



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

JULIANA MARA DE FREITAS SENA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE  
FORTALEZA – CE: LIMITES E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA  
AUTONOMIA DO USUÁRIO**

Fortaleza - Ceará

2010

JULIANA MARA DE FREITAS SENA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE  
FORTALEZA – CE: LIMITES E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA  
AUTONOMIA DO USUÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração:

Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora:

Profa. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza - Ceará

2010

S474p Sena, Juliana Mara de Freitas

Produção do Cuidado no Centro de Atenção  
Psicossocial de Fortaleza – CE: limites e desafios na construção  
da autonomia do usuário / Juliana Mara de Freitas Sena –  
Fortaleza, CE, 2010.

139f. il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Salete Bessa Jorge

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) –  
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Autonomia. 2. Centro de Atenção Psicossocial. 3. Saúde  
Mental.

I. Universidade Estadual do Ceará, Mestrado em Saúde  
Pública.

CDD: 362.20981



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "Produção do Cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza - Ce: Limites e Desafios na Construção da Autonomia do Usuário"

Nome da Mestranda: **Juliana Mara de Freitas Sena**

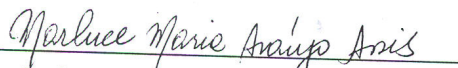
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

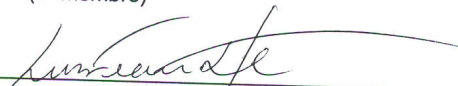
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge  
(Orientadora)



Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis  
(1º membro)



Prof. Dr. Luis Fernando Farah de Tofoli  
(2º membro)

Data da defesa: 18/12/2010.

*Aos meus pais, Sena e Conceição, a quem sou infinitamente grata pela dedicação e incentivo permanente.*

*A minha amada filha, Janaina, com quem aprendi que amor e cuidado tem o mesmo sentido.*

*Ao meu amor Samuel, com quem encontro a felicidade, a paixão, a construção dos meus sentidos, a dedicação dos meus mais delicados planos.*

*Obrigada por apoiarem as minhas escolhas, por apostarem nos meus sonhos e por iluminarem cada trilhar da minha vida.*

*Ao eterno homem da Reforma Psiquiátrica do Ceará, Dr. Nilson de Moura Fé (in memoriam), pelos ensinamentos, por ter possibilitado tantas descobertas e por me fazer encantar pela saúde mental.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

**À minha grande orientadora, Professora Dr<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge,**  
Pela acolhida, preocupação e dedicação aos seus orientandos. Por seu respeito e paciência,  
meu profundo agradecimento!

*O narrador conta o que ele extrai da experiência – sua própria ou aquela contada por  
outros. E, de volta, ele a torna experiência daqueles que ouvem sua história.*

(WALTER BENJAMIN)

## **AGRADECIMENTOS**

**Aos meus grandes amigos Germane Pinto, Evelyne Bastos e Marcelo Brandt,**  
Pelos bons encontros, trocas e partilhas cotidianas. Por terem sido a potência desta  
caminhada.

**À minha querida Tia Fátima,**

Pela confiança, carinho e incentivo permanente.

**Aos usuários, familiares, amigos e trabalhadores da saúde mental,**

Por me permitirem *olhar de perto* o cotidiano do CAPS.

**Ao amigo Lucieudo,**

Por compartilhar os desafios deste percurso.

**Ao amigo Weymar Gomes,**

Pela energia positiva que recebo mesmo distante.

*Três lustros se passaram de intenções declaradas. As declarações geraram atitudes de libertação de um povo esquecido. As Américas se uniram num mesmo empreendimento: Mudar a conduta do povo no trato com outro povo.*

*Por séculos viveram desconhecidos. Eram demônios, perigosos e maus. Foram isolados, asilados e confinados. Não tinham direitos cidadania nem quaisquer outros direitos. Eram menores sem o ser. Deviam ser disciplinados para retornarem ao convívio social.*

*O mundo todo reconheceu esse povo como seu povo e o recebeu como irmão. Descobriu, depois de longo tempo, que não eram demônios, mas outros eus disfarçados de demônio. Festejam hoje esta descoberta significativa e comemoram a data simbólica.*

*O reconhecimento não é apenas conhecer de novo uma coisa conhecida; quando o conhecido é um outro, torna-se também um ato de reconhecer-se a si mesmo como um novo eu.*

*Isto muda as relações comportamentais no sentido de se tornarem mais flexíveis. Assim a história se faz e um povo amadurece na sua plenitude, mudando o proceder no transtorno do saber.*

**Nilson de Moura Fé, sobre os 15 anos da Declaração de Caracas**



## RESUMO

A produção da autonomia na perspectiva do cuidado dos usuários no campo da saúde mental é objeto de estudo dessa investigação. Essa temática é relevante por trazer à reflexão das transformações no campo da atenção em saúde mental, considerando a construção de projetos terapêuticos pautados na reinserção social e na busca da autonomia. Nesse sentido, o estudo tem como objetivos compreender como se dão às articulações operadas no ato de cuidar das pessoas com transtornos mentais e as conexões realizadas pelas equipes de saúde mental, na produção da autonomia do usuário; e, discutir a produção da autonomia no cuidado pela equipe de saúde mental do Centro de atenção psicossocial e sua articulação com os saberes e práticas implementadas no cotidiano da rede de saúde mental do município de Fortaleza. O estudo apresenta uma dimensão crítica e reflexiva dentro de uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Os participantes foram 10 (dez) sujeitos, sendo quatro usuários, três familiares e três trabalhadores de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o processo nº 10245206-7 e a pesquisa de campo somente teve seu início após aprovação conforme o parecer. A análise dos dados empíricos, que teve como referência as categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico. Os resultados convergem em quatro unidades temáticas: o cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial; as relações e intersubjetividades; limites e possibilidades do cuidado em saúde mental; fluxos terapêuticos: entrecruzando espaços para autonomia e resolubilidade; e autonomia, institucionalização ou tutela outorgada? Considera-se que embora o CAPS proporcione a redução do estigma da loucura, a mudança do local não é suficiente para as pessoas com transtorno mental sejam vistas como cidadãos comuns. Algo mais precisa ser acrescentado a isto, as relações no território e na sociedade são fundamentais para o estabelecimento de conexões para além do serviço.

**Descritores: Autonomia; Centro de Atenção Psicossocial; Saúde Mental.**

## ABSTRACT

The production of autonomy under the care perspective of the users in the mental health field has been studied in this investigation. This theme is relevant to bring to the reflection of transformations in the field of mental health care, considering the development of therapeutic projects guided by the probation officer and the quest for autonomy. Thus, the study aims to understand how to give the operated joints in care of persons with mental disorders and the connections made by mental health teams in the production of client autonomy, and discuss the production of autonomy in care by mental health staff of the Center for psychosocial care and its relationship with the knowledge and practices implemented in everyday mental health services in Fortaleza. The study presents a reflective and critical size within a qualitative approach. The survey was conducted in Fortaleza, capital of Ceará. Participants were 10 (ten) subjects, four users, three relatives and three health workers of the Center for Psychosocial Care (CAPS) in the city. We used two techniques to collect data: a semi-structured interviews and systematic observation. The project was submitted to the Ethics Committee in Research of the State University of Ceará (UECE) under Case No. 10245206-7 and field research had its beginning only after approval by the advice. The analysis of empirical data, which had reference to the empirical categories resulting from crosses between the various information and links with the theoretical framework, using the technique of triangulation of empirical material. The results converge into four thematic units: daily life at the Center for Psychosocial and intersubjectivities relations, limits and possibilities of mental health care; therapeutic flows: interlocking spaces for autonomy and resolution, and autonomy, institutionalization or granted guardianship? It is considered that although the CAPS provides a reduction in the stigma of madness, the change of venue is not enough for people with mental disorders are seen as ordinary citizens. Something more needs to be added to this, the relations within society and are essential for establishing connections in addition to the service.

**Keywords:** Autonomy; Psychosocial Care Center, Mental Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial – Infantil

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projetos Terapêuticos Singulares

PVC - Programa de Volta pra Casa

RT - Residências Terapêuticas

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS - Sistema Único de Saúde

UECE - Universidade Estadual do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Modelo lógico da autonomia e suas conexões disparadas pelo cuidado</b>	40
<b>Figura 2 – Vista área da orla marítima do Município de Fortaleza.</b>	43
<b>Figura 3 – Pirâmide Populacional de Fortaleza</b>	43
<b>Figura 4 – Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza</b>	45
<b>Figura 5 - Produção de autonomia dos usuários do CAPS</b>	118

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro I – Composições teóricas sobre o agir em saúde</b>	<b>37</b>
<b>Quadro II – Grupos de Representantes para o Estudo</b>	<b>50</b>
<b>Quadro III- Cruzamento dos depoimentos do Grupo I</b>	<b>55</b>
<b>Quadro IV- Entrecruzamento das unidades analíticas entre os Grupos I, II e III</b>	<b>56</b>
<b>Quadro V- Entrecruzamento das categorias empíricas do Grupo I</b>	<b>57</b>
<b>Quadro VI- Entrecruzamento das categoria empíricas entre os Grupos I, II e III</b>	<b>57</b>

## SUMÁRIO

<b>1. A TEMÁTICA, O OBJETO E OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS</b>	15
1.1 O despertar do tema	15
1.2. Objeto de Estudo e Pressupostos Teóricos	18
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	28
2.1 Produção do cuidado em saúde mental	28
2.2 Autonomia dos usuários como dispositivo do cuidado em saúde mental	34
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO</b>	42
3.1. Natureza e Tipo de Estudo	42
3.2. Lócus da pesquisa	42
3.2.1 Rede assistencial de saúde mental (RASM)	45
3.3. O encontro com os sujeitos	50
3.4. Técnicas e instrumentos de coleta de dados	51
3.5. Questões éticas	52
3.6. Percurso metodológico	53
3.7. Análise dos Dados	54
<b>4. À PROCURA DE RESPOSTAS: diálogo na transversalidade do olhar para a loucura.</b>	59
4.1. O cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial: as relações e intersubjetividades	59
4.2 Limites e possibilidades do cuidado em saúde mental	65
4.3 Fluxos terapêuticos: entrecruzando espaços para autonomia e resolubilidade	86
4.4 Autonomia, institucionalização ou tutela outorgada?	101
<b>5. CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES</b>	120

<b>REFERÊNCIAS</b>	126
<b>APÊNDICES</b>	133
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Saúde, Usuários e Familiares</b>	134
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para os trabalhadores de saúde</b>	135
<b>APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista para usuários do CAPS e familiares</b>	136
<b>APÊNDICE D – Roteiro de Observação sistemática</b>	137
<b>ANEXO</b>	138
<b>ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética</b>	139

# **1. A TEMÁTICA, O OBJETO E OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS**

## **1.1 O despertar do tema**

O encontro com o objeto de estudo se deu desde a graduação quando as atividades extracurriculares aproximavam-se do campo da saúde mental, a partir da investigação no trabalho de conclusão de curso sobre o sofrimento psíquico de enfermeiras trabalhadoras de um hospital público no município de Fortaleza-CE.

As vivências compartilhadas no grupo de pesquisa em saúde mental da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) contribuíram com a imersão subjetiva e afetiva na temática. À época, os sujeitos da pesquisa eram os usuários de substâncias ilícitas.

A entrada no campo empírico como profissional da saúde se deu no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), onde, por aproximadamente um ano muitos encontros criaram a afetividade pela temática.

Em seguida, o ingresso na equipe de trabalhadores de um hospital geral, lugar este inacessível para os loucos, que, embora com qualquer patologia clínica, não podiam ser ouvidos, pois a equipe não era capaz de lhes dar atenção devida com relação às suas angústias e dificuldades. Os enfermos vinham de um itinerário confuso e tenso que perpassava por diferentes espaços e serviços de saúde. O mais agravante ocorria quando eles advinham de hospitais psiquiátricos. Nesse caso, muitas vezes, a alta no hospital geral era precoce, em virtude do incômodo, causado nas unidades.

Diante desta percepção, nascia um afeto positivo para com a saúde mental e seus dilemas desafiantes. A oportunidade de fazer parte da coordenação de saúde mental do Estado do Ceará surgiu concomitantemente a estas vivências.

Neste momento, o olhar modificou-se de trabalhador para gestor. E agora? O que fazer diante disto? Como viabilizar a Política Nacional de saúde mental que preconiza a internação psiquiátrica em hospital geral conhecendo o preconceito dos trabalhadores de tais instituições?

A saúde mental no interior do Estado do Ceará avançou de forma mais rápida do que na capital e as andanças por estes serviços, por meio de visitas, trouxeram as seguintes reflexões: Que lugar é este? O que ele produz de novo? Qual a diferença dos usuários



atendidos aqui e os internados na capital? Em algumas conversas com os usuários, percebia-se que o que eles queriam era viver a vida a seu modo, ser aceitos na sociedade.

Na oportunidade de coordenar a equipe do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares no Ceará, o PNASH Psiquiatria em 2007, e conhecendo a estrutura de todos os hospitais, entrevistando aproximadamente 40 usuários, dentre eles alguns institucionalizados, surgiu a reflexão de que os mesmos não têm o direito de escolha no seu modo de andar a vida.

Os ditos doentes mentais, ao se despirem das normas sociais, incomodando a sociedade no seu jeito diferente de ser e pensar são retirados do meio em que vivem e são encaminhados às instituições psiquiátricas asilares pela perda do juízo crítico.

Tal juízo crítico é diferente por não compor com os corpos da sociedade normal, tornando-se insuportável o outro diferente. O corpo exprime a singularidade de cada sujeito embora não comendo, em algum ou em vários momentos, com as normas sociais. O que importaria, talvez, fosse a aceitação do outro, desconstruindo o imaginário coletivo perpassado pelo estigma para com os portadores de transtorno mental.

Chama atenção o fato de que a própria Constituição Federal brasileira considera os doentes mentais presumivelmente perigosos. O significado da palavra presunção, além de ser considerado como ‘ato ou efeito de presumir-se’, ‘opinião ou juízo baseado em aparências’, ‘ vaidade, orgulho, pretensão’, tem uma definição jurídica que diz: consequência que a lei deduz de certos atos ou fatos, e que estabelece como verdade, por vezes, até prova em contrário.

Em assim sendo, pode-se considerar uma periculosidade legal, isto é, uma periculosidade definida por lei; contrária aos princípios científicos reconhecidos e contrária a um princípio constitucional dos direitos humanos, que estabelece que ninguém é culpado de algo até prova contrária. Poder-se-ia alegar que, ao considerar uma pessoa perigosa, não se estaria culpando-a de qualquer delito, mas isto a discrimina em relação aos outros, além de deixá-la vulnerável criminalmente (FÉ, 2006).

Tal constatação advém do pré-julgamento histórico, porque toda a Idade Média e, mesmo antes dela, a Bíblia já pregava que os loucos eram possuídos pelo demônio, considerando-os como perigosos.

No Brasil, a exclusão se deu por alguns princípios de cuja racionalidade pela diferença justificava a exclusão dos perigosos: o da debilidade, a idiotia, a vagabundagem, a pobreza e a ineficiência para o trabalho pelos motivos anteriores. A política de higienização, a frenologia com suas medidas antropométricas que caracterizariam o indivíduo inato para o crime, de cujas feições ressoariam a estampa do perigo, do ultraje, do manifesto de doente, além da busca e segregações dos inaptos para o trabalho configuraram essas medidas e aparelhos (LOBO, 2008).

Como vigilância e punição anteparadas em saberes médicos, na política do encarceramento e na limpeza das ruas dos indesejáveis pelo novo aparelho policial, o ideário de controle do corpo pelo disciplinamento constitui uma subjetividade a serviço de uma sociedade inaugurada desde o século XVII (FOUCAULT, 1987).

Fé (1999), em *Internação psiquiátrica e desospitalização*, identifica a formação de uma série de condicionamentos culturais próprios da vida manicomial, tais como: os pacientes vão aprendendo modos de viver e pensar que, com o tempo, vão se automatizando, de acordo com as capacidades adaptativas de cada um. Mas, pelos condicionamentos impostos a todos, terminam por compor um conjunto mais ou menos uniforme de autômatos disciplinados e nunca de sujeitos sociais, com vontade e liberdade próprias. Se isto dá uma aparência de tranquilidade e ordem à vida hospitalar, imprime modos dificultadores da convivência social. Acrescenta que o isolamento e o confinamento proporcionados pelos hospitais psiquiátricos desenvolvem um afrouxamento no comportamento social, tornando os pacientes despreocupados em certos costumes simples, como vestir-se, falar, assear-se e, mesmo, comunicar-se com o outro.

Estas manifestações configuram, sem dúvida, passos largos no sentido da perda da autonomia e da condição de cidadãos. No atual contexto da reforma psiquiátrica, torna-se cada vez mais premente a discussão acerca das estratégias inclusivas de dispositivos voltados à inserção social e capacitação de usuários em Saúde Mental. Passados mais de vinte anos de efetiva reforma psiquiátrica no contexto brasileiro, temas diferentes já estiveram em questão, tais como crise e urgência, oficinas, estratégias de funcionamento da rede, entre outros. À medida que os serviços vão

construindo saídas a esses impasses, novos se descortinam, colocando em foco outras questões que não tangem a dimensão complexa de tal realidade.

Desta forma, a escolha pelo objeto de estudo – produção da autonomia em saúde mental - não se deu aleatoriamente, foi construída a partir da afetação dessas percepções, sendo a pesquisa conduzida pelo desejo de contribuir na consolidação dos caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica no Ceará.

## **1.2. Objeto de Estudo e Pressupostos Teóricos**

*Toda vida humana autônoma é um tecido de incríveis dependências.*

*Edgar Morin*

A produção da autonomia na perspectiva do cuidado dos usuários no campo da saúde mental é objeto de estudo dessa investigação. Essa temática é relevante por trazer à reflexão das transformações no campo da atenção em saúde mental, considerando a construção de projetos terapêuticos pautados na reinserção social e na busca da autonomia.

Nos últimos anos a política nacional de saúde mental busca garantir a ampliação dos serviços substitutivos, torna-se então fundamental o compromisso das reflexões e de avaliações. Como modelo em construção, Carvalho e Amarante (1996) discutem a importância da avaliação dos serviços de saúde mental surgidos no Brasil, tendo como ponto fundamental a interligação do sujeito com a sua comunidade, propondo analisar a autonomia.

Historicamente, o conceito de autonomia nasce na cultura política da democracia grega para indicar as cidades-estado autônomas, e é somente a partir do humanismo individualista da Idade Moderna, século XVIII, que o conceito de autonomia se aplica ao indivíduo.

O conceito aplicado à pessoa é uma conquista tardia da cultura ocidental e indica a emancipação do imaginário social, que encontra em si mesmo os princípios instituintes de sua legitimidade pela superação dos princípios transcendentais de autoridade, quer de origem natural ou divina. Por último, o conceito se aplica ao indivíduo, titular de direitos e deveres. O princípio do respeito à autonomia tornou-se, nestas últimas décadas, uma das principais ferramentas conceituais da ética aplicada,

sendo utilizado em contraposição ao chamado paternalismo médico na prática clínica (SCHRAMM, 1998).

A etimologia do termo autonomia é composta pelo adjetivo pronominal *autos*, que significa o mesmo, ele mesmo e por si mesmo, e pelo substantivo *nomos*, com o significado de compartilha, instituição, lei, norma, convenção ou uso (CASTORIADIS, 1988).

O sentido geral da palavra autonomia indica, portanto, a capacidade do indivíduo dar-se suas próprias leis, seu modo de caminhar na vida e compartilhá-las de forma coletiva. No contexto da saúde mental, surge uma questão fundamental, por se tratar de indivíduos destituídos da razão, pois é esta a imagem que a sociedade tem dos doentes mentais, os quais, por séculos, viveram desconhecidos. Ainda hoje, são tidos como perigosos. Foram isolados, asilados e confinados. Não tinham direitos de cidadania nem quaisquer outros direitos e deviam ser disciplinados para retornarem ao convívio social.

Contextualizando o processo de exclusão dos doentes mentais, percebe-se que com a Revolução Industrial (século XVIII), a proeminência econômica da burguesia impôs a primazia do lucro como sendo a meta básica e única de toda atividade humana e a sujeição do homem aos ditames do capital. Desta forma, as pessoas que não se inseriam no sistema produtivo, não dariam lucro e iriam atrapalhar o processo de acumulação capitalista, sendo necessário retirá-las do meio social.

Após a abolição do processo escravista, as marcas e sequelas dessa “liberdade” condicional reverberaram sobre as questões sociais, econômicas e políticas que advieram no momento de transição de um modo de produção latifundiário para o capitalista. Assim, as medidas policiais contra a vagabundagem, a ineficiência dos corpos fatigados, mutilados e exangues pelos castigos e trabalho árduo investido na lavoura canavieira e cafeeira de então assomam como produções de um sistema fabril e pré-mercantilista que se instaurara. Um processo de industrialização embrionário requeria corpos úteis, docilizados, domesticáveis e disciplinados para o trabalho, mentes saudáveis (FOUCAULT, 1987; LOBO, 2008).

Porter (1990) afirma que o aparecimento da medicina voltada para a psicologia foi mais consequência do que causa do surgimento do asilo de loucos. A psiquiatria foi capaz de florescer depois de grande número de internos encher os manicômios. A

psiquiatria surgia assim para trancafiar os loucos, ser o carcereiro do sistema político, social e econômico. O autor correlaciona a linguagem dos loucos com o saber e a linguagem da psiquiatria, constatando que, do século XV ao século XVII, as idéias mágico-religiosas predominam entre os loucos, enquanto que, no século XVIII, surgem as queixas relacionadas com o poder absoluto e até então desconhecido exercido pelos médicos de loucos, os psiquiatras; e, só a partir do século XIX, é que encontra o grande temor de ser internado nos asilos (FÉ, 1994).

Os doentes mentais, por apresentarem dificuldade no trato com a realidade, apresentam um quadro de vínculos sociais e afetivos rompidos e é nessa dinâmica que o processo de exclusão se instala e se desenvolve. Reduz-se o espaço social do paciente e leva, até mesmo, à exclusão no seio familiar.

Nesse contexto, a reforma psiquiátrica surge como um movimento de reformulação de conceitos e de modelos assistenciais, objetivando a humanização do cuidado e o resgate dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental, construindo um novo espaço para as práticas em saúde mental.

Como processo político e social complexo, incide em territórios diversos: nas esferas de governo, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de usuários e familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Representa um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, avançando no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, marcadas por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

O período germinativo para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira vai dos anos de 1978 a 1987. Os temas principais que mobilizaram esses anos foram a redemocratização do País, o movimento de reforma sanitária, as denúncias e as críticas ao modelo asilar psiquiátrico privatista, bem como a luta por melhores condições trabalhistas pelos trabalhadores de saúde mental (LOUGON, 2006).

Nesse contexto, destaca-se a realização de eventos fundamentais na organização dos movimentos nos Estados, sendo palcos de grandes discussões sobre os problemas da saúde mental: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978; o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em janeiro de 1979; o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em novembro de 1979; O I Encontro Regional dos

Trabalhadores de Saúde Mental, maio de 1980; e o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria paralelo ao II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em agosto de 1980 (AMARANTE, 2008).

Amarante (1995) ressalta dois momentos de extrema importância para a construção da reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro, como sendo o período de redemocratização do País, com a retomada dos movimentos sociais e a maior participação política dos cidadãos, tendo em vista o afrouxamento da censura militar, a reorganização dos partidos políticos, a luta por melhores condições de vida e de trabalho.

Nesse momento, vislumbram-se as possibilidades de inserção e circulação sociocultural e político-econômica de usuários. Essa questão atravessa toda a reforma, podendo ser pensada como um de seus pontos centrais. Avançar sobre esse tema é pretensão deste estudo, buscando uma análise que possa trazer contribuições para as práticas em Saúde Mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, as Residências Terapêuticas, leitos psiquiátricos disponibilizados em hospitais gerais, cooperativas de trabalho e Centros de Convivência, são alguns exemplos desta proposta, qual seja, a de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial para a promoção de saúde.

Neste sentido, busca oferecer ações que minimizem o sofrimento psíquico, possibilitando aos pacientes a circulação social e a construção de projetos de vida. Seu foco de atenção à saúde é deslocado do indivíduo, como o único responsável pelo seu adoecimento, e centra suas ações num indivíduo agora imerso num contexto biopsicossocial.

As possibilidades de atenção à saúde mental se diversificam à medida que saberes e práticas ancoradas no modelo biomédico são colocados em questão. Desta forma, diferentes dispositivos de tratamento e estratégias clínicas são pensadas como possíveis articuladores da vida pessoal e social do indivíduo.

O que se tem observado é que há certo temor a respeito do que se tem feito em relação às práticas atuais, uma preocupação sobre o saber-fazer no cotidiano do trabalho, que muitas vezes torna-se alienado, deslocado do objetivo da reforma, visando unicamente à diminuição das filas de espera para atendimento, muitas vezes reproduzindo o padrão psiquiátrico de tratamento. Pode-se verificar, por parte das

instituições e dos profissionais, a operação de saberes e práticas excludentes ao compromisso que se propõe.

Ainda sobre o mesmo aspecto, Amarante (2003) adverte sobre a desconsideração ou à diminuição do uso de recursos estratégicos que implicam num melhor acolhimento, escuta e cuidado, visando o fortalecimento dos laços familiares e sociais, dando consistência a estes serviços de atenção psicossocial. Neste sentido, vale ressaltar a importância de se estar problematizando estas questões que, mais do que nunca, servem para reafirmar a necessidade de a todo o momento estar repensando estas ações, reorganizando e inovando as práticas no interior e exterior destes espaços, a fim de superar estes obstáculos que desorientam esta reforma.

Amarante (2003) adverte sobre a necessidade de se fazer um estranhamento no dia-a-dia destas ações, num processo constante de invenção destas práticas e saberes, para que a Reforma Psiquiátrica não venha ser reduzida a uma reorganização administrativa e tecnocrática de serviços.

Outro momento é caracterizado pela trajetória sanitária, que promove mudanças significativas no setor saúde, nos primeiros anos da década de 80. O Estado passa a desenvolver mudanças no sistema de saúde, absorvendo um pensamento crítico em seu interior, objetivando reduzir os agravos originados de uma política tradicional de saúde privatizante, custosa e elitista (AMARANTE, 1995).

As principais correntes que influenciaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil foram à psiquiatria de setor e a análise institucional da França, comunidades terapêuticas e antipsiquiatria, ambas de origem inglesa, a psiquiatria preventiva e comunitária norte-americana e a psiquiatria democrática italiana. Todas tiveram uma dose de contribuição para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, seja através de contribuições teóricas, seja de forma mais prática, por meio de organização e composição dos serviços.

A psiquiatria de setor francesa da década de 1940 tem como fundamentos a racionalização dos gastos com a saúde. Adotando uma política de regionalização e hierarquização do sistema de saúde, propondo uma postura de prestação de serviços extra-hospitalares com ênfase na vinculação entre equipe e clientela, dispensando de cuidados domiciliares, serviços de internação parcial e oficinas terapêuticas,

incorporadas pelo Ministério de Saúde do Brasil apenas no final da década de 1970 (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

A Comunidade Terapêutica Inglesa do início da década 1950 tem como característica a transformação da assistência psiquiátrica, denunciando o desrespeito e a violência aos direitos humanos, imprimidos pelo modelo manicomial hegemônico. É fim da Segunda Guerra mundial e os hospitais psiquiátricos se assemelham aos campos de concentrações nazistas. A relação faz com que um movimento de reformulação da assistência aos acometidos mentalmente seja no intuito de garantir seus direitos enquanto cidadãos, e que os espaços para tratamento sejam mais terapêuticos (AMARANTE, 2007).

A proposta de comunidade terapêutica fora assimilada de maneira equivocada no Brasil na década de 60, através do marketing de modernidade dos hospitais privados, coexistindo com a prática asilar e adotando a linguagem de intervenção educacional preventiva na comunidade, não havendo impacto algum sobre o modelo manicomial (TENÓRIO, 2002). A análise Institucional Francesa, também do início da década de 1950, sofre influências da comunidade terapêutica, e se propõe a transformar o espaço do hospital psiquiátrico num campo de relações significantes, pois a própria instituição é doente e precisa ser também tratada (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998; AMARANTE, 2007).

A Antipsiquiatria Inglesa, da década de 1960, denuncia a violência do poder psiquiátrico sobre o louco. Uma violência perpetrada pelos sadios sobre os loucos. Questiona os conceitos de loucura da nossa sociedade e afirma que as definições sobre saúde mental na sociedade são iguais à noção de conformismo e alienação das pessoas ao conjunto de normas estabelecidas (COOPER, 1989). Essa corrente de pensamento ficou restrita aos guetos intelectuais, apenas na discussão moral sobre algo que pudesse ser resolvido no campo das idéias (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

A Psiquiatria Preventiva e Comunitária Norte Americana da década de 1960, com matriz teórica na epidemiologia funcionalista, tem como modelo de aplicação a saúde pública e busca entender os determinantes sociais da doença mental, ou seja, compreende a patologia mental como um fenômeno social. Propõe o atendimento dos casos em ambulatorios, deslocando o centro do tratamento do hospital psiquiátrico para outros dispositivos, porém sem conseguir superar o modelo de atenção, pois agregou a cultura hospitalar aos ambulatorios e centros comunitários de atenção. A perspectiva



preventiva é um marco para a transformação do objeto da Psiquiatria, saindo da terapêutica das doenças mentais para um território mais amplo: Saúde Mental (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998; LOUGON, 2006; AMARANTE, 2008).

A Psiquiatria Democrática da Itália da década de 1970, com matriz teórica no marxismo, parte da crítica radical ao modelo manicomial que concretiza a exclusão produzida pela modernidade com os diferentes. O paradigma médico positivista reforça a segregação da loucura não sendo terapêutico, exigindo da prática psiquiátrica modelos diferenciados de atenção às pessoas com transtornos mentais. A psiquiatria tradicional colocou o sujeito entre parênteses para se ocupar de uma doença abstrata. Nessa perspectiva, a doença é colocada em parênteses para que os profissionais possam se ocupar de pessoas concretas em suas experiências (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Colocar a doença mental entre parênteses não é negar a existência desse acometimento; mas, sim, construir este fenômeno na sua interação com o observador. Para tanto o fenômeno do transtorno mental é uma construção a partir de diversos elementos. Não é um simples processo em que a pessoa adoce e precisa de um remédio para lhe proporcionar cura, mas um evento complexo, que envolve diversos atores: a pessoa acometida, como a sociedade o percebe e com ele interage e como o conhecimento científico de saúde o apreende e o aborda. É nessa perspectiva, que surgem as primeiras iniciativas para a construção de um modelo de assistência que abarque todas estas dimensões e não se limite ao modelo biologicista.

A transformação do modelo assistencial aos transtornos psíquicos se desenvolveu, por meio de todas essas transformações, diante da emergência da necessidade de mudanças advindas do movimento de Reforma Psiquiátrica, modificando o campo da Saúde Mental. Ao ampliar o seu foco de abordagem, buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área e objetivando a construção de uma nova composição de conhecimentos, fundamentada sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que não seja, portanto, apenas um novo somatório ou rearranjo dos antigos saberes.

Com a aprovação em 2001 da Lei Federal 10.216, após 12 anos de tramitação no congresso e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolida-se a Política Nacional. Esta incorpora os pressupostos da reforma psiquiátrica consolidada sócio-historicamente no país, passando a ter maior visibilidade com a criação de linha específica de financiamento. As diretrizes que delineiam as ações

desenvolvidas baseiam-se no processo de desinstitucionalização, expansão dos serviços substitutivos com base comunitária, formação de recursos humanos e redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Saraceno (1996) afirma que o indivíduo, nesta nova abordagem, passa a ocupar lugares para além dos muros dos hospitais psiquiátricos. Insere-se nas ruas, nos espaços urbanos e constrói suas redes sociais, aumentando sua contratualidade, pilares fundamentais na conquista de autonomia. Essa habilidade do indivíduo em realizar trocas é segundo o autor, um processo de reconstrução, de exercício da cidadania e também de contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

No processo da reforma psiquiátrica visualizam-se, segundo Amarante (2003; 2007), transformações em diferentes campos: no campo teórico-assistencial através da reformulação de conceitos, saberes e práticas substituindo o paradigma biomédico (doença-cura) por um paradigma biopsicossocial; no campo *jurídico-político* onde são criadas leis que regulamentam serviços substitutivos, possibilitando aos usuários o exercício dos direitos à cidadania, trabalho e inclusão social e no campo *sócio-cultural* transformando o imaginário social da loucura, da doença mental e da anormalidade.

