defendidos pela profissão (BRASIL, 2012).

É de suma importância situar o serviço social enquanto profissão que se insere no debate da saúde coletiva, trazendo elementos-chave em seu arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo que contribuem com as reflexões acerca do impacto da sociabilidade capitalista nas condições objetivas e subjetivas de saúde da população. Desse modo, o caráter interventivo da ação do assistente social visa a emancipação política e humana, ficando à caráter da defesa do regime social democrático e, por fim, de compor um processo de transformação societária. Diante disso, a profissão é convidada a contribuir na contínua defesa do projeto da Reforma Psiquiátrica e dos princípios afirmados pelo SUS no Brasil (ROBAINA, 2010).

Segundo Kinoshita (2010), no Brasil, a experiência de Santos, São Paulo, protagonizada pelo governo municipal, foi a pioneira no país a lutar contra esse sistema manicomial, intervindo na Casa de Saúde Anchieta, que era uma clínica privada que funcionou por cerca de 40 anos e mantinha um convênio com o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Com a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, foram criados os cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), de forma a atender os usuários com sofrimento psíquico em suas regiões de origem, possibilitando sua reinserção no seio familiar e da sociedade enquanto pessoas possuidoras de direitos, tornando o seu território de existência o lugar privilegiado de cuidado. Com isso foi possível a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio e a construção de uma nova atitude da sociedade em relação aos doentes mentais (CAPISTRANO FILHO, 1991).

Oficialmente os primeiros NAPS/CAPS foram criados pela publicação da Portaria GM 224/92, sendo, segundo o documento *“Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”*:

[...] definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. (BRASIL, 2004).

Em 6 de abril de 2001, o Projeto de Lei nº 3657/1989 transforma-se na Lei nº 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), com vistas a garantir o tratamento menos invasivo possível e priorizar a dignidade e liberdade da população com transtorno mental. Ainda assim, é somente em 2002, através da publicação da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que o funcionamento dos CAPS é regulamentado no tocante aos atendimentos individuais e grupais, e também às ações voltadas para a reinserção social dos usuários e apoio aos familiares ofertados pelo serviço substitutivo. Este processo é considerado, portanto, como um grande marco para o movimento da Luta Antimanicomial (BRASIL, 2002).

No município de Santos, contamos atualmente com cinco unidades de CAPS Adulto modalidade III que funcionam em regime ambulatorial, com acolhimento diurno e noturno, entre outras propostas de ações comunitárias. Há também outros serviços da rede de saúde mental destinados ao público infanto-juvenil e pessoas em situação de vulnerabilidade devido ao uso abusivo de substâncias.

Com o avanço da desinstitucionalização no país e a reinserção da população com sofrimento psíquico no cenário urbano, surge a necessidade de reinventar um novo local para se habitar, pensando nos desafios quanto à manutenção dos hábitos de cuidados em saúde, higiene, alimentação, vínculos familiares, etc, tendo em vista que muitos usuários que passaram por longos períodos de internação dentro das instituições psiquiátricas sofrem com os efeitos da institucionalização na subjetividade e com a fragilidade ou ausência de relações sociais, sendo esses grandes desafios para as equipes dos serviços substitutivos.

Logo no início dos anos 1990, a partir dessa demanda por moradia para pessoas com transtorno mental grave (TMG), surgem as residências alternativas, iniciativas pioneiras no campo extra-hospitalar. Entretanto, é somente a partir da publicação da Portaria 106/2000 que o Ministério da Saúde oficializa e regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), considerando tal necessidade da reestruturação do modelo de cuidado dessa população (FURTADO, et al., 2013).

De acordo com a publicação, os SRT dividem-se em Tipo I e Tipo II, sendo o primeiro destinado às pessoas em processo de desinstitucionalização e o segundo àqueles que apresentam um “acentuado nível de dependência, especialmente em

função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores” (BRASIL, 2000). No município de Santos existem dois SRT, um de cada modalidade.

Nesse percurso, houve também a iniciativa do Programa “De Volta para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde e regulamentado através da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e da Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, o qual vai promover um auxílio financeiro, atualmente no valor de R\$412,00 (quatrocentos e doze reais), às pessoas com sofrimento psíquico e histórico de longas internações em instituições psiquiátricas (BRASIL, 2003). Articulados, ainda, ao Programa de Redução de Leitos Hospitalares, essas três iniciativas formaram “[...] o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação de liberdade nos hospitais psiquiátricos”.