Na dimensão teórico-assistencial, destaca-se o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sendo sua principal característica integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Constituindo-se como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Na dimensão jurídico-político, a promulgação da lei nº. 10.216/2001, de Paulo Delgado, que representa um grande marco nesse processo, e dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo e estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, cuja a finalidade primordial seja a reinserção social do doente mental em seu meio (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Essas dimensões avançaram bem mais que as transformações no campo sócio-cultural, que permanece como um grande desafio nesse processo. As novas formas de abordagem da loucura e a criação de leis que assegurem o tratamento em serviço substitutivo, ainda não deram conta da desconstrução da imagem do louco, tido na nossa sociedade como incapaz e destituído da razão, e esse imaginário é que conduz as práticas excludentes em muitos serviços.

A reflexão sobre a construção de uma nova forma de assistência ao portador de transtorno mental conduz à visão de um modelo distinto do tradicional, originado de concepções que fundamentem uma nova clínica. O primeiro aspecto a ser verificado diz respeito à idéia de que a Saúde Mental lida com um sujeito, e não somente com o portador de uma doença determinada pelo saber médico. O sujeito é nas relações que estabelece na família, no trabalho e em todo campo do coletivo, destacando as diversas redes de relações em detrimento da priorização do organismo biológico manifestado no determinismo do discurso científico. O controle do sujeito sobre sua existência por meio da restauração de sua capacidade de escolha e de auto-responsabilização é o foco central das intervenções terapêuticas que não estão focados, exclusivamente, numa determinada disciplina ou profissão (TORRE; AMARANTE, 2001).

A discussão do conceito de autonomia é fundamental para compreensão dessa nova abordagem e está sendo amplamente utilizada pelos agentes promotores de saúde, é importante destacar que difere de um sentido de equivalência à independência.

A autonomia plena, total, não é possível e sim parcial e auto-referencial, uma vez que o indivíduo nasce e vive em contextos históricos, sociais e diversificados, nos quais existem determinações sociais, econômicas, políticas e culturais, que exercem influência nos projetos e ações dos sujeitos no mundo (CAMPOS, 1998).

A atenção à saúde mental deve incorporar estratégias direcionadas ao exercício de cidadania, criando vínculos do usuário com o serviço e com a comunidade, possibilitando a produção de autonomia. Assim, caberia à instituição funcionar como um espaço intermediário, um local de passagem, na medida em que possibilitaria aos usuários um aumento de seu poder contratual, emprestando-lhe, segundo Tykanori (1996), sua própria contratualidade. Não podendo confundir-se autonomia com auto-suficiência, nem com independência.

Para o autor, a idéia de que quanto maiores forem as possibilidades do estabelecimento de novas e diversificadas redes de relações com o mundo, maiores serão as possibilidades de melhorias de reorganização e o conseqüente aumento de autonomia. As redes de relações diversificadas são estabelecidas quando existe uma inserção social, ampliando as possibilidades do estabelecimento de novos ordenamentos na vida.

Importa menos, neste sentido, criar e impor critérios de autonomia para esta clientela, mas observar qual seria o lugar ocupado pela questão no interior de uma nova perspectiva de atenção à loucura, como a instituição a concebe e promove no cuidado de seus usuários (SANTOS et al, 2000).

Pode-se dizer então que a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental é produzida mediante a dependência em relação ao meio externo, tendo um caráter relacional, onde o indivíduo é autônomo em relação aos outros na medida em que consegue manter sua identidade nas múltiplas relações que ele estabelece.

Nessa perspectiva, a produção de autonomia, aqui analisada, representa o processo em que o sujeito passa a relacionar e interagir com a comunidade de maneira que requer menos dispositivos assistenciais, seja do próprio serviço, seja do entorno social mais próximo (familiares, vizinhos, amigos, etc.), mantendo-se numa rede de relações sociais que possibilitam viver em comunidade. São esses elos que proporcionarão a capacidade de gerar suas próprias normas.

Diante do exposto, o presente estudo aponta as seguintes questões condutoras no processo de investigação: *Como é construída a autonomia do usuário na produção do cuidado da equipe no CAPS de Fortaleza-CE?*

No sentido de estruturar a discussão teórica e também de explicitar a formulação teórico-metodológica adotada, formulam-se os seguintes **pressupostos teóricos**:

1º Pressuposto – A produção do cuidado operada pelas equipes nos Centros de Atenção Psicossocial está delineado por uma prática fragmentada, focalizada no indivíduo, suprimindo a capacidade de intervenção coletiva necessária à produção da autonomia dos usuários.

2º Pressuposto – O encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário é promotor de perda ou produção de autonomia a partir da subjetividade implicada nesta relação. O agir castrador (MERHY, 1998) dos trabalhadores dos CAPS não produz autonomia por

despotencializar os usuários, da mesma forma que o agir liberador possibilita um maior ganho de autonomia para os mesmos no sentido de aumentar o seu poder contratual.

Nesse sentido, elaboraram-se os **objetivos** da pesquisa:

- Compreender como se dão às articulações operadas no ato de cuidar das pessoas com transtornos mentais e as conexões realizadas pelas equipes de saúde mental, na produção da autonomia do usuário.
- Discutir a produção da autonomia no cuidado pela equipe de saúde mental do Centro de atenção psicossocial e sua articulação com os saberes e práticas implementadas no cotidiano da rede de saúde mental do município de Fortaleza.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Produção do cuidado em saúde mental**

As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos a inclusão social e a superação do estigma da loucura, integrando-se às políticas sociais: educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania. As novas modalidades assistenciais substitutivas devem ter suas práticas pautadas em relações que produzam a autonomia e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização.

Tomando a experiência basagliana como referencial, a assistência psiquiátrica deve perceber que colocar a doença em parênteses é deslocar o olhar para o doente, a pessoa, e que o mesmo deve ser o objetivo de todo o trabalho em saúde. Dessa forma, a ênfase é dada ao processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente mas sem pensar que colocar em parênteses seria negar a existência da doença (AMARANTE, 1996).

Na atual conjuntura, a relevância da construção efetiva de uma rede de atenção à saúde mental é um dos principais desafios. A rede de cuidados tem o potencial de construção coletiva de soluções e possibilita a aproximação das demandas complexas, a garantia da resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços (BRASIL, 2007).

Dentre as dificuldades para construção de uma rede efetiva, pode-se destacar alguns desses pontos como: a forma de alocação de recursos financeiros para os serviços substitutivos; diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica; fragilidades no acesso, diversidade das ações e formação profissional e o imaginário social calcado no preconceito em relação à loucura.

Para Fé (1998) no imaginário popular, a figura do louco está associada à idéia de uma pessoa perigosa, imprevisível, capaz de praticar atos violentos, desatinos, alguém que a prudência aconselha evitar ou, sempre que possível, conter, de preferência através da reclusão a hospitais, asilos ou manicômios. O que se expressa no dito popular: Lugar de louco é no asilo. Para este autor há uma outra idéia preconceituosa, sem qualquer base científica: a incurabilidade dos doentes mentais, assim verbalizada popularmente: Uma vez louco, sempre louco. Esse prognóstico não correspondia à verdade nem quando a Psiquiatria dispunha de bem menos conhecimento acerca dos transtornos mentais e de recursos terapêuticos de menor eficácia que atualmente.

O desafio da produção do cuidado em saúde mental de forma integral é possibilitar o acesso dos portadores de transtorno mental à rede de serviços e de apoio social, espaços fundamentais para reinserção social. Nesse contexto os CAPS, têm o papel de possibilitar ganhos de autonomia para os usuários, articulando-se com esses espaços. Tendo em vista que para a produção de autonomia essa interlocução é também necessária. A conquista de novos espaços como possibilidade de resgate da autonomia das pessoas portadoras de doença mental significa uma nova configuração da operacionalização da produção do cuidado em Saúde Mental.

A reforma psiquiátrica implica em uma nova forma de tratar e acolher a pessoa dita doente mental, através da negação da internação e do isolamento como formas de atendimento e da construção de espaços relacionados às condições políticas, econômicas, históricas e culturais que caracterizam as diferentes regiões brasileiras, possibilitando, assim, o exercício de práticas singulares (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

Nesse contexto, o tratamento desloca o foco do sintoma para a singularidade de cada indivíduo, apontando para um processo que favorece a produção de autonomia e o estabelecimento de novas possibilidades na interação com os outros e com o modo de produção da sociedade, assimilando e participando do cotidiano da comunidade.

A articulação dos serviços, e também, a intersetorialidade aliada às práticas desenvolvidas podem ou não potencializar o cuidado. A dinâmica do processo de trabalho das equipes de saúde e saúde mental possibilita ganho de autonomia para os portadores de transtorno mental, ao ampliar suas relações sociais.

Os CAPS, como serviços de base comunitária, requerem a instituição de uma nova prática, com novos significados. Este novo conceito na saúde mental enfatiza o território como instrumento de promoção de autonomia ao envolver a comunidade, estimulando sua participação nas atividades do serviço e desmistificando a doença mental.

Para tanto, é fundamental que os trabalhadores disponham de formação permanente, no sentido de permitir a auto-realização, tanto no plano pessoal quanto profissional do trabalho psicossocial. A atuação multidisciplinar em saúde mental propicia a necessidade também da interdisciplinaridade no agir em saúde, ao articular práticas e saberes diferentes na promoção da assistência integral (JORGE et al, 2006).

Para a produção de autonomia, é necessário que haja um projeto terapêutico construído para um indivíduo específico. E a confiança no potencial individual para a mudança e o desenvolvimento, além do aumento das competências com aquisição de novas habilidades. Este projeto deve estar centrado nas habilidades individuais e não na redução de problemas ou sintomas.

A singularidade de cada indivíduo define o papel único do agir em saúde. O protocolo da atitude clínica deve permear estas peculiaridades, semelhanças e contrastes. A aproximação do objeto da clínica, agora, o sujeito, requisita a habilidade de aceitar-se parceiro na construção de um projeto terapêutico comum.

Portanto, a atenção à saúde, conforma-se a partir de um estágio técnico-assistencial, em que os encontros singulares, as disputas e os acordos entre indivíduos e grupos com suas necessidades de saúde, mediados pelos espaços institucionais, incluem a operação, os modos de saber e fazer saúde (MERHY, 2006).

Este agir, implica na origem de um modo diferente de pensar o sujeito, que passa a ser não tão somente o usuário que porta a doença mental e que pode necessitar de uma atenção terapêutica específica; e, sim, alguém que passa pela experiência de um sofrimento que atinge vários segmentos de sua vivência (SILVEIRA, 2003).

Na prática cotidiana, o agir em saúde apresenta tensões na sua fabricação e operação. A primeira tensão diz respeito ao próprio território como espaço de disputas, contradições e conformações de interesses, políticas e hegemonias dos diversos sujeitos do processo. Em seguida, tem-se que a micropolítica do trabalho em saúde constitui-se a partir do trabalho vivo em ato e dependendo do modelo condutor, pode estar aberto ou não a novos dispositivos de subjetivação. Por último, as organizações compilam um tenso espaço pela própria existência no cenário produtivo, e o auto-governo muitas vezes condiciona-se por interesses e modelos tecno-assistenciais específicos (MERHY, 1999).

Na saúde, faz-se necessário tornar a reinvenção como uma possibilidade cotidiana, implicando os trabalhadores com as instituições e com os usuários. Do contrário, os trabalhadores se concentram em atos esvaziados de sentido - ou cujo sentido depende de uma continuação que eles não controlam ou desconhecem - o que produz um padrão altamente burocratizado com seu saber e sua prática (CAMPOS, 1997).

O cuidado se apresenta sob as dimensões individual e coletiva, as quais não podem ser consideradas como reais e distintas, visto que interagem entre si de modo dinâmico. A dimensão individual compreende os aspectos da vida particular do sujeito, ao agir positivamente na busca de um crescimento pessoal, incluindo aí o cuidado de si sob uma perspectiva abrangente, extrapolando o aspecto da não-doença. Já o cuidado na dimensão coletiva diz respeito ao agir social, revelado nas práticas em grupos e traduzido no sentimento de solidariedade que, juntamente com o agir positivamente compõem o caráter emancipatório que o cuidado pode revelar (MACHADO, PINHEIRO, GUIZARDI, 2006).

Na micropolítica do trabalho em saúde, somos individual e coletivamente fabricantes e fabricados modos de agir nos processos relacionais que vivenciamos; podemos dizer que todo o lugar no qual práticas de saúde são produzidas opera um campo de processos de subjetivação, expressos na construção de territórios e subjetividades comprometidos com a produção de sentidos para as práticas, construindo modos singulares de compreensão e produção do real social, no qual os sujeitos estão inseridos (FRANCO; MERHY, 2007).

A intensificação do encontro entre os sujeitos da prática clínica, ou seja, o trabalhador de saúde ou usuário possibilita a formação de vinculação entre eles. A



potência deste encontro é resultante das trocas empreendidas nas relações e favorece a busca efetiva de soluções. A atenção à saúde se consolida a partir desta dinâmica, em que o usuário deve ser o significado central de toda a lógica assistencial empreendida.

A singularidade de cada indivíduo define o papel único do agir em saúde. O protocolo da atitude clínica deve permear estas peculiaridades, semelhanças e contrastes. A aproximação do objeto da clínica, agora, o sujeito, requisita a habilidade de aceitar-se parceiro na construção de um projeto terapêutico comum.

As necessidades de saúde inseridas na concepção central da prática do cuidado a ser efetivado são capazes de ampliar a definição de integralidade assumida nos serviços. Perceber tais necessidades evidencia a potencialidade nos trabalhadores, equipe, serviços e redes de fazer a melhor escuta das pessoas que buscam o atendimento (CECÍLIO, 2006).

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas dos profissionais de saúde envolve o esforço de compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer dos protocolos, nem da unilateralidade e, sim, dos diálogos entre o técnico (saber) e a compreensão da singularidade ou coletividade (usuário).

Merhy (2002, p. 119) destaca as principais tensões nos processos de produção da saúde:

[...] a lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos como cuidado. [...] por exemplo, a tensão dos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura; [...] a lógica da produção dos atos de saúde como resultado de ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e gerenciamento do cuidado [...] por exemplo, as ações de saúde enfermeiro-centradas ou médico-centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário [...]

O enfoque da atuação produtiva deve permitir a possibilidade do ganho de autonomia do usuário na escolha pelo modo de andar na vida. Contraditoriamente, a produção da saúde pode inverter este caminho, favorecendo um modelo voltado para o procedimento, que termina a ação de saúde ao final de um ato isolado decorrente da solução de um problema orgânico (MERHY, 2002).

A produção do cuidado faz emergir um espaço de interrelação trabalhador de saúde/usuário, mediado por tecnologias, mas que supera a objetivação destas e permite a construção de intersubjetividades afluentes de uma sabedoria prática (AYRES, 2000).

É fato prevalente na atual conjuntura, a forma como ocorre a produção de saúde. O uso de tecnologias duras (equipamentos, instrumental, etc.) é evidenciado de forma superior às outras tecnologias leve-duras (saber técnico estruturado) e leves (relacional) na linha produtiva do cuidado (MERHY, 1997).

A organização das práticas de saúde e o campo relacional na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilitam a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde (AYRES, 2004).

Merhy (1997) chama de trabalho vivo o trabalho construído em ato, operando permanentemente em processo e em relações; uma fonte de reinvenção, permitindo que a criatividade e o desejo do trabalhador possam ser expressos, possibilitando a construção de linhas de fuga ao trabalho morto, que está cristalizado nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar, conforme determinados saberes e interesses.

A mudança do modelo de atenção pressupõe a hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, caracterizando uma transição tecnológica que implica na produção da saúde com base nas tecnologias leves – a das relações (MERHY; FRANCO, 2003).

Na área de saúde mental, a utilização do conhecimento das próprias pessoas como suporte de ações tecnológicas, através do vínculo e do acolhimento, como substrato tecnológico, pode dar sentido ao usuário no interior do processo de trabalho em saúde, refletindo sobre uma clínica que se faz em ato, abrindo-se para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores (MERHY, 1997).

## **2.2 Autonomia dos usuários como dispositivo do cuidado em saúde mental**

O coeficiente de autonomia do usuário pode ser ampliado na busca do suprimento das suas necessidades de saúde. Ainda assim, todos os dispositivos da prática integral do cuidado confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, enfim para a resolubilidade das demandas sentidas e apresentadas (SANTOS; ASSIS, 2006).

Para tanto, a ressignificação das relações sociais e o tensionamento das relações de produção encontram na prática cotidiana o nexos de constituição entre o cuidado e a integralidade. O caráter intersubjetivo inerente à natureza humana problematiza conscientemente a sua inserção nos próprios processos de trabalho e nas interações entre os sujeitos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

O objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Esta ampliação se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura, na oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida ou sobrevida. A aplicação desta diretriz revalorizaria a prática clínica assim como estimularia o combate à medicalização (CAMPOS, 1994).

A assistência em rede possibilita a construção de uma integração maior dos serviços de saúde mental com os demais serviços de saúde nos vários níveis de complexidade e outros setores sociais, contribuindo para a consolidação da cidadania e dos direitos humanos.

A análise do contexto da atenção à saúde mental, dimensiona os processos, fluxos e demandas de atendimento na rede de cuidados, assim como, a configuração da linha de cuidado percorrida pelo usuário na busca por soluções de seus problemas e necessidades.

A realidade das instituições psiquiátricas era um reflexo da situação de opressão, cronificação e exclusão representante do modelo da psiquiatria vigente, desconsiderando a existência do indivíduo de forma integral e identificando-o somente como doente, o que justificava o isolamento e a violência dirigidos ao paciente. A Saúde Mental ainda se encontra, neste paradigma, inserida na racionalidade científica que preconiza a clínica e a terapêutica como instrumentos de restauração da normalidade (CANGUILHEM, 1990).

O surgimento de novas estratégias de cuidado em saúde mental pode ser vislumbrado com ações que extrapolam o limite da unidade de saúde. Os novos vínculos e novas significações ocorrem em espaços de pactuação social do sujeito em seu existir. A produção desta clínica existente também na atenção básica, priorizando a comunidade ao capilarizar e interiorizar as ações de saúde pública, incluindo políticas especiais como no caso, a saúde mental (SILVEIRA, 2003).

A construção de um projeto terapêutico individual pela equipe do serviço deve levar em consideração as necessidades de cada usuário. O alcance das necessidades de saúde é algo que não é produzido pelos trabalhadores de saúde por não estar no imaginário, já que Franco e Merhy (2005) apontam que cada indivíduo possui suas intenções e seus desejos configurados pelo próprio agir no momento de cada intervenção.

O empoderamento dos usuários se dá nos processos de subjetivação fazendo com que os mesmos tornem-se aptos a cuidarem de si (FRANCO; MERHY, 2005). Na produção da autonomia em saúde mental pode-se dizer que cuidar-se significa também acessar as redes sociais de apoio necessárias ao suprimento das necessidades de cada indivíduo.

A produção imaginária que os doentes mentais precisam ser isolados faz com que a família perceba o cuidado na hospitalização, da mesma forma, que os trabalhadores de saúde ao não se sentirem aptos a responder às necessidades complexas deste usuários, tenham um agir manicomial.

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde é um agir tecnológico essencialmente relacional e em ato, onde todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores que podem ser atos cuidadores castradores ou atos cuidadores libertadores (MERHY, 2007:29). Os processos de trabalho em saúde se constituem enquanto lugares de relações, de micropolíticas, de encontros e de jogos de poder entre sujeitos/territórios (MERHY, 2007:32).

O ato cuidador em saúde pode ser considerado um encontro intercessor entre o trabalhador da saúde e um usuário, em que há um jogo relacional de ressignificação e produção social de saúde, bem como de produção de sujeitos. A subjetividade dos trabalhadores pode ser tomada como uma das características fundamentais na produção social de saúde.

Segundo Delgado (1992), todo cuidado implica um grau de tutela, todo serviço de caráter protetivo, tem a função de tutela. Entretanto, as atuais modalidades assistenciais não visam a adequação a um padrão único de subjetividade, seu sentido é bastante diferente daquele instituído pela clínica clássica.

A autonomia se transversaliza no encontro intercessor entre o trabalhador e o usuário na definição subjetiva de seu projeto terapêutico. As implicações envolvidas na produção do cuidado podem determinar relações não-produtivas de cuidado e autonomia, direcionando as ações apenas para as demandas emergentes.

A idéia de autonomia está presente desde o início da Reforma Psiquiátrica e dos dispositivos que dela fazem parte: como as Residências Terapêuticas. Tomando a Portaria que institui estes serviços, é possível verificar a autonomia no texto, adjetivada como autonomia social ou como meta terapêutica, que visa à restituição de um estado autônomo, supostamente perdido, dados os anos de internamento das pessoas portadoras de graves transtornos mentais. Neste sentido, a autonomia refere-se à independência institucional e está vinculada ao social, na mesma portaria identifica-se a autonomia como meta terapêutica do equipamento.

A concepção de autonomia, definida por Tykanori (1996), é definida como a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as situações que enfrente. A autonomia é uma determinação externa, como é proposta na Portaria das Residências Terapêuticas, que inclui vinculação e laço social dos usuários.

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia... Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TYKANORI, 1996, p. 57).

A noção de autonomia é concebida pelo sentido dos vínculos, que podem ocorrer dentro do próprio serviço, de modo circunscrito, ou a partir do poder contratual concedido pelo serviço. Segundo Tykanori (1996) a prática do serviço visa estabelecer o poder contratual do usuário.

Mas para que isso ocorra o agir da equipe do CAPS tem que estar sensível às potencialidades dos usuários. Nos serviços de saúde mental configurados socialmente como espaços de tutela outorgada ou conquistada, o agir do trabalhador é que (des)potencializa os sujeitos conforme esquematizado no Quadro I.

### Quadro I – Composições teóricas sobre o agir em saúde

	<b>Agir castrador</b>	<b>Agir liberador</b>
<b>Tutela outorgada</b>	Posicionamento doativo com processos caritativos e de vitimização	Os bens doados são encarados como uma vara para produzir uma pesca, como ferramenta que aumenta governabilidade sobre o mundo.
<b>Tutela conquistada</b>	Posicionamento autoritário com processos auto-centrados ou reacionais punitivos.	A conquista é entendida e respeitada democrática/e como direito de cidadania, como válida e legítima, além de compreendida como base para contratualidade social entre todos nós e os outros.
	Despotencializa as máquinas desejantes	Potencializa as máquinas desejantes

Fonte: Adaptado de MERHY (1998)

Percebe-se diante do quadro tutela de efeito castrador ou liberador, e as diferentes formas de caminhar do indivíduo. A tutela autonomizadora se dá a partir de um agir liberador, onde o encontro é promotor de processos cooperativos e contratualizados. Como afirma Merhy (1998) são processos relacionais, eu e tu, ou, nós e os outros.

De acordo com Leal (1994), a produção de autonomia pode ser caracterizada em duas vias: como o abandono da expectativa de resolutividade e eficácia, a partir da comparação com o nosso desempenho; e como criação de outras possibilidades de vida, com outro padrão de subjetivação. Outra questão a ser levantada está diretamente interligada ao tema diz respeito à possibilidade de repensar o processo de cura, a partir da discussão da produção da autonomia. Dessa forma, entra em cena também a polêmica entre autonomia e tutela, que no campo da saúde mental parece recobrir-se de sentidos imprecisos.

A reabilitação psicossocial também pode ser considerada como um processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade. Ainda se pode definir reabilitar como

melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível (SARACENO, 1996).

Para a produção da autonomia como processo auto-organizado, é necessário que o conceito de ambiente social do indivíduo seja ampliado, assumindo-se a possibilidade de interação entre os espaços sociais, desencadeando processos transformadores. Sendo a autonomia, o momento em que o sujeito passa a conviver com seus problemas de forma, a requerer menos dispositivos assistenciais do próprio serviço.

No campo da saúde, a construção do projeto terapêutico individual (PTI) dos CAPS, deve levar em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais que compõem este serviço e do território onde se situa. Para que este projeto produza autonomia, no imaginário dos trabalhadores da saúde deve existir uma concepção de autonomia como resolubilidade do serviço de saúde mental.

É importante destacar que as equipes inseridas nos serviços de saúde mental, podem sem dar-se conta, reproduzir o processo de exclusão dos portadores de transtorno mental, quando capturadas pela lógica manicomial. Devendo assim ser constantemente questionadas, para que os serviços substitutivos não reproduzam o modelo asilar, conforme a proposição nº 93 do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002).

O modelo de redes de cuidado configura as ações de saúde mental na atenção básica. A base territorial e a atuação transversal com outras políticas específicas buscam o estabelecimento de vínculos e acolhimento da ação em saúde. Neste processo, devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e para sua articulação (saúde mental e atenção básica) resultam as seguintes diretrizes fundamentais: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e, construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

A trajetória do usuário na linha do cuidado deve estar garantida pela disponibilidade dos serviços, fluxos usuário-centrados, mecanismos de referência e contra-referência, aptos ao dinamismo da saúde, à responsabilização das equipes para a

condução compartilhada do projeto terapêutico, gestão colegiada dos recursos assistenciais e a intersetorialidade (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

A linha do cuidado em saúde é configurada pelo fluxo singular do usuário no sistema de saúde, a partir de sua entrada, perpassando pelas intervenções cuidadoras e disponibilidade terapêutica, até chegar ao alcance de suas necessidades de saúde.

No Brasil, muitas discussões têm ocorrido acerca da rede de serviços de saúde, visando maior resolubilidade e construção de alternativas tecnológicas que dêem conta de responder às necessidades de saúde e as demandas apresentadas pelos usuários nas linhas de cuidado ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a prestação de serviços ocorre de maneira hierarquizada, por nível de complexidade tecnológica crescente no processo de produção da atenção à saúde (ASSIS et al, 2007).

Esta autonomia não é entendida num sentido absoluto, como auto-suficiência ou independência, mas como um aumento da potência contratual, como a capacidade do indivíduo para gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente (TYKANORI, 1996, p. 57). Se a tutela tem por objetivo a subtração das trocas, de modo a estabelecer relações de dependência pessoal (ROTELLI, 2001), a autonomia é possibilidade de criação de novos códigos e regras relacionais (relações de convivência). Ela é a capacidade de criação de regras com o outro; de exercer protagonismo, ser co-responsável pela produção de si e do mundo em que vivem. Quanto mais vínculos e maior as redes de relações que estabelece, maior sua autonomia.

O indivíduo autônomo é aquele que não se mantém refém de determinações únicas; é capaz de estabelecer relações pessoais e sociais em diversas instâncias. Esse conceito pressupõe pensar como cada sujeito constrói uma rede diferenciada de relações sociais individuais, antes da experiência da crise configurada como um transtorno psíquico. Após a vivência do episódio de adoecimento psíquico com internação asilar, ao retornar à família, seu grau de autonomia apresenta-se diferente.

O conceito está vinculado à singularidade de cada indivíduo, à sua história de vida e ao contexto em que está inserido. Uma construção pessoal única, histórica e social que se dá no âmbito do individual, mas que não pode se restringir a ele.

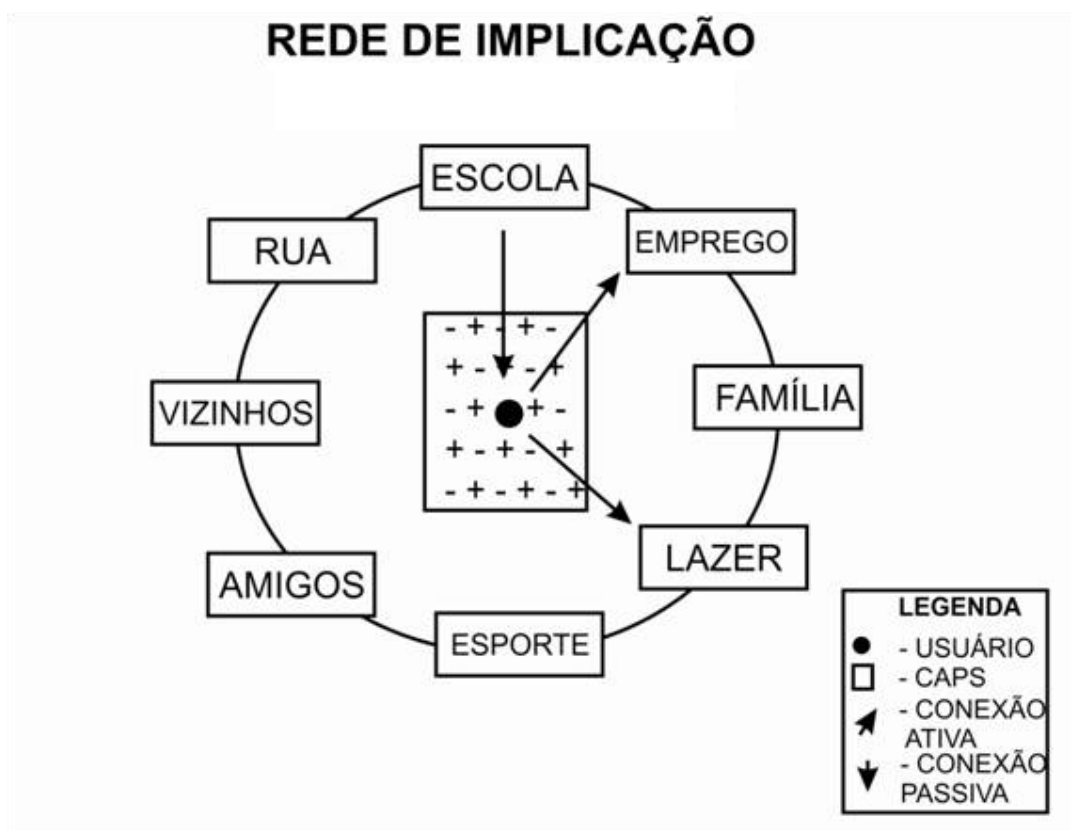
A garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool



e outras drogas. Certamente, constitui uma tarefa delicada e complexa que exigirá, nos próximos anos, o empenho no diálogo e articulação com os diversos atores e recursos dos territórios para a efetiva produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos das pessoas em situação de vulnerabilidade, no contexto das políticas públicas promotoras de desenvolvimento local e inclusão social.

De certo modo o cuidado em saúde mental produzirá autonomia a partir dos vínculos estabelecidos pelos usuários. Nesta perspectiva as conexões estabelecidas por eles ocorrerão a partir dos agenciamentos promovidos pelo serviço. Assim formula-se um esboço teórico e empírico destas conexões que simbolicamente representam a autonomia dos usuários, de acordo a concepção desta categoria neste estudo.

**Figura 1. Modelo Lógico da autonomia e suas conexões disparadas pelo cuidado**



Nesta figura o CAPS se apresenta como um lugar carregado de energia disparadora de potência. Na produção de autonomia, as conexões devem ocorrer a partir do cuidado no CAPS. Estas conexões podem ser conquistadas pelos usuários ou

outorgadas pelo serviço. Quando conquistadas pelo usuário serão conexões ativas e quando forem outorgadas pelo CAPS serão conexões passivas.

A conexão dos sujeitos com o cotidiano da comunidade, a realização de atividades do dia a dia, a relação com a família, amigos e colegas de trabalho, são processos disparados a partir do cuidado. Desta forma entendendo o CAPS como um disparador de potência nos usuários, a autonomia será produzida a partir das conexões do usuário fora do serviço. Entendendo que neste processo, a implicação é essencial, a autonomia do usuário dar-se-á através da *rede de implicações*.

### **3. CAMINHO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Natureza e Tipo de Estudo**

O estudo apresenta uma dimensão crítica e reflexiva dentro de uma abordagem qualitativa. A opção metodológica deu-se pela busca à compreensão dos fenômenos sociais e suas relações no campo da saúde mental. Sendo possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais, conforme sinaliza Minayo (2008).

A autora ainda refere que a pesquisa qualitativa

se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008, p.21).

Nesta perspectiva, o estudo requer a utilização de uma caixa de ferramentas que possibilitem a compreensão do objeto de pesquisa. É importante ressaltar que a habilidade interpretativa da realidade que é percebida, requisita um manejo mais sensível às diferentes e múltiplas situações podendo revelar o desconhecido, o escondido, o outro, o que se encontra em fragmentos.

O estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo e ativo (MINAYO, 2008).

#### **3.2. Lócus da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A cidade iniciou seu desenvolvimento às margens do Rio Pajeú. Sua localização está no litoral norte do estado do Ceará e limita-se: ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente; ao sul, com os municípios de Pacatuba e Itaitinga e, a oeste, com os municípios de Caucaia e Maranguape (FORTALEZA, 2007).

Conta com a afluência de 16 bacias hidrográficas, sendo as mais importantes as dos rios Ceará, Pacoti, Cocó e Maranguapinho. A cidade ainda abriga ainda sete lagoas

de médio porte: Messejana, Parangaba, Maraponga, Mondubim, Opaia, Pajuçara e Jaçanaú (FORTALEZA, 2007).

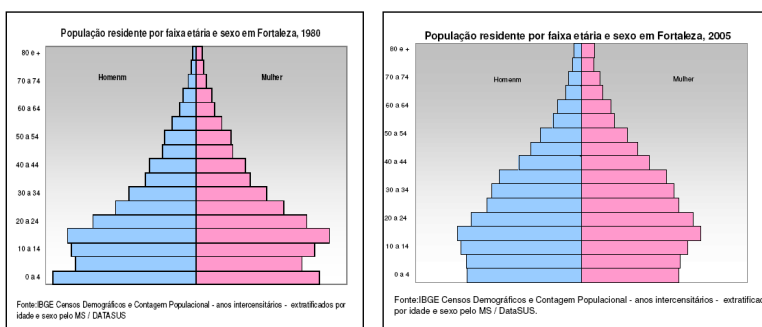
O clima é predominantemente equatorial e intertropical, favorecido por suave e constante brisa vinda do mar, que proporciona uma temperatura média de 27°. As chuvas são mais frequentes nos meses de janeiro a julho, numa média anual de aproximadamente 1.600mm (FORTALEZA, 2007).

**Figura 2 – Vista área da orla marítima do Município de Fortaleza.**



Considerada a quarta maior cidade do país com população estimada pelo IBGE de 2.458.545 habitantes, sua área de 313,8 Km<sup>2</sup> resulta uma densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por Km<sup>2</sup>. Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos e a população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2009).

**Figura 3 – Pirâmide Populacional de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).**



**Transição Demográfica:** Gradativo envelhecimento da população, devido à redução da natalidade, à diminuição da mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida.

**Transição Epidemiológica:** Substituição das doenças infecciosas pelas doenças não infecciosas e outros agravos e violências.

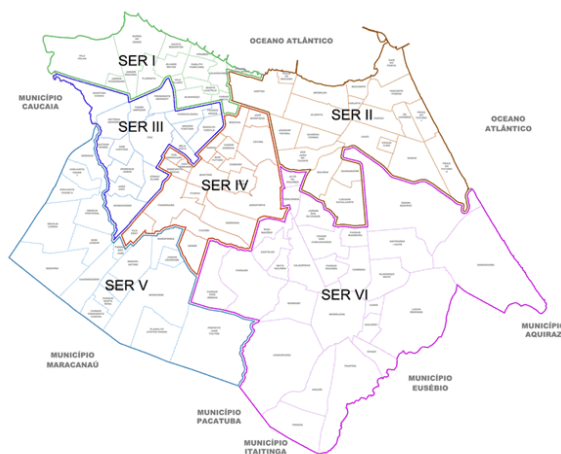
A economia de Fortaleza está concentrada no comércio atuante e bem diversificado. O centro da cidade é o local de referência para o terceiro setor, porém o município ainda conta com a estrutura de 10 shopping centers que atendem aos consumidores de seus principais bairros. A produção industrial está basicamente centrada nos ramos de vestuário-calçados (artefatos de tecidos, couros e peles), alimentos (extração e beneficiamento), minerais não-metálicos e produtos têxteis (FORTALEZA, 2007).

A partir de 1995, turismo despontou como atividade de extraordinário crescimento. A demanda turística via Fortaleza aumentou em média, no período de 1995 a 1999, 16,5% ao ano. A cidade de Fortaleza tem hoje, no Turismo, uma eficiente fonte de geração de emprego e renda (FORTALEZA, 2007).

As manifestações folclóricas cearenses têm suas raízes na miscigenação das crenças e costumes dos brancos e negros que chegaram aos primórdios da povoação, com os indígenas (nativos). As manifestações folclóricas cearenses mais conhecidas são: Bumba meu-boi ou Boi-Ceará (cantos e danças de culto religioso ao boi, de tradição lusibérica); Dança do Côco (originária dos negros, sendo que no litoral é somente para homens e no sertão é dançada aos pares); Torém (dança indígena originária dos Tremembés); Maracatu (de origem africana, consiste num cortejo dançante e, homenagem aos reis); e, Violeiros, Cantadores e Emboladores (manifestação musical, na maioria das vezes expressando críticas sociais e de origem tipicamente nordestina) (FORTALEZA, 2007).

A organização político-administrativa do Município de Fortaleza define-se pela divisão em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executivas das políticas públicas municipais e são constituídas por um Distrito de saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infra-Estrutura.

**Figura 4 – Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).**



### **3.2.1 Rede assistencial de saúde mental (RASM)**

A política municipal de saúde é gerenciada nas seis SERs, por meio dos Distritos de Saúde, que tem como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O município de Fortaleza encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o que coloca para a Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde (FORTALEZA, 2006).

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais (FORTALEZA, 2006).

O sistema local dispõe de 2.407 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde<sup>1</sup> (CNES). Destes, 3,74% são unidades básicas, do tipo Centro de Saúde, e a grande maioria, 66,47% são consultórios isolados. 602 são estabelecimentos ambulatoriais especializados, entre clínicas, policlínicas, unidades de apoio, diagnose e terapia, representando 25,01%. Em termos de unidade hospitalares, tem-se 85 estabelecimentos (3,53%) (FORTALEZA, 2009).

A rede constitui-se em 149 estabelecimentos públicos (6,19%) e 2258 privados (93,81%). Dos públicos, 122 são da esfera administrativa municipal (81,88%), 22 da estadual (14,77%) e 5 (3,36%) da federal (FORTALEZA, 2009).

O modelo de gestão à saúde está se consolidando na última gestão administrativa (2005/2008) na lógica da inversão da hegemonia médico-privatista. A acentuada deliberação orçamentária e operacional para as ações de média e alta complexidade podem até ser justificadas pelo fato do município ser referência macrorregional e estadual do sistema de saúde, mas por outro lado, não imprime uma resposta pelo abandono às ações básicas até o ano de 2004.

O modelo de atenção integral à saúde, adotado pelo sistema local, pressupõe as diretrizes da transdisciplinaridade, onde a saúde é produzida socialmente e insere na sua produção múltiplas dimensões requerendo, portanto, a incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento; intersetorialidade, por necessitar da intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos determinantes e condicionantes da saúde, no sentido de transformação positiva do processo saúde-doença; multiprofissionalidade, por requerer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde, cuja atuação conjunta deverá potencializar a integralidade da atenção à saúde (BARRETO *et al.*, 2006, p.34).

A gestão de um sistema que toma como princípio a participação e o controle social na construção de um modelo de gestão e de atenção integral à saúde, remete a obrigação de desenvolver também a gestão do Sistema de forma compartilhada e participativa.

Oficialmente, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza adota a concepção ética e política da co-gestão através da Roda de Gestão, que inclui o pensar e o fazer coletivo. Este processo é inserido em toda a política de saúde do município (vigilância à saúde, saúde-escola e humanizaSUS) (CAMPOS, 2000).

Desde o ano de 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza está desenvolvendo um Modelo de Atenção em Saúde Mental, que tem como eixo norteador a implantação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, conforme orientações da Reforma Psiquiátrica.

As diretrizes da política de saúde mental concebem a atenção para com os sujeitos em sofrimento psíquico como um direito de cidadão, propiciando a proteção social na comunidade.

A Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza está composta dos seguintes serviços:

- 14 CAPS, sendo 06 CAPS gerais, para transtornos mentais de um modo geral,
- 06 CAPSad, para pessoas que apresentam uso ou abuso de álcool ou outras drogas e 02 CAPSi, que trata de transtornos mentais referentes à infância e adolescência;
- 01 Residência Terapêutica (RT);
- 02 Emergências Psiquiátricas Especializadas, 09 Emergências clínicas em hospitais municipais, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas e 01 ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU específica para saúde mental;
- 18 Equipes de apoio matricial em saúde mental, apoiando ações de saúde mental na atenção básica;
- 02 Ocas de saúde comunitária, que realizam atividades de promoção de saúde, com os grupos de resgate de auto-estima, terapia comunitária e massoterapia.

No Sistema Único de Saúde (SUS), os CAPS se estruturam como serviços de média complexidade. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organiza-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa frequentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar (TENÓRIO, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2007) os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede em saúde mental. Partindo da lógica da territorialização, propõe-se a resgatar as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta para cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes.



Quanto à normatização podemos afirmar que os CAPS foram redefinidos, no âmbito federal, pela Portaria nº 336 (BRASIL, 2002) que define três níveis de CAPS dependendo de seu porte, complexidade e abrangência populacional.

Segundo Andreoli *et al* (2004) as três modalidades de serviços destinam-se ao atendimento público em saúde mental em modalidade de serviço ambulatorial de atenção diária. Deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (p.838).

Os CAPS I, II e III são destinados ao atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS I abrange municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 08 às 18 horas, de segunda à sexta-feira. Já o CAPS II funciona em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, atendendo das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas. O CAPS III funciona durante 24 horas e pode oferecer acolhimento noturno em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Este acolhimento e a permanência nos fins de semana devem ser atendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emirjam ou se aprofundem (BRASIL, 2002, 2007).

Os CAPS são ainda classificados de acordo com seu público-alvo: CAPS para infância e adolescência (CAPSi) e os CAPS destinados aos usuários de álcool e drogas (CAPSad).

Os CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente, estando incluídos os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Em geral, as atividades desenvolvidas são as mesmas oferecidas nos CAPS, sendo, entretanto, dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender (BRASIL, 2002, 2007).

Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas foi desenvolvido o CAPSad, que oferece atendimento diário aos pacientes, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de

evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento, oferece condições para o repouso, assim como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2002, 2007).

Os CAPS apresentam como objetivos principais: prestar atendimento de regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental da sua área; coordenar junto com o gestor local atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2002, 2007).

Tais medidas buscam implementar os três níveis de atuação (primário, secundário e terciário), permitindo a sua integração e regionalização como forma de, em médio prazo, corrigir a distorção centrada na atenção terciária (hospitalocêntrica). Assim, a porta de entrada para o atendimento seria a rede básica, preconizando a progressiva desospitalização, para não fabricar, a partir do hospital, tantos casos crônicos (LANCETTI, 1989).

Os CAPS se constituíram, então, numa ampliação tanto na intensidade dos cuidados a pessoa em sofrimento psíquico grave quanto de sua diversidade, incluindo as especificidades de sua clientela e da cidade ou local onde estão inseridos.

No entanto, a rede assistencial de saúde mental concebida dentro do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, pressupõe a assistência integral e a desativação de leitos psiquiátricos. O fechamento dos manicômios é importante, mormente, na capital, pois, 7 (sete) dos 8 (oito) hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento no Estado estão instalados na cidade de Fortaleza.

A internação psiquiátrica em leitos de hospitais gerais está sendo implementada, inclusive, com a abertura de uma unidade clínica em hospital geral na rede conveniada ao SUS e, também, nas unidades de emergência da rede própria do sistema.

A existência do SAMU favorece ao atendimento em momentos de crise e/ou surtos. A política municipal de saúde mental prevê, ainda, a abertura de Residências Terapêuticas (RT) em cada regional e o cadastramento a nível nacional para os egressos dos manicômios sem laços familiares no Programa de Volta pra Casa (PVC) do Ministério da Saúde, para favorecer a inserção social dos sujeitos sequelados pelo modelo de assistência manicomial.

A precarização do trabalho em saúde mental é fato e instabiliza as relações trabalhistas dentro da rede de atenção de saúde mental, em contraste com o princípio da integralidade das ações (vínculo, compromisso, etc.) definido pela administração municipal. A gestão da área de saúde mental no município é coordenada por um colegiado (3 membros) que atua na articulação da própria rede de saúde mental e com as outras instâncias do sistema municipal, assim como, as instituições, serviços, etc, do território.

### 3.3. O encontro com os sujeitos

O alcance de respostas e descrições sobre o objeto de estudo e a opção pela pesquisa qualitativa isenta a inclusão de dimensões quantitativas e/ou numéricas no processo de seleção dos sujeitos participantes.

Inicialmente, foram selecionados 10 (dez) sujeitos, sendo quatro usuários, três familiares e três trabalhadores de saúde dos CAPS. O termo trabalhador de saúde expande o núcleo profissional e incluem outros profissionais e participantes do processo de produção do cuidar.

A divisão inicial dos grupos representantes segue:

**Quadro II – Grupos de Representantes para o Estudo**

<b>Grupo</b>	<b>REPRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº de Participantes</b>
I	- Trabalhadores de saúde que atuam no cenário do estudo	03
II	- usuários dos serviços de saúde do CAPS	04

III	- familiares dos usuários do CAPS.	03
-----	------------------------------------	----

A configuração de cada grupo se deu na própria etapa exploratória da pesquisa, ao caracterizar cada sujeito em relação a sua formação, situação profissional e ações desenvolvidas no serviço.

O processo de amostragem foi definido pelo critério de saturação teórica. Tal escolha intencional tem como referência o método frequentemente empregado nos estudos qualitativos, em que se estabelece o fechamento ou ampliação do tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante continuar a coleta dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A equipe de saúde mental do CAPS Geral e os sujeitos referidos para a seleção dos grupos foram selecionados no âmbito da área geográfica de uma das Secretarias Executivas (SER), de acordo com a divisão geo-sanitária do município de Fortaleza-CE. Optou-se pela preservação da identidade da SER pesquisada.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de coleta de dados**

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática.

A entrevista semi-estruturada foi conduzida por questões norteadoras (Apêndice B e C), da mesma forma, a observação sistemática das relações entre usuários-trabalhadores-familiares e o cotidiano da equipe de saúde mental do CAPS (Apêndice D).

A entrevista é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas sobre o objeto de estudo. Tal técnica possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados. A relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato dos sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2008).

A estruturação prévia da entrevista que vai caracterizar a entrevista semi-estruturada parte de questionamentos e reflexões, baseados em teorias e ou hipóteses

formuladas antes, e até mesmo, no processo de aplicação do instrumento, o que decorrerá o aumento da amplitude investigativa (TRIVIÑOS, 1992).

A elaboração de um roteiro que possibilita o desdobramento de vários indicadores essenciais e suficientes sob a expressão de tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas (MINAYO, 2008).

A gravação das entrevistas foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar, que após a gravação, todas as fitas estão à disposição dos entrevistados, para que os mesmos possam ouvi-las, e caso desejem, modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderão ficar à vontade para fazê-lo. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pela pesquisadora e estão ainda guardados por cinco anos, sob responsabilidade do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da UECE para serem utilizadas por outros pesquisadores que se interessarem sobre o tema em estudo, contanto que seja preservado o anonimato dos sujeitos.

A observação sistemática é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar à análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVINOS, 1992).

As observações foram registradas em diário de campo a memória do dia observado e foram utilizados como material de análise. As observações ocorreram durante todos os momentos que a pesquisadora esteve no campo e a partir da sua participação nas atividades desenvolvidas pelo serviço no período de julho a setembro de 2010.

Em síntese, a coleta do material empírico manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

### **3.5. Questões éticas**

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o processo nº 10245206-7 e a pesquisa de

campo somente teve seu início após aprovação conforme o parecer (ANEXO 1). Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que ao assinar, assumiam que estavam esclarecidos sobre a participação na pesquisa, sob os auspícios éticos delineados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados (Apêndice A).

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 1998).

No caso desta pesquisa, o risco está dimensionado na identificação dos sujeitos, o que foi cuidadosamente pensado pelo método da investigação. O pesquisador ficará responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

### **3.6. Percorso metodológico**

Na submissão e conseqüente aprovação do Comitê de Ética, foi realizada uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, junto à Coordenação Colegiada de Saúde Mental, na qual o projeto de pesquisa foi explicitado em relação ao corpo teórico e metodológico do estudo.

A inserção do estudo no campo de pesquisa, ou seja, no Centro de Atenção Psicossocial investigado, foi inicialmente autorizada por meio de ofício do Sistema Municipal de Saúde Escola e realizada uma apresentação do projeto de pesquisa para toda a equipe de trabalhadores do CAPS.

O contato prévio, por meio da reunião de apresentação da proposta de investigação, favoreceu a flexibilização das relações entre a pesquisadora e a equipe no sentido da disponibilidade presencial em interagir com todas as etapas almejadas.

O período de obtenção dos dados ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2010. A coleta foi iniciada com a realização das entrevistas. Neste momento, a disponibilidade da pesquisadora, por ser mais requisitada, devido à dinâmica de atendimento diário do serviço público que ainda mantém um excesso numérico de atendimentos, consultas, visitas e outras atividades, ocorreu de forma integral, já que a

condição referida, acabava por diminuir o tempo dos trabalhadores para a devida disponibilidade.

Em relação à aceitação e privacidade (presentes no Termo de Consentimento) no momento da realização das entrevistas, foi feita de forma adequada ao se reservar um espaço mais privativo, e também confortável para obter mais facilidade em disponibilizar as informações por parte da equipe.

A observação sistemática ocorreu de forma simultânea com o período de entrevistas, pois o reconhecimento de “viés” em relação ao processo precisou ser minimizado, fato este facilitado também pela experiência acumulada no campo de conhecimento da saúde mental, naquele momento, pelos pesquisadores.

### **3.7. Análise de Dados**

Na análise do material empírico das entrevistas, documentos, observações, para o melhor entendimento das questões deste estudo, tomar-se-á como base Minayo (2008), onde o objeto de análise é a práxis social, e o sentido que se busca é a afirmação ético-política do pensamento.

Na operacionalização do processo analítico dos dados coletados, definiu-se os passos propostos por Minayo (2008) e retraduzido por Assis et al (1998), descritos abaixo:

#### **1) Ordenação dos dados**

No primeiro contato com os “dados brutos” realizou-se a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, procedeu-se à organização dos dados contemplados nas entrevistas, com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos. As entrevistas foram classificadas e organizadas como seguem as etapas subseqüentes.

#### **2) Classificação dos dados**

Etapa I – leitura exaustiva e flutuante do material coletado nas entrevistas e observações, na busca de estabelecer relações e elaborar unidades categoriais, a partir das idéias centrais sobre o tema em questão.

Os dados contidos nas entrevistas foram classificados a partir de unidades analíticas que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como das questões norteadoras e dos objetivos propostos, a saber: o cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial: as relações e intersubjetividades; limites e possibilidades do cuidado em saúde mental; fluxos terapêuticos: entrecruzando espaços para autonomia e resolubilidade; e autonomia, institucionalização ou tutela outorgada?

A identificação das unidades analíticas nas entrevistas e observações contribuiu para a estruturação das categorias empíricas. Após a elaboração das categorias empíricas, foram selecionadas, em cada entrevista e observação, as falas e os registros no diário de campo que se identificaram com as categorias, “recortando-as” e “colando-as” na categoria correspondente. Em seguida, foi feita a síntese de todos os trechos recortados em cada categoria, e montados dois quadros de análise para os trabalhadores entrevistados e instituições observadas.

Em cada entrevista, foram recortados os discursos correspondentes as unidades categoriais e em seguida, fazendo uma síntese. Ao final, foi montado um quadro, mostrado a seguir, para cada grupo de entrevistados, no qual se confronta as categorias de cada texto.

Após a montagem dos quadros de análise para os grupos de entrevistados e instituições observadas, iniciou-se a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das unidades temáticas empíricas. O cruzamento das idéias contidas nos diferentes grupos que compõem a análise, fez-se na filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos, buscando-se o confronto de idéias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

**Quadro III- Cruzamento dos depoimentos do Grupo I (3 pessoas)**

<b>Unidades analíticas</b>	<b>Entrevista 1</b>	<b>Entrevista 2</b>	<b>Entrevista 3</b>	<b>Síntese horizontal</b>
Produção do Cuidado (Trabalho em Saúde no CAPS)				
Autonomia e sua interlocução com a prática				
Projeto Terapêutico Integral e Singular				



(PTIS)				
Fluxo de atendimento				
Intervenções terapêuticas				
Autonomia				
<b>Síntese Vertical</b>				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Foi elaborado um quadro para cada grupo de entrevistados (I, II e III) como representado no modelo acima. Posteriormente, foi feito o confronto da síntese de cada unidade entre os diferentes grupos, conforme segue descrito.

**Quadro IV- Entrecruzamento das unidades analíticas entre os Grupos I, II e III**  
(10 pessoas)

<b>Unidades analíticas</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>	<b>Grupo III</b>	<b>Síntese horizontal</b>
Produção do Cuidado (Trabalho em Saúde no CAPS)				
Autonomia e sua interlocução com a prática				
Projeto Terapêutico Integral e Singular (PTIS)				
Fluxo de atendimento				
Intervenções terapêuticas				
Autonomia				
<b>Síntese Vertical</b>				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

No processo analítico, o resultado no entrecruzamento entre as sínteses horizontais dos grupos e na contínua revisão do conteúdo das entrevistas foi construído as unidades temáticas empíricas do estudo.

Etapa II – leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido. Por fim, de forma mais acurada sob o material analisado, foi possível realizar a articulação dos temas relacionados com o objeto, de modo a refazer e reagrupar as categorias deste estudo.

**Quadro V- Entrecruzamento das categorias empíricas do Grupo I (3 pessoas)**

<b>Categorias Empíricas</b>	<b>Entrevista 1</b>	<b>Entrevista 2</b>	<b>Entrevista 3</b>	<b>Síntese horizontal</b>
À PROCURA DE RESPOSTAS: diálogo na transversalidade do olhar para a loucura.				
O cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial: as relações e intersubjetividades				
Limites e possibilidades do cuidado em saúde mental				
Fluxos terapêuticos: entrecruzando espaços para autonomia e resolubilidade				
<b>Síntese Vertical</b>				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Assim, foi realizado o entrecruzamento com todos os sujeitos do estudo, e, posteriormente entre os 3 (três) grupos. Isto pressupõe a própria dialética das idéias e posições dos sujeitos no campo da práxis em saúde mental. O entrecruzamento foi buscado por meio das convergências, divergências, diferenças e complementaridades no processo dinâmico da (re)construção dos saberes e concepções emergidas no mesmo.

**Quadro VI- Entrecruzamento das categorias empíricas entre os Grupos I, II e III**

(10 pessoas)

<b>Categorias Empíricas</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>	<b>Grupo III</b>	<b>Síntese horizontal</b>
À PROCURA DE RESPOSTAS: diálogo na transversalidade do olhar para a loucura.				
O cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial: as relações e intersubjetividades				
Limites e possibilidades do cuidado em saúde mental				
Fluxos terapêuticos: entrecruzando espaços para autonomia e resolubilidade				
<b>Síntese Vertical</b>				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

O registro das observações não foi analisado a partir de quadros classificatórios. As categorias empíricas consistiram no eixo norteador da interface de análise entre os discursos confrontados e as situações vivenciadas e observadas pelos pesquisadores.

### **3) Análise final dos dados**

Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis et al (1998), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

A análise dos dados empíricos, que teve como referência as categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico (TRIVIÑOS, 1992) possibilitou as várias dimensões de o processo investigativo confrontar-se.

Para Minayo (2006), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos.

Nessa etapa, houve a possibilidade da fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos sociais da pesquisa, em seu cotidiano e em seus contextos práticos e o mundo conceitual e teórico e também vivo do pesquisador, ambos com suas condições sócio-históricas e culturais.

O processo de investigação no campo social e humano é produzido e produz, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade, assim como a objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 2006).

Os resultados se apresentam, em seguida, na configuração analítica do objeto de estudo.

## **4. À PROCURA DE RESPOSTAS: diálogo na transversalidade do olhar para a loucura.**

Este capítulo constitui-se de quatro unidades categoriais, são elas: o cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial: as relações e intersubjetividades; limites e possibilidades do cuidado em saúde mental; fluxos terapêuticos: entrecruzando espaços para autonomia e resolubilidade; e autonomia, institucionalização ou tutela outorgada? As quais foram interpretadas, buscando-se os significados e sentidos do contexto da investigação.

### **4.1. O cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial: as relações e intersubjetividades**

Os encontros ocorridos no cenário, por meio de observações múltiplas durante a pesquisa, possibilitaram alguns olhares sobre o cotidiano do CAPS, um lugar de (re)construção de projetos de vida, na periferia de Fortaleza. Neste serviço, encontra-se uma diversidade de singularidades, os trabalhadores, os usuários e os familiares. O encontro desses sujeitos é atravessado por subjetividades que produzem diferentes modos de operar o cuidado em saúde mental.

O CAPS pesquisado é referência para uma área com os maiores índices de violência da capital, um lugar de grande vulnerabilidade social. Por estas razões, são desenvolvidos vários projetos sociais, de educação, de cultura, de esporte e de lazer, dentre outros. Essas atividades fortalecem o serviço e as articulações no território e implicam na mobilização de diversos campos da sociedade.

O acompanhamento das atividades, por meio da imersão do pesquisador no CAPS, aponta que o discurso médico e as práticas de medicalização ainda ocupam um importante espaço na configuração desse serviço. Os profissionais da equipe multiprofissional contribuem para sustentação desse modelo, sem promover alternativas não médicas, para abordagem de alguns problemas de saúde mental. A potência do trabalho multiprofissional nesse contexto fragiliza-se, transformando-se em complemento do tratamento prescrito pelo psiquiatra.

Os usuários, familiares e trabalhadores se relacionam com o discurso médico no cotidiano do CAPS, por meio da forte demanda de tratamento medicamentoso por parte dos usuários e seus familiares e pelas dificuldades encontradas pela equipe quando da eventual ausência de psiquiatras, isso evidencia a importância do saber

médico no imaginário de todos aqueles envolvidos nas atividades do serviço **(Observação)**.

Estas situações geram tensão em torno da proposta terapêutica desse serviço substitutivo, entre a força das práticas psiquiátricas e as tentativas de redimensioná-las para um trabalho em equipe. Nessa perspectiva, percebe-se que as práticas inseridas no CAPS buscam, cotidianamente, superar as medicalizantes. A articulação entre vários profissionais favorece novas formas de acompanhamento das pessoas e engloba toda uma série de intervenções psicológicas, sociais, familiares. As dificuldades próprias do trabalho interdisciplinar requerem ferramentas e instrumentos que possibilitem essa articulação, necessária ao cuidado em saúde mental.

A medicalização social das práticas em saúde vem se configurando, no mundo contemporâneo, como uma determinação para o consumo excessivo, principalmente, com a utilização de condutas farmacoterápicas na resolução hegemônica dos problemas psíquicos mais comuns. Os mecanismos terapêuticos instituem um modo de subjetivação relacionado ao formato da clínica instituída nos serviços de saúde do SUS, podendo produzir vida ou mais doenças (TESSER, 2006).

Esta questão diz respeito à proposta dos serviços substitutivos, que por assistirem a um território bastante diversificado, deve considerar que não deva ser o sujeito a se adequar a uma proposta terapêutica; mas, ao contrário, que o serviço seja capaz de absorver as necessidades dessas pessoas que exigem as mais diversas abordagens.

A grande demanda de usuários, o quadro de profissionais insuficiente e a ausência de um projeto terapêutico do serviço também se apresentam como dificuldades, fragilizando o processo de produção do cuidado. A equipe constrói, no cotidiano, as estratégias de enfrentamento dessas situações, adequando as atividades aos recursos existentes. Nesse sentido, a rotina vai se estabelecendo a partir da demanda institucional e não a partir das pessoas que buscam o serviço **(Observação)**.

No campo relacional, o CAPS possibilita uma relação de aproximação entre as pessoas (usuários, familiares, vizinhos e profissionais) e os espaços comunitários, potencializando a mudança no modo de conviver com a loucura na comunidade e buscando garantir os direitos e deveres de cidadão a estas pessoas.

A doença, na atenção psicossocial, deve estar colocada em parênteses, ou seja, a pessoa humana deve ser o foco da assistência e promoção da saúde mental. No entanto, tal realidade ainda é um objetivo idealizado na sociedade e no campo da saúde

por conceber o estado saudável, por diversas vezes, como ausência da saúde (AMARANTE, 2007).

Nesta concepção, a prática assistencial tem seu sentido na direção da resolução de problemas psicopatológicos do usuário e na intervenção terapêutica diretiva e biologizante contratualizada, unilateralmente, pelo saber instituído como verdade, no caso, o saber biomédico.

Um outro aporte do compromisso ético e político da atenção à saúde mental está voltado para a política de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), que dirime o atendimento das redes assistenciais a uma conformação mais voltada às necessidades sociais e de saúde dos usuários. As diretrizes da Política Nacional de Humanização enfatizam o acolhimento, a ampliação da clínica e a construção de projetos terapêuticos singulares no fluxo dos usuários nos serviços (BRASIL, 2006).

Porém, tal política por si só não dimensiona a transformação das práticas no conjunto de serviços do SUS, pois a modificação apresenta-se a partir dos sujeitos implicados nas condutas mais próximas da realidade social de cada paciente. Esta implicação tem um sentido comum diretamente relacionado com a participação dos trabalhadores de saúde e população na resolução dos problemas.

Essas mudanças se estabelecem no cotidiano, na construção de uma rede de relações, dentro e fora do serviço. Essa aproximação do CAPS com os outros serviços e espaços comunitários favorece a compreensão das necessidades das pessoas com transtornos mentais, permite a diminuição do estigma e proporciona outra maneira de cuidar sem interromper o fluxo de sua vida.

Desse modo, o desafio ético da atenção psicossocial remete-se ao paradigma psicossocial onde a produção social do paciente deve estar presente como processo contínuo da assistência à saúde e a promoção da vida. O reconhecimento da subjetividade se faz no emergir do usuário em seu território de vida, no seu modo de andar a vida e na integralidade do cuidado em saúde (AYRES, 2001; AMARANTE, 2007).

No cuidado em saúde mental do cotidiano do CAPS, esta referência conduz para a integralidade das ações de saúde, inclusive na articulação de diversos dispositivos territoriais, existenciais e sociais por onde permeiam a vida humana. A

potência destas ações redimensiona o olhar para aquele que sofre e precisa ser acolhido.

Num trabalho concebido como social, as ações intersetoriais são inerentes ao ideal de resolutividade perante os problemas em sua complexidade. Parece que quanto mais múltiplo e diverso seja a dificuldade enfrentada maior se torna a requisição de atitudes compartilhadas com outros serviços e áreas. O CAPS demonstra esta parceria que não deve estar escamoteada pelo simples ato de repasse ao outro a responsabilidade do atendimento em saúde.

Apesar dos avanços alcançados, ainda há dificuldade de o CAPS relacionar-se com os outros equipamentos, o que aponta o serviço, não traz, por si só a transformação do modelo de atenção à saúde mental. É necessário que um novo olhar para essas pessoas seja produzido no território. Essas mudanças vão acontecendo a partir das conexões no território, buscando superar a lógica de institucionalização da loucura.

Embora a equipe aponte a necessidade de qualificar a discussão em torno de ações que extrapolem o ambiente institucional, esse diálogo ainda está restrito aos muros do CAPS, o que dificulta a interface com o território, que, algumas vezes, permanece quase inexplorado (**Observação**).

As conexões com território parecem complexas, pois precisam originar mecanismos os quais rompam as barreiras de segregação construídas ao longo do tempo. Esse parece ser o grande desafio: dispositivos que produzam agenciamentos no território e não institucionalizem o cuidado.

Ao se transpor a membrana do CAPS para formular as parcerias entre os serviços do SUS, o que se pretende é a resolução dos problemas complexos no meio social. É interagindo e mantendo um diálogo com a rede que se pode transformar a infeliz e dura realidade. Os pontos de conexão são derivados de uma aproximação e trabalho em conjunto com diversas instituições e serviços de vários setores da sociedade em torno de um objeto comum (POLLETI, 2008).