Ao situar a nível histórico e regional a construção deste produto técnico, torna-se possível compreender melhor a realidade dos usuários atendidos pelo CAPS Centro, em Santos, São Paulo, considerando que o serviço se encontra em território marcado pela presença de cortiços, moradias insalubres e grande presença de população em situação de rua, o que termina por refletir nos discursos e questionamentos dos mesmos.

A discussão entre a interface do tema da moradia e a realidade dos usuários do CAPS Centro, portanto, era um debate antigo entre a própria equipe, mobilizado principalmente pelos relatos da população atendida e pelas visitas domiciliares realizadas pelos técnicos. Nessas idas a campo, foram constatadas as condições subumanas e de exploração que muitas vezes os usuários se encontram. Além disso, há também as dificuldades enfrentadas pela própria equipe, no tocante à precarização dos serviços, a falta quantitativa de recursos e de profissionais e os desafios de se trabalhar em rede para construir respostas efetivas diante da realidade dos usuários que vivem em situação de rua. Ao se considerar o estigma que pesa sobre os indivíduos atendidos pelos CAPS, observa-se, ainda, um grande processo de exclusão, inclusive dos demais serviços da rede pública.

Nesse contexto, os CAPS se inserem em uma realidade territorial onde acabam reproduzindo e reatualizando alguns processos de exploração, sobretudo por conta da ausência de investimentos em políticas e programas que visem fortalecer o

trabalho interdisciplinar e a rede, de forma que seja possível articular enfrentamentos que transformem a realidade concreta da população atendida. Atualmente, como descrito, são poucas e insuficientes as alternativas possíveis para esse tipo de situação.

Iniciar o processo formativo no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo, no Campus da Baixada Santista, possibilitou a ampliação do olhar a inúmeros desafios deste cotidiano. Com a pesquisa no local de trabalho, realizando os grupos focais, com apoio das estagiárias de serviço social da unidade, foi possível aos usuários refletirem sobre esses diversos elementos que impactam em sua autonomia, dentro e fora do serviço, assim como em suas relações interpessoais e com a equipe profissional.

Vimos, então, o tema da moradia ressurgir enquanto uma pauta central na vida dessa população, fosse através do desejo em se obter uma moradia digna, fosse enquanto espaço onde se vivencia muita angústia. Identifica-se, ainda, uma grande lacuna presente nesta interface possível entre a relação da saúde dos usuários dos serviços de saúde mental e as condições de vida, moradia e trabalho dos mesmos, assim como a articulação com outros marcadores sociais da diferença para além do estigma do transtorno mental, como o impacto do racismo, das condições de classe, gênero e sexualidade para esta população.

Atualmente, torna-se imprescindível pensar a Política Nacional de Saúde Mental a partir do contexto de acirramento das desigualdades sociais em decorrência da grave crise sanitária, política e econômica decorrente da pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2), que se agrava diante do avanço das medidas neoliberais no Brasil e no mundo. Essa racionalidade econômica se expressa através da manutenção de um Estado mínimo, fragilizando e impondo graves barreiras à garantia dos direitos constitucionais. Desse modo, a orientação das políticas sociais configura-se enquanto um importante espaço de disputas de interesses, tendo em vista que o assistente social, assim como toda a equipe, são convocados a realizar mediações profissionais, atuando no “patamar terminal da ação executiva” (NETTO, 2005, p. 74).

Por fim, o debate sobre o direito à moradia e ao incentivo do protagonismo social dos usuários atendidos na defesa de seus interesses, sobretudo quando realizado a partir de uma universidade pública que tem como pilar promover uma formação interdisciplinar na área da saúde, é uma estratégia de enfrentamento

possível que se apresenta neste contexto de avanço neoliberal e que vai buscar, através da escuta sensível aos usuários, ultrapassar a aparência das demandas apresentadas, compreendendo que a precariedade do acesso à moradia (ou não) revela-se enquanto uma das diversas expressões da questão social, sendo esta a razão e a base de existência do serviço social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho (IAMAMOTO, 2000).

2 OBJETIVOS

São objetivos deste produto técnico:

2.1 Objetivo Geral

Promover um espaço propício ao debate acerca dos direitos à moradia dos usuários que acessam a Política Nacional de Saúde Mental, estimulando o protagonismo dos mesmos na organização de seus interesses.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender as particularidades históricas dos usuários do CAPS Centro na luta por moradia digna, no contexto da Reforma Psiquiátrica;
- Apresentar as opções que existem, ou não, atualmente através de um aprofundamento acerca da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Habitação;
- Promover a reflexão por parte dos usuários acerca do modelo de política de habitação que gostariam de ter;
- Estabelecer estratégias de mobilização e articulação entre os usuários para avançar e levar propostas de implantação de uma Política de Moradia para outros CAPS, Movimentos Sociais e espaços deliberativos do município.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista a necessidade da estagiária de serviço social, Fernanda Karoline Simões Ramos, em intervir no espaço sócio ocupacional do CAPS Centro ao longo do segundo semestre de 2019, optou-se por seguir com os grupos focais através de seu Projeto de Intervenção “*Se essa casa fosse minha — Oficinas para a construção de uma Frente Antimanicomial de Luta por Moradia*”, com vistas a cumprir com os objetivos descritos previamente. Tais encontros se deram em parceria e com o suporte da supervisora de campo, autora desta pesquisa, assim como pela outra estagiária de serviço social da unidade.

Tal escolha foi feita como uma maneira de dar continuidade às discussões que surgiram ao longo dos três primeiros grupos focais propostos neste trabalho (“*Vamos conversar? Discussão sobre a autonomia dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial*”), considerando a grande demanda por moradia que pode ser identificada na fala dos usuários do serviço, além da relevância de tal debate para o campo da saúde mental.

Nesse sentido, trata-se também de uma pesquisa-intervenção, onde a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido (AGUIAR e ROCHA, 1997). A pesquisa-intervenção faz um recorte das práticas cotidianas, das relações de poder, dos conflitos e, conforme o andamento da pesquisa, espera-se articular ideias de ações coletivas com o intuito de provocar o exercício da autonomia e protagonismo dos usuários. O instrumento utilizado, novamente, foi o grupo focal, tendo em vista que permite captar, através das discussões do grupo, as opiniões, os sentimentos, as reações a respeito de um determinado tema sob a ótica de um grupo social pertencente a uma região, um espaço, com opiniões distintas sobre um mesmo tema.

De acordo com Minayo (1992), os grupos de discussão podem ser utilizados tanto como uma estratégia de coleta de dados em pesquisa para focalizar e elaborar questões mais precisas, quanto para levantar conhecimentos peculiares do grupo em relação às suas crenças, ações e percepções, valorizando a interação estabelecida pelo grupo.

Além disso, esse processo favorece a dimensão pedagógica ao considerar que todos são convidados a refletir sobre suas próprias experiências acerca do tema

abordado, em um processo que orienta-se para a construção da cidadania. Ao incentivar que os próprios usuários identifiquem e reconheçam suas demandas enquanto válidas, há uma busca por ampliar as redes de apoio dessa população, assegurando o exercício da autonomia e do protagonismo social, além de motivá-los a transformar o lugar de desvalia que ocupam na sociedade (MOREIRA, 2014).

Por fim, tendo em vista que as atuais transformações societárias têm, potencialmente, um grande impacto na qualidade de vida e saúde da classe trabalhadora de forma geral, Guerra (2009) chama a atenção para o fato de que a pesquisa científica pode ser tanto um instrumento de combate à barbárie social e à ofensiva neoliberal, quanto estratégia apropriada e utilizada pelos assistentes sociais para efetivar os valores e princípios do Projeto Ético-Político defendidos no bojo da profissão.

3.1 Público-Alvo

O convite para a participação dos grupos focais foi estendido a todos os usuários do CAPS Centro que frequentavam a hospitalidade diurna (HD), e não somente para os participantes desta pesquisa desde o princípio.

3.2 Trajetórias da Pesquisa

Optou-se, desse modo, pela realização de oito encontros semanais, entre os meses de outubro a dezembro de 2019, que ocorreram na sala de grupos do CAPS Centro. Participaram em média 15 pessoas entre usuários do serviço e familiares ao longo dos encontros. Ao todo, as oficinas foram divididas de forma que se pudesse:

1. Apresentar os seus objetivos e a proposta de discussão que surgia ali;
2. Realizar um resgate histórico dos movimentos por moradia no país e como eles se articulam com o debate acerca da Saúde Mental;
3. Fazer uma breve apresentação sobre as poucas opções de moradia que são pensadas atualmente a partir da Política Nacional de Saúde Mental;

4. Promover um espaço reflexivo onde os usuários do CAPS Centro elaborassem o que desejam enquanto Política Nacional de Habitação, pensando a partir das particularidades da população atendida nos serviços de saúde mental;
5. Debater os caminhos possíveis de organização desses desejos, a partir da identificação de outros movimentos e atores sociais que poderiam fortalecer esta demanda;
6. Elaborar um lema e uma bandeira para essa causa, e pensar quais as principais pautas;
7. Pensar estratégias de ampliação desse debate, a partir, por exemplo, da articulação e do convite futuro aos demais CAPS do município para compor tais discussões em espaços públicos e;
8. Encerramento das oficinas, avaliação e expectativas de continuidade.