No CAPS, conectam-se diversas e múltiplas redes que operam entre si, em diversas direções e sentidos, (des)construindo linhas de produção do cuidado. Desse modo, as redes são imanentes aos processos produtivos da saúde em suas implicações ou não. As intencionalidades dos sujeitos em cada unidade de saúde articulam-se como,

por exemplo, na cultura de encaminhamento referenciada e contra-referenciada, bastante utilizada na rede de saúde (FRANCO, 2006).

Os espaços como o CAPS permitem que a representação da loucura passe a tomar outra dimensão e a ser considerada de outra forma pela comunidade, pelos familiares e pelos trabalhadores. Contudo, alguns aspectos ainda permanecem quase inalterados, como a relação com o SAMU e hospitais gerais. A falta de intercâmbio acarreta, muitas vezes, internações desnecessárias de pessoas que são acompanhadas no CAPS.

É premente a interlocução com a rede de atenção básica devido a estratégias de gestão que coordenam a integração entre o CAPS, a saúde mental e a Estratégia Saúde da Família (ESF). O espaço de troca elaborado pelas próprias equipes de cada serviço e o diálogo necessário entre as equipes favorecem a construção compartilhada de projetos terapêuticos. Por isso, a emergência deste potente dispositivo está ressaltada em diversos momentos do cotidiano do CAPS.

A consolidação da atenção em saúde mental no SUS está também direcionada à articulação das ações de saúde mental na atenção básica. No caso do CAPS, este serviço não possui, sozinho, a responsabilidade única de tal premissa. No entanto, pode estimular e regular o atendimento de pacientes com problemas mentais comuns na ESF (BRASIL, 2003).

Uma outra consideração que pode ser feita acerca do cotidiano da equipe, diz respeito aos diferentes sentidos atribuídos a aspectos relevantes para o cuidado em saúde mental, como: resolubilidade, vínculo, acesso e produção da autonomia dos usuários. O cotidiano do serviço apresenta-se como uma prática em construção; mas, mesmo com as novas propostas, o risco de cometer os equívocos dos antigos dispositivos manicomiais permanece.

A iniciativa individual dos trabalhadores tira do foco central a reflexão sobre a proposta terapêutica do serviço e até mesmo sobre a forma como o cuidado está sendo produzido no cotidiano (**Observação**).

O entendimento da produção do cuidado em saúde deve-se ao fato de que tal processo produtivo ocorre a partir de um conjunto de ferramentas e dispositivos. As ferramentas determinam-se pela escolha tecnológica, seja material ou relacional. No caso dos dispositivos, o acolhimento e o vínculo, a construção da autonomia e a



corresponsabilização, permeados na prática clínica, podem potencializar a integralidade do cuidado em saúde. Isto é o reconhecimento da subjetividade na aproximação terapêutica de modo multidisciplinar e resolutivo (SANTOS; ASSIS, 2006).

É válido ressaltar que tais concepções trazem apenas significações para a investigação no seu espaço analítico. Porém, tais dimensões estão incorporadas de modo diferente no cotidiano das práticas, fazendo com que se torne necessária uma interpretação de cada atitude para tais conceitos. O universo do CAPS envolve-se em itinerários vivos para o cuidado em saúde que, muitas vezes, deixam de explicitar obrigatoriamente determinadas correntes teóricas, mas que se expõem na realidade vivida.

Independente da dissonância entre o pensado e o vivo, os desejos e vontades de cada indivíduo vão emergindo no devir da vida, do território e dos encontros cotidianos. No CAPS, em cada momento, vão se entrecruzando olhares, aproximações e pactuações definidas a partir da subjetividade aceita ou reconhecida no processo de cuidado em saúde. No mundo e na sociedade os corpos que se entrecruzam se afetam e produzem imaginários, contratos ou recusas perante o modo de andar a vida e este, sim, é o que conforma saúde ou adoecimento (ROLNIK, 2007).

É importante também considerar a maneira como as pessoas envolvidas no CAPS lidam com a alta dos usuários. Este tema ainda é pouco discutido. Diante da pressão de órgãos externos para que o serviço absorva novas demandas, esse debate vem sendo construído timidamente. A fragilidade das conexões do serviço no território apresenta-se como uma questão fundamental nesse debate. A própria visão cultural em relação às pessoas com transtorno mental impede, por vezes, um exercício efetivo de ações que proporcionem maior interação do usuário no contexto sócio-familiar e contribuem consideravelmente para a trans-institucionalização dessas pessoas.

## 4.2 Limites e possibilidades do cuidado em saúde mental

A autonomia no cuidado de saúde mental está concebida como a disponibilidade singular para o suprimento de necessidades e demandas pessoais a partir de múltiplos serviços, atividades e/ou instituições. Na atenção psicossocial, urge a fomentação de uma assistência integral para proporcionar esta autonomia nas dimensões política, clínica e ética.

Na dimensão política, a estrutura das legislações, normas e rotinas se voltam para propiciar a construção de uma rede de atenção resolutive. Sendo formada por diversos serviços, a proposição desta rede acomoda interesses de gestão e trabalho no campo da saúde mental. No entanto, as transformações no modo de operar o cuidado à luz da reforma psiquiátrica dinamizam o contexto destes dispositivos assistenciais na sua articulação com o território, a intersectorialidade e sociedade.

Evidente que a política de saúde mental brasileira considera os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. O território deve ser o espaço de atitude e ação. Entende-se que a atuação com base territorial inclui a geografia do convívio social (família, escola, trabalho, igreja, entidades, etc.) dos usuários e deve favorecer o resgate das potencialidades nos recursos comunitários circunscritos, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2003).

Nesta perspectiva, a reinserção social pode ter o início no CAPS, mas sempre em direção à comunidade e nunca como o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Pelo contrário, esta atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados (atenção básica, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros) (BRASIL, 2003).

Os saberes e práticas do campo psicossocial formatam uma prática clínica definida pelas intersubjetividades envolvidas em cada ato terapêutico operado nos encontros entre os indivíduos desta relação. Pela inserção histórica de condutas lineares e diretivas com intenso foco nos processos psicopatológicos, a clínica decorre de olhar analítico e diagnosticador para as eventuais transgressões do limiar normalítico da vida.

A aproximação do adoecimento humano complexifica-se nas relações sociais e no contexto ambiental do mundo contemporâneo. É possível que as variáveis do

processo saúde-doença sejam multiplicadas em si a cada momento, pois todos os dias surgem novos cenários e situações territoriais que referenciam tal diversidade. Opor-se a este fato é limitar a clínica para uma linha fechada e circunscrita da doença como obstáculo único da saúde.

Pelo modo de conceber a clínica na subjetividade vivida, ou seja, pela ampliação subjetiva desta, estabelece-se que a forma de aproximação da doença nunca ocupe o lugar do sujeito. Pelo contrário, mesmo que ela entre na vida deste, nunca o deslocará totalmente. Portanto, na clínica ampliada, o sujeito é sempre biológico, social e subjetivo (CAMPOS, 2001; CAMPOS, 2003).

Na ampliação da clínica, toma-se o indivíduo, outrora corpo anatômico ou advindo do inconsciente em si, como algo a mais: sujeito de si no contexto social. O ponto de vista do clínico deve pressupor o outro com atributos sócio-políticos que instaurem a sua presença no mundo a partir de vinculações em sociedade.

Ao se deparar com seu diagnóstico estampado pela exposição das falas e determinações da clínica restrita ao horizonte biomédico, o paciente imerge num contexto de adoecimento que se amplia psiquicamente pelo fato de conceber o desequilíbrio pessoal como algo passível de correção e reabilitação funcional.

Na intensidade do processo classificatório do adoecimento psíquico, intercorre a vertente do preconceito atrelado ao estigma existente acerca daqueles considerados como "doentes mentais". Em consequência, tal atitude denota-se pela pejoração, muitas vezes irreversível, remetida ao desenvolvimento do tratamento. É preciso enfatizar reflexões sobre a real importância da comunicação do diagnóstico acenando para as implicações na vida de quem o possui (SILVA; BRANDALISE, 2008).

Estas dimensões envolvidas na construção de autonomia do cuidado são perceptíveis nas relações do CAPS e na sua interlocução com o dito projeto terapêutico coletivo e também singular. Neste entrecruzamento do proposto e do fato em si, evidencia-se uma intensa tensão daquilo entendido conceitual-politicamente, definido na legislação e nos pressupostos da reforma, e no que é operado a partir dos saberes e práticas em intersubjetividade.

A intensidade de problemas captura a equipe do CAPS para resoluções imediatas e, por vezes, assistencialistas. Tal peculiaridade na condução terapêutica diminui a área de potência para construção da autonomia.

A equipe do CAPS discute a proposta da reforma psiquiátrica e a proposição de uma rede de atenção psicossocial; porém, a configuração das práticas cotidianas são regidas pelas demandas que se apresentam na recepção e circulam por entre todas as atividades ofertadas no tratamento (**Observação**).

Entende-se e reconhece-se que o adoecimento psíquico está permeado na vida, na sociedade e, logicamente, nos serviços de saúde mental. Entretanto, é preciso perceber que tal conceito de doença mental, dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, é resultante final de um processo não só de falência do sistema psíquico, genético, biológico; mas, fundamentalmente, da relação do eu com a realidade, sendo esta considerada nos seus aspectos micro (problemas estruturais do país: desemprego, regimes opressores, guerras) (SARACENO, 1999).

O protagonismo é do usuário, porém a este não é concedido pelo serviço assistencial, mas construído em consonância direta do ato terapêutico ao seu modo de vida. Diante desta premissa, no caso de uma pessoa apresentar um distúrbio ou transtorno no plano psíquico, a depender da conduta opressora ou facilitadora, poderá o usuário apresentar ou não uma doença que comprometa sua autonomia de vida.

Pelo observado no campo empírico, a concepção do adoecimento mental tem a mesma diversificação apresentada desde os primórdios da história humana, compreendendo-se como doença mental de maneiras diversas assim como épocas anteriores, da antiguidade ou em décadas passadas. Esta múltipla percepção sobre o que é ser e estar doente psiquicamente passa pelos próprios sentidos de vida de cada usuário perante seu tratamento e disposição de itinerários vivos em sociedade.

No processo de vida do usuário, o apoio social permite um maior controle dos mecanismos de enfrentamento destes sujeitos frente aos seus enfrentamentos e/ou sofrimento. A auto-estima e a confiança são favorecidas por meio das atividades grupais, nas quais cada participante compartilha suas experiências, vivências e dificuldades (LACERDA; VALLA, 2006).

A prática do cuidado em saúde mental evoca o trabalho em grupo, por apresentar um dinamismo peculiar às relações humanas. Embora a relação dialógica tenda a acontecer no plano individual, com o passar do tempo e no fortalecimento do vínculo e das responsabilizações é possível a utilização desta ferramenta terapêutica no resgate de novas formas de vida e saúde no alívio e/ou resolução do sofrimento.

No imaginário dos usuários, vai se delineando uma série de oposições e adições sobre suas significações e sentidos de vida com a transversalidade do adoecimento expresso pelas práticas terapêuticas. Converte nas observações que o estigma, presente na convivência social, reflete suas atitudes no cotidiano de vida. Parece que se cristalizam, no caminho terapêutico, sentimentos de diminuta habilidade individual em interagir com outras pessoas; não somente pela condição dita deficitária, mas pela recusa alheia a esta aproximação.

Então, a inclusão social é o desafio de reconhecer o usuário do CAPS como sujeito em viver na comunidade, em construir seu cotidiano, sua história de vida na sociedade. O preconceito em relação ao doente mental leva ao distanciamento, à exclusão, ao tratar mal aqueles que sofrem. Conquanto o espaço físico mude e o paciente não esteja internado, não significa dizer que há o deslocamento do espaço de exclusão social para o espaço de inclusão (SALLES; BARROS, 2006).

A opção pelo termo loucura, o qual permeia o diálogo que segue, é em razão da percepção da grande preocupação dos trabalhadores em ocultar (re)nomear as pessoas com transtorno mental: os loucos, doidos, portadores de transtorno mental, psicóticos, esquizofrênicos, com os discursos.

A narrativa convergente é que, na concepção da patologia como díspare do cuidado, considera-se que o adoecer humano, em sua irregularidade tida como anormal propõe-se como referencial estético para diversas práticas operadas no CAPS. A própria sectorização de procedimentos e/ou encaminhamentos determina-se pela condição nomeada pela equipe ao usuário, sendo este remetido a processos de tratamento voltados para a sintomatologia em consonância com a classificação psicopatológica.

O processo classificatório e diagnosticador da demanda de usuários que participam do cuidado operado no CAPS define a presença deste em determinadas atividades voltadas para cada situação e/ou tipos de síndromes psiquiátricas (atividades mais voltadas para depressão, outras para a esquizofrenia, dentre outras). (**Observação**).

A nomeação terapêutica é uma prática evidenciada no universo dos processos terapêuticos do CAPS e interpõe suas rotinas e fluxos assistenciais. Ao perceber o outro na ótica da doença, referendando estados de morbidade psíquica para cada usuário, limita-se a potência cuidadora e promotora de saúde individual e também coletiva.

Numa determinação da doença na significação singular do usuário, muitas vezes, os sofrimentos são questionados por si só em cada situação. Talvez por estas indagações

sejam oportunas as indicações classificatórias e/ou diagnóstica como resposta imediata para aquelas reflexões inerente à vida.

Como você pode dormir e acordar cansada? E essa tristeza, da onde vem? Por quê? Aí, você começa a se perguntar, e a se perguntar. **(Usuário 4)**

...da última vez, foi assim: numa semana, eu tomei um bocado de comprimidos e fiquei só dopada. Aí, tudo bem, passou. Aí, vi que não tinha mais jeito e, num dia, eu tava assim, meio perturbada e eu tentei me jogar na frente de um carro aí em frente, né? Aí, uma colega minha não deixou. Chamou ele, e disse: [Fulana], vem pra cá, vem... aí, chamaram a minha cunhada e, na mesma semana, eu comecei a andar armada, sabe? ...com um punhal... **(Usuário 3)**

No CAPS, a condução terapêutica compartilhada dos usuários com problemas psíquicos e transtornos no campo da saúde mental ainda é motivo para precaução por parte dos trabalhadores, devido às dúvidas inerentes ao processo clínico destes para com tais situações apresentadas na demanda comum do serviço.

As apresentações delirantes expressas pelos usuários em suas narrativas decorrem de modos singulares de entender o seu estado de saúde ou morbidade. Sendo assim, a interação para com estes sujeitos de sua própria história requisita um caminho terapêutico mais ampliado, para além da prescrição medicamentosa.

Os caminhos para superação da medicalização devem estar abordados nas seguintes ações: além-consulta médica, intersetoriais, grupais, educativas, políticas, sanitárias, em parceria com instituições culturais, políticas, educativas, etc. Tais medidas são essenciais para evitar a medicalização desenfreada que a pura oferta de consultas médicas comumente gera no cotidiano dos serviços de saúde (TESSER, 2006).

Um caminho inverso seria a convivência compartilhada no enfrentamento das tensões, conflitos e desequilíbrios tido pelo próprio usuário como desconforto em sua vida. Desse modo, determinar-se-ia o processo mórbido pela inferência, agora subjetiva, daquele que sente o transtorno em seu viver. Se assim o fosse, o cuidado em saúde mental estaria integralizado pelo suprimento de problemas e demandas significativas para a vida humana.

O imaginário da demanda subjetiva da população atendida no CAPS é determinado pelos territórios existenciais e intencionais na oferta do cuidado, bem como pela transformação ou não do olhar sobre a loucura. A integração social dos usuários

atendidos se faz na ampliação do olhar clínico para uma noção de saber/fazer em estreita inter-relação da clínica com a política (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

Ainda assim, em se falando de necessidades, deve-se atentar que estas estão voltadas para a produção da vida, para a potencialização do sujeito. A compreensão de suas nuances somente é possível através da aproximação com sua realidade cotidiana, da desconstrução dos estigmas de incapacidade. Ademais, é necessário estabelecer uma nova ética em que o outro tenha o que dizer sobre si e não seja meramente descrito sob um viés de padronização científica, definindo-se como um conjunto de sinais e sintomas (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

A possibilidade do cuidado em saúde mental no território é produzida a partir dos agenciamentos promovidos pelo CAPS e pressupõe um espaço de interlocução para construção de projetos de vida. Este processo é operado no cotidiano do serviço, é regido por diferentes atores, que (res)significam de forma singular o cuidado. Estas singularidades produzem diversas possibilidades de ver, sentir e conviver com as pessoas com transtorno mental.

Por tal necessidade, urge a proposição de estratégias inovadoras no cuidado em saúde mental sendo vislumbrado com ações que extrapolam o limite da unidade de saúde. Os vínculos e as significações ocorrem em espaços de pactuação social do sujeito em seu existir territorial e na própria rede assistencial. A produção terapêutica existente em serviços como a ESF, serviço residencial terapêutico e demais dispositivos da rede de atenção em saúde priorizam a comunidade ao capilarizar e interiorizar as ações de saúde pública, incluindo políticas especiais como no caso, a saúde mental (SILVEIRA, 2003).

O cuidado em saúde mental deve priorizar a subjetividade e o contexto social como inerentes ao processo de adoecimento psíquico no plano terapêutico, pois somente através das exposições, exclamações, dúvidas, opiniões e anseios emitidos pelo usuário é que se pode consolidar o processo de melhoria da adaptação psicossocial deste para com o seu modo de vida.

Em consonância com a noção de integralidade que se faz presente no processo de reforma psiquiátrica como eixo norteador das práticas e saberes do CAPS, bem como na superação da organização de serviços e/ou constituição de modelos ideais rigidamente propostos. A reforma psiquiátrica se constitui um processo social dinâmico,

no qual recoloca uma demanda historicamente excluída (louco) na dimensão das relações em sociedade (AMARANTE; GULJOR, 2005).

A inversão de um modelo manicomial e asilar pautou-se na busca de novas estratégias de cuidado, que embutisse a necessidade de conquistas sociais voltadas para a inserção no meio familiar e comunitário, aliada à manutenção da própria vida (emprego, educação, lazer, etc.).

De forma geral, o CAPS constrói uma atmosfera de possibilidades, onde a proposta terapêutica deste serviço de saúde mental encontra-se com outros equipamentos e com a comunidade. Nesse contexto, a equipe dispara ações que ainda enfrentam barreiras e que revelam os desafios no percurso da reforma psiquiátrica. Os caminhos, que vem sendo construídos desde que o paradigma manicomial começou a ser questionado, buscam ultrapassar os limites do estigma da loucura, que, por muitas vezes, é evidenciado pela restrição do acesso aos outros espaços do território.

As mudanças em relação à convivência com as pessoas com transtorno mental, são percebidas de forma mais evidente nas áreas circunvizinhas ao CAPS, através da acolhida e participação da comunidade em relação às atividades realizadas fora do serviço. Na esfera mais ampla do território, ao qual o CAPS é referência, a receptividade destas atividades acontece de forma mais passiva, com pouca implicação da comunidade. Contudo, para promover atenção psicossocial, as práticas devem ampliar o escopo terapêutico, apropriando-se dos espaços comunitários. Esta aproximação possibilita a produção de uma rede de implicação, envolvendo diversos atores, compartilhando a construção da cidadania das pessoas com transtorno mental, direito que, por vezes, é desrespeitado.

As experiências italianas descritas por Basaglia referem o cuidado em saúde mental incorporando as práticas que visam à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde, buscando intervir em todos os determinantes do processo saúde-doença. Nesse sentido, procura utilizar-se do trabalho voltado ao território social de vida dos usuários (AMARANTE, 2003).

A proposta de cuidado produzida pelo CAPS busca superar a lógica reducionista da psiquiatrização nas ações de saúde mental. Este paradigma vai sendo superado quando os processos disparados pelo serviço ampliam o olhar para a saúde mental, abordando o sujeito de forma integral a partir do seu contexto social e familiar. Em



contrapartida, ainda percebe-se a abordagem focada na doença mental, fortalecendo o modelo biomédico.

As diferentes abordagens da loucura convivem no cotidiano dos serviços, como um processo gradual, de tentativas de compatibilização dos interesses individuais e das necessidades coletivas. A cidadania das pessoas com transtorno mental é construída na harmonia dessas diferenças, garantindo os direitos destes sujeitos sociais.

Pelo visto, a reformulação dos conceitos sobre a loucura, oriunda no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribui para o fortalecimento da transformação do modelo de atenção à saúde mental. Esses conceitos foram se (res)significando ao longo do tempo no contexto social e político, em busca da possibilidade de práticas integradoras às pessoas com transtorno mental.

Depois da longa caminhada da Reforma Psiquiátrica, diante da inversão do modelo de atenção em saúde mental, instituído por uma legislação que garante, sobretudo, financiamento. Além da redução de leitos em Hospitais psiquiátricos, da formação de recursos humanos, dentre outras ações. E hoje, o que será a loucura? Onde essas pessoas estão? O que elas querem? O que a sociedade quer? O que eles pensam de tudo isso? E eles são verdadeiramente ouvidos?

As respostas estão no agir do outro, no cotidiano dos serviços, das escolas, das famílias, dos vizinhos e da sociedade. Este agir é operado pelas ferramentas utilizadas para estabelecer o diálogo com o outro. As ferramentas podem ser significadas a partir do saber técnico, da afetividade, do medo, do preconceito ou de outras variáveis produzidas neste encontro.

O saber técnico está proposto como mediador da procura no encontro cotidiano, ou seja, este deve dirimir-se para o encontro dialógico e as intersubjetividades. A exposição de uma vida, seja expressa no consultório ou atividade terapêutica grupal, remete à captura de pessoas para espaços ativos ou tutelares a depender do referencial ético, estético e político de cada pessoa.

No ato terapêutico, é possível pensar o reconhecimento do outro como dispositivo para o cuidado em saúde. É possível conceber as redes sociais como cotidianos efetivos e eficazes para a resolução dos problemas sociais complexos. As redes são um modo de desenvolver a ciência e a clínica do devir, que deve se manter dinâmica, vibrátil e junto à flecha temporal da vida (SAIDÓN, 2008).

Certamente, é factível que a disposição terapêutica que incida sob os devires da vida na clínica não significa a adoção de modelos, semelhanças nem identificações. De modo mais claro, o devir significa uma espécie de involução das rotas pré-definidas dos acontecimentos vitais, o que exige dos indivíduos para o seu enfrentamento atos criativos. Pelo fato de emergir na heterogeneidade, o devir também implica em multiplicidade, metamorfose, potência de afetar e de se deixar ser afetado pelos encontros, derivando-se, assim, blocos conjuntos de devir, que conduz a novos modos de existência (MOEHLECKE; FONSECA, 2005).

A atenção psicossocial pressupõe o agir centrado nas histórias de vida, nos sujeitos, nas famílias e no contexto social. De outro modo, a prática biomédica circunscreve o cuidado num plano biopolítico definindo espaços, atitudes e delimitações da vida. Porém, ainda tem-se que ocorre, quase sempre, intersecções entre o trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF) e outros elementos.

Alguns profissionais do CAPS ainda colocam doença como objeto principal do cuidado. Em alguns casos, o olhar psicossocial ainda é incipiente, evidenciando a convivência das duas formas de se conceber a saúde mental, orientando suas práticas **(Observação)**.

Tal realidade coincide com a concepção de biopoder, em que se revela o controle da sociedade e um tipo de ordenamento político-social que incide diretamente sobre as potencialidades da vida, por exemplo, sexualidade, reprodução, saúde, cuidado, dentre outros. Estas dimensões são tidas como íntimas. No entanto, as decisões sobre elas não acontecem de modo privado; e, sim, de forma pública e, por vezes, implícita, o que faz desaparecer a distinção entre vida pública e privada e, até mesmo, vida subjetiva e simples viver (MACIEL, 2007).

Nas narrativas dos usuários e familiares, quando abordados sobre o início do processo concebido como adoecimento, faz-se referência a alguma situação desencadeadora ou a algo da emoção. A concepção que os usuários e familiares tem da doença ou sofrimento mental está vinculada à singularidade, ao contexto familiar, comunitário e cultural, diversificando o modo como é descrita e os termos para nomeá-la.

Eu fiquei assim depois do parto da minha filha. Eu tive um parto muito difícil. O médico não foi legal comigo, sabe? Ele me tratou muito mal. Ele disse que foi um parto normal, mas eu acho que não foi, não. Foi à força (...) E de tanto eu chorar, minha cabeça foi ficando assim. E a gente de resguardo piora (...) a minha cabeça foi ficando assim, perturbada **(Usuário 3)**.

O problema dele é de nascença (...) desde pequeno ele dá ataque, já foi internado com crise muito forte (...) umas coisas na cabeça dele (...) eu não tava conseguindo controlar. Aí, depois, ficou direto tendo problema mental (**Familiar 1**).

Eu sou muito nervoso, qualquer coisa eu fico assim (...) todo nervoso. Eu não tenho nada de agressividade não. Meu problema é nervosismo mesmo (...) parece que é problema emocional (**Usuário 1**).

No horizonte terapêutico, o trajeto que compreende da saída da condição de sujeito, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia (TORRE; AMARANTE, 2001).

Nesta perspectiva, a cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

A doença ou transtorno psíquico altera padrões de comportamento e cognição afetando principalmente algumas habilidades motoras, bem como o senso de percepção, orientação, dentre outros. Para tanto, é preciso medir a grandeza de tais limitações e assistir a estas de modo produtor de superação. A ida e vinda à unidade de saúde pode ser difícil pela distância ou algo parecido, porém ações mais simples e seguras podem ser estimuladas pela equipe e família.

A doença mental vem sendo (res)significada diferenciando-se da compreensão deste termo na Antiguidade, na Idade Média ou em décadas anteriores. A concepção de que o transtorno mental é algo apenas de ordem biológica, pode estimular uma atribuição exclusiva do papel do psiquiatra e da medicação como formas de tratamento.

Sendo assim, as ações desenvolvidas pelo CAPS estão relacionadas à percepção que os trabalhadores têm em relação ao processo de adoecimento dos usuários e como isso afeta seu cotidiano. Isto implica no planejamento das possibilidades de intervenção da equipe. A forma como a equipe aborda o diagnóstico com os usuários e familiares implica na significação dos mesmos em relação ao adoecimento.

Em determinados momentos do diálogo, os usuários e familiares faziam referência ao diagnóstico. Mesmo que a pergunta não fizesse ou trouxesse a questão da doença mental, ele fizeram alusões à mesma.

(...) mas aí, você olha pra mim, que tenho saúde, casa, trabalho (...) eu tenho tudo pra ser muito feliz. E, no entanto, eu sou muito infeliz. É uma infelicidade você acordar cansada (...) o meu diagnóstico é daquele negócio, o tal de bipolar (...) Aí, quando você começa a tomar consciência que tem, realmente, alguma coisa...Aí, você começa a olhar e começa a ter noção de que, realmente, é muito incrível. É uma coisa muito incrível **(Usuário 4)**.

...eu era atendida aqui [no CAPS] toda semana. O meu transtorno é um transtorno de personalidade. A qualquer momento, eu posso ter vontade de fazer coisas, assim, que (...) eles [trabalhadores] não podem depositar tanta confiança em mim **(Usuário 3)**.

A rotulação do indivíduo pelo seu diagnóstico reduz o indivíduo a sua doença, gerando práticas de aprisionamento subjetivo dos usuários e familiares. A atenção psicossocial pressupõe a reflexão cotidiana da equipe em torno da reprodução de práticas estigmatizantes, que colocam a doença como objeto principal do cuidado. O sujeito deve ser percebido como agente ativo, sendo necessário ouvir e conhecer suas necessidades.

Nesse sentido, a psiquiatria como ciência teve sua crítica no pensar basagliano já que este recusava aceitar a hipótese do todo incompreensível da doença mental e o processo de rotulação nosográfica do indivíduo diagnosticado doente mental. Tal hipótese descreve que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado o objeto fictício, no caso a "doença", da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social (AMARANTE, 2003).

O dispor do adoecimento acontece em situações cotidianas da vida dos usuários. Ao indagar-se sobre o começo de seus processos mórbidos na dimensão psíquicas e o modo pelo qual incorporaram tais nomeações e classificações diagnósticas, percebe-se um hiato da pretensa relação entre o trabalhador de saúde e os mesmos.

Ainda assim, o imaginário releva situações comuns da vida em sociedade, tais como trabalho tenso, ciclo de vida, e atividades sociais, como os potencializadores de suas situações clínicas desfavoráveis. Em diversas narrativas, justifica-se a atual condição de saúde ou não pelo fato destas atividades cotidianas:

...Foi assim... eu senti um vazio muito grande. Eu botei na cabeça que se tivesse outro filho, uma menina, porque já tenho um menino, aquele vazio ia passar, porque isso ia me dar uma alegria... aí, passou um ano para eu engravidar...eu engravidei de uma menina e fiquei muito feliz por ter sido essa menina como eu queria. Mas só que eu não imaginei que, daí, eu fosse ficar doente, sabe? **(Usuário 3)**

... quando eu tava de resguardo e precisei muito da minha mãe e ela não tava comigo, eu vi o papel de mãe naquela pediatra que atendia ela, que tava cuidando

dela. Comecei a ver isso nela, até porque ela me disse: olha, eu vou passar o remédio para a sua filha, que é o mesmo que a minha filha usa. Nossa, aquilo me tratava muito bem, como uma pessoa próxima. Aí, eu passei a ver isso nela. Aí, pronto. Quando ela deixou eu piorei, mesmo, de vez... aí, todo mundo dizia que quando meu marido chegava eu tava chorando. Eu chorava, eu chorava, todo dia eu chorava...(Usuário 3)

...eu tava fazendo um cursinho, na época, eu tava conversando e falando que eu tinha que sair da sala, porque eu tinha que pegar o ônibus e aquilo foi começando a me apavorar e tal e foi aquela conversa. Quando foi depois, chegou uma moça e disse assim: olha, eu acho que seria bom que você marcasse uma consulta, porque eu tenho pra mim que tu tá com pânico. Então, você não tá procurando ajuda; mas, se chega até você, aí você diz: puxa... (Usuário 4)

Em concepções históricas, complementares e coexistentes, a doença mental pode ser percebida como patologias do cérebro, na medicina orgânico-fisiológica; disfunção ou déficit do desenvolvimento da história de relacionamento infantil e nas fases da vida, para a psicanálise; e também vista como consequência das relações familiares patogênicas, para o olhar sistêmico. A própria sociedade pune os membros da sociedade, desviantes da ordem e normalidade anunciada como doentes mentais atrelando tal conceito à opressão do paciente.

Em síntese, temos que o processo de adoecimento mental e sua explicação conceitual perpassa inicialmente por três abordagens: a organicista, a psicanalítica e a sociológica, que apresentam teorias e práticas diferentes e muitas vezes incompatíveis (JACCARD, 1981).

Quando o discurso psiquiátrico passa a ser o regulador do cuidado numa ideiação de que o tratamento moral restituiria a razão, e assim, devolveria a liberdade é talvez a justificativa deste olhar para estabelecer ao louco sua condição de sujeito de direito, fato este, contraposto em si pelas próprias práticas limitantes e isoladoras. A exclusão social perpassa por consistências terapêuticas desta ordem, pois retira do indivíduo a sua verdadeira condição de sujeito, que está no estabelecimento de seus direitos de cidadão e na liberdade de escolha terapêutica, dentre outras.

Na proposição da classificação dos sintomas e diferentes diagnósticos, o hospital apresenta-se como instituição histórica deste processo histórico. No entanto, o próprio CAPS, a depender de seus dispositivos de análise e a forma com que resguarda suas inovações, também deve estar em questão para acompanhamento contínuo inerente ao controle social.

Na lógica pineliana, já permeava tal premissa de possibilitar uma determinada cidadania, mesmo que ambientes de socialização asilar fossem tidos como terapêuticos tais como as casas de reclusão. A idéia de Pinel estava em respeitar apenas a cidadania formal do louco ao possibilitar um tratamento específico por um lado, mas limitando sua cidadania de fato por manter enclausurado, por outro (AMARANTE, 1995).

A doença mental, então, implicava em sua origem no erro da razão, e assim, percebia que o alienado nesse contexto não poderia gozar de razão plena, nem liberdade de escolha. Sendo a liberdade de escolha o pré-requisito da cidadania, sem ser livre, o indivíduo não poderia ser cidadão plenamente, com o direito de participar inclusive das decisões sociais sobre sua própria vida (AMARANTE, 1995)

Nesses processos de marginalização social, a discutida relação entre a cidadania e saúde mental, estabelece-se na tentativa de conduzir atividades de prevenção e tratamento dos portadores de transtornos mentais regidas sob o controle da marginalidade aos processos socializantes. Em síntese, a instituição de regras básicas de cidadania voltadas para indivíduos excluídos, no caso, o portador de transtorno mental. Desse modo, este poderia adquirir sua cidadania no próprio desenvolvimento das ações de psiquiatria (BIRMAN, 1992).

Um dos desafios da reforma psiquiátrica consiste na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Para tanto, é preciso enfatizar a construção de projetos terapêuticos ancorados na idéia de reinserção social, na busca da afirmação da autonomia e cidadania do louco. Os direitos sociais têm uma fundamental importância na invenção da vida e, conseqüentemente, na desinstitucionalização (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Pelo que se observa no CAPS, a não-implicação dos indivíduos que participam da operação do cuidado em saúde mental remete à formação de relações verticalizadas em hierarquia de saberes e práticas onde, muitas vezes, o usuário é tido como objeto de tais relações. O resultado desta lógica é a aderência terapêutica interposta pelo serviço de saúde mental em sobreposição às singularidades do usuário e familiares.

Tal processo desencadeia um movimento histórico determinado por esta artificial separação e se constrói no conjunto de aparatos científicos, políticos e institucionais referentes à doença. A desconstrução deste movimento se faz necessária

para retomar o contato com a existência dos pacientes, como "existência" doente (ROTELLI, 1990).

A proposta psicossocial enfatiza a transversalidade dos saberes nas práticas clínicas cotidianas dos serviços substitutivos ao modelo asilar e manicomial que reduzem o usuário a sua dimensão objetada nos planos terapêuticos. O compartilhamento de propostas assistenciais com a inserção de necessidades e demandas apresentadas associa-se também às próprias expressões de solução postas pelo usuário. A troca de saberes, a partir de um diálogo aberto, redimensiona o espaço terapêutico e sua resolutividade num plano singular, subjetivo e social (COSTA-ROSA, 2000).

No modo psicossocial, a translocação de saberes e enunciados hegemônicos, tais como verdades aliam-se à própria recolocação do sujeito num plano horizontalizado das relações terapêuticas. Tal fato pode ser entendido como a capacidade deste em situar-se ativamente frente aos conflitos e contradições que atravessa e atravessam-no. O modo psicossocial de agir em saúde conta com dispositivos institucionais para além da lógica do hospital psiquiátrico, para além de uma intervenção terapêutica interprofissional e conformada na participação ativa do usuário e seu contexto social (COSTA-ROSA, 2000).

A institucionalização, principalmente no manicômio, mas possível no CAPS ou em outro dispositivo assistencial, trata-se como espaço de troca zero, ou seja, a instituição totalizante anula as possibilidades de interação social dos usuários (SARACENO, 1999).

Ao se propor a ressignificação das práticas, o processo de desconstrução dessa lógica assistencial manicomial e asilar questionam as bases deste dispositivo psiquiátrico, na sua forma de atuar frente à loucura. Os processos tecnológicos inovadores e até mesmo a incorporação de modificações físicas e operacionais na instituição asilar não resolveram a questão da cura em psiquiatria. Em transformação plena, o campo psicossocial da atenção em saúde mental tenta conceber a cura como ação de produção de subjetividade, sociabilidade, sendo defendida a idéia de que construindo a história dos sujeitos poderia mudar a história da própria doença (SARACENO, 1999; AMARANTE, 2007).

É importante ressaltar que coexistem diversos modos de atenção e assistência, operando no mesmo espaço de produção do cuidado em saúde mental. Em cada atitude clínica, percebem-se vertentes e sentidos que possibilitam situar os olhares e intervenções sobre o sofrimento alheio em modelos mais direcionados à ótica psicopatológica ou para o refletir psicossocial.

Em cada atitude da equipe perante o usuário do CAPS reflete um modo diferente e, às vezes, comum da relação terapêutica. A definição do modo psicossocial depende preponderantemente da iniciativa individual do trabalhador de saúde. Mesmo em atividades multi e inter disciplinares visualiza-se as diferentes posições de cada trabalhador para com o cuidado operado, seja limitando possibilidades pelas intervenções biologizantes ou ampliando a clínica pela escuta qualificada, vinculação, acolhimento e resoluções compartilhadas com o usuário (**Observação**).

Em convergência, observa-se ainda que está presente um movimento institucional para valorização da escuta e do acolhimento com práticas integrativas e complementares tais como: massoterapia e atividades de relaxamento em todos os dias de funcionamento. Tais atitudes instituem uma reflexão para o cuidado mais aproximado e integral do usuário.

São medidas e atitudes transversalizadas no funcionamento do CAPS que propiciem uma concepção de saúde voltada para o cuidado a partir de um determinado nível de acesso a serviços de saúde bem como aos setores sociais e econômicos, ou seja, numa ação intersetorial. Corroborando com a perspectiva da integralidade da atenção, a ação cuidadora incorpora o espaço vivencial do indivíduo, na dimensão familiar e comunitária.

A literatura demonstra que utilização dos recursos da medicina alternativa, em consonância com o paradigma vitalista, especificamente da massoterapia, revela o interesse dos trabalhadores de saúde na busca de melhorar a assistência ao dedicar seus esforços numa prática distinta e integral. Por meio da massoterapia é possível uma reflexão sobre os enfrentamentos cotidianos e na dificuldade em lidar com os sintomas e processos de adoecimento subjetivos e, por vezes, crônicos, dos usuários (SOUSA; VIEIRA, 2008).

Nas atividades grupais, a participação dos usuários ocorre de modo gradual resultando num papel ativo no decurso do processo terapêutico. A potência desta prática encontra-se no auxílio permitido entre os sujeitos em si, permitindo-se a manifestação e interação de qualquer um deles. Dessa forma, emerge no cenário da interação o diálogo,



a escuta empática e a formulação de questionamentos sobre o assunto discutido (BECHELLI; SANTOS, 2002).

A necessidade de explicação sobre o processo concebido como adoecimento é evidenciada nos discursos, fazendo referência a alguma situação desencadeadora ou a algo da emoção.

A diferença na forma do cuidado se dá de acordo com o trabalhador que atende. O CAPS é apontado como *alívio* para os usuários em situações de alta do manicômio. As internações em hospitais psiquiátricos estão marcadas na vida dos que já passaram por esta experiência e daqueles que ainda vivenciam esta realidade. Os usuários e familiares relatam este percurso doloroso até chegar ao CAPS. Porém, a clausura não é apenas o lugar e sim o agir, e este, pode também acontecer no serviço aberto.

E o alívio? Como se dá esse alívio, que alívio é esse? O alívio consiste na modificação do lugar de tratamento onde fica evidente a liberdade de sair, interagir dentro das suas possibilidades, com um coeficiente de autonomia.

De acordo com Goffman (1988), os indivíduos tendem a categorizar os outros de acordo com os atributos que esperam que esta pessoa tenha e se esta pessoa apresenta alguma evidência de diferença é posta em uma categoria a qual os ditos “normais” acreditam que este pertence.

A redução do paciente ao diagnóstico, ou seja, considerar o indivíduo apenas por uma característica, sendo esta o diagnóstico, é fator que não aparece apenas no discurso dos usuários, este se faz presente também no discurso dos familiares, bem como no discurso dos profissionais, mesmo que de forma diferente, já que estes apresentam a redução à doença como uma preocupação.

Primeiramente, será enfatizada a narrativa dos trabalhadores e seus atravessamentos. A necessidade de pensar dialeticamente os avanços e retrocessos da psiquiatrização nas equipes perpassa pela discussão das intervenções considerando o diagnóstico médico. E ainda, é também uma necessária discussão a ser construída com os usuários e familiares sobre os dispositivos assistenciais.

É convergente a presença do hospital psiquiátrico como um dispositivo assistencial ainda presente na realidade dos participantes. A eloquência das narrativas consiste no direcionamento de seus estados de desequilíbrio, crise ou instabilidade emocional para a internação asilar.

(...) agora mesmo, depois que dessa internação que eu te disse, eu saí mal de lá [hospital psiquiátrico], né? Passei dez dias lá dentro. Eu saí de alta pedida, porque não aguentei ficar lá dentro (...) quando eu saí de lá, eu não saí a mesma pessoa. Eu não sei porque foi, mas acho que a internação, por lá, não foi legal pra mim, não (...) é muito ruim **(Usuário 3)**.

Eu nunca mais deixei ele se internar, (...) a gente vivia nos hospitais [psiquiátricos]. Mas também não tinha muito o que fazer, o jeito era internar (Familiar)

... (era internado por) É nervosismo, mesmo... não era de agressividade, não... **(Usuário 1)**

... e eu desafio a morte, porque eu não tenho medo dela. Se eu tivesse medo da morte eu não teria tentado me matar como eu tentei muitas e muitas vezes, como eu tentei. Já fui para o hospital totalmente dopada, já me mandaram do hospício para a internação, totalmente dopada...**(Usuário 3)**

O hospital psiquiátrico é um espaço de limitação da liberdade e da singularidade bem como do convívio social. No entanto, pela suficiência dada na cobertura deste tipo de estabelecimento na rede SUS ainda presente, muitos encaminhamentos são direcionados para este tipo de assistência embora apresente justificativas na literatura que enfoquem o resultado limitador para a subjetividade humana destas intervenções quase sempre medicamentalizadas.

Evidentemente, a garantia da integralidade da atenção deve ser garantida a partir da operacionalização de transformações efetivas em toda a produção do cuidado. Esta metamorfose na assistência deve percorrer todo o trajeto da rede, desde a atenção básica, secundária, atenção à urgência e até mesmo a atenção hospitalar, em todas as abordagens, individuais e/ou coletivas, multi ou interdisciplinar (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2006).

Porém, no sentido renovador da atenção em saúde mental, enfatiza-se o cuidado extra-hospitalar, devido ao menor custo financeiro em relação ao tratamento intra-hospitalar, mas também em relação a liberdade advinda do não-isolamento e segregação do manicômio (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Em múltiplos sentidos, a convergência das narrativas revela que em situações de crise, os usuários dos serviços de saúde mental apresentam diversificadas formas de inquietude, desassossego e agitação bem como pessoas que ainda não têm o “rótulo” e ditas normais estão passíveis de tais momentos em suas vidas.

Os participantes do estudo relatam que o formato terapêutico disponibilizado pelos serviços define uma explícita divisão e encaminhamento inerente às situações vivenciadas pelo usuário no momento do encontro. Desse modo, as sintomatologias

moderadas são mais “adaptáveis” e “convenientes” ao trabalho que se opera no CAPS. Por outro lado, os comportamentos de agitação remetem a idéia de agressividade e/ou periculosidade e, estes devem ser encaminhados ao hospital psiquiátrico.

Em complementaridade, a internação psiquiátrica além de alternativa terapêutica apresenta-se também com frequência recorrente. As idas e vindas dos usuários a estes estabelecimentos manicomiais são freqüentes até mesmo após passagens por atendimento no CAPS.

...Porque eu saí com novas idéias na cabeça... (Usuário 3)

...sempre eu era internada por tentativa de suicídio. Tentava muitas vezes. Da última vez, está com três meses, só... (Usuário 3)

...sempre, no [Hospital A, no B, no C]... Só, o que eu não fui foi em [D], mas no A... no B, no C... Você conhece esses hospitais? (Usuário 1)

...antes de vim pro CAPS, eu passei quatro meses internada no hospital... (Usuário 2)

Em tal discussão, é fato que no CAPS, muitas vezes, a alternativa terapêutica oportunizada pelo trabalho psicossocial aos seus usuários limita-se à terapia medicamentosa e a uma internação, de vez em quando. Por este motivo, tal modo de operar o trabalho em equipe, determinadas vezes, ajuda a dissociar ainda mais o sujeito em sofrimento, pois se apresenta fragmentado e departamentalizado por cada núcleo profissional (CAMPOS, 2001).

No cuidado pela integralidade, toma-se como premissa a não-redução do sujeito à doença. Pelo contrário, mantém-se a perspectiva da intersubjetividade no cuidado onde se deve levar em conta, que além do conhecimento sobre a doença, existem os saberes sobre os próprios modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde (MATTOS, 2004).

A resolubilidade da atenção em saúde consiste no eficaz e produtivo suprimento das necessidades de saúde. Na linha de cuidado em saúde mental, pressupõe que dispositivos estratégicos como o CAPS devem ser promotores da inversão da lógica manicomial, evitando em rede o direcionamento das pessoas acometidas de problemas psiquiátricos à internação psiquiátrica de longa permanência e recorrente. Tal convergência apresenta-se no cotidiano do CAPS:

Depois que eu vim pra cá, me internei mais não. Nenhuma vez... (Usuário 1)

...foi, nunca mais (internei). Graças a Deus. Porque o remédio, eu tô tomando direitinho... controlado, tudo...(Usuário 1)

Os princípios da reforma psiquiátrica de modo algum pressupõe que os usuários devem ser submetidos a simples transferência para fora dos muros do hospital, levando-os para uma vida domiciliar tutelada e, muitas vezes, reduzindo suas possibilidades terapêuticas a uma ou outra atividade terapêutica solidária e/ou de caridade. A desospitalização enfatiza uma assistência integral à uma rede de serviços de saúde que favoreçam a inclusão social, o resgate ou o estabelecimento da cidadania em sintonia com a sua singularidade e subjetividade para além da cura da doença, somente.

Efetivamente, a política de saúde e a integralidade da atenção têm no dispositivo do CAPS, sua proposta estratégica e de certo modo eficiente e por vezes eficaz na substituição do hospital psiquiátrico. Os CAPS são considerados também de serviços comunitários de saúde mental, que por e para serem comunitários, têm que atender aos postulados de acessibilidade, e, portanto, de qualidade (ALVES, 2006).

Por serem considerados, comunitários, os CAPS inserem-se em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena na qual as "crises" devem ser enfrentadas, resultados que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social (ALVES, 2006).

A atenção psicossocial põe o CAPS num papel estratégico para formulação de atividades assistenciais, reguladoras e de gestão das ações de saúde mental no território em que está inserido. No entanto, suas funções essenciais estão explicitadas nas políticas de saúde, mas devido ao enfrentamento tenso num cotidiano mediado por demandas crescentes que chegam por todos os dias em suas recepções em busca de soluções para problemas psicossociais de ordem diversificada, acaba diminuindo seu potencial resolutivo:

... hoje, a gente consegue manter um quadro de pessoas mais graves, como psicóticos, esquizofrênicos. Essa é a demanda mais grave...(Trabalhador 2)

... às vezes, a gente consegue lidar muito bem com as pessoas que estão mais próximas, como aquelas pessoas que vem mais ao serviço. Mas, às vezes, aquelas pessoas que não vem tanto, a gente poderia fazer até uma busca ativa para aquelas pessoas que deixaram de vir ao serviço. Mas a gente não tem tempo, por a gente estar tão atarefada e sobrecarregada com as atividades daqui. E acaba não sobrando tempo para fazer essas atividades que acho fundamentais. Visitar alguém e saber por que aquela pessoa não tá vindo mais. Saber o que está acontecendo, por que abandonou. Esse trabalho é muito importante...(Trabalhador 1)

... só a demanda, que é enorme e a gente deixa de fazer muita coisa por conta dela. Há inúmeras atividades, aqui, que devemos fazer, não somente com relação a nossa área...(Trabalhador 1)

O arcabouço previsto das demandas em saúde mental indica-se epidemiologicamente no dia-a-dia do CAPS. De modo abrangente, percebe-se o uso predominante do tratamento medicamentoso no serviço e pode estar relacionado às expectativas que os pacientes têm em relação ao tratamento, pois geralmente os usuários que chegam ao CAPS têm como objetivo eliminar sintomas físicos da doença ou superar momentos incidentes de crise ou comprometimento mais crítico (DIMENSTEIN, 2001; DALMOLIN; KELLING; PALMEIRO; FLORES, 2009).

As condições de vida da população brasileira emergem um cenário que dificulta ainda mais o trabalho psicossocial resolutivo do CAPS. Na comunidade carente de vários dispositivos assistenciais, espalham-se diversas dificuldades e necessidades para a manutenção da vida em várias dimensões sócio-econômicas e culturais. As relações familiares ainda favorecem para o desequilíbrio individual por tensionar a convivência entre seus membros na busca de qualidade de vida.

... além do transtorno em si, é muita miséria, muita questão de família, que não tem vínculo nenhum ou tem uma família toda desestruturada. São essas as questões que eu vejo ainda muito fortes aqui dentro desse território... (**Trabalhador 1**)

De modo relevante, a inserção familiar no contexto do CAPS conforma-se na exigida adequação do projeto terapêutico a dimensão singular de cada usuário. A dinâmica cuidadora interpõe relações que se apóiam na desconstrução da idéia limitada de atuar somente no sofrimento psíquico, mas também, na integração, acolhimento, cuidado e inclusão dos atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida: trabalho, lazer, moradia entre outros (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Pela demanda do CAPS, impulsionam-se diversas condutas terapêuticas, como já visto, ora de ordem biomédica por outra psicossocial. Por tal motivo, as narrativas dos trabalhadores enfatizam a dificuldade que têm para manter alguns dispositivos práticos mais resolutivos e integrais. O território define também a operação do cuidado por recorrer às vezes somente ao CAPS como serviço especializado em saúde mental, tornando o fluxo cada vez mais intenso e, por vezes, tumultuado.

...eles (equipe) não tem tempo, sabe. Você tem que ser muito prática. Muito prática. Eles tem que ser muito práticos. Um médico desses é altamente assoberbado, porque são 15 pessoas que vão chegar com seus problemas iguais aos meus. Coisinhas que não são uma ferida. E, aí, como é que ele vai absorver tudo isso? (**Usuário 4**)

...com certeza (Não existe um projeto terapêutico, mesmo, desse usuário, de levantar quais as reais necessidades dele) ...por causa da demanda enorme com um número de profissionais pequeno e a gente tem que fazer mil e uma coisas aqui dentro do serviço e acaba deixando outras... (**Trabalhador 1**)

...a gente tem uma demanda muito grande nesta Regional X, que são mais de 600 mil habitantes e a gente tanto atende às demandas espontâneas, como as do posto de saúde, do hospital psiquiátrico. **(Trabalhador 2)**

Os fluxos de atendimento à saúde na rede de atenção psicossocial condicionam-se pela integralidade do atendimento ou não. A linha de cuidado pressupõe a transversalidade das abordagens subjetivas destes cuidado potencializando criativas formas de lidar com o sofrimento psíquico. Uma estratégia importante para a abordagem estratégica desta demanda de modo integral é o direcionamento das ações de saúde mental transversalizado no cotidiano da ESF pelos sujeitos envolvidos e nas práticas assistenciais que pode favorecer uma melhor relação terapêutica entre estes e o alcance mais intenso das resoluções necessitadas na demanda atendida (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007).

Embora limitados, muitas vezes, por paredes e espaços diminutos, os trabalhadores inseridos na reabilitação psicossocial devem ser conscientes de que ao atuarem na promoção da saúde mental, eles trabalham com o olhar voltado para o sujeito em toda sua complexidade e se familiarizam com o sofrimento e a fragilidade do ser humano, e, assim, não devem duvidar da própria reabilitação que diariamente estão implementando na prática (JORGE et al, 2006).

As possibilidades de enfrentamento do problema estão condicionadas também pelos significados encontrados por todos os indivíduos envolvidos em suas percepções conceituais e descritivas do que venha ser a doença mental e a relação que o sujeito tem com ela, bem como com o mundo que o rodeia. A dimensão subjetiva de cada elemento familiar proporciona os limites e possibilidades terapêuticas, pois o nível de entendimento e envolvimento com o processo de adoecimento, muitas vezes, não está claro para todos os familiares, e a tensão resultante desta desarmonia pode acarretar uma fragilidade nas ações necessárias à adaptação psicossocial do ser em sofrimento (JORGE; PINTO, 2010).

É preciso que o CAPS em sua autocrítica não seja aprisionado por práticas de renovação que não garantam a plena autonomia dos usuários em seus itinerários terapêuticos nem sempre preponderantemente instituídos ou mobilizados pelo SUS mas também pela intersetorialidade na construção de projetos terapêuticos emancipadores e abertos a construção de autonomia.

### 4.3 Fluxos terapêuticos: entrecruzando espaços para autonomia e resolubilidade

O processo de desconstrução do modelo manicomial implica no questionamento às práticas manicomiais e não somente à criação de um novo lugar para o cuidado em saúde mental. As transformações das práticas acontecem a partir das mudanças no agir, dos sentidos e significados atribuídos ao cuidado em saúde mental. A mudança do lugar e do discurso não promove por si só, a transformação no agir. Assim se faz necessário uma reflexão cotidiana da equipe, em relação ao sentido atribuído ao cuidado em saúde mental. Desta forma, as possibilidades disparadas a partir das práticas do serviço irão operar o cotidiano dos usuários e familiares das pessoas com transtorno mental.

A busca pelo serviço é a possibilidade do encontro com o novo, com o que se ouviu dizer, que é melhor, ou com encaminhamento que foi dado sem maiores explicações. E como as coisas acontecem nesse lugar diferente? Na lógica cartesiana do encaminhamento ao serviço especializado, o CAPS passa/volta a ser o lugar do tratamento médico especializado. E como romper essa barreira, se a população busca um diagnóstico e uma receita? Quais são as possibilidades de cuidado do CAPS?

No que concerne à questão da resolubilidade, do acolhimento e do vínculo, pode-se questionar como se dá no processo pragmático da inserção ao serviço, o CAPS, posto que parece que a consonância ao que propõe Merhy (1997), não se observa na prática em sua operacionalidade efetiva; questiona-se, assim, o sequenciamento que não deixa transparecer essa linearidade e resolubilidade preconizadas. Observa-se isso quando:

... eu cheguei, aqui (no CAPS), achando... só que eu não precisava, tá. Eu tava só tomando a vaga de alguém. Mas como me deram a ficha, eu fiquei com vergonha pelo fato de a pessoa ter ido até lá, em casa, ter me entregue a ficha, e eu não ir...  
(Usuário 4)

Poder-se-ia inquirir se esse fluxo não estaria redundando em uma demanda, cuja especificidade e pragmática da necessidade se vislumbra dentro de um cenário cujo sustentáculo tende a se basear na espontaneidade, em uma busca por atendimento médico, sem parâmetros regulares. Mais indagações poderiam ser intentados: como se dá essa aproximação, chegada e recepção ao serviço; se é uma demanda que advém da

necessidade do usuário e que se vê na luta por uma vaga de atendimento médico e das práticas psi, ou de um vínculo ou acolhimento que não se efetivam? À guisa disso:

...eu vim com a autorização do (Hospital Psiquiátrico). Aí, vim para a triagem que faz quando a pessoa vem pela primeira vez, aí, eu fiquei aqui... **(Usuário 2)**

Triagem não é sinônimo de acolhimento, ou ainda, o que se chama de acolhimento não pode tornar-se um substitutivo nas instâncias e circunstâncias do serviço como uma elaboração de triagem de casos, de demandas. (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem interrelação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

...foi uma pessoa que me orientou... **(Usuário 3)**

Ora, ainda que o CAPS constitua serviço de conhecimento público, a partir do exposto acima, pode-se conjecturar de que se trata de uma orientação fornecida, possivelmente, por alguém da comunidade, de conhecimento do usuário. No que diz respeito a isso, Campos (2003) fundamenta que um dos meios mais adequados para a prática clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhe sirvam de referência.

Conquanto a atenção oferecida e proposta pelo CAPS esteja versada na interdisciplinaridade, para além da prática psiquiátrica, a prática psicológica, fazendo parte do imaginário sociocultural, geralmente está relacionada ao atendimento das demandas psíquicas e do mundo “nervoso”. Isso sugere que a indicação de qualquer demanda, que esteja concernida nessa conjuntura, deve ser devidamente encaminhada ao serviço. E é motivo de interrogação se isso configura real demanda para o atendimento, a partir dos artifícios com que ele se reveste.

...(Eu) não podia ver ninguém vestido de branco, que já ficava nervosa. Eu não podia ir para posto, aí, um dia eu tive que ir ao posto dessa rua, aí, eu comecei a



passar mal. Encontrei uma senhora que morava perto lá de casa e contei a ela que estava passando mal e ela me indicou o CAPS Ela disse: olha, aqui tem um CAPS, que tem psicólogo e tudo... **(Usuário 3)**

Ainda na acepção da modalidade acolhimento, abaixo é reproduzido um trecho a que se remeteu um profissional relativo ao processo de triagem e a busca pelo serviço.

(na triagem)...ela fala um pouco da sua história. Se já houve internação e qual foi o motivo do encaminhamento. Por que veio procurar o serviço? Toda a sua história... **(Trabalhador 3)**

Ademais, com relação à triagem evocada na fala subsequente, observa-se que, apesar da tal indicação para o CAPS por indicação de seus conhecidos, na rede social que lhe abarca, o usuário dirige-se ao serviço, mas não é recebido de modo apropriado ao que se preconiza o acolhimento como ferramenta ético-política do cuidado, demarcando outra vez mais que a demanda e necessidade externadas pela usuária não foram sequer observadas. Assim, mais uma questão é suscitada, a da resolubilidade.

...ela (vizinha) me indicou o CAPS. Ela disse: vai lá... eu fui e perguntei e disseram: não, só ta tendo marcação de consulta em tal dia. Aí, desisti e fui pra casa. Só que eu continuei sentindo aquelas coisas... **(Usuário 3)**

Ilustra do mesmo modo o trecho a seguir, quando o usuário nomeia e pontua a “desorganização” do serviço público de um modo geral, e percebe o CAPS como uma possibilidade de diferencial nessa percepção. O que se espelha é a tendência a caracterizar os serviços em saúde como não resolutivos e não organizados. Que organização é essa a que ela se reporta? A organização como estrutura física, a resolutividade como marca e princípio de funcionalidade e efetividade de práticas que operem o cuidado. As linhas que amparam tal postura estão naquilo que Campos (2003) chamará de clínica degradada.

... eu (pensei) vou procurar o CAPs de novo. E da outra vez eu vim pela frente. Eu entrei e olhei assim e disse não é aqui, não. Porque a gente vê sempre esses lugares públicos assim tão desorganizado e aqui é tão organizadinho, assim... eu achava que não era. Que era um canto particular, coisa assim... e voltei de novo pra cá. Entrei, perguntei pela triagem, deixei minha filha com minha irmã... **(Usuário 3)**

Quando Campos (1999) assume a defesa do "vínculo de acolhida" e a responsabilização da equipe como diretrizes para delinear o modelo assistencial, ressalta

que o termo "acolhida" em um sentido ampliado, referindo-se tanto a uma abertura de serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região.

O discurso do profissional atina-se a uma concepção que está respaldada nos aparatos teóricos que definem acolhimento como diretriz operacional do serviço de saúde, o que emerge como contrastante ao relato supra. Pode-se inventariar que a prática revela a distorção ou a inatingibilidade da teoria, que, isolada de seu fluxo operacional, parece estar suspensa em um âmbito imaterial, retórico.

... (o acolhimento) é individual também. Às vezes, quando eles chegam no serviço tem uma pessoa que vai acolher... **(Trabalhador 1)**

Consoante Franco, Bueno e Mehry (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O acolhimento funciona como diretriz operacional na possibilidade de inquirir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, para além das condições de recepção, com o vislumbre na atenção integral e intersubjetiva; enfim, dispositivo na produção do cuidado.

Do que expõe o profissional do serviço, destaca-se uma perspectiva coadunada com a definição de acolhimento como um dispositivo presente na entrada ao serviço e que parece não permear toda a trajetória de atendimento e cuidado empreendidos. Nesse turno, tende-se a elaborar uma concepção dissonante e superficial ao que se legitima chamar de acolhimento numa perspectiva ampla, integrativa e processual.

... o paciente chega ou por demanda espontânea ou encaminhado por algum outro serviço. Primeiro, nós fazemos algum atendimento com ele e, posteriormente, ele será encaminhado. Se ele já é usuário do serviço, ele vai ser encaminhado para onde ele deverá ser atendido, se ele vai ficar aqui ou se vai para outro grupo. Se ele não é, ainda, vai ter a escuta individual, a avaliação individual e, a partir daí, a gente vai propor o que é o esboço do projeto terapêutico dele: as atividades que ele deverá participar. Mas, começa sempre por essa porta de entrada: o acolhimento, né? **(Trabalhador 1)**

O que interpenetra no discurso seguinte é a interpretação do acolhimento como medida de categorização de sujeitos que sejam apropriados para o atendimento, assinalando uma delimitação ao que que se redonda, em outro turno, definir de triagem. Triar, avaliar, classificar para o atendimento, verificar especificidades condizentes ao que o serviço oferece e o perfil para o qual o usuário demonstra. Parece ainda ser necessária uma redefinição ou ampliação do conceito de acolhimento como estratégia e prática resolutiva de um cuidado singular e atento. No vão da confusão dos termos ou na construção de acepção sinonímica ao processo de triagem, tão conhecido das práticas em saúde em geral, como nos hospitais gerais e serviços terciários, cabe discutir como isso se dá na práxis de construção de uma lógica que esteja legitimamente atravessada pelos princípios e elementos constituintes de um cuidado versado na resolutividade.

(o objetivo da avaliação inicial é) ...ver a necessidade do paciente, se ele tem perfil para o acompanhamento no CAPS, e, se ele tiver esse perfil, o que seria interessante para ele, uma consulta com psiquiatra ou psicólogo, ver a necessidade daquela pessoa que...(Trabalhador 1)

... o que fica (usuário), geralmente, é aquele que tem um caso mais grave. Mas quem está com depressão que não é muito grave, mas a gente nota que se ele não tiver realmente um cuidado nesse momento ele pode ser agravado, a gente acaba ficando hoje. Quando o CAPS abriu, não. Entrava muito perfil que, realmente, não fazia parte do perfil do CAPS... (Trabalhador 2)

...as pessoas que vem e não fazem o perfil, a gente ou faz o encaminhamento para um posto de referência ou, se for preciso, a gente encaminha, também dependendo da gravidade dele, para algum grupo, como o de relaxamento, porque as grandes demandas que a gente verificou, aqui, são a ansiedade e a depressão leve. Daí, esse pessoal precisa de algum suporte, de um acompanhamento não médico. Às vezes, não é nem uma psicoterapia. Às vezes, é um grupo que ele esteja se trabalhando e veja a possibilidade de ver, em se trabalhando, como ele diminui essa ansiedade... (Trabalhador 2)

Ao que se concebe como acolhimento, no resvala da confusão de termos, o relato a seguir ilustra a sua pactuação com alguns dos moldes que nos fazem entender o primeiro conceito como algo que está inserido na produção de cuidados inerentes aos serviços oferecidos pelo CAPS.

... o acolhimento em grupo, na verdade, é feito, às vezes, com algumas dinâmicas, e, posteriormente, a gente vai passar as informações para quem não conhece o serviço e é encaminhado pela primeira vez. Depois, a gente vai fazer a escuta qualificada, se ele já foi usuário do serviço, a gente vai encaminhar para o local onde ele vai fazer a consulta ou, então, ao grupo do local onde ele deve ficar...(Trabalhador 1)

Assim, na dispersão do conceito e na aplicabilidade das práticas de cuidado em todo o decurso da atenção psicossocial no serviço, na sequência, pode-se perceber uma

atitude que se presume assumir o caráter processual, dialógico, contínuo do acolhimento como ferramenta estratégica para fins resolutivos.

Ampliando as linhas conceituais, acolher significa um processo dependente, além da estrutura física do acesso, dos recursos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas. O acolhimento suscita tanto uma ação mais urgente e imediata, quanto como uma diagnose situacional quanto de continuidade e de acompanhamento. Desdobra-se no encaminhamento e na inclusão do paciente no serviço, assim como na tomada de responsabilidade deste, que deve seguir e acompanhar o cuidado prestado. (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

... inicialmente, vai se detectando o que é que ele (usuário) está querendo. Por isso que a gente marca sempre uma consulta para a terapia ocupacional, porque ele também vai dizendo do que é que ele gosta, o que é que ele fazia, como é a vida diária dele, o que é que ele faz. No primeiro momento, ele nem consegue chegar ao serviço e entender o serviço como um todo. Então isso depende também de como o médico vai atuar. E também vai dando a possibilidade de ele escolher. De repente, ele escolhe ficar num grupo e aí ele vê que tem outro grupo em que ele se adéqua mais ou que ele acha mais interessante. Isso também é avaliado... (**Trabalhador 2**)

O trabalho multidisciplinar, as interfaces de olhares e saberes que se justificam e se respaldam em apoio mútuo para o engendrar das práticas que promovam ou avertam a emergência da autonomia, e que podem, assim, se circunscrever no *continuum* do acolhimento na práxis laboral do profissional torna-se perceptível nos relatos conseguintes.