A realização de tais oficinas resultou também na produção coletiva de cartazes (apêndice), tendo como objetivo sintetizar os pontos principais que emergiram a cada encontro. Com isso, foi possível realizar uma análise mais aprofundada dos temas que surgiam, assim como articular com as categorias que nortearam a construção da presente dissertação.

Já nos últimos encontros, pensando em maneiras de dar seguimento ao movimento que surgia ali, foram realizados os primeiros contatos com o movimento *“Frente de Luta Antimanicomial da Baixada Santista”* e também com representantes do movimento de luta por moradia na cidade de Santos, tendo como objetivo articular um futuro encontro, que ficou previsto para ocorrer no primeiro semestre de 2020, entre representantes desses movimentos sociais e os usuários dos serviços interessados no tema, sendo esse um convite que se estenderia para os demais CAPS do município. Havia também o interesse geral em formar uma oficina permanente de debate sobre o tema junto aos futuros estagiários de serviço social da unidade.

Entretanto, diante da pandemia do novo Coronavírus (Sars-Cov-2), declarada em 11 de março pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não foi possível cumprir com esta última etapa prevista nos objetivos específicos, considerando a adequação do serviço e da equipe às novas medidas sanitárias que transformaram, desse modo, todo o processo de trabalho desenvolvido neste espaço sócio ocupacional. A necessidade em cumprir com o distanciamento e o isolamento social enquanto

medidas de cuidado preventivo ao Covid-19 terminaram por alterar a dinâmica dos usuários que frequentavam os CAPS ao impedir a realização de qualquer grupo.

Com isso, não foi possível realizar tais discussões juntos aos demais atores sociais pensados no início deste projeto. Frente à atual crise sanitária, socioeconômica e política, os usuários da Política Nacional de Saúde Mental são afetados por esse contexto, na medida em que se amplia o cenário de vulnerabilidade social, contribuindo ainda mais para a marginalização e estigmatização histórica que marca algumas populações, como é o caso da população com sofrimento psíquico.

Nesse aspecto, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil enfrenta novos desafios e vê os velhos ressurgirem com força, cabendo aqui uma reflexão sobre como as consequências da pandemia do novo Coronavírus evidenciam a urgência pela ampliação dos debates e articulações críticas em defesa dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, sobretudo diante do atual cenário onde se acirram as condições de vida e saúde da população brasileira como um todo.

4 RESULTADOS: TODO PASSARINHO TEM SEU NINHO

Quanto aos resultados alcançados pela realização dos grupos, pode-se afirmar que eles envolveram mais pessoas do que prevíamos a princípio. Ao longo das semanas, participaram usuários que frequentam o HD do CAPS, mas também alguns familiares que estavam na unidade enquanto acompanhantes, além dos demais estagiários de psicologia e terapia ocupacional do serviço, não se restringindo ao serviço social e residentes do programa multiprofissional da Unifesp.

Os encontros mobilizaram a todos, na medida em que foram realizados de uma maneira dinâmica, ampliando as reflexões a partir da experiência de vida individual dos participantes. Um momento muito marcante se deu ainda no segundo encontro, pois foi o dia em que foi apresentada uma linha do tempo acerca dos movimentos de moradia no país, onde todos fizeram o exercício de entrelaçar sua própria história de vida e seus diversos modos de habitar nesse contexto mais amplo.

Com o decorrer das atividades o grupo se fortaleceu e se uniu ao passo em que fomos conhecendo um pouco mais sobre cada um de nós ali presentes. Desta potência surgiram muitas histórias da época onde os usuários viviam institucionalizados, pois muitos deles têm passagem pela antiga Casa de Saúde Anchieta; histórias de migração em busca de trabalho; histórias de violência e de violação de direitos; dúvidas sobre os benefícios disponíveis e também muitas passagens de vida que iam e voltavam, traçando pontes entre o passado, o presente e o desejo futuro: *“Como é que vocês imaginam uma política de habitação voltada para os usuários da saúde mental?”*.