... no dia em que eu cheguei pra fazer a primeira consulta, né, eu passei pela triagem, tudo, e da triagem, ela já me encaminhou para o psiquiatra, porque eu não tinha noção. Então, a moça me encaminhou para o psiquiatra e no dia em que foi a primeira consulta, foi justamente no dia em que uma tia minha me visitou. E foi muito interessante, porque eu achei aquilo um ato de coragem e eu enfrentei e eu acho que de tão louca eu disse isso para o médico e o médico riu, né... e quis saber... (**Usuário 4**)

... eu passei por uma psicóloga, que foi um ligeiro mal entendido, porque, na verdade eu fugia mesmo. É verdade. Aí, ela dizia que ia ter de passar pela triagem de novo. E eu dizia: Ah, se tem que passar pela triagem de novo, então eu não vou. E não fui mais, entendeu? Então, encerrou ali. Acabou. Aí, eu fiz biodança, fiz massagem... (**Usuário 4**)

O trabalho em saúde mental é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial, que visa compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, permitindo a geração de redes de inclusão, novos sentidos sociais e cidadania (MERHY, 2004).

A seguir, percebe-se que, em muitos casos, não há uma atuação concêntrica, tampouco está vinculada ao fazer médico. A base da atuação parece estar relacionada às

propostas da visão multidisciplinar e amparada na resolubilidade como meta das práticas de cuidado mais ampliado, e que tem o usuário como ponto central, por meio do qual os fazeres e saberes se constituem, e não o contrário, antecedendo-o.

O fluxo no serviço segue entrecruzando todos os espaços em que o cuidado se impõe, observa e cuida, ou ainda, percebe-se que esse fluxo é permeado por saberes que se dizem além de multivisões, que estejam interatuantes e compartilhem, não as mesmas, mas pactuadas inserções para e no cuidado transversal.

A interdisciplinaridade possibilita o cuidado multifacetado, de cujos efeitos há o entrelaçamento de várias disciplinas e práticas, tendo o usuário como principal denominador dessa equação. O pressuposto dessa ação abre o direcionamento à integralidade, considerando a subjetividade e as variáveis sociais (VASCONCELOS, 2009).

... não (o primeiro atendimento não é com o psiquiatra), porque a nossa equipe só tem um psiquiatra. Muitos vão para a psicologia, para a terapia, para o enfermeiro. Às vezes, o primeiro atendimento quem faz é um deles, porque o psiquiatra é quem passa o tempo mais prolongado... **(Trabalhador 1)**

... por exemplo, se ele fez avaliação e foi ao psiquiatra e ao conversar, este vê que ele tem interesse em participar de algum grupo. Ele encaminha para aquele grupo. Se ele acha que o paciente precisa, antes do grupo, ter uma avaliação de T.O., aí, ele encaminha para a avaliação da Terapia Ocupacional, entendeu? **(Trabalhador 2)**

Observa-se, neste outro depoimento, a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as demandas percebidas e encaminhadas para o CAPS. Assim, os modelos de atuação parecem estar interconectados e suas atuações recorrem ao fluxo do serviço flexível e capilar, em que o acolhimento esteja operando.

...a gente atende a pessoas encaminhadas e demandas de fora também. Só que agora está sendo mais por encaminhamento do PSF. Quando elas chegam, a gente faz a triagem passando pelo acolhimento, daí vai para a triagem com dois ou três técnicos, e após isso, faz-se o encaminhamento... **(Trabalhador 3)**

...dependendo do caso, os técnicos encaminham para os grupos, para o psiquiatra se for necessário e para os psicólogos. Geralmente, é feito dessa forma... **(Trabalhador 3)**

Os integrantes da equipe de saúde da família, ao estabelecerem vínculos com os usuários, conhecem de modo progressivo a história de seus pacientes e solicitam apoio para suportar as relações com as pessoas que tradicionalmente são atendidas pela saúde mental (LANCETTI, 2006).

E ainda, pode-se compartilhar com a idéia de co-responsabilização dos casos entre as equipes como uma possibilidade de se aumentar a resolutividade de problemas de saúde pela equipe local (DELFINI et al. 2009).

Pode-se pensar, a partir do relato seguinte, sobre a visão legitimada de que a gravidade ou a medicalização são componentes presentes e que se fazem necessários pelos próprios condicionantes e mediante a atenção farmacoterápica. Não se interroga a relevância desses; mas, consoante a fala, o teor grave parece estar coligado intrinsecamente ao saber-fazer médico, posto que é a medicação convencionada como a cerceadora do surto, a válvula que controla a crise.

Os serviços de urgência psiquiátrica, ainda hoje, herdaram a prática manicomial dos hospitais psiquiátricos, o que pode ser entendido como “manicômios menores”. Quem tutela e acompanha o louco é quem define a crise. Nesse limite conceitual, percebe-se a crise como urgência desde o momento que afeta a rotina familiar e que se configura como um acontecimento gerador ou propiciador de agravo em doença mental (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

...ele faz essa avaliação inicial, se for grave a ponto que realmente o médico tenha que intervir agora, com a medicação, a gente já aciona um médico. Se não tiver, no momento, a gente já deixa marcado o mais próximo possível, porque só tem um turno, porque mudou o horário do médico. A gente não consegue ter a avaliação inicial junto com um médico aqui mesmo no serviço. Mas se não tiver um médico na hora, a gente já marca para outro dia, com turno mais próximo... **(Trabalhador 2)**

...a maioria (dos usuários) passa pelo psiquiatra. Mas dependendo da demanda, eles encaminham ou para os psicólogos ou para os grupos. Caso, no atendimento do psicólogo, ele veja que há necessidade maior de um psiquiatra, ele já manda... **(Trabalhador 3)**

A seguir, quando se poderia olhar a estratégia descrita pelo profissional como falta de atendimento correto ou ausência de atendimento médico, após o referido acolhimento, com prontidão e prioridade, percebemos que esse fluxo e essa entrada no serviço, ou ainda, esse acolhimento, não obstante suas fundamentações antimaniconiais, poderiam estar perpetuando de modo sub-reptício a funcionalidade do modelo contra o qual se luta, o manicômio, e suas instaurações e teias invisíveis ainda urdidas sobre fazeres e olhares que não desconstroem a aparelhagem ideológica e a práxis contra a qual tanto se cria tal embate político, social e cultural.

Parece que, para o paciente sentir-se “em casa”, que se sinta “acolhido” em mais um novo reduto, em mais um espaço que o albergue e o ampare, a estratégia biomédica tem de ser empreendida e de pronto.

Enfatiza-se que os CAPS não devem ser compreendidos e trabalhados como uma extensão do modelo tutelar hospitalocêntrico. Nessa expressividade, fomenta-se como práticas e olhares que resistem na tessitura de tutelas e controles como espaço de tratamento, de vigilância, e não de cuidado.

... são esses os pacientes, que vem do hospital psiquiátrico, que a gente prioriza. Quando eles chegam, a gente faz um primeiro acolhimento, faz com que ele seja visto pelo médico, com mais agilidade, para que ele não corra o risco de novamente ser internado, por falta do atendimento correto do serviço do CAPS... (**Trabalhador 2**)

Pode-se evidenciar que, no fluxo das ações, as relações podem se estreitar de modo subjetivo pelo vínculo criado na participação das atividades tanto para equipe como para o usuário. Nos casos a serem exemplificados, isso se demonstra na ótica dos usuários como determinante para o seu sentir-se “bem”, que essa vinculação predispõe a não tutela e novas possibilidades de se construir e se condicionar subjetividades. A impressão que pode emergir, ainda, é de que o interesse, o gosto, o desejo de querer ser “curado” (“quero sair direito”) estão aproximadas à questão do vínculo como o estabelecimento de relações de apreço e da estrutura proposta pelo serviço.

Acolhida a pessoa sente-se segura. Decorrente disso, o vínculo pode ser estabelecido, inclusive, para o momento em que se deflagra a crise, na urgência. “O acolhimento e a visão ética de que devemos dar suporte à vida favorece a vinculação”. (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p. 183).

... participo de dois grupos que é o de pintura e um grupo terapêutico que tem na sexta-feira, com uma psicóloga e com a enfermeira, que eu gosto muito... (**Usuário 3**)

... eu não quero estar aqui, mas do jeito que eu cheguei, eu quero sair direito. Eu não quero sair daqui pra voltar. E isso, aqui, é tão interessante que todo dia eu tô voltando... (**Usuário 4**)

... eu me sinto muito solta. E isso termina que eu tomo um pouco de... eu tô me aproveitando um pouco disso tudo... (**Usuário 4**)

Assim como o vínculo passa a ser entendido como proximidade interpessoal, ao serviço, à proposta, pautando-se na motivação do usuário em dar sequência ao acompanhamento e sentir-se cuidado, pode-se ter um outro viés que seria o da noção de que essa proximidade ou essa afetividade podem adquirir o sentido de proteção.

No caso subsequente, a usuária teve uma identificação com a profissional com a genitora, o que, a certo modo, não é um fato contra o cuidado. O que não julgamos é a

atitude da profissional em “quebrar” o contrato terapêutico, mas a possibilidade de que essa percepção e significado de vínculo não sejam amplamente compreendidos, na medida em que, tensões e agenciamentos ocorrem de modo inefáveis e irrefutáveis no acontecer da prática do cuidado.

Talvez, poder-se-ia aventar que o profissional não estivesse preparado a esse tipo de “proximidade”, não por sua incapacidade de lidar com tal tipo de atitude, de modo técnico e “apropriado”. Mas, por não entender isso como vínculo, como um eixo espacial, mas, sobretudo, afetivo, que se constrói nas interações que se dissipam e se firmam no contrato e atenção produzidos pelas ações de cuidado.

... eu passei a ver minha mãe outra vez, só que era com outra pessoa que me atendia... Eu via a minha mãe nela, né? Aí, a gente começou a ter problemas nas ruas, né? Porque a raiva que eu sentia da minha mãe eu comecei a descontar nela. Aí, toda vez que a gente tinha consulta, a gente discutia, né? Aí, chegou um dia em que ela disse: não, [Fulana], eu acho que não vai dar certo, não. Eu vou ter que cortar o atendimento com você.... Aí, isso me deixou muito mal. Aí, daí então, eu comecei a sentir vontade de me matar... **(Usuário 3)**

... quem me segura é esse CAPS, aqui. Até hoje, psicóloga nenhuma conseguiu tirar da minha cabeça que a (profissional do serviço) não é a minha mãe. Eu tenho isso na minha cabeça. Que ela (profissional) é a minha mãe e eu não tenho coragem de me afastar dela... **(Usuário 3)**

O acolhimento está embasado na busca por maior conhecimento das necessidades que o usuário traz, de modo a satisfazê-las, o que constitui parte da ética-cuidado num momento de crise. Para tanto, urge a produção constante de vida como profissionais comprometidos com a ética. (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Aqui, em outro momento, percebe-se a questão do vínculo como processo que se identifica com o apego, com a identificação com as pessoas do serviço com as quais se interage. Ademais, o vínculo pode, ao se observar o depoimento sequencial, ser medida potencializadora de tratamento, assistência, cuidado. Dada a raridade de se perceber, assim, em outros espaços e serviços, o usuário estabelece à condição de “bondade” dos profissionais a justificativa de sua proximidade afetiva.

... o que me segura ao CAPS é isso. O médico já disse que eu tenho um transtorno afetivo, que é mais ou menos como se fosse uma depressão. Mas é assim: depois que eu me apeguei à primeira pessoa que passou a cuidar da minha filha, eu passei a me apegar a médico, a psicólogo, enfermeiro... tem outras pessoas que eu me apeguei, aqui, sabe? E que eu fico com medo de perder, sabe? **(Usuário 3)**

...porque aqui as pessoas são muito boas. É coisa rara de se encontrar... **(Usuário 4)**



Em outra medida, pode-se perceber que a usuária julga ter sido bem recebida, o que pode ser analisado como duas questões atuantes: o vínculo com o serviço e a boa recepção nele, remetendo ao processar do acolhimento. Tais estratégias justapostas redimensionariam a prática de cuidado, tendo em vista sua articulação no fluxo em que essa prática é efetuada.

... mas eu fui muito bem recebida, aqui... **(Usuário 2)**

Pode-se ainda reportar a questão do vínculo à multiplicidade de serviços ofertados, ou seja, o serviço seria caracterizado por seus variados fazeres e isso implicaria em vinculação, maior aceitação, um sujeito melhor atendido e cuidado. A partir disso:

... eu gosto de tudo. Quando eu vinha pra cá, nas atividades, tinha merenda de tarde, a gente conversava, tinha palestra... Aí, tinha a merenda às três horas da tarde... **(Usuário 1)**

... ah, eu danço, eu pinto, eu faço relaxamento... um monte de coisa eu faço, porque me ajuda a trabalhar a minha mente... **(Usuário 2)**

... aí, foi uma maravilha (depois que conheci o CAPS). Eu gosto de todos os profissionais do CAPS ...**(Usuário 2)**

... biodança. Eu gosto mais de fazer é a biodança, porque mexe com o corpo... a gente dança, pinta... é o que eu gosto mais de fazer... **(Usuário 2)**

O que se pode avaliar do discurso do usuário, em sequência, é a questão do vínculo do serviço como dispositivo articulador da autonomia, quando o próprio o usuário diz que o CAPS lhe proporcionou essa consciência, ainda que de modo insuficiente, para que pudesse traçar seu caminho sozinho. Nesse ponto, infere-se que a autotomia modulada ou ensejada no e pelo processo de cuidado está relacionada ao serviço, ao que ele oferece, ao que o profissional indica e proporciona. Mas, essa autonomia está ainda no CAPS, no serviço, a ele vinculado, remetido a seu conjunto de atividades e práticas.

... só quero que você me escute. Então, nesse ponto, o CAPS foi muito bom, porque me deu essa consciência. Mas essa consciência ainda não é o suficiente para me fazer caminhar com as minhas pernas... **(Usuário 4)**

A esse respeito, Figueiró; Dimenstein (2010) comentam que, se o CAPS objetiva promover a alta do paciente e, se este é preso ao serviço por possuir vínculos de amizade, tais vínculos se tornam agora “um inimigo a ser combatido”. Pensa-se, nesse

sentido, antes do pensar e fazer saúde, na produção de sofrimento e enfraquecimento daqueles sujeitos, o que pode dificultar qualquer prática ou medida de suporte mútuo.

No que se redonda a falar de vínculo, como aproximação, transferência, apego, destaca-se a fala conseguinte, como embasando um possível encontro com o outro numa visão especular de si mesmo. Pode-se sugerir que o CAPS possa se constituir como uma via de fuga ou de encontro para dirimir a dor de si, que se torna passível de contornos tratáveis, ou pontes para o cuidado, a partir do encontro consigo mesmo na dor do outro.

... eu venho pra cá (CAPS) e eu não gosto, eu me sinto à parte. Eu não gosto de ouvir essas pessoas contando que tá assim, que tá assado, eu não gosto. Eu já não quero falar mais também. Que coisa chata! Ai, que dói isso, que dói aquilo, ai que eu tô me sentindo assim, que eu tô me sentindo assado... isso é muito ruim, sabe. Acho que você não merece. Ninguém merece... (**Usuário 4**)

O fluxo na crise, a entrada ao serviço, a demanda geradora, pode ser avaliada na perspectiva que transcenda os muros da instituição. Não se avalia o caráter emergencial da crise no âmbito individual como condicionante tão-somente para uma possível internação, mas esta avaliação está anteparada sob a condição de risco social. Tal avaliação, como se observa, não é realizada pelo profissional médico, como historicamente a que esteve associada. Indica-se um processo de paradigma modificado, pela própria visão multidisciplinar, quiçá interdisciplinar, que percorre a aplicabilidade de práticas do serviço que se constrói como antimanicomial e que posturas e saberes não estejam outorgando ou apontando poderes legítimos, como o da medicina.

Conforme, ressaltam Jardim; Dimenstein (2007), o trabalho das urgências psiquiátricas enfatiza a dimensão biológica, no corpo pensado como objeto. Ainda que a doença mental possua seu espaço de “verdade” na ambiguidade do corpo objetificado e na força impalpável que a evoca, as drogas que a tratam e a alcançam são, de fato, visíveis. Além disso, a crise se configura como momento de imensa fragilidade subjetiva, através da qual as práticas laborais em saúde agem como produtoras de modos de subjetivação, que auxiliam perpetuando tal processo.

... aqui dentro, acontecem muito as crises. Geralmente, em casa. Eles entram em contato com a equipe de enfermagem que vai uma auxiliar e uma enfermeira. Lá, a enfermeira vê como está o paciente, saber se há necessidade e se dá para ser cuidado só assim mesmo, através do serviço. Se vir que há um certo risco de vida, se ele realmente não dá para ficar em casa, tanto pelo risco da família quanto pelo dele, ele é encaminhado para a internação... (**Trabalhador 3**)

... geralmente, quando há um caso destes, vai um médico que está no serviço (na casa dele)... (**Trabalhador 3**)

... fiquei sentada numa cadeira bem ali e ninguém teve coragem de me chamar... a minha irmã reclamou, porque lá dentro, na internação, tem uma cama e ninguém teve coragem de me deitar naquela cama ali, porque eu tava totalmente dopada, sabe? (...) E eu ficava lá até a minha família vim me buscar. **(Usuário 3)**

Naquilo que está concernido à condição de atendimento multivariado e que se pratique na consolidação da interface de olhares e saberes, destaca-se a vinculação do usuário ao serviço como uma estrutura mantenedora de um modelo medicalizador, farmacoterápico, cuja ação principal de cuidado estaria relacionado ao recebimento de receita e da consulta médica.

Questiona-se onde estaria a percepção do CAPS como um modelo de luta contra esse projeto. Questiona-se a existência do projeto terapêutico, a articulação com outras disciplinas. Sabe-se que a inserção nesse tipo de serviço é pautada no compartilhamento multi e interdisciplinar, no entanto, o que se denota pela fala, é uma possível constatação de que ou a percepção do sujeito é a ligada ao modelo tradicional, ou se o próprio serviço, em sua assistência prestada, não favoreceu o fluxo interativo dos saberes; ou ainda, que, em dado momento, dedicou um espaço de construção desse fluxo, que ao passar do tempo, o usuário se vê cercado sob uma específica forma de olhar sobre si, no caso o da medicina.

...(falo) só com o médico mesmo... **(Usuário 1)**

Isso posto, coaduna-se a assertiva de que a oportunidade de operar novos sentidos para ressignificar as crises, tanto na elaboração de projetos terapêuticos, quanto na formulação de atividades, devem trazer o usuário para ampliar suas redes de vinculação, o que pode aumentar as oportunidades e possibilidades de se produzir contratos e responsabilidades nas inter-relações (MERHY, 2004).

Nos depoimentos a seguir, ilustra-se como se dá o fluxo dos atendimentos no serviço a partir das opções terapêuticas na vivência do usuário. Percebe-se a incursão de um fluxo pautado na singularidade, como propõe o projeto terapêutico. Assomado a isso, percebe-se que a contingência de oportunidades oferecidas é compreendida pelo usuário como uma forma de bem aproveitar todos os espaços interativos e de discussão, que propiciem sua voz e sua vez, não apenas a conversão do serviço como prática única, de tratamento de uma doença mental, de um mal-estar psíquico, o que se respalda pelas propostas estabelecidas pelo CAPS.

O *modus operandi* das práticas de cuidado produzidas pelos CAPS se efetivam enquanto atividades como possibilidades de resolubilidade, embasadas no princípio da integralidade, haste necessária para a base da consolidação do SUS, da luta antimanicomial, do trabalho interdisciplinar, que se inflexiona como medida estratégica de superação de modelos reducionistas, tuteladores e captadores da loucura.

No estudo de Figueiró; Jardim (2010, p. 442), os CAPS analisados se mostraram “espaços de captura, de anulação da potência dos coletivos de usuários”. Refletindo sobre as forças que se incidem nos serviços substitutivos, os autores ponderam que se deve estar atento ao que esse modo de funcionar nos diz, não apenas no nível individual e o que ele nos provoca, mas atentar também para a capacidade da loucura em nos fazer pensar e reformular os “nossos dispositivos, engrenagens, instituições”, com o fito de tornar estas últimas mais potentes.

...(participava de outras atividades) Já, já... era de a gente ficar sentado, de reunião... A gente participava de quadrilha, quando tinha... (Usuário 1)

... eu me sinto muito solta. E isso termina que eu tomo um pouco de... eu tô me aproveitando um pouco disso tudo... (Usuário 4)

...fiz a triagem, fiquei com vontade de desistir, mas não desisti não. Aí, a pessoa falou comigo, lá em cima. Aí, me indicou a um psiquiatra, com a psicóloga... (Usuário 3)

Denota-se, assim, a inquirição sobre o processo de alta, de também desinstitucionalização, de desapego, de arremate para a autonomia dos sujeitos. Se existe um projeto ou plano terapêutico, pode-se manter um vínculo, mas que esse vínculo não deve ser concebido e vivenciado como uma outra tutela, como uma outra medida que institucionaliza o cuidado, que não funciona em parceria com as redes sociais que também são vínculos terapêuticos e facetas da operacionalização da prática de cuidado no CAPS.

Indaga-se sobre alta, sobre o fluxograma proposto por Mehry, que traduz na ponta equidistante da entrada a saída. Talvez não seja uma saída para não mais voltar, seja uma saída para a comunidade, para a família, para os amigos, para outras relações afetivas. Constitui a saída parte da resolubilidade prevista da efetividade, da prática de desinstitucionalização. Cabem em resalto as palavras de Lancetti (2003), Amarante (2007), que, em síntese, ressoam que um caso de saúde mental não finda nunca.

Nesse esteio, interroga-se se não se pode ocorrer a desvinculação daquele que é acolhido, ainda que o serviço o acompanhe, que lhe deixe as portas abertas para novos

fluxos, para novas entradas e possíveis saídas. Deve-se ter como pressuposto o interstício geopolítico em que o indivíduo cuidado está circunscrito, a intersubjetividade que lhe é devida e reinventada, que pode ser “disparada”, estimulada e juntamente construída dentro do serviço, mas que essa seja permissora de uma abertura, de novos agenciamentos, de novos rizomas para outros modos de subjetivação nos espaços em que esses usuários se constituem.

Não se trata de lembrá-los dos espaços, nem de conformá-los a uma tutela, é a própria produção de subjetividades que aqui emerge nesse jogo de imbricações, bem mais políticas do que socioculturais, bem mais comprometidas com éticas do que com redes referenciais e medidas terapêuticas.

...eu venho de dois em dois meses...(Usuário 1)

...Aí, depois da triagem, já te indicaram então ir pro psiquiatra... Aí, comecei a sentir umas coisas em casa. Aí, ela tentou fazer com que minha consulta fosse mais rápida, mas não conseguiu, mas tudo bem. Foi um mês depois... (Usuário 3)

... quando que ele passa pela avaliação inicial, sim (fazemos a escuta). A gente demanda o tempo que a pessoa precisa. Mas quando a gente recebe uma pessoa que vem em outro horário, às vezes, fica um pouco deficiente, porque a gente não tem um papo adequado ou uma sala para conversar e são tantas coisas que temos que fazer que, às vezes, não dá mesmo. A gente acaba correndo porque tem outra coisa para fazer... (Trabalhador 1)

... toda semana, quando eu precisava, porque tava muito angustiada, eu ligava pra cá para falar com elas. Aí, eu sempre vinha e me ajudavam. Eu tive a primeira consulta com o psiquiatra e eu não sabia o que dizer para ele, porque eu não sabia o que tava acontecendo. Aí, ele perguntava se eu sentia isso e eu dizia que sim. E ele disse: olha, vou fazer um tratamento com você, durante seis meses... (Usuário 3)

A alerta de Figueiró; Dimenstein (2010, p. 442), ao refletir sobre o fazer no CAPS, como “um espaço favorável ao encontro, à produção de potência nos/dos usuários”, parece sumamente estratégica e propiciadora de uma possível mudança ético-política não apenas no serviço, mas no que ele tangencia e agencia, no que produz e reforça quanto às possibilidades de potências e intersubjetividades.

#### **4.4 Autonomia, institucionalização ou tutela outorgada?**

O modelo de atenção à saúde mental que vem buscando transformações desde o final da década de setenta no Brasil, propondo a superação do modelo apoiado na compreensão da loucura a partir da perspectiva biologicista, ao considerar o contexto social e cultural. Este novo modelo teórico proposto, faz crítica ao modelo asilar e questiona os pressupostos da psiquiatria, propondo o cuidado em saúde mental a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como possibilidade de colocar as pessoas com transtorno mental em contato com a sociedade. Mas ao priorizar o atendimento médico e psicológico e a realização de atividades prioritariamente dentro do serviço, essa proposta de modelo pode ser questionada. Como produzir a autonomia das pessoas com transtorno mental através de leis, princípios e diretrizes de funcionamento dos serviços substitutivos, se a equipe não estiver afetada por esta proposta de transformação?

A conformação desta categoria busca a co-relação entre o cuidado em saúde mental a partir do CAPS e a produção de autonomia dos usuários. A utilização do conceito de autonomia configurou-se como um guia do olhar da pesquisadora no campo, revelando-se como conceito-ferramenta neste trabalho.

A construção da autonomia no cuidado em saúde mental está presente no processo de trabalho da equipe do CAPS e no modo de compartilhamento da proposta terapêutica do usuário. É exatamente neste último em que se opera a captura do indivíduo para direções tutelares ou autônomas em seu modo de vida.

Na concepção de autonomia, sua complexidade paira em sua característica relativa e relacional, inseparável da dependência e na superação de uma autonomia absoluta. Em relação ao processo saúde/doença, significa defender não a autodeterminação do paciente pura e simples, mas, ao contrário, o fortalecimento das relações entre usuários, familiares e equipes de saúde devido ao fato de que essas redes de autonomia/dependência são fundamentais para o cuidado e para a saúde (SOARES; CAMARGO JR, 2007).

Com a premissa de favorecer uma adaptação do processo de adoecimento ao jeito de ser e vice-versa embute-se a limitação circunscrita de atividades tidas como terapêuticas para absorver no cotidiano do usuário as suas pretensas intenções e possibilidades.

Sendo assim, a singularidade do usuário do CAPS perde seu espaço de configuração do Ser no meio social, pois sem este protagonismo único o usuário homogeneíza-se no plano coletivo em que todos estão nivelados a um pensar, agir e atuar comum em que as peculiaridades são desprezadas pela intervenção de saúde.

O trabalho em equipe requisita um diálogo sobre o modo de operar a prática do cuidado no cotidiano, ou seja, se faz necessário a comunicação ampla em troca de saberes e experiências bem como dificuldades e enfrentamentos. Talvez nesse processo dialógico seja onde resida a potência de incorporar o usuário e sua singularidade perante a análise conjunta e reflexiva daquilo que se apresenta como plano terapêutico.

Concomitantemente, o diálogo deve ser ampliado para a participação do usuário em plena responsabilização compartilhada de seu itinerário terapêutico. Desse modo, o projeto terapêutico se conformaria na participação efetiva do usuário, agora sujeito do seu próprio andar e não um mero receptor de informações repassadas sem quaisquer opções para um delinear terapêutico individual.

Na investigação parte-se de um lugar definido também pela subjetividade bem como pela construção teórica de formas de olhar e pensar. Ao conceber a autonomia como objeto, presume um limite tênue do cuidado em saúde operado no CAPS em relação a vida do usuário atendido.

A oferta de serviços é algo estimulado pelas políticas de saúde e requisita pela população atendida em suas demandas diárias, no entanto, a quantidade desta oferta não obrigatoriamente resulta em construção de autonomia para o usuário, pois algumas das atividades dispostas podem não suprir o que há de mais intenso e essencial: as necessidades de saúde do mesmo.

O fazer cotidiano da equipe do CAPS em suas dificuldades, limitações, desafios e possibilidades ressignificam continuamente o processo terapêutico seja do modo que for, ou seja, mesmo difundindo práticas medicalizantes ou atitudes intervencionistas, tais ações dão sentido e significado para agir em saúde.

Nesse sentido, o campo psicossocial apresenta seus pressupostos e diretrizes na reprodução social do usuário, valendo-se do papel social deste e suas relações com o território vivo em interlocução subjetiva e singular. Talvez este fosse o plano ideal das práticas dos serviços de saúde mental, e no caso, do CAPS.

Por outro lado, as concepções residem num limiar restrito ao pensamento e, por vezes, ao desejo. Na realidade cotidiana aquilo que se opera resulta na experiência vivida e esta tem a potência de instaurar a formulação de proposições sobre o que se faz e se pretende fazer. Mesmo que de modo não-dito ou inconscientemente trabalhado pela equipe, as práticas por si só vão conformando um agir em saúde determinado pela realidade em si.

A clínica psicossocial tende a se ressignificar todos os dias no funcionamento do CAPS. São os encontros entre a equipe em si, entre a mesma e os usuários ou entre os usuários em si que disparam ou não a conformidade da prática. As atividades terapêuticas são apenas dispositivos para tal conformação e, por isso, precisam estar continuamente sendo interrogadas quanto a sua função política, ética e clínica.

A gestão do CAPS remete a um processo íntegro em que seu funcionamento não fica estancado no plano do funcionamento ou da operacionalidade. Ainda mais está incorporado nesse processo pelo fato do mesmo estar implicado ou não com a resolutividade do cuidado em saúde mental da população atendida.

Nas reuniões semanais, nas rodas de conversas ou nos diálogos da equipe do CAPS é preciso almejar a consciência dos processos pela dialética do diálogo e pela crítica reflexiva reposta às práticas cuidadoras operadas no serviço de saúde. Mas percebe-se a incompletude desta necessidade quando, muitas vezes, nem a pauta de discussão advém da necessidade da própria equipe, muito menos, do usuário.

O conteúdo da discussão define o modo de olhar da equipe para seus problemas. A estrutura física, algo bem concreto, pode muito bem está diretamente ligada à uma forma diferente de abordar os usuários, bem como, a discussão de um caso clínico sem a presença do usuário poderá intimar o último a um plano de receptor das atividades propostas, sendo um mero passivo de sua própria intervenção terapêutica.

No limiar da tutela ou da autonomia, cabe a transversalidade da interrogação. A agitação reflexiva da auto-análise e da auto crítica perante os processo instaurados entre os indivíduos que compartilham a vivência cuidadora do CAPS, seja na assistência individual ou nas práticas coletivas.

Portanto, nesta análise ilustram-se as narrativas de pessoas, numa dimensão humana mas principalmente cidadã e emancipatória. A discussão pauta-se no direito à



saúde, na construção do projeto terapêutico de modo singular e integral mas, principalmente, participativamente.

Os trabalhadores de saúde em suas narrativas dão um sentido para seus diálogos diários e seus encontros semanais para conversar em equipe. É evidente a modificação expressa pelos mesmos em seus atos e pensamentos, a partir da colocação de problemas e enfrentamentos mais intensos mesmo que de forma demorada. Em complementaridade, percebe-se o significado do trabalho no CAPS como algo prazeroso possibilitando um gozo perante as atitudes tomadas no cotidiano.

... digo com frequência que, embora não goste pessoalmente de uma pessoa, mas eu tenho que, ao menos, profissionalmente estar trabalhando com ela. Isso não quer dizer que eu tenha que abraçar e beijar todos (...) Então, sempre temos que lidar com esta dimensão: se tem algo que lhe incomoda, que um profissional fez naquele momento e você não entendeu, que traga para a roda, que a gente vai discutir e amenizando. A gente consegue pactuar algumas coisas nesse sentido. Tem as suas dificuldades, porque somos humanos, porque tem alguém que tem a visão diferente. Então, aos poucos a gente vai conseguindo ir harmonizando essa história que percebemos nos outros e que não gostamos... **(Trabalhador 2)**

Para consolidação das ação cuidadora no SUS é preciso constituir novas estratégias no cuidado integral pela transformação das práticas profissionais na própria organização do processo de trabalho por meio da problematização e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na discussão em roda dos trabalhadores do CAPS está transversalizada a discussão sobre o projeto terapêutico dos usuários. No entanto, muitas vezes, o projeto terapêutico é discutido sob o ponto de vista da expressão de atividades realizadas e/ou atitudes comunicadas à equipe que acompanha o paciente.

... às vezes, quando chega algum caso para a gente discutir na reunião é que a gente traz e refaz todo esse processo do projeto dela. Mas a gente não consegue é pegar todos que estão no grupo bem alinhados. Há essa fragmentação (...) a equipe tem sempre o desafio de, primeiro, entender que a gente tá aqui, como um processo de articular as histórias de vida e de sofrimento dos usuários... **(Trabalhador 2)**

A produção cidadã e autônoma do usuário poderá se dá no processo reabilitativo, mas, sobretudo, quando as pessoas se reconhecerem como sujeitos históricos que podem intervir para mudar a realidade. Urge modificar o processo de reconhecimento ou construção da cidadania francamente tutelada à cidadania emancipada na sobreposição de desafios éticos que deverão ser respondidos pela construção de uma sociedade mais

tolerante, em que a possibilidade venha substituir a centralização na razão (HIRDES, 2009).

As dificuldades do CAPS estão também dimensionadas em áreas como a infraestrutura da unidade de saúde, por exemplo. Muito embora, o momento de diálogo e troca de experiência esteja como dispositivo gestor para outras discussões, fica evidente a adequação de algumas possibilidades terapêuticas em consonância com a condição estrutural da unidade CAPS. Tal fato está condizente com o cenário vivenciado, no entanto, a possibilidade terapêutica a ser pactuada no projeto terapêutico deve estar voltada para às necessidades do usuário em vez do serviço.

Perante tais enfrentamentos, urge o trabalho em rede para dar conta de tantas complexidades de problemas enfrentados no dia-a-dia. Em primeiro plano, a articulação se dá nas unidades da própria rede SUS, especificamente, da área de saúde mental para depois interpor tentativas de integração com os demais serviços e setores sociais.

... como a equipe é pequena, bem como o espaço físico para receber tantos pacientes, a gente poderia ter outras atividades, com mais profissionais. Poderia dar uma assistência melhor para essas pessoas... **(Trabalhador 1)**

... aí vai potencializar as dimensões das equipes dos dois CAPs, tanto AD como o geral, para a gente tentar trabalhar com a rede de saúde mental e pensar no território como um todo. Tem muita esta dificuldade em saber qual dos dois é quem faz o atendimento e a gente está desconstruindo isso. Acredito que a gente consiga fazer uma equipe única para que, na hora em que a gente precisar de um determinado trabalho em conjunto a gente consegue acertar e tirar essa história de que cada um no seu canto, fazendo o seu trabalho. Estamos buscando essa visão de trabalhar a saúde mental como um todo... **(Trabalhador 2)**

O trabalho em rede proporciona uma integração do pensar em saúde, pois consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto clínico coletivo. Seria um sistema representado nuclearmente por uma rede de cuidados com múltiplas dimensões entre os diferentes subsistemas relacionando a clínica e a gestão às representações e valores coletivos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Nos encontros ocorridos no serviço durante a pesquisa, quando disparadas questões que visavam discutir a construção do projeto terapêutico dos usuários, evidenciou-se a fragmentação deste processo. Neste momento, percebe-se que o objeto em pauta é delineado através de uma questão da própria organização do trabalho.

No cotidiano do serviço o fluxo do usuário é definido pelo último profissional que realizou o atendimento, verifica-se também a ausência de momentos de discussão do projeto terapêutico dos usuários. No momento das “rodas de gestão” os assuntos burocráticos se sobrepõem à discussão dos projetos terapêuticos (**Observação**).

Geralmente, a construção do projeto terapêutico é feita a partir do profissional. Quando o profissional sente a necessidade de que é preciso levar, também, à equipe, é levado na roda da gestão. Por exemplo, tem uma ou outra usuária que está, mesmo com o projeto terapêutico dela cumprido, mas está vindo mais vezes do que está comumente pedido (**Trabalhador 2**).

Na teoria, tem [projeto terapêutico] (...) não sei se é porque a gente tem tanta dificuldade, aqui, que se fala num assunto e, depois, deixa pra lá e já vai para outro. Mas, na teoria, tem a discussão. Só que na prática, em alguns pacientes é que se faz algum tipo de planejamento (**Trabalhador 3**).

(...) geralmente, ele [o último Trabalhador que atendeu] identifica qual é a demanda e pede um retorno para marcar. Mas sempre identificado por esse profissional que fez o estudo no atendimento (**Trabalhador 1**).

Por isso, enfatiza-se a problemática que envolve a fragmentação do cuidado e a desresponsabilização pelo usuário pois estas são constituídas pela condição estática e departamentalizada do processo condutor da terapêutica, nesse caso do CAPS. Tais atitudes constituem um empecilho ao desenvolvimento da conduta autônoma (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Desta forma, nota-se que as necessidades dos usuários são percebidas através do olhar individual, de cada trabalhador do serviço. Esse contexto reproduz a fragmentação do cuidado e poderá criar barreira na interlocução da equipe, entendendo que o agir individual pode ser capturado por idéias preconcebidas, permanecendo o risco de reprodução dos dispositivos manicomiais.

Os trabalhadores relatam a adesão dos usuários ao projeto terapêutico, considerando possíveis limitações da doença e apontando para problemas familiares e financeiros como dificuldade de acesso aos serviços.

São muitos fatores que influenciam na adesão (...) Às vezes é porque os familiares não acompanham. Não vem e ele [usuário] acaba desistindo. Outra, é que eles dizem que não tem como pagarem as passagens (...) Mas o CAPs fornece o vale transporte, como forma de garantir a superação dessa dificuldade (**Trabalhador 2**).

As aulas de violão e teclado são diferenciadas para ver se eles vão se agregando. Sei que eles sentem essa dificuldade da própria aprendizagem. Tem n fatores que vão influenciando. Às vezes, é a medicação que faz com que eles não se sintam bem ou deixam de e vem a crise. Então, depende de cada caso (**Trabalhador 1**).

Na perspectiva dos usuários a proposta terapêutica do CAPS é concebida de diferentes formas: ora interrogando-se perante a participação ativa em sua proposta de cuidado, ora discutindo o seu acesso ao serviço como necessidade de suas demandas pessoais, como se pode perceber nas narrativas desses sujeitos:

O tratamento no CAPs é bom, porque mexe com a nossa mente, trabalha a nossa mente e, também, eu gosto daqui, porque eu aprendo as coisas. Quando eu cheguei, aqui, no CAPS, eu chorava muito, entendeu? Agora, não. Tô melhor, tomo meus remédios direito, os atendimento, aqui, é bom **(Usuário 2)**.

(...) é até errado por parte da pessoa que me atendeu aqui, de ela ter dito assim: olha, vou lhe atender toda a semana, como o médico pediu. Mas se você começar com aquela estória de tentar o suicídio, eu vou botar a sua consulta uma muito longe da outra. Eu acho isso muito errado, porque eu preciso muito. Eu sei que eu preciso muito daqui **(Usuário 3)**.

No que concerne a autonomia no processo terapêutico, a dificuldade na construção da clínica ampliada, nesse caso no CAPS, advém do fato de que maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde e doença restrito, comumente filiado à racionalidade biomédica. O enfoque subjetivo sugere modos de integração de várias perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos no problema de saúde individual ou coletivo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O cuidado em saúde mental, que promove autonomia no cotidiano das pessoas com transtorno mental, tem como pressupostos a construção de novas conexões no território e na vida social destas pessoas, através da ampliação do seu poder contratual, tornando possível a inserção nas relações sócio-afetivas. Essas relações estão vinculadas a diferentes possibilidades, onde os sujeitos podem apropriar-se, a seu modo, da realidade. A concepção de autonomia pelos trabalhadores do CAPS converge na identificação das relações disparadas a partir do CAPS:

Acho que o CAPS promove autonomia, muitas pessoas que já chegaram aqui e suas vidas foram melhorando e dando certo (...) elas vão melhorando, por exemplo, a sintomatologia, uma crise, um delírio, uma alucinação, aí ela consegue melhorar as relações dele dentro de casa. Então, vai melhorar a autonomia, vai fazer com que ela se sinta mais segura, que possa fazer outras coisas **(Trabalhador 1)**.

... eu não sou do grupo de autoestima, mas eu participo muito dele, e percebo que eles (usuários) vem muito depressivos, com a autoestima baixa. E, logo depois, você percebe que a pessoa ficou diferente (...) tem um senhor que faz esse grupo eu percebi que ele chega aqui falando. Antes, ele chegava de cabeça baixa e a gente falava com ele e ele não respondia. Era só de cabeça baixa (...) mas eu percebi que nesse período que ele está, se tomar a medicação correta, também, está mudando **(Trabalhador 3)**.

Pelo visto, o trabalho em saúde mental à luz das transformações teórico-jurídico-políticas e pelo próprio o fazer profissional adquire uma forma, na qual ainda predominam as relações de poder disciplinar utilizando, assim, seus dispositivos normalizadores de controle e vigilância. Estes dispositivos empregados no cuidado ao

sofredor psíquico, cerceiam sua liberdade e, objetivando-o, inviabilizam sua emancipação resultando em mais um obstáculo na sua ressocialização (PRANDONI; PADILHA, 2006).

Embora os trabalhadores apontem a autonomia dos usuários nos seus discursos, a construção desta possibilidade não está contemplada no projeto terapêutico. A efetiva participação dos usuários do CAPS na formulação terapêutica ocorre de modo superficial e numa lógica de comunicação diretiva em que o mesmo absorve o que está ofertado como opção quase única de enfrentamento.

O CAPS e sua equipe não é suficiente para dar conta de todas as demandas do usuário, no entanto, pode ser um articulador de múltiplas redes sociais. Para tanto, o serviço precisaria articular parcerias, formular canais dialógicos e possibilitar logísticas corresponsabilizadas para o fluxo integral do usuário. Tais indicações invadem um espaço externo ao CAPS, mas que podem contribuir bem mais que algumas atividades endógenas de acompanhamento terapêutico.

É fato a ausência do usuário como sujeito no projeto terapêutico em várias situações, seja na admissão, na crise, no acompanhamento clínico ou na alta. No olhar da investigação, não se revela mecanismos ou estratégias para favorecer a colocação do usuário perante seu tratamento. A inserção do usuário nas atividades do CAPS evidencia um modo de fazer semelhante aos atos prescritores até pouco mais alinhados com a medicalização.

A construção do projeto terapêutico do CAPS ocorre por atos isolados remetidos por um agir fragmentado em que a demanda emergente reforça ou indica o direcionamento do usuário para determinado profissional, procedimento ou unidade da rede SUS. Em resultado desta seqüência de encaminhamentos ou repasses internos é que se conforma a posteriori o denominado projeto terapêutico, logicamente, com uma ausência significativa da demanda singular e da atenção integral.

Converge nas narrativas a fragmentada construção do projeto terapêutico do CAPS e põe uma reflexão sobre a própria concepção do mesmo como resultado de uma série de intervenções procedimentais realizadas por cada membro ou setor do serviço. Tais iniciativas têm sua significativa importância, no entanto, a elucidação de medidas terapêuticas do ponto de vista da autonomia exige a participação ativa do usuário pelo

fato primordial de indicar uma adequação ao seu modo singular de viver. De modo inverso a tal adequação subjetiva e singular do usuário, conformam-se as narrativas:

...depois desse atendimento (avaliação inicial), se vê o projeto terapêutico dele, porque nesse momento, ele vai ficar só com o psiquiatra. Cabe a medicação para, depois, ver o resultado de como ele vai se comportando e, depois, vai vendo qual é o perfil que ele faz desde o próprio serviço e dos grupos que ele pode estar fazendo o perfil. Aí a gente anota, geralmente, a avaliação da terapia ocupacional também com a psicologia, para, depois, ir se ramificando nos grupos que tem... **(Trabalhador 2)**

...esse profissional vai fazer a anamnese. A gente não faz a anamnese na avaliação inicial, porque demora muito tempo e, como tem muita gente, a equipe combinou que o primeiro profissional que vai atender aquela pessoa, depois da avaliação inicial, é quem vai fazer a anamnese. A partir daí, vai ser construído o projeto dele... **(Trabalhador 1)**

...é o último profissional que atendeu (que encaminha para o próximo)... **(Trabalhador 3)**

A fragmentação do cuidado ainda ocorre no CAPS, embora coexistem diversas redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo as linhas de produção do cuidado. No entanto, torna-se perceptível que na relação entre as unidades de saúde, e nesse caso, também dos setores do próprio serviço, tensiona-se continuamente uma desarticulação da logística de repasse e encaminhamento dentro do CAPS ou na rede SUS (FRANCO, 2006).

Na lógica do repasse de procedimentos, atividades e encaminhamentos, o usuário torna-se um receptor de informações sobre o seu fluxo na perspectiva de entender operacionalmente o próprio fluxo dele no CAPS. A direção deste repasse segue o caminho do espaço interno do serviço, o que diminui significativamente o espectro resolutivo dos problemas no campo da saúde mental.

... às vezes, as pessoas da equipe não entendem o fluxo dela. Então, a gente vai e expõe: olha, fulana está vindo aqui em tais dias. Se ela está vindo em outros dias, a gente tem que ir pontuando com ela para ver se ela também vai vendo que a etapa do CAPS não é a única que ela tem como resposta ou como alternativa. Então, isso acaba trazendo muito o usuário para dentro do CAPS e institucionalizando... **(Trabalhador 2)**

... quando a pessoa chega aqui, você percebe, depois, que ela não gosta de ficar em grupo; mas somente no atendimento individual, porque a necessidade maior é para o atendimento individual. Então, ela vai ter aquele atendimento individual e retorna para o grupo ou então vai ficar somente no atendimento individual mesmo, só com o terapeuta ocupacional... **(Trabalhador 3)**

No campo psicossocial, as complexidades são definidas pelas singularidades de cada usuário e, em níveis de estruturação da atenção à saúde, apresenta uma maior dimensão na base do sistema social, ou seja, nos espaços comunitários e,

principalmente, no domicílio. Portanto, a potência do CAPS está pela sua inserção no território seja diretamente ou pela articulação em rede assistencial e/ou intersetorial (AMARANTE, 2007)

O planejamento do projeto terapêutico deve ser um momento contínuo para formulação e implementação de metas, objetivos e atividades a serem pactuadas com o usuário na resolução de suas demandas e problemas. No entanto, o planejamento do plano de cuidado no CAPS fica também subjulgado ao repasse para setores do serviço e/ou à adequação do que se têm no interior do CAPS para ofertar ao usuário, como se evidencia nas narrativas:

... por exemplo, o caso da (Fulana), a paciente com quem eu estava conversando, ela e outra já tiveram essa necessidade. (...) Alguns deles, como aquela paciente, se encaixam mais com os grupos ligados à arte, de pintar, que é uma coisa muito pessoal, porque ela gosta. Ela não gosta de ficar em grupo de autoestima. Ela não gosta. Então, a gente chega num momento em que a equipe enfrenta essa dificuldade de construir o caso do paciente, para ver o que se pode fazer... Geralmente, é feito assim. Agora, é muito difícil fazer o planejamento em equipe, durante uma reunião, porque tem tantas outras coisas que acaba que deixando passar. (**Trabalhador 3**)

O diálogo proporcionado nas rodas de conversa favorece a troca de experiências e a multiplicidade de saberes. No projeto terapêutico formulado para o enfrentamento compartilhado dos problemas de saúde, a interdisciplinaridade apresenta-se como alternativa para se alcançar o desenvolvimento de ações que dimensionem a complexidade do mundo atual e seus desafios (VILELA; MENDES, 2003)

Concomitantemente, a construção do projeto terapêutico também precisa ser analisado sob a ótica da resolutividade. A autonomia do usuário perante seu modo de cuidado também incide sobre a resolutividade das ações propostas pela equipe do CAPS. No campo psicossocial, a transversalidade de práticas inovadoras no cotidiano do CAPS são presentes ativamente durante o funcionamento do mesmo. Na narrativa, converge a expressão de se oportunizar a participação nestas ações como mecanismo terapêutico, no entanto, por vezes o usuário indaga-se sobre sua sintomatologia que requisita práticas mais conhecidas de seu viver, ou seja, o medicamento.

...eu gostava. Só que a que eu mais gostava era uma atividade de pintura. Não me lembro se era uma terça-feira, mas não era aqui no CAPS, não. Era na casa do [líder comunitário]. Só que eu tinha dificuldades lá, sabe? Tinha época que eu tava nervosa, não conseguia fazer nada. Tinha uma pessoa, aqui do CAPS, que me acompanhava, lá. Aí, eu disse: eu não tô aguentando mais. Por favor, peça ao médico para passar o medicamento para mim, que eu não tô aguentando. Aí, ela disse: - mulher, mas o médico não quer mais passar, não sei o quê... - Não, mas ele tem que passar. (...) (o psiquiatra) passou Diazepan e Fluoxetina pra tomar. Só que eu levei a medicação pra casa e eu não dormia. Passava a noite acordada andando

pela casa... aí, eu fico assim, como se eles quisessem desistir de mim, sabe?.  
(Usuário 3)

Em relação a medicalização cultural da vida, o controle biomédico sobre o corpo, sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, se impõe a pacientes e a médicos, mas, por outro lado são muitas as formas de resistência e sobrevivência e o caminho perpassa pela preservação da autonomia ameaçada pelos outros e por si mesmo, numa subjetividade reinante (MARTINS, 2004).

Converge ainda o sentimento de que o processo de adoecimento psíquico transpõe a racionalidade orgânico-fisiológica, muitas vezes, requisitada pelo CAPS e serviços da rede de saúde do SUS. O entendimento de que o transtorno psíquico é resultado de determinantes psicossociais advém da própria experiência deste usuário para com seu cuidado.

... ele (médico do posto) passou um monte de exames de sangue para fazer. A (Trabalhador do CAPS) falou que, pelo que ele tinha contado, isso pode ser psicológico. Só quem vai poder lhe ajudar é a psicóloga e você mesma. Conte para sua psicóloga isso aí... aí, eu tive uma consulta com ela, contei tudo pra ela e, aí, ela: não, eu só vou acreditar depois que você fizer um exame de sangue e constar que você não tem nada. Aí, eu fico, assim, sem saber o que fazer, sabe? Faz muitos dias que eu fico sem comer. A única coisa que entra no meu estômago é um bolo com coca-cola... (Usuário 3)

Por outro lado, ainda reveste-se um entendimento da assistência especializada para os problemas de saúde mental, no caso relatado, a maca e o posto de enfermagem (observação clínica) indicam um cuidado mais intenso por parte do usuário e a não permanência naquele espaço remete-o para um sentimento de não-cuidado pela equipe do CAPS.

... eu acho aqui bom. Eles nunca me negaram assistência para mim, não. Eu acho que sou até uma das pessoas mais privilegiadas daqui, sabe? Porque quase ninguém tem psicóloga toda semana. Quando eu preciso de um médico, tá ali, sabe... ... só o que eu não gostei mesmo foi naquele dia que eu te contei, que passei mal e fiquei na cadeira, ali, e eles não tiveram coragem de passar pra cama. Isso é o que me chateia. Eu tinha vontade era de me deitar naquela grande, ali, porque eu não tinha forças, sabe. Aí, eu cheguei para uma das meninas da enfermagem e disse que estava com tanto sono e, aí, uma delas disse que estava com tanta fome e, aí, saiu. A minha irmã veio reclamar sobre isso aí e eles devem ter falado com ela, porque... (Usuário 3)

O estigma e o preconceito historicamente relacionado ao usuário com problemas mentais parecem ainda estar presentes no cotidiano de vida destas pessoas. Na narrativa expressa a seguir, o mesmo refaz a motivação de seu atendimento como se quisesse repor um motivo diferente daquele de instabilidade psíquica para algo mais opcional.



Ainda no relato, evidencia a requisição da singularidade no processo de cuidar, pois na escolha pessoal do usuário, algumas atividades não são tidas como espaços para participação prazerosa, pelo contrário, tais espaços são refutados de seu gosto e preferência.

... e, foi muito interessante, porque de lá pra cá (início do tratamento no CAPS), já fazem quatro anos. Eu juro que só faz um ano e meio que eu vim tomar consciência que eu estou aqui, porque realmente, infelizmente, eu sou. Não porque eu ache... quer dizer, eu tô porque eu realmente necessito... ... no momento, eu tô tentando ludibriar o médico, sabe. É triste... ... só passo pela médico. Eu não me adaptei a nada. A nenhum tipo de terapia. É isso que eu tô te falando no sentido, assim, de eu me sentir meio metida, porque eu não consigo enxergar algo ali. Por exemplo: aquele tipo de terapia, eu não consigo, eu não me adaptei, eu não consigo interagir...  
**(Usuário 4)**

A múltipla ação para com o cuidado em saúde articulado em rede indica uma lógica de funcionamento com responsabilidade compartilhada e não atravessada por ações paralelas e/ou sobrepostas. A rede de cuidados não é algo abstrato. Ela só será operatória se puder articular, a partir de cada nova situação, os serviços e as ações dos diversos campos de intervenção (POLETTI, 2008).

A medicalização dos problemas de saúde é uma prática comum no CAPS. Os usuários convivem com essa lógica de atendimento em todo a sua permanência no serviço. A dinâmica da instabilidade psíquica ainda promove diferentes níveis de atenção e compreensão em torno do cuidado empreendido a si próprio, e por isso, algumas vezes a prática medicamentosa fica interrogada enquanto alternativa terapêutica.

... ele (médico) tava funcionando como um... só pra assinar as receitas. Só pra constar que eu vim e que eu tô recebendo a medicação..... mas o outro médico, não (pergunta sobre a medicação). Então, eu simplesmente, parei (de tomar). Eu saio, digo que passo e não passo na farmácia. As medicações que eu tinha, eu dei um jeito. Vim e devolvi, sem que ninguém notasse que a receita era minha. Fiz doação, porque são medicações tão caras e tem gente que eu vejo que tá precisando de uma medicação e eu esnobando, porque termina que eu estou esnobando... ... ah, eu sempre falo: doutor, não dá pra gente ficar só com um, porque tem que ser os dois, não é? ... mas, nesse ponto, eu sou honesta com ele. Não, esse outro, aqui, eu... eu já cheguei uma vez, com umas três caixas: olha doutor, está aqui. Eu não consigo tomar. E ele disse: você precisa, por causa disso ou por causa daquilo... **(Usuário 4)**

... já tem essa cultura de que a medicação, às vezes, é a única coisa que vai fazer com que ele melhore. Mas a gente procura estar batendo nisso, que a medicação por si não resolve, porque tem outras coisas, mas que tem essa preocupação...  
**(Trabalhador 1)**

Torna-se enfático o processo de medicamentação na conjuntura da cultura e sociedade. Nesse sentido, na perspectiva micropolítica, a própria Medicina 'oficial' pode vir a se abrir, a se desencastelar, tendo como guia não as pressões do mercado, mas o objeto mesmo da Medicina: a saúde das pessoas singulares inseridas no mundo - e não a correção de falhas em organismos mecânicos dissociados do mundo. Poderia assim, entender a importância da participação de cada pessoa enferma no processo de reabilitação e reconquista de sua própria saúde (MARTINS, 2004).

O lugar do usuário no CAPS é expresso pelo mesmo como uma indefinição até existencial. Ao se deparar com o processo de funcionamento do serviço, com a equipe e com os outros usuários, depara-se com indagações sobre seu existir, sua condição de saúde e sua determinação territorial enquanto ser, pelo que narra:

... eu olho pra ele e vejo que ele (outro paciente do CAPS), realmente, tem alguma coisa de diferente mesmo.... agora, eu não me sinto daqui. É algo assim que deve ser até preconceito e eu acredito até que seja, porque tem muito esse negócio. ... e fica parecendo que você é até esnobe. Eu me sinto muito mal por conta disso, sabe. Eu olho, e digo: mas eu não sou daqui..... (**Usuário 4**)

Em tempo, é fato sócio-histórico que a loucura vem sendo medicamentada e patologizada durante muito tempo, principalmente, no asilo e nas práticas manicomiais. Desse modo, a doença mental está concebida sob um ponto de vista naturalista sendo a noção que dá o suporte fundamental da prática, do poder e do saber psiquiátricos (TORRE; AMARANTE, 2001).

Nesse sentido, a prática cotidiana do CAPS promove a interposição de um agir também diferenciado, multidisciplinar e com um enfoque psicossocial que embora não seja pleno, já modifica a racionalidade hegemônica da cura da doença. Se o agir cuidador do CAPS potencializar a dimensão psicossocial do usuário, tal ato, favorecerá a inversão do modelo de atenção ao longo da história.

... (o CAPS) vai melhorar a questão do vínculo com a família, com a comunidade. Fazer com que ele seja dono da sua própria vida e tratar mesmo a crise. A gente recebe muitos pacientes em crise, né, estabilizar aquele problema e fazer com que ele mesmo possa andar sozinho. Fortalecer o vínculo dele com a família e com a comunidade... (**Trabalhador 1**)

O projeto terapêutico com foco no sujeito direciona uma conduta voltada para a habilitação deste indivíduo, no sentido de interagir com o mundo ao seu redor. Os valores e princípios pessoais condensados na vivência social dinamizam o comportamento humano, a percepção sobre si mesmo e a inter-relação sócio-familiar. O

modelo assistencial reformista está baseado na superação do isolamento e na vida plena em sociedade e preconiza a concepção de transtorno, disfunção e/ou sofrimento psíquico como um estado ou período de evidenciação de sinais e sintomas específicos da mente, passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua (AMARANTE, 2000).

Para tanto, o nível comum do cuidado no território em relação ao CAPS é a família. Ao se propor a atenção psicossocial, tende-se a priorizar o território vivo e existencial do usuário como pressuposto essencial para constituição de planos de cuidados integrais, e assim, a família com sua proximidade subjetiva ampliada torna-se parceira no compartilhamento da proposta com o usuário e a própria equipe.

... eu acho que o fato de a gente procurar sempre inserir em atividades é uma vantagem daqui (CAPS), até com relação a outros locais, por essa parceria que a gente tem com os grupos de saúde mental e que a gente pode sempre utilizar das diversas opções que eles tem: de grupo, de cursos, de oficinas. Então, acho que essa parte é uma coisa que a gente consegue fazer muito bem... ... a questão da visita, independente que o paciente esteja em casa acamado ou não, a gente sempre procura manter esse contato com a família para ver como é que tá a evolução da pessoa em casa. Acho que é isso... **(Trabalhador 1)**

No entender do outro em suas singularidades, é preciso conceber a dinâmica da instabilidade psíquica como inerente ao processo de adoecimento mas também como fato da vida comum de qualquer pessoa na sociedade. O entendimento do corpo e da mente é ampliado com o próprio sujeito em se conhecer e entender seu jeito de ser e estar. Em momentos de desequilíbrio ou instabilidade perante algum empecilho, seja remédio ou situação, a expressão do sentimento e o apoio acolhedor do outro ou do CAPS é necessário.

... então eu falei para Fulana: Fulana, o meu medicamento acabou. Aí, ela foi lá e falou com ele, que disse: mas não, não era para ter acabado, não, porque era para até tal dia. Aí, eu expliquei para ela. Mas não, não era para ter tomado todo o vidro. Era para tomar do jeito que ele mandou. Aí, ele (psiquiatra) não passou mais a medicação... Procurei até falar com (um trabalhador do serviço)... Só que a pessoa disse que tava um pouquinho apressada, porque quem ficou de vir de tarde não vinha. Porque eu tô achando que eu tô tomando uns medicamentos e eu já falei para ela. Porque aqueles medicamentos não tão servindo pra mim, porque eu sou uma pessoa muito resistente a medicamento.... **(Usuário 3)**

No devir insano inerente da loucura humana que se confunde com a própria vida no mundo, deverão ser realizados movimentos que contemplem a complexidade e as demandas singulares. Urge o estabelecimento de práticas dinâmicas num constante processo de reconstrução/superação, no qual são produzidas possibilidades sempre

novas e plurais. A estagnação resulta em institucionalismo, cronicidade. O caminho se dá no modo de proporcionar as pessoas tornarem-se empreendedoras e sujeitos da própria história (HIRDES, 2009).

Por fim, a loucura em seu dinamismo cultural e ideológico concebe-se no ser e na sua existência. Há um espaço múltiplo em que o ser humano entende sua diversidade e sua singularidade para com diversas roupagens sociais já instituídas como normais. Cabe, então, reconhecer a sua infinita caracterização pessoal passível de modificações continuamente e adequada ao convívio social comum.

No entanto, em sociedades mais restritas em que ser diferente ainda remete para atitudes de repressão ou até mesmo exclusão, algumas dificuldades pessoais no íntimo do ser precisam estar ocultadas para não configurar um ato disforme do restante padrão social. Nessa exclusão, refuta-se a condição de cada indivíduo em ser o que sente e significa bem como, algumas vezes, deixar de exercer seu direito de cidadão.

A constituição de uma rede comprometida com o cuidado em saúde mental deve estar voltada para resolução do usuário em todas estas diferenças e singularidades. As possibilidades oportunizadas no espaço social, seja da saúde ou de outras áreas ampliam a capacidade do usuário em plenificar sua autonomia.

O compromisso ativo para como múltiplos dispositivos assistenciais ou não, garante uma emancipação na vida em sociedade, onde o jeito de ser não se oblitera perante a moda opressora de cercear a subjetividade e a singularidade humana. A concepção de autonomia pelos trabalhadores do CAPS converge na identificação das relações disparadas a partir do CAPS:

Acho que o CAPS promove autonomia, muitas pessoas que já chegaram aqui e suas vidas foram melhorando e dando certo (...) elas vão melhorando, por exemplo, a sintomatologia, uma crise, um delírio, uma alucinação, aí ela consegue melhorar as relações dele dentro de casa. Então, vai melhorar a autonomia, vai fazer com que ela se sinta mais segura, que possa fazer outras coisas (**Trabalhador 1**).

... eu não sou do grupo de autoestima, mas eu participo muito dele, e percebo que eles (usuários) vem muito depressivos, com a autoestima baixa. E, logo depois, você percebe que a pessoa ficou diferente (...) tem um senhor que faz esse grupo eu percebi que ele chega aqui falando. Antes, ele chegava de cabeça baixa e a gente falava com ele e ele não respondia. Era só de cabeça baixa (...) mas eu percebi que nesse período que ele está, se tomar a medicação correta, também, está mudando (**Trabalhador 3**).

Embora os trabalhadores apontem a autonomia dos usuários nos seus discursos, a construção desta possibilidade não está contemplada no projeto terapêutico

(...) de forma geral a autonomia é pensada no Projeto Terapêutico, em tudo que você vai marcar para aquele usuário. Se vou marcar um atendimento psicológico, porque tem muitas questões que merecem psicoterapia. Então, ao resolver uma coisa, tudo vai levar a uma autonomia, para que ele tenha uma autonomia maior para a sua vida. Da mesma forma num grupo. Se vou colocar ele lá, um dos objetivos também é esse. Fazer com que haja um grupo que tenha uma necessidade para ser suprida e, conseqüente, vai melhorar a autoestima daquela pessoa. De modo geral, em todas as atividades em que ele vá se inserir dentro do serviço, tem como um dos objetivos esse: a melhora da sua autonomia (**Trabalhador 1**).

Embora o CAPS proporcione a redução do estigma da loucura, a mudança do local não é suficiente para as pessoas com transtorno mental sejam vistas como cidadãos comuns. No cotidiano dos usuários e familiares, vai se delineando uma série de significações e sentidos de vida, a partir das práticas terapêuticas. Mas o estigma, que ainda é presente na convivência social, reflete-se nas atitudes, cristalizando a interação com outras pessoas, não somente pela condição de loucura, mas pela recusa alheia a esta aproximação.

Inclusive, tem um vizinho meu que implica muito com ele. Ele colocou até o meu filho num processo no Fórum. Você sabe que quando eles querem fazer uma coisa, eles fazem. Aí, tem aquelas buzinas que fazem fom-fom, e eu tenho uma vizinha que é velhinha e ele só faz conta de mim quando tá bom. Eu estou até esperando ser chamada no Fórum. Quando ele está em crise, o negócio dele é fazer zoada. É buzina, é bate lata. É a maneira dele reagir (**Familiar 1**).