Em meio a esse processo formativo e de aproximação ao que já existe, os encontros foram caminhando através das dúvidas e das possibilidades, nesta dialética entre o sonho que é coletivo e o individual. Surgiram muitos debates sobre os estigmas e as barreiras enfrentadas por essa população na hora de “escolher” onde habitar. A história de cada pessoa ali confirmava o que todos já sabiam, que nem sempre existem opções: *“e o nosso amigo internado aqui que mora na rua?”*.

Diante de tantos desafios, construímos em conjunto os objetivos desses grupos e dividimos os passos para poder caminhar com calma e clareza. Na hora de pensar quem se candidataria para serem os representantes do grupo nas futuras articulações que combinamos fazer, mais uma surpresa: o grupo votou e elegeu um jovem usuário

que até então se mostrava mais tímido, mas que participou ativamente, como tantos ali e sempre se colocava com falas pertinentes, demonstrando extremo conhecimento sobre o tema.

Há, portanto, a constatação que foi trazida na dissertação, de que o papel da equipe no que se refere à autonomia, é o de fortalecer a autonomia e oferecer suporte para que cada pessoa possa descobrir-se enquanto protagonista da própria história.

Nesse caminho, ao compartilharem seus sonhos e também as dificuldades com as demais pessoas que frequentam o serviço e que, portanto, convivem quase que diariamente, formou-se um espaço propício para a troca de informações e sentimentos, podendo exercitar o imaginário de como é habitar o mundo e habitar a si e, quem sabe, até descobrir outros caminhos possíveis que nos levem para casa.

O encerramento deste ciclo se deu diante do que foi, ao mesmo tempo, a busca por um lema que expressasse os objetivos do movimento e uma constatação para todos nós que ganha ainda mais força nos dias atuais: todo passarinho tem seu ninho e toda pessoa tem o direito de ter uma casa para ficar!

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K.F. e ROCHA, M.L. **Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política**. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4, 1997, pp. 87-102.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. – 1. Ed. – Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp. 2067-2074. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. — 10ª. Ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106 GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000**: institui os serviços de Residenciais Terapêuticos. Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta para Casa”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004.

BRASIL. **O Programa De Volta para Casa**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/vpc/programa.html>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

CAPISTRANO, F. D. **Santos: mil dias de governo popular**. 1991 São Paulo, Editora Brasil Urgente, 1991.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. - São Paulo. Cortez, 2000.

FURTADO, Juarez Pereira et al. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3683-3693, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

KINOSHITA, R. T. **Santos é pioneira na luta antimanicomial**. Reportagem Agência Brasil. Jun 2010. Disponível em: <<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/santos-e-pioneira-na-luta-antimanicomial/n1237686246722.html>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MANIFESTO DE BAURU, Bauru, dezembro de 1987 – **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica**. — 2. Ed. — São Paulo: Cortez, 2014.

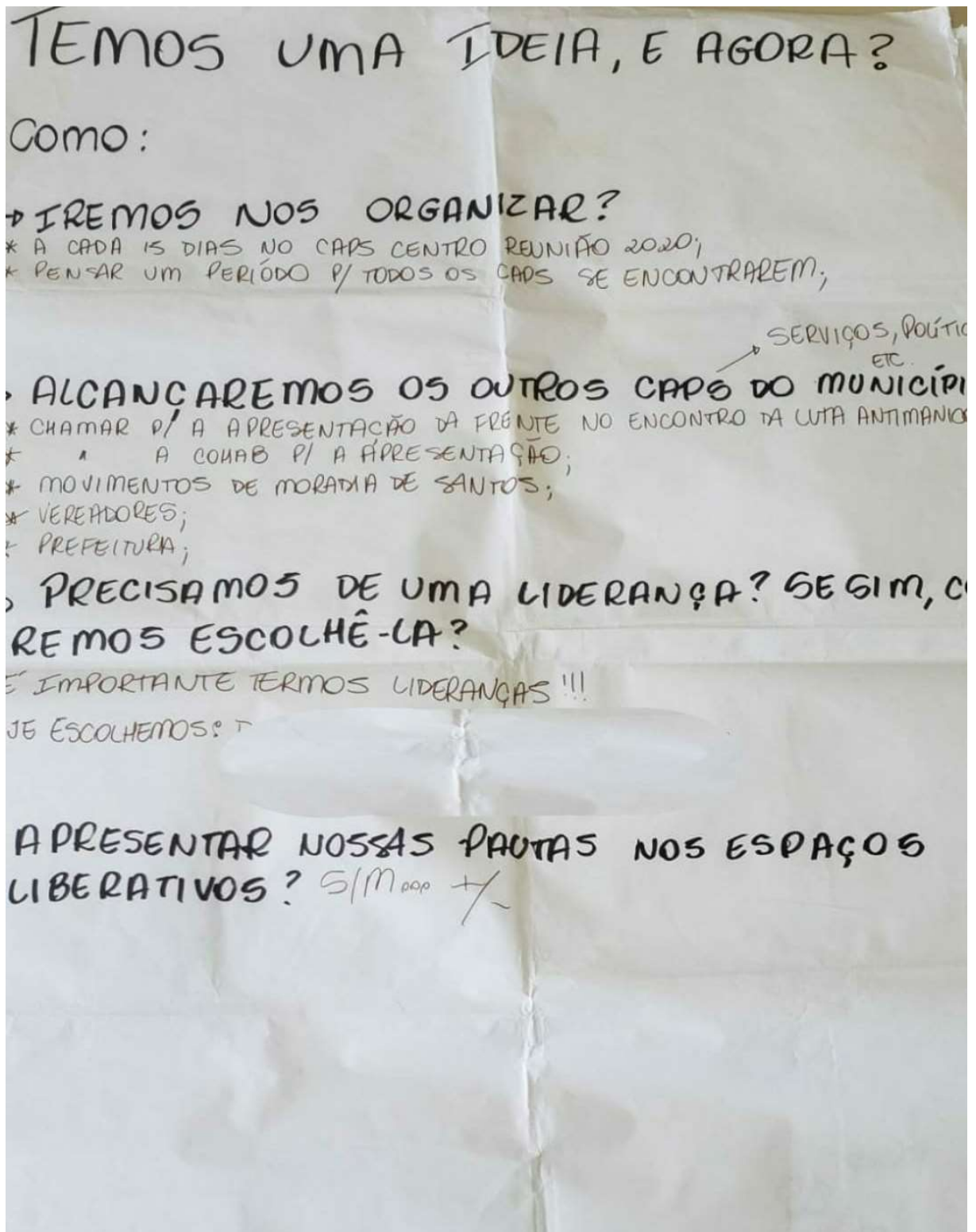
NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS declara pandemia do novo Coronavírus**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serv. Soc. Soc. [online]. 2010, n.102, pp. 339-351. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200008>.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. **Residência terapêutica ajuda na recuperação de pacientes com transtornos mentais**. Disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/residencia-terapeutica-ajuda-na-recuperacao-de-pacientes-com-transtornos-mentais>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

Apêndice — Cartazes



Cartaz 1 — Temos uma ideia, e agora?



Cartaz 2 — Oficinas de desenhos de logo.

DÉCADA DE 1960

- DITADURA MILITAR;
- CRIAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE HABITAÇÃO (PNH);
- CRIAÇÃO DO SERVIÇO FEDERAL DE HABITAÇÃO E URBANISMO (SERFHAU);
- FUNCIONAMENTO DOS MANICÔMIOS NO BRASIL;
- PSIQUIATRIA ASIA EM DEFEZA DOS INTERESSES DO ESTADO

CONSTITUIÇÃO DE 1988

CAP II - DOS DIREITOS SOCIAIS

ART. 6º, SÃO DIREITOS SOCIAIS A EDUCAÇÃO, A SAÚDE, A ALIMENTAÇÃO, O TRABALHO, **A MORADIA**, O TRANSPORTE, O LAZER, A SEGURANÇA, A PREVIDÊNCIA SOCIAL, A PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA, A ASSISTÊNCIA AOS DESAMPARADOS.

→ Morava em S.P. / Casa ^{alugada} com 2 quartos, sala, cozinha, banheiro e um quintal - Mãe, pai e 7 irmãos / Bairro mais afastado de Taboão da Serra ("no mato").

→ Morava em Santos - Z. Nordeste. / Casa ^{alugada} com 5 quartos, sala, cozinha e banheiro / Mãe, pai e 13 filhos / Bairro afastado, ~~terra~~ ^{chão} de areia, não tinha asfalto.

1960: ^U morava em SP, o pai foi em casa.

DÉCADA DE 1970

- > DITADURA MILITAR;
- > CRIAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE HABITAÇÃO POPULAR;
- > FUNCIONAMENTO DOS MANICÔMIOS NO BRASIL;
- > SURTIAMENTO DE MOVIMENTOS SOCIAIS RELACIONADOS A QUESTÕES URBANAS;

+ Menor órfão + morava com a família (20 filhos)
Casa à beira do Rio 10 quartos, sala, cozinha, banheiro;
Tinha 8 irmãs;
Morceu na infância + irmã reparou-se o marido e colocou no H.P., teve mais filhos,
teve 7 internações.

+ Fugiu em dezembro de 79
foi morar com o namorado em
Jardim
+ Seu pai foi enterrado em hospital
psiquiátrico; tinham vendido uma bicicleta
também

+ Menor órfão;
morava numa casa c/ 2 quartos, sala, cozinha, banheiro;
Tem 16 irmãs.

+ Teve pl. Jardim em 1970 morava um um barroco em cima do
caso (morava c/ marido e 1 filha);
Começou o tratamento psiquiátrico por causa da morte da filha de 9 anos, ficou internada
no Anchieta; (pouca farinha)
A internação no Anchieta a marcou muito;

+ Residia em Jardim - na Glória Maria;
nasceu a sua última irmã; casa c/ 3 quartos
rua de barro
No período da ditadura se marcou o "equadrado da morte"
do pai, pl. voltar ordem;
jogava bola;
Tinha televisões em casa;
Ouvia muito rádio;

Viu com a família para Curitiba em 1970.

Morou até 1980. Depois passou a residir na Cidade de Santos, morou com sua mãe.
Depois passou a morar com seu compadre.

DÉCADA DE 1980

- REDE DE CRIANÇA
- FECHAMENTO DA CASA DE SÃO ANCHIETA - SANTOS, CRIAÇÃO DO PRIMEIRO NAPS;
- 1987: MOVIMENTO DOS TRABALHADORES em SAÚDE MENTAL PASSAM A UTILIZAR O LEMA "POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÓMIOS"
- 1989: LEI Nº 8657 (EXTINÇÃO GRADUAL DOS H.P.)
- EXTINÇÃO DO BAH (GOVERNO SARNEY)
- CRIAÇÃO DOS CONSELHOS (ÓRGÃOS DE CONTROLE SOCIAL)

→ Casou em 1984 na cidade de S.P. (Lapa) / 1985 teve seu filho / Casa com quarto, sala, cozinha, banheiro, quintal. Banho bom (Lapa), bem localizada / Pagava aluguel. / De 87 a 92 foi funcionária Pública / Achava que o governo da Quênia era muito bom, pois pagava bons salários.

→ Ficou 1 ano no Anchieta / Fuz questão de ir no fechamento do Anchieta / Depois disso é que surgiu o NAPS / Morava na Santa Cruz dos Navegantes - (barraco - área de invasão). Vendeu o barraco (após falecimento da filha do casal), e vieram para Santos, moraram para outras cidades também como Ilha Bela, Bertioga etc... / Trabalhavam com canoas e moravam nas ruas. Dormiam embaixo da carroça ou de marquisas (Fátima, o primo (na época), 3 filhos e 2 netos).

→ 1980 - ajudou a fundar o PT - Maria Lúcia Prado, Márcia Duarte, Capistrano, Júlio César / Trabalhava na rádio Jovem Lapa, foi cobrir o fechamento do Anchieta. / Morava no Macuco, casa alugada moravam mãe, foi e 10 irmãos / com apertada para 10 irmãos

Morava em um barraco de madeira em Fátima para mãe e família...
não teve passagem pelo Anchieta...
Mas se lembra de Santos em 1980...
não tinha sendo pessoa residente...
♡
♡
♡
♡

- ficou tentando dar entrada na apartamentação do morado por insistência (insistência); como quem no qual de cidade.

DÉCADA DE 1990

- EXTINÇÃO GRADUAL DOS HOSPÍTAIS PSIQUIÁTRICOS
- SURTIEM OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRT)
- APROXIMAÇÃO DO MST COM O MST, A PARTIR DA MARCHA NACIONAL DE 1997;
- PROCESSO DE CONSULTAÇÃO DEMOCRÁTICA

Alagoas (mãe)

Quintal grande para brincar com o menino

Mãe, pai e três irmãos

Pescado, mandioca e arroz

Casa com três quartos, geladeira, TV, máquina de lavar - a mãe cuida

Muitos vizinhos, todos se conheciam

Piscina a pool p/ comemorar aniversário

2006-2009, mudança p/ Santos

Vila Nova

Novo lugar, novas paisagem, praia, mar

João vive no apartamento

6 Casas grandes, 200m² (aluguel)

Tem duas casas p/ família (4L, 5L)

Chego no CAPS Centro em 2018 (1º contato)

1993: Primeira Internação Psiquiátrica (Hosp. Ps. Morumbi)

Sessões de eletrochoque - descoordenar

Morava na Lapa/SP (aluguel) - casa separada

Casa c/ quintal grande

1995: perdida no Braço - sem ter p/ onde ir

Vinda p/ Santos

Programa Casa Alberta (Prefeitura de Santos)

Projeto Cantina

Projeto Lixo Limpo

4 anos numa casa na Campos Mello

1994: Upana do esposo;

1994: Primeira Internação NARS

Morava na Ponta da Praia

em um apartamento em cima do morango

1994: começou a pagar aluguel e cuidar de criar os filhos.

Morava em Jandira quando se mudou para Alagoas, no verão

foram morar com a família do marido

- cozinha simples, de madeira

* Seu marido foi internado em um hospital (psiquiátrico?) em Maricá

1997: marcha em defesa dos direitos dos trabalhadores

Jandira

Tem um filho

Uma furante

depois começou o tratamento "psiquiátrico" e os remédios - a implicação de trabalhar

Cobra congelou os bancos e usou o dinheiro dos bancos

morava no CS - Apoiada

Apartamento - mesmo

c/ pai, mãe, pai, mãe e irmã

Mt confuso, inseguro, não organizado

Cartaz 6 — Resgate histórico: década de 1990.

2000 - 2019

- 2001 → LEI 10.216 (TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL DE MANEIRA MENOS INVASIVA);
- 2002 → REGULAMENTAÇÃO DOS CAPS;
- PROGRAMA DE VOLTAR PARA CASA;
- 2003 → CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DAS CIDADES;
- 2004 → CRIAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DAS CIDADES;
- 2008 → PROGRAMA MINHA CASA, MINHA VIDA.

2002 - Giovanni Guaçuara

Morava na área comunitária de S. Vicente
2016 recebeu tratamento no CAPS
2018 fez um HI no CAPS (único
fazia cura de 4 meses ocorrido na unidade
Utiatimuk mais hospital em um quarto.
CAPS teve influência na mudança de Ben/Leandro...

↓
Pode comer, jogar,
dançar na casa que quiser.
Se sente muito vontade
de jogar. ↓
Tem TV que dá muita informação,
de concursos, aulas de graduação
e aulas de música.

* Em 2006, voltaram para Santos;
- Seu filho conseguiu a vaga de voluntário
no Tó Jigado

* Mora em um cortiço

* mora em favelas (cortiços);
* 1/2 casado há 15 anos;
* Apenas 1 filho

2002 Morava em Santos
com sua mãe

2019 continua tratamento no CAPS
no momento reside na AV Rodrigues Alves 200
em Santos no município...

Recebeu o tratamento no CAPS em 2003.
Continua fazendo o uso das medicações...

* Em 2011 conseguiu o seu Benefício...

Mora com o seu companheiro...
juntos numa casa com 4 quartos...

ainda mora de Aluguel -
mudou várias vezes de casa
(por causa do \$)

2003 → Rituais e palestras
7h de aula por semana (30 horas agra
disponíveis)

Ainda passou por internações, mas
no CAPS ("é bem melhor")

(* Anchieta era a morte, falava a gente como cochonês)
Hoje mora com a filha e 3 netos numa casa de aluguel
No passado já morou em cortiços.

Nossa Política de Habituação

PROGRAMAS:

- > VILA;
- > ALUGUEL SOCIAL;
- > SET (AMPLIAÇÃO);
- > DE VOLTA PRA CASA (AMPLIAÇÃO)*;

CRITÉRIOS:

- SER ACOMPANHADO PELO CAPS A DELO MEM
ANOS (COM REAVALIAÇÃO A CADA 2 ANOS);
- TER RENTA INFERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO
PER CAPTA);
- ALUGUEL SOCIAL E A VILA PODERÃO SER ACESSADOS
SUÁRIOS/AS COM OU SEM VÍNCULOS FAMILIARES.

VALOR RECALCULADO CONFORME A ESPECULAÇÃO IMOBIL
O MUNICÍPIO! VALOR MÍNIMO R\$ 412,00.