A prática terapêutica do CAPS deve direcionar-se para a formulação de estratégias conjuntas para (re)construção de conexões, em busca de consolidar a cidadania de cada usuário. Assim, no cotidiano do serviço, onde diversas atividades são realizadas, subjetividades circulam, corpos se encontram e tomam formas, a responsabilização terapêutica deve estar presente nos trabalhadores. As possibilidades de construção de projetos de vida serão possíveis a partir da responsabilidade do usuário para como o seu cuidado, assim como a dos familiares e da sociedade.

Leal (1999), afirma que o cuidado em saúde mental deve preocupar-se tanto em responder aos problemas do campo do sofrimento psíquico, causados pela doença, quanto aos problemas que decorrem dessas dificuldades (moradia, lazer, garantia dos direitos civis, etc.), afetando a vida dessas pessoas.

Na busca da autonomia dos usuários, identifica-se uma divergência nos discursos dos trabalhadores. Aponta-se para tutela do serviço, centrando o CAPS na vida da pessoa e para tentativas de romper o território institucional do serviço. A

ruptura é pressuposto para gerar conexões fora do serviço, as atividades de geração de renda são discutidas nesta perspectiva.

(...) a gente procura dar um norte, porque o paciente chega, às vezes... bem perdido. A gente consegue, apesar de toda dificuldade que a gente tem de atendimento, se faz uma boa escuta, uma orientação adequada para aquela pessoa como a gente pode, procurar atender a necessidade daquela pessoa. A partir desse atendimento, a pessoa já não está mais só, digamos, porque, às vezes, a única coisa que ela tem é o CAPS. A gente, pelo menos, tem dado um apoio para aquela pessoa, para que ela possa saber que pode contar... **(Trabalhador 1)**

(...) uma das boas contribuições que o CAPS pode estar dando é através dos grupos e através da dimensão de acesso a outros equipamentos, porque senão, você fica sempre centralizada aqui, com ele, achando o que é que vai fazer o caminho dele. A gente focaliza muito os grupos e oficinas para que as pessoas. E ainda os grupos operativos que tem tanto a autonomia mesmo individual quanto a financeira. Você pode potencializar uma atividade que pode se transformar num lucro com um mínimo para que as pessoas sobrevivem e sentem que aquilo que aquele produto que você está fazendo tem o seu valor financeiro também e, sobretudo, também o acesso a outros equipamentos fora, que possibilitam também essa integração, tanto no cuidar de si, quando no de produzir alguma coisa **(Trabalhador 2)**.

É preciso que a equipe se mantenha alerta para que não seja aprisionada por práticas de revestidas e que não promovem autonomia dos usuários no cotidiano. A atenção psicossocial não se reduzir a vinculação do usuário ao CAPS.

Algumas atividades são apontadas, pelos usuários e familiares, como sendo possíveis a partir da inserção no CAPS. Além dos afazeres domésticos, aparecem as atividades de lazer. A maior parte realizada em casa, mas se apresentam como um recurso de conexão com o ambiente externo.

(...) melhorou muito a minha vida, porque agora, lá em casa, eu faço as coisas também, varro o quintal. Agora, sempre que eu vou ao banheiro, dou descarga **(Usuário 1)**.

Eu não tinha disposição para fazer as coisas em casa. Agora, eu tenho, ajudo a estender roupa. Eu não fazia isso, lavar louça (...) Só depois que eu entrei no CAPS, né? **(Usuário 2)**

a gente sai mais junto, eu e ele. Eu invento que vou para o aeroporto... porque eu tenho passe, né? Eu cativo ele pra passear, pra ele não ficar em casa só dormindo. Porque prejudica, né? Ele fica mais preguiçoso **(Familiar 1)**.

O cuidado em saúde mental, que promove autonomia no cotidiano das pessoas com transtorno mental, tem como pressupostos a construção de novas conexões no território e na vida social destas pessoas, através da ampliação do seu poder contratual, tornando possível a inserção nas relações sócio-afetivas. Essas relações estão vinculadas a diferentes possibilidades, onde os sujeitos podem apropriar-se, a seu modo, da realidade. O estímulo para estas conexões não percebido no discurso dos trabalhadores:

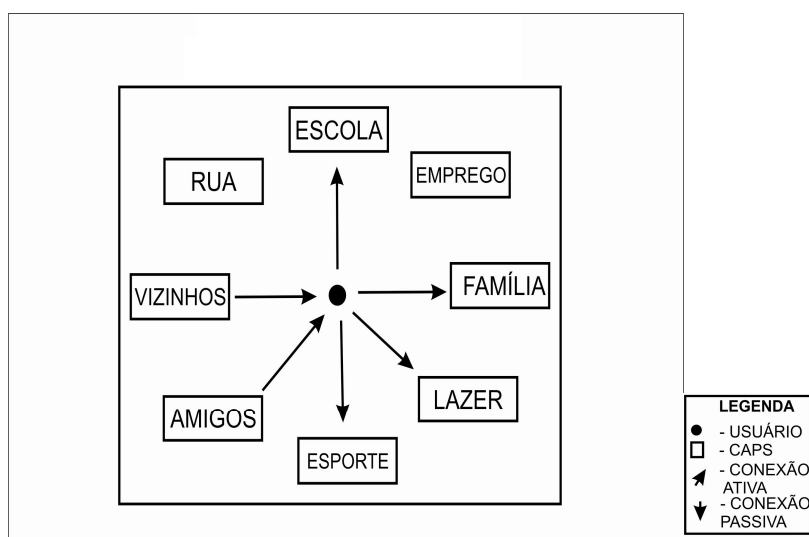
(...) quando se tem a possibilidade de inseri-lo fora do CAPS, a gente insere. Tem alguns usuários que, dependendo do desempenho dele, é encaminhado para alguns cursos que a gente consegue. Agora, são poucos os que resposta neste sentido. A gente consegue fazer um processo muito lento neste sentido, porque a gente até consegue, mas, dependendo do caso, da gravidade e do acompanhamento, se ele começa a entrar em crise, ele começa a sair do curso e acontece todo um retrocesso com ele. É preciso ampliar esse projeto terapêutico (**Trabalhador 2**).

Com relação ao território, não vejo muitas possibilidades, não. Acho que até a gente avançou um pouco, porque tem alguns locais, aqui, que tem algumas atividades, como 'karatê' comunitário, massoterapia (...) mas, fora isso, não vejo muitas opções, não. Não tem quase nada. Ainda tem que trabalhar muito (...) (**Trabalhador 1**)

A conexão dos sujeitos, estabelecidas através dos processos disparados a partir do cuidado, produz autonomia dos usuários. Entendendo que neste processo, a implicação é essencial, a autonomia do usuário dar-se-á através da *rede de implicações*. É a partir desta lente que buscou-se perceber a produção de autonomia dos usuários do CAPS. A partir deste olhar, formatou-se um fluxo da produção de autonomia dos usuários do serviço pesquisado.

Desta forma percebe-se que as implicações e conexões estão restritas ao espaço do serviço, o que não aponta para autonomia, mas sim para a tutela outorgada pelo CAPS.

**Figura 5 - Produção de autonomia dos usuários do CAPS**



A exclusão das pessoas com transtorno mental pode ser continuada mesmo nos serviços substitutivos, *o cuidar em separado*, restringe a possibilidade de apropriação dos territórios sociais por estas pessoas. Neste sentido, pode-se constatar que embora o

CAPS proporcione a redução do estigma da loucura, a mudança do local não é suficiente para as pessoas com transtorno mental sejam vistas como cidadãos comuns. Algo mais precisa ser acrescentado a isto, o sentimento de pertença no território e na sociedade é fundamental para o estabelecimento de conexões para além do serviço.

Desta forma, deve-se considerar o risco da institucionalização do cuidado em saúde mental. Os discursos dos trabalhadores demonstram o acesso restrito dos usuários e a formatação de práticas centralizadas no CAPS.

Às vezes os usuários não saem do serviço (...) é pelas atividades que fazem aqui e pelo vínculo de forma geral, com o profissional e com as outras pessoas. A gente observa muito isso, em grupos, às vezes há pessoas que, talvez, nem precise mais ficar naquele grupo, mas ele não sai. Tem grupos de autoestima que está com mais de 50 pessoas e, talvez se fosse feita uma avaliação haveria alguém que não precisasse estar mais ali, com aquele grupo, mas não sai ou pela vinculação com os profissionais ou com o grupo que acaba sendo a segunda família dele ou a única oportunidade que ele tenha de ver ou conversar (**Trabalhador 1**).

Às vezes, tem paciente que está com profissional e com condições de receber alta, mas ele não sai (...). A alta não acontece pela falta de um equipamento que dê esta continuidade e suporte. Também noto que há profissional que fica com a pessoa por esta não estar bem e, ainda assim, não encaminha a pessoa. Então, ela fica aqui. Por mais que esteja com condições de ser tratada na atenção básica, mas o profissional não encaminha... (**Trabalhador 1**).

A grande dificuldade, aqui, na Regional é que, por exemplo, a possibilidade de ele sair do CAPS é tão difícil, porque a atenção básica, às vezes, não dá o apoio que teria que dar. Então, eles ficam nesta dificuldade, ao mesmo tempo, a gente decide que vai encaminhar para lá, mas não tem médico. E, aí, como é que essa pessoa fica? Acabam retornando para cá (**Trabalhador 2**).

(...) já foi até discutida a questão de alta, mas a gente fica entre a cruz e a espada, porque vai mandar para o posto e vai fazer o quê? A gente sabe, querendo ou não que a demanda do posto eles não tem uma certa atenção, não tem aquele cuidado. Aí, dependendo do jeito como o paciente sai ele volta, como já aconteceu. O paciente ficar um pouco e voltar (**Trabalhador 3**).

O conceito por Tykanori (1996), traz a necessidade da implicação dos trabalhadores para pontencializar os vínculos produtores de autonomia. A partir do rompimento com o senso comum que concebe autonomia como independência é possível disparar processos que promovam conexões fora do CAPS, ancorados em lugares reais e subjetivos.

Assim, partir-se da idéia que, para pensar em autonomia será preciso possibilitar entrecruzamentos, conexões, vínculos e espaços intercessores no cotidiano das pessoas com transtorno mental, sempre considerando as singularidades.



## 5. CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES

*Não roubem o meu delírio.*

*Weymar Gomes*

É uma tarefa difícil elaborar as considerações desta pesquisa, por tamanha afetação que ela provocou. Talvez, pelo desejo inicial de perceber no cenário pesquisado, um modelo gerador de potência no cotidiano das pessoas com transtorno mental ou pelo entusiasmo, oriundo do movimento da reforma psiquiátrica. Mas, os cenários são sustentados pela ação dos sujeitos, que, em alguns casos, infelizmente ainda não desconstruíram o manicômio no seu agir. Assim, surgiram novos questionamentos, mais perguntas que respostas. Talvez, por não ser o fim; e sim, o início de uma longa caminhada.

Antes de começar, é importante esclarecer que a lente desta pesquisa foi o conceito de autonomia trabalhado nesse estudo. Desta forma, as reflexões, aqui apontadas, estão permeadas por este olhar direcionado a identificar o objeto em questão.

A construção do objeto desta pesquisa, dos objetivos e pressupostos baseou-se no contexto do Ceará, a partir da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, que surgiram como estratégia de garantir a cidadania e promover autonomia das pessoas com transtorno mental. Nesta perspectiva, buscou-se compreender as articulações operadas no cuidado das pessoas com transtornos mentais e as conexões realizadas pela equipe do CAPS na produção da autonomia do usuário e discutir a articulação com os saberes e práticas implementadas no cotidiano de um CAPS do município de Fortaleza. O ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa, foram os questionamentos condutores do processo de investigação: a construção da autonomia do usuário a partir da produção do cuidado da equipe no CAPS de Fortaleza-CE, os limites e desafios desta construção.

A discussão foi pautada por dois pressupostos teóricos. O primeiro aponta que a produção do cuidado, operada pelas equipes nos Centros de Atenção Psicossocial, está delineada por uma prática fragmentada, focalizada no indivíduo, suprimindo a capacidade de intervenção coletiva necessária à produção da autonomia dos usuários. O segundo pressuposto aponta que o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário é promotor de perda ou produção de autonomia a partir da subjetividade implicada nesta relação.

Na estruturação teórica, buscou-se, inicialmente, conhecer a proposta da atenção psicossocial, o equipamento de referência deste modelo que é o Centro de Atenção Psicossocial. Este equipamento é protegido pela institucionalidade das legislações da Reforma Psiquiátrica e surgiu como possibilidade de conviver com a loucura na sociedade. Aqui, cabem as primeiras reflexões: por que um lugar específico ou uma nova Instituição para o cuidado em saúde mental, se a proposta da transformação do modelo implica na convivência social com a loucura? Talvez, não seja ousadia afirmar que o arcabouço legal instituidor das atividades a serem desenvolvidas pelo CAPS, os critérios populacionais para implantação e o financiamento, dificultam a superação do modelo biologicista que privilegia a doença. Isto aprisiona as possibilidades de produzir cuidado em saúde mental.

Pode-se afirmar que as barreiras que dificultam à convivência das pessoas com transtorno mental na sociedade, permanecem quase inalteradas. A proposta da reforma psiquiátrica ainda esbarra no preconceito, na impossibilidade dos ditos *não loucos* conviverem com os ditos *loucos*. Mas a existência do CAPS produz o imaginário dessa convivência. É como se este equipamento por si só, garantisse o lugar social da loucura. O grande desafio é que esse serviço passou a ser o campo protegido do cuidado em saúde mental.

Mas, por que se fala tanto em diagnóstico psiquiátrico e uso de medicamentos no cotidiano desses serviços? E por que as pessoas implicadas nesse contexto não querem discutir sobre suas práticas? É importante registrar que os pressupostos da reforma psiquiátrica não se restringem a implantação dos serviços substitutivos. Requerem transformações culturais.

No serviço pesquisado, encontram-se uma diversidade de singularidades, os trabalhadores, os usuários e os familiares. O encontro desses sujeitos é atravessado por subjetividades que produzem diferentes modos de operar o cuidado em saúde mental. A proposta dos serviços substitutivos deve considerar que não deva ser o sujeito a se adequar a uma proposta terapêutica institucional; mas, ao contrário, que o serviço seja capaz de absorver as necessidades dessas pessoas que exigem as mais diversas abordagens.

Neste sentido, questiona-se o projeto terapêutico do serviço e a articulação entre saberes e práticas. Sabe-se que a inserção nesse tipo de serviço é pautada no compartilhamento multi e interdisciplina. No entanto, o que se percebeu foi a ligação

dos sujeitos ao modelo médico centrado. Se a equipe, no agir cotidiano, não favorecer o fluxo interativo dos saberes ou não dedicar um espaço para construção desse fluxo, ao passar do tempo, o usuário ver-se-á cercado sob uma específica forma de olhar sobre si. No caso o da medicina.

No cotidiano dos serviços os usuários e familiares apresentam fortes demandas por consulta médica e tratamento medicamentoso, demonstrando a claramente a percepção que isto representa o cuidado. É importante ressaltar que, esta produção imaginária, é reflexo da cultura manicomial. Nesse sentido, o cuidado está diretamente relacionado ao olhar do outro, é necessário olhar as potências singulares como possibilidade de (re)significação da loucura.

Apesar do CAPS contar com uma diversidade de categorias profissionais, com diferentes núcleos de conhecimento, o saber médico tensiona a equipe, que convive com a força cultural das práticas psiquiátricas e as tentativas de redimensioná-las para um trabalho interdisciplinar. Nessa perspectiva, as práticas inseridas no CAPS buscam, cotidianamente, superar a medicalização através da articulação entre vários profissionais e promovendo intervenções psicológicas, sociais, familiares. As dificuldades do trabalho interdisciplinar requerem ferramentas e instrumentos que possibilitem a superação deste paradigma. Isto se faz necessário para o integral cuidado em saúde mental. Mas a equipe, por vezes, contribui para a sustentação desse modelo, ao priorizar alternativas médicas, para abordagem de alguns problemas de saúde mental. Nesse momento a potência do trabalho em equipe é fragilizado.

O fluxo no serviço segue entrecruzando todos os espaços em que o cuidado se impõe, observa e cuida. Esse fluxo é permeado por saberes que compartilham, não as mesmas, mas pactuadas inserções para e no cuidado transversal. A produção do cuidado em saúde mental tem como desafio, possibilitar o acesso das pessoas com transtorno mental à rede de serviço e aos espaços sociais e comunitários. Nesse contexto, a equipe do CAPS, tem o papel de produzir autonomia dos usuários, articulando-se com esses espaços, tendo em vista que para a produção de autonomia, essa interlocução é necessária. No momento em que se apontam caminhos para responder às necessidades do usuário, ele passa a ser visto como sujeito de direitos.

A construção do protagonismo do usuário, em consonância com a proposta terapêutica e o modo de vida do paciente está relacionada à produção de projetos de vida. As interações com o território são produzidas a partir dos agenciamentos

promovidos pelo CAPS, que pressupõem este espaço de interlocução para formatação destes projetos. Este processo, operado no cotidiano do serviço, é regido pelos diferentes atores implicados de forma singular no cuidado. A conquista de novos espaços como possibilidade de produção da autonomia, significa uma nova configuração da operacionalização do cuidado em saúde mental.

Através do olhar transversal, permeado pelo conceito que discute a autonomia a partir da diversidade de conexões estabelecidas pelos usuários, dentre elas a comunidade, a família, os serviços, o trabalho, os amigos, dentre outros, que este estudo desvelou e revelou essas conexões. A autonomia, assim, se percebe atravessada por vetores significativos e que produzem sentidos de amparo e que resvala não em um processo de escolha individual, mas de uma escolha vista como necessária por aqueles que definem o cuidado. O cuidado disparador de potência nos sujeitos é produzido nos encontros singulares, de acordo com suas necessidades e mediado pelo espaço institucional. Neste sentido evidenciou-se a tutela do CAPS, as conexões acontecem *no* serviço, *com* o serviço e não a partir *do* serviço.

O desafio da produção de autonomia está implicado nos vínculos preestabelecidos e nas decisões institucionais (família, serviço, sociedade). A potência disparada neste entrecruzamento é resultante das trocas empreendidas nessa relação. A autonomia é produzida a partir desta dinâmica, onde o usuário deve ser o sentido central de toda a lógica assistencial empreendida.

É necessário apontar que a construção de projetos terapêuticos singulares mostrou-se secundária no cotidiano do serviço. Nos encontros ocorridos no serviço durante a pesquisa, quando disparadas questões que visavam discutir a construção do projeto terapêutico dos usuários, evidenciou-se a fragmentação deste processo. Neste momento, percebe-se que o objeto em pauta é delineado através de uma questão da própria organização do trabalho. A demanda excessiva, as dificuldades administrativas e a carência de profissionais foram centrais nessa discussão.

Desta forma, percebeu-se que o cuidado é capturado por essas dificuldades cotidianas. Assim a transformação dos sentidos e significados da loucura vai escapando da elaboração de projetos terapêuticos e com ela as possibilidades de trazer o usuário para ampliar suas redes de vinculação e o poder contratual relações.

Embora os trabalhadores apontem a autonomia dos usuários nos seus discursos, a construção desta possibilidade não está contemplada no projeto terapêutico. A efetiva participação dos usuários do CAPS na formulação terapêutica ocorre de modo superficial e numa lógica de comunicação diretiva, em que o mesmo absorve o que está ofertado como opção quase única de enfrentamento.

Entende-se que as conexões estabelecidas pelos usuários através dos processos disparados a partir do cuidado produzem autonomia. Desta forma, a autonomia do usuário dar-se-á através de uma *rede de implicações*. Esta rede é formatada por diversos atores, como família, comunidade, trabalhadores, serviços, amigos e outros sujeitos relacionados. Mas isso deve ocorrer a partir da potência disparada pelo serviço e não no espaço institucional. Isto pode configurar-se como institucionalização, pois restringe os vínculos ao ambiente do serviço.

Neste sentido, pode-se constatar que, embora o CAPS proporcione a redução do estigma da loucura, a mudança do local não é suficiente para as pessoas com transtorno mental sejam vistas como cidadãos comuns. Algo mais precisa ser acrescentado a isto. As relações no território e na sociedade são fundamentais para o estabelecimento de conexões para além do serviço.

No cotidiano dos usuários e familiares, vai se delineando uma série de posições e adições sobre suas significações e sentidos de vida, transversalizado pelas práticas terapêuticas. Mas o estigma, que ainda é presente na convivência social, reflete-se nas atitudes, cristalizando a interação com outras pessoas, não somente pela condição de loucura, mas pela recusa alheia a esta aproximação.

É preciso que a equipe, em sua autocrítica, não seja aprisionada por práticas de revestidas, que não promovam autonomia dos usuários em seus itinerários. Nem sempre instituídos ou mobilizados pelo SUS, mas também pela subjetividade na construção de projetos terapêuticos emancipadores e promotores de vida.

O papel emancipatório da prática terapêutica do CAPS deve direcionar-se para a formulação de estratégias conjuntas para (re)construção de conexões, em busca de consolidar a cidadania de cada usuário. Assim, no cotidiano do serviço, onde diversas atividades são realizadas, subjetividades circulam, corpos se encontram e tomam forma, a responsabilização terapêutica deve estar presente em cada trabalhador da saúde mental. As possibilidades de construção de projetos de vida serão potencializadas, se a

responsabilidade do usuário para como o seu cuidado também existir, assim como a dos familiares e da sociedade.

A reforma psiquiátrica não pode se reduzir à expansão dos serviços substitutivos, em especial, os CAPS. Os repasses financeiros, disponibilizados pelo Ministério da Saúde para estes equipamentos, não devem ser o motivador da sua implantação. Mas sim, o desejo da sociedade de romper as barreiras do preconceito, de possibilitar o convívio com a desrazão, com o diferente. Essa transformação dos sujeitos é a possibilidade da desinstitucionalização da loucura.

Espera-se que esta breve produção contribua para a sensibilização dos trabalhadores do SUS, para além dos serviços de saúde mental, pois esses são os agenciadores das transformações sociais e políticas da saúde. Espera-se, também, contribuir com a voz dos usuários, amigos e familiares das pessoas com transtorno mental. Este trabalho terá sentido sempre que afetar àqueles que fizerem a leitura dele.

## REFERÊNCIAS

- ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006.
- AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, v.3, p. 836-844. maio/junho, 2004.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1): 207-215, jan, 2007.
- ASSIS, M. M. A et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**. v.10, n.2,p.189-199, 2007.
- ASSIS, M. M. A. ; MIRON, V. L. ; WELTEZ, C. ; ALMEIDA, M. C. P. ; NASCIMENTO, M. A. A. . Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**. Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, v. 1, n. 18, p. 67-74, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v.8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v.4, n. 6, p. 117-20, 2000.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BARRETO, I. C. H. C. et al. Educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde - Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal, n.34, jun. Rio de Janeiro, 2006.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos.** Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.
- 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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília: Editora MS, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):393-403.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec; 2003
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Onoko R, organizadora. **Agir em saúde.** São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública,** v.23, n.2, p. 399-407, 2007.
- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: um método para co-governar instituições de saúde com liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública,** v.14, n.4, p.863-70, 1998.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde Debate,** Londrina, v. 52, p. 74-82, 1996.



- CASTORIADIS, C. Physis e autonomia. In: CERUTI, M; LASZLO, E. (Org.) **Abitare la terra**. Milano: Feltrinelli; 1988. p. 42-50.
- CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 115-128.
- COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. Ed perspectiva, São Paulo, 1989.
- DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al . Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021&lng=en&nrm=iso)>.
- DELGADO, P.G.G. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- FÉ, I.A.M. **A doença mental e autonomia**. Disponível em [www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/doencamental.htm](http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/doencamental.htm). Acesso em 2 de julho de 2009.
- FÉ, N. M. **A periculosidade legal**. Mimeo, 2006.
- FÉ, N. M. **Internação psiquiátrica e desospitalização**. Mimeo, 1999.
- FÉ, N. M. **Mito doença mental e reforma psiquiátrica**. Trabalho apresentado durante a II Jornada Interiorana de Saúde Mental do Ceará. Iguatu-CE, 1994.
- FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Aug. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?>.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **História da Cidade**. Imprensa Municipal. 2007.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2006.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da Gestão de Saúde 2007**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2009.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 2007. São
- FRANCO TB, BUENO WS, MERHY EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Cad Saúde Pública**, Betim, Minas Gerais, 15:345-53, 1999.

FRANCO, T. B. ; MERHY, E.E. Produção imaginária da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. (Org). **Construção social da demanda.** IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na Assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E.; et al. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. **Mapas analíticos:** um olhar sobre a organização de seus processos de trabalho. Disponível: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf> Acesso em 07 de setembro de 2009.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006. p. 459-74.

GULJOR, Ana Paula; PINHEIRO, Roseni. Demanda por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R. et. al. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 65-90.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a "system without walls". **Cad. Saúde Pública**, v.20, suppl.2, p. S331-S336, 2004.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100022&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 dez. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000100022.

JACCARD, R. (1981). **A loucura.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista.** Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

JORGE, M. S. B.; RANDEMARK, N.F.R.; QUEIROZ, M.V.O. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 59(6):734-9, 2006.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec; 2006

LANCETTI, A. et al. **Saúde e Loucura.** São Paulo: Editora HUCITEC, 2ª ed., 1989.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. (et. al.) **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 615-634, 2006.

LEAL, E. M. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica:** uma análise do programa de saúde mental de Santos-SP. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994.

LEAL, E. M. **O Agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (Doutorado em Saúde Mental), Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/ UFRJ, 1999.

LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 57-74.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, fev. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 dez. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832004000100003.

MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MERHY EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. 2004. Acesso em: 2009 10 jun. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>.

MERHY, E. E. Ato de Cuidar: alma dos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_ **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 115-133.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas: Hucitec, 2007. p. 25-37.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 305-14, 1999.

MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. Disponível: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>. Acesso em 01 de setembro de 2009.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apotando mudanças para os modelos technoassistenciais. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n.65, p. 316-23, 2003.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. rev. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- OLIVEIRA, F.; FORTUNATO, M. L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Revista Vivência**. Natal/RN, 2007, v. 32. p. 155-181. Paulo, Perspectiva.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 21-36.
- POLETTI, P. C. **Intersectorialidade e a Clínica em Saúde Mental**: construindo e ampliando redes para a inclusão. Trabalho de Conclusão de Curso, UNICAMP, 2008.
- PORTER, ROY. **Uma História Social da Loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.
- PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 dez. 2010. doi: 10.1590/S1414-81452006000400003.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: \_\_\_\_\_ **Desinstitucionalização**. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SAMPAIO, J. J. C., SANTOS, A. W. G.; ANDRADE, L. O. M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: VILAÇA, E. (Org). A organização de saúde no nível local. **Revista Saúde Loucura**. Editora Hucitec, São Paulo, p. 267-280, 1998.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006.
- SANTOS, N. S.; ALMEIDA, P. F.; VENANCIO, A.T.; DELGADO, P.G. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicol. cienc. prof.**, dez. 2000, vol.20, no.4, p.46-53.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial – uma prática à espera da teoria. In: PITTA, A.M.F. (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- SCHMIDT, Moema Belloni; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 1, Mar. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142009000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100009&lng=en&nrm=iso)>.
- SCHRAMM, F. R. A autonomia difícil. **Bioética**, 1998, v. 6, nº 1, p. 27- 37.
- SILVEIRA, D. P. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 184p.

- SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza e CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2007, vol.11, n.21, pp. 65-78. ISSN 1414-3283.
- TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-29, jan.-abr. 2002.
- TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, Dec. 2006.
- TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.
- TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A.M.F (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo : HUCITEC, 1996. 158p.
- VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso)>.
- VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, Aug. 2003 .

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Saúde, Usuários e Familiares



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE FORTALEZA – CE: LIMITES E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DO USUÁRIO.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a produção da autonomia na perspectiva do cuidado dos usuários no campo da saúde mental. Essa temática é relevante por trazer à reflexão das transformações no campo da atenção em saúde mental, considerando a construção de projetos terapêuticos pautados na reinserção social e na busca da autonomia.

A pesquisa tem como objetivos: compreender como se dão às articulações operadas no ato de cuidar das pessoas com transtornos mentais e as conexões realizadas pelas equipes de saúde mental, na produção da autonomia do usuário; e, discutir a produção da autonomia no cuidado pela equipe de saúde mental do Centro de atenção psicossocial e sua articulação com os saberes e práticas implementadas no cotidiano da rede de saúde mental do município de Fortaleza.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Fortaleza - CE, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Assinatura do (a) Participante

---

Juliana Mara de Freitas Sena

Pesquisadora – Mestrado em Saúde Pública/UECE

**APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para os trabalhadores de saúde****Entrevista**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

Código do Entrevistado:

\_\_\_\_\_

## Questões condutoras

1. Fale um pouco sobre o tratamento no CAPS?
2. Como você concebe a autonomia dos usuário?
3. Como se dá a autonomia do usuário em seu processo de trabalho, quando produz cuidado em saúde mental?
4. Como se dá a autonomia do usuário no projeto terapêutico estabelecido?



**APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista para usuários do CAPS e familiares****Entrevista**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

Código do Entrevistado:

\_\_\_\_\_

## Questões condutoras

1. Fale sobre o tratamento no CAPS?
2. O que mudou na sua vida cotidiana depois do tratamento no CAPS?
3. O que você faz fora do CAPS?

**APÊNDICE D – Roteiro de Observação sistemática**

- Produção do Cuidado (Trabalho em Saúde no CAPS)
- Autonomia e sua interlocução com a prática
- Projeto Terapêutico Integral e Singular (PTIS)
- Fluxo de atendimento
- Intervenções terapêuticas
- Autonomia

<b>Observação</b>
Data: __/__/__
Início: _____
Término: _____
Código do Entrevistado: _____

## **ANEXO**

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Governo do Estado do Ceará  
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior  
Universidade Estadual do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi  
CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce  
one: 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 17 de junho de 2010

**Título:** “Produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família e sua interface com a Saúde Mental: os desafios da resolubilidade”.

**Processo:** No. 10245206-7 FR - 323829

**Interessada:** Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge (Coordenação)

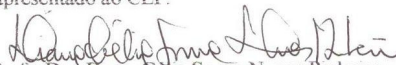
**Instituição responsável:** SMS de Fortaleza – Rede de Atenção Básica/Rede Assistencial de Saúde Mental

**Área temática:** Grupo III

### PARECER

O projeto de pesquisa pretende aprofundar questões relacionadas à produção da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como eixo orientador a rede de atenção e suas interfaces com o campo psicossocial e o apoio matricial em busca da resolubilidade. Objetiva-se compreender como o cuidado em Saúde mental vem sendo produzido na ESF, e suas interlocuções com a rede de atenção a Saúde mental em busca da resolubilidade, nos municípios de Fortaleza-CE e Maracanaú-CE pelos trabalhadores de saúde mental, gestores, usuários e familiares. A metodologia da pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica-analítica, foi escolhida como possibilidade de entender (analisar) o fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental e da atenção básica. Os sujeitos do estudo serão definidos pela composição operacional da equipes de trabalhadores da saúde nas redes assistenciais sob investigação. A divisão dos grupos representantes ocorrerá da seguinte maneira, como descrito: Grupo I - Informantes-chaves (pessoas que trabalham na rede SUS municipal, ocupando cargos de coordenação-dirigente); Grupo II - Trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, porteiro, auxiliar e técnico de enfermagem, agentes de saúde, entre outros); Grupo III - usuários dos serviços de saúde da rede (casos de saúde mental); e, Grupo IV - familiares dos usuários-casos de saúde mental. Para a coleta de dados serão utilizadas três técnicas: a entrevista semi-estruturada, o grupo focal e a observação sistemática. A análise de conteúdo será feita através das três etapas básicas estabelecidas no referencial metodológico: ordenação, classificação e análise final dos dados. A discussão e apresentação dos resultados seguirão a perspectiva crítica reflexiva sobre o cenário em analisado.

O referido projeto é relevante e de interesse para as instituições envolvidas (A UECE é a instituição responsável pela pesquisa, tratando-se de pesquisa do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e da Secretaria da Saúde de Fortaleza). O orçamento está explícito, importando em R\$ 1.690,00, contendo despesas de custeio, sendo financiado com recursos da pesquisadora, advindos da Bolsa de Produtividade do CNPq. Os cinco termos de consentimento livre esclarecido (TCLE) estão adequados aos diferentes sujeitos da pesquisa. O projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, portanto, está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.

  
Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE