UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dissertação

Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial

Leo Jaime da Silva

Pelotas, 2013

LEO JAIME DA SILVA

Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências. Linha de Pesquisa: Práticas Sociais, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2013.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586p Silva, Leo Jaime da

Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial / Leo Jaime da Silva ; Luciane Prado Kantorski, orientadora. - Pelotas, 2013.

110 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2013.

Catalogação na Fonte: Leda Lopes CRB 10/ 2064

Folha de aprovação

Autor: Leo Jaime da Silva

Título: Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____

Banca examinadora

Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski (Presidente)
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura: _____

Profª. Drª. Michele Mandagará de Oliveira (Titular)
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura: _____

Profª. Drª. Andréa Valente Heidrich (Titular)
Instituição: Universidade Católica de Pelotas
Assinatura: _____

Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra (1ª Suplente)
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura: _____

Profª. Drª. Vanda Maria da Rosa Jardim (2ª Suplente)
Instituição: Universidade Federal de Pelotas
Assinatura: _____

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus familiares, por suportarem minha ausência ao longo desses anos de caminhada acadêmica e profissional. Apesar de distante fisicamente, vocês estão junto a mim em todos os momentos, por isso dedico a vocês esse trabalho.

A Faculdade de Enfermagem da UFPel, espaço que me acolheu muito jovem, cheio de expectativas e esperanças, que veio a ser palco de crescimento e transformação pessoal.

À minha orientadora Luciane Prado Kantorski, pela paciência, companheirismo, disponibilidade e parceria ao longo não só desses dois anos de Mestrado, mas de toda minha trajetória, desde o ingresso na Universidade.

Aos meus amigos, que felizmente não sou capaz de numerar por serem tantos. Minhas colegas de aula, minha linda namorada, meus companheiros de bar, colegas de moradia, aos servidores e demais professores da faculdade o meu agradecimento.

Aos membros da Banca Examinadora meu agradecimento pela disponibilidade e qualidade das contribuições.

Resumo

SILVA, Leo Jaime. **Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial.** 2013. f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas RS.

O presente estudo analisa o processo de empoderamento dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, no município de Alegrete RS. Trata-se de um recorte da etapa qualitativa do estudo CAPSUL delimitado no campo da avaliação dos serviços de saúde mental, observando estrutura processo e resultado, de enfoque quantitativo de abordagem epidemiológica e qualitativo, caracterizada como responsiva, construtivista de abordagem hermenêutico dialética. O percurso metodológico do estudo CAPSUL II se deu através da Avaliação de Quarta geração. Esta dissertação faz uso dos dados de observação de 253 horas registradas em diários de campo dos três pesquisadores que participaram da coleta nos meses de julho e agosto de 2011 no município de Alegrete-RS. Os resultados foram organizados em núcleos temáticos que classificam o processo de empoderamento em três níveis, sendo eles o individual, grupal e estrutural. No nível individual destacou-se a diferença no nível de autonomia de alguns usuários em relação aos demais. No nível grupal destacaram-se as iniciativas coletivas de condução de grupos dentro do serviço, por parte dos usuários, sem interferência dos trabalhadores. No terceiro nível, estrutural ou político, problematiza-se a relação de dependência dos usuários em relação ao serviço, no sentido de que se deve encorajar o usuário a transitar nos espaços sociais sem a necessidade de solicitação de direitos especiais. Conclui-se que em ambos os níveis, os profissionais aparecem como mediadores importantes, podendo ser responsáveis, ou pelo menos colaboradores tanto no desenvolvimento, quanto na inibição da autonomia e empoderamento dos sujeitos.

Descritores: Saúde Mental; Autonomia Pessoal; Psicossocial.

Abstract

SILVA, Leo Jaime. **Process of empowering users in CAPS in the context of psychosocial care**. 2013. f. Thesis (MA) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas RS.

This study analyzes the process of empowerment of users in a Psychosocial Care Center in the city of Alegrete RS. This is an excerpt from the qualitative phase of the study capsul delimited in the field of evaluation of mental health services, observing structure and process result of the quantitative approach and qualitative epidemiological approach, characterized as responsive, constructivist approach hermeneutic dialectic. The methodological approach of the study capsul II occurred through the Assessment Fourth generation. This thesis makes use of the observation data of 253 hours recorded in field diaries of three researchers who participated in the collection during July and August 2011 in the city of Alegrete-RS. The results were organized into thematic units that classify the empowerment process into three levels, namely the individual, group and structural. At the individual level highlighted the difference in the level of autonomy of some users in relation to others. At the group level stood out the collective initiatives of conducting groups within the service, for users without interference of workers. At the third level, structural or political, discusses the relationship of dependence in relation to service users, in the sense that should encourage the user to navigate the social spaces without the need to request special rights. It is concluded that in both levels, practitioners appear as important mediators and may be responsible for, or at least contributors both in development and in the inhibition of autonomy and empowerment of subjects.

Descriptors: Mental health; Personal Autonomy; Mental Health Services.

Resumen

SILVA, Jaime Leo. **Proceso de empoderamiento de los usuarios de CAPS en el contexto de la atención psicosocial**. 2013. f. Tesis (MA) - Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Pelotas, Pelotas RS.

Este estudio analiza el proceso de capacitación de los usuarios en un Centro de Atención Psicosocial en la ciudad de Alegrete RS. Este es un extracto de la fase cualitativa del estudio capsul delimitado en el campo de la evaluación de los servicios de salud mental, la observación de la estructura y el resultado del proceso del enfoque cuantitativo y cualitativo enfoque epidemiológico, que se caracteriza como dialéctica sensible, el enfoque hermenéutico constructivista. El enfoque metodológico del estudio II capsul produjo a través de la generación de la Cuarta Evaluación. En esta tesis se hace uso de los datos de observación de 253 horas registradas en diarios de campo de tres investigadores que participaron en la recogida de los meses de julio y agosto de 2011 en la ciudad de Alegrete-RS. Los resultados fueron organizados en unidades temáticas que clasifican el proceso de capacitación en tres niveles, a saber, el grupo individual y estructural. A nivel individual destacó la diferencia en el nivel de autonomía de algunos usuarios en relación con los demás. A nivel de grupo se destacaron las iniciativas colectivas de la conducción de grupos en el servicio para los usuarios, sin la interferencia de los trabajadores. En el tercer nivel, estructurales o políticas, se analiza la relación de dependencia en relación con los usuarios del servicio, en el sentido de que se debe alentar al usuario a navegar por los espacios sociales, sin la necesidad de solicitar derechos especiales. Se concluye que en ambos niveles, los practicantes aparecen como mediadores importantes y pueden ser responsables de, o al menos contribuyen tanto en el desarrollo y en la inhibición de la autonomía y la potenciación de los sujetos.

Descriptores: Salud Mental; Autonomia Personal; Servicios de Salud Mental.

Sumário

Apresentação.....8

I Projeto de Pesquisa.....9

II Relatório do Trabalho de Campo.....56

III Artigo.....59

IIII Artigo II 94

Apresentação

A presente dissertação foi desenvolvida como requisito para obtenção do Titulo de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Este Programa tem como Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. O presente projeto foi elaborado na Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde. Trata-se de um recorte da Pesquisa CAPSUL II – Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil. Esta dissertação é constituída de três partes:

I Projeto de Pesquisa

II Relatório do trabalho de campo

III Artigo

IIII Artigo II (Produzido em conjunto com a orientadora, com atestado de aceito pelo Conselho Editorial do Jornal of Nursing and Health)

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Dissertação

Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial

Leo Jaime da Silva

Pelotas, 2013.

LEO JAIME DA SILVA

Processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2013.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

REME – Movimento de Renovação Médica

Lista de Quadros

Tabela 1 – Cronograma de Atividades

Tabela 2 – Recursos Materiais Utilizados na Elaboração do Projeto

Sumário

Lista de Abreviaturas e Siglas 12
Lista de Quadros 13
1 Introdução 15
2 Construção do objeto de estudo 17
3 Objetivos 29
3.1 Objetivo Geral 29
3.2 Objetivos Específicos 29
4 Referencial Teórico 30
4.1 Empoderamento 30
5 Metodologia 37
5.1 Caracterização do Estudo 37
5.2 Local do Estudo 38
5.3 Sujeitos do Estudo 40
5.4 Coleta de Dados 40
5.5 Principios Éticos 41
5.6 Análise de Dados 41
6 Cronograma 42
7 Recursos Materiais 43
Referências 44
Anexos 48
Apêndices 58

1 Introdução

O empoderamento enquanto construção na vida de usuários de serviços de saúde mental consiste numa categoria de análise que se constrói a partir do campo da atenção psicossocial e da constituição dos conceitos que balizam a reforma psiquiátrica, foco deste estudo.

Define-se empoderamento como “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p.20). Consideramos importante demarcar desde já o conceito como norteador do desenvolvimento desse trabalho que abordará suas diversas possibilidades a fim de destacar estratégias possíveis e aplicáveis ao contexto da atenção psicossocial.

Por psicossocial denomina-se o modo opositor ao tradicional modelo de atenção em saúde mental, desenvolvido ao longo dos anos, contestado e superado em alguns países do mundo chamado aqui de modelo asilar (COSTA ROSA, 2006). De acordo com Costa Rosa (2006), as diferenças fundamentais entre os dois referidos modelos estão em seus saberes e práticas, tão distantes ao ponto de permitirem que estes sejam classificados como universais e alternativos.

Para Amarante (2007), o modo asilar caracteriza-se por um sistema terapêutico baseado na hospitalização, refere-se ao sujeito como doente e classifica-o como insano e incapaz de tomar decisões, passando a ocupar um espaço restrito de convívio social, semelhante ao das instituições carcerárias. Goffman (2008), denomina estes espaços como instituições totais, caracterizados especialmente pela tendência ao fechamento, barreiras físicas e sociais que acabam, nas palavras do autor, levando o sujeito ao “desculturamento”, ou seja, perda de sua bagagem cultural prévia, que gradualmente vai sendo substituída pela cultura institucional.

Segundo Basaglia (1985), o modo que conhecemos por asilar é resultado das condições em que se deu historicamente o encontro médico paciente. Este, presumidamente doente, acaba por compreender-se doente e entregue ao caráter

tutelar da instituição psiquiátrica, que nada mais fez ao longo dos anos do que definir, catalogar e gerir a doença mental, dando ao dito paciente, caráter de objeto de estudo.

Em contrapartida, conforme Costa Rosa (2006), o modo psicossocial leva em consideração fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, pelo contexto particular em que se está atuando. Lança mão de uma série de dispositivos que promovem a reintegração social como a laborterapia, psicoterapia, cooperativas de trabalho, geração de renda, grupos de ouvidores de vozes, apenas citando alguns exemplos de estratégias que promovem o empoderamento do usuário.

Pretende-se no modo psicossocial um sujeito que se administre, sua palavra e ação são importantes e a posição que o sujeito ocupa é diferente, ou seja, em vez de sujeito que sofre ou sujeito doente, ele passa a ser um dos implicados com esse sofrimento sendo também capaz de transformar sua realidade. Para Costa Rosa (2006), espera-se do modo psicossocial, diversas possibilidades de ação que não excluem intervenções tradicionais como a medicação, porém, que considerem os fatores externos como o arranjo familiar e social do sujeito.

Em linhas gerais, o chamado modo psicossocial constitui–se como materialização dos anseios e contestações do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (2008), desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica se fala em reforma psiquiátrica, porém, apenas depois da Segunda Grande Guerra é que a discussão avançou, com propostas de natureza técnica e administrativa sobre o campo de intervenção da psiquiatria. Gonçalves (2001) define o movimento como sendo de caráter político, social e econômico, tendo como uma das vertentes principais a desinstitucionalização, com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam.

Neste sentido, o presente estudo se ocupa particularmente do tema do empoderamento no campo da atenção psicossocial e pretende a partir de uma realidade específica, do município de Alegrete-RS, analisar o processo de empoderamento de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

2 Construção do objeto de estudo

Construir um eixo para dar sustentação à análise sobre as faces de empoderamento de usuários de um CAPS necessita de uma contextualização deste sujeito no interior das lutas entre o modo asilar e psicossocial. Esta pessoa que precisa recorrer aos cuidados em saúde mental se constitui e insurge como sujeito de direitos em meio à opressão e mortificação do eu promovida pelos manicômios e a tentativa de constituir espaços de fala e escuta no interior do processo de reforma psiquiátrica.

Neste sentido retomar a construção da reforma psiquiátrica brasileira enquanto movimento social, que pretende possibilitar que a voz deste usuário seja proferida e escutada, consiste numa das primeiras tarefas deste trabalho.

De acordo com Duarte (2000), a partir da década de 70, início dos anos 80, emergiram no Brasil uma série de movimentos sociais que inicialmente eram classificados como urbanos e rurais, como o Movimento Sem Terra e Movimento dos Sem Teto, impulsionados pela efervescência do debate pela redemocratização. Segundo o autor, os movimentos até então identificados como movimentos sociais eram apenas de ordem operária e nesse momento histórico é que movimentos discutindo demandas sociais começaram a ganhar destaque. Vasconcelos (2008) relata a emergência em nosso país de vários movimentos sociais populares e de trabalhadores, visando à democratização política e a mudança no perfil restrito e autoritário das políticas sociais impostas pelo regime militar.

Tais movimentos sociais aparecem como os responsáveis pelo início de uma nova cultura política no país, assentada na noção de comunidade. Segundo Duarte (2000), haveria diferenças de classificação dos movimentos no início em função de classes sociais, onde se tentou uma distinção dos movimentos sociais urbanos e movimentos sociais populares urbanos mas se percebeu que, demandas sociais não afetam apenas as classes populares, logo, alguns movimentos também contavam com a adesão da classe média.

Sader (1995) fala de grupos diversos que em 1978 surgiram nas ruas para reivindicar seus direitos, especialmente o “direito a ter direitos”. Segundo este autor, estes grupos foram indicadores do surgimento de novas identidades coletivas.

Sader (1995) traz o relato de um evento que representa bem o cenário político da época. Era manhã de 1 de maio de 1980, muitas pessoas chegavam a uma praça no centro de São Bernardo do Campo para os festejos do dia do trabalhador e nesse momento já estavam pela cidade 8 mil soldados armados a fim de impedir a comemoração. Tratava-se de um momento em que os operários estavam em greve há 30 dias aproximadamente e que havia ampliado o Significado do movimento, de contestação especifica de questões salariais e trabalhistas dos operários a movimento político que acabou por mobilizar toda a sociedade. Já haviam sido presos cerca de 12 lideres de sindicatos e nesta manhã, por volta das 9 horas, iniciava-se uma missa com cerca de 3 mil pessoas na Igreja da Matriz, enquanto mais grupos se reuniam discretamente nas ruas. Quando a policia começou uma intervenção para dispersar tais grupos, ficou evidente que, com inicio de resistência dos manifestantes haveria um enfrentamento sem precedentes, o que fez as autoridades policiais desistirem da intervenção. Os grupos foram se reunindo na Praça da Matriz e estima-se que esteve ali uma multidão de 120 mil pessoas, a maior reunião desde a implantação do regime militar. O autor classifica este momento como “a imagem viva da emergência de um sujeito coletivo”, que representa a união de atores sociais diversos, reunidos por interesses diversos, mas como ato de afirmação de grupos até então invisíveis socialmente.

Sader (1995) destaca também o perfil desses movimentos da época, que em vez de movimentos objetivando trocas de favores com o estado, tinham “a marca da autonomia”, eram associações comunitárias, de bairro onde se politizavam espaços antes silenciados. Vasconcelos (2003) também traz uma caracterização dos chamados novos movimentos sociais, como estes sendo de base social heterogênea, com dinâmica de organização horizontal, com objetivos e fins heterogêneos. É atribuída a esses novos movimentos ênfase constante em questões políticas e culturais, voltadas para a vida diária que apresentam em comum, discussões sobre a totalidade das estruturas sociais.

Miranda (2009) conceitua movimentos sociais como ações políticas e sociais que representam formas distintas de indivíduos ou grupos se organizarem em função de suas necessidades, atuando na forma de denúncia ou pressões, classificadas como diretas (assembleias, concentrações) e indiretas (lobby, ações judiciais).

Interessante identificar a função que os movimentos sociais têm de fortalecimento da noção de pertencimento social, à medida que sujeitos que anteriormente se encontravam dispersos e desarticulados passam a integrar grupos para manifestar seus pleitos, noção esta que têm importância fundamental no contexto da reabilitação psicossocial. Miranda (2009) destaca também uma possibilidade não necessariamente positiva de movimentos organizados, que são aqueles que se unem por questões racistas ou xenofóbicas, por exemplo, no sentido de promover a exclusão de sujeitos, por meio de estratégias que de alguma forma agridam física ou moralmente pessoas de diferentes grupos.

Há também as redes de movimentos sociais, que seriam a identificação de sujeitos coletivos acerca de valores que os aproximam. Segundo Sherer-Warren (2006), os movimentos sociais perceberam a necessidade de se articular com outros grupos de identidade semelhante a fim de ganhar força, visibilidade e conseqüentemente obter mais conquistas para a *cidadania*.

O termo cidadania aparece propositalmente destacado no parágrafo anterior para dar inicio à discussão desse conceito, necessariamente relacionado ao modelo de atenção psicossocial, no sentido de oferecer ao usuário dos serviços de saúde mental a possibilidade de acesso aos seus direitos.

Fernandes (2003) define cidadania como o “direito a ter direitos”, estes classificados como civis, políticos e sociais. Os políticos exemplificados como direito de participar dos processos democráticos de forma igual, a liberdade de associação e organização política, os direitos civis como o de ir e vir, a propriedade, direito a vida e segurança. Os direitos sociais estão relacionados a acesso a bens e serviços como saúde, transporte, moradia, trabalho entre outros.

Para Marsiglia (1986), cidadania é o processo de desenvolvimento dos direitos no interior das sociedades capitalistas, existindo no Brasil uma série de entraves para sua constituição, especialmente no contexto da saúde mental. Afirma ainda que a cidadania para o doente mental é um processo ainda mais obstaculizado do que a cidadania do conjunto da população brasileira e que o avanço na cidadania dos portadores de algum transtorno psíquico não ocorrerá se não houver um avanço como um todo, da cidadania de todos os segmentos menos favorecidos da população.

Importante dizer sobre a citação anterior que o texto é de 1986, período histórico que deve ser considerado pelos reflexos da ditadura militar, mas que discute uma realidade que não parece completamente superada. Vasconcelos (2010) descreve a sociedade brasileira como patrimonialista e hierárquica, que estimula a dependência econômica, política e até mesmo pessoal às lideranças e autoridades sociais e essa dependência, associada ao fato de que a maioria absoluta dos usuários dos serviços de atenção psicossocial é oriunda dos setores mais empobrecidos, logo, com menos aceso a bens e serviços, deixa claro o afastamento dessas pessoas do exercício de sua cidadania.

Luchmann (2007) ao refletir sobre a importância dos movimentos sociais, especialmente na defesa de grupos menos favorecidos socialmente, diz que estes trazem à luz relações de poder historicamente instituídas e que por sua vez são mascaradas ou justificadas por discursos competentes. Segundo ela, esses movimentos são portadores privilegiados das denuncias às injustiças sociais.

As duas citações anteriores, uma sobre a importância dos movimentos sociais como contribuição para a noção de pertencimento do cidadão e outra sobre a importância na defesa dos menos favorecidos introduzem bem em que contexto o movimento de reforma psiquiátrica se insere neste cenário de transformações vivido no Brasil das décadas de 70 e 80. Apesar de contemporâneo ao movimento de reforma sanitária, a reforma psiquiátrica tem construção própria que acompanha um movimento que se deu em diversos países no período histórico em questão, como forma de enfrentamento à violência historicamente instaurada nas instituições asilares.

Para Amarante (1986), desde Platão a loucura é objeto de reflexão como fonte de saber da natureza humana. De lá para cá esta foi, com base no saber médico, transformada em noção de desajuste, doença, insanidade, perversão, entre outros adjetivos que acabaram por instituir saberes e práticas de exclusão, alienação e rompimento da noção de pertencimento social, nos diz Luchmann (2007).

Sader (1995), ao refletir sobre as diferentes reivindicações e modos de agir dos diferentes movimentos em discussão, diz que tais fatores dependem do significado do que define os grupos enquanto grupos, ou seja, sua identidade. Segundo o autor, não se trata essencialmente de uma identidade inerente ao grupo especificamente, mas derivada da posição que este assume, ou seja, depende de

“experiências vividas que ficaram plasmadas em certas representações”, que acabam por se tornar formas de um grupo se identificar, reconhecendo objetivos comuns, possíveis inimigos, enfim, a realidade que os cerca, que no caso desta discussão representa a loucura.

Para Luchmann (2007), entre as diferentes práticas de opressão e exclusão prevalentes em nossa sociedade, as relacionadas à loucura se sobressaem. O manicômio surge como representação desse cenário de exclusão, onde as violências física e mental são formas de cuidado que desculpabilizam a sociedade, no momento em que afastam de seus olhos tais práticas e descontextualizam os processos sociais do histórico de produção e reprodução da loucura.

Numa perspectiva histórica, movimentos de discussão sobre saúde, que envolveram questões diversas, entre elas as práticas em psiquiatria ganharam força no cenário social e político dos anos 70. Surgiram nesta época, segundo Luchman (2007), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME) como importantes espaços de discussão e é no interior desses espaços que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que têm o papel de criticar e denunciar os muitos abusos cometidos dentro do sistema nacional de assistência psiquiátrica, que além de indícios de fraude e corrupção, era instrumento de tortura em favor da Ditadura Militar.

No seu início, o MTSM busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados, sejam nas denúncias ao modelo oficial, sejam na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização. De acordo com Amarante (2008), este momento configura um processo inovador permeado por iniciativas práticas de transformação.

Paulo Amarante, em sua obra “Loucos pela Vida” (SDE/ENSP, 1995), traz uma construção que em detalhes contextualiza o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Segundo o autor, os primeiros passos se deram no interior das instituições tradicionais no sentido de reivindicar melhores condições de trabalho, tanto em relação a estrutura, suporte técnico e tecnológico quanto à direitos trabalhistas.

Amarante (1995) destaca que em 1978, funcionários de quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) iniciaram uma greve que culminou na demissão de 260 estagiários e profissionais. A DINSAM era o órgão do Ministério da

Saúde responsável pela administração do Centro Psiquiátrico São Pedro, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos situados no estado do Rio de Janeiro. Destaca-se o fato de a DINSAM não realizar concurso público para a contratação de profissionais desde os anos 50, sendo contratados para as atividades os bolsistas, que eram profissionais ou estudantes de graduação em medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, entre outros, que desempenhavam suas funções em condições precárias e vinculo empregatício em desacordo com as leis trabalhistas da época.

Este movimento ganhou destaque na mídia nacional e ganhou apoio dos órgãos CEBES e REME. O MTSM passou a ser importante núcleo de discussão e denúncia sobre a realidade da saúde mental no Brasil, promovendo eventos e reunindo associações de classe, assim como os demais setores da sociedade. A partir daí aparecem como marcos históricos o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, que serviu para a unificação nacional do movimento que já se articulava em outros estados e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, também em outubro de 1978, congresso este que possibilitou a vinda ao Brasil de personagens importantes de diversas correntes de crítica ao modelo tradicional em saúde mental como Franco Basaglia, Robert Castel e Erwing Goffman, entre outros (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995) traz um importante destaque sobre as características do MTSM. Internamente ao movimento havia uma intensa discussão sobre a institucionalização do mesmo, haja vista a falta de estruturas solidificadas nem lideranças formais, o que fazia parte de uma estratégia proposital para manter a natureza do movimento sem o risco da institucionalização enquanto perda de autonomia das partes e “encastelamento das lideranças”. Sobre isso, Luchamn (2009) faz uma importante reflexão quando diz que os movimentos sociais são ações coletivas de caráter fragmentário e heterogêneo que destinam parte importante de seu tempo e energia no gerenciamento de sua própria complexidade.

Tal formato de organização permitiu que o movimento fosse permeável a diferentes atores sociais, grupos organizados e entidades, mas também que este permeasse com suas discussões o interior de organizações como sindicatos, conselhos profissionais e associações, o que deu ao MTSM o status de primeiro movimento em saúde com participação popular. A partir desta articulação o MTSM

ganhou força política para integrar instâncias consultivas e decisórias tanto no governo federal quantos nos governos municipais e estaduais, bem como encaminhar propostas de mudanças em unidades psiquiátricas públicas.

A partir desse momento histórico, emergem uma série de embates políticos institucionais acerca da questão da saúde mental no cenário nacional. A Associação Brasileira de Psiquiatria se associou à DINSAM, à indústria farmacêutica e aos setores mais conservadores das universidades, com o propósito de liderar o processo de realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, desejando dar ao evento caráter científico e congressual, em detrimento à orientação de fazer deste tipo de evento espaço aberto de discussão entre diversos membros da sociedade, da 8º Conferencia Nacional de Saúde.

Costa Rosa (2001) relata que esta Conferência foi realizada em clima de intensas discussões, mas que obteve resultados favoráveis as propostas da Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (2005), embates como esse foram positivos para o MTSM, pois proporcionaram um certo reencontro com sua origem de discussões, bem como uma reflexão sobre suas estratégias e princípios políticos. Enquanto isso se organizava nos estados conferencias locais até que, em junho de 1987, ocorre a I Conferencia Nacional de Saúde Mental, que se deu em clima de debate intenso, porém comandada por membros do MTSM e que representou avanços na política nacional de saúde mental.

Entre as recomendações da referida conferência destaca-se, no que diz respeito às estratégias de empoderamento, objeto de estudo deste trabalho, a necessidade de construção de um sistema de saúde onde se garanta a participação popular nos processos e também a noção de cidadania, quando discutiram direitos, deveres e legislação, sugerindo inclusão no texto da constituição do direito a saúde a todos os cidadãos bem como reformulações na legislação acerca da saúde mental (COSTA ROSA, 2001).

Paralelo à conferência havia a discussão entre membros do MTSM a necessidade de criação de espaços independentes de debate, visto que muitas das lideranças do movimento estavam atreladas aos aparelhos do estado e eram consideradas ultrapassadas. Surge daí o denominado Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental, que decidiu voltar às discussões para a sociedade, assumindo como estratégia firmar posição sobre a necessidade de ruptura e conseqüente

extinção do modelo manicomial através do lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE 1995 p.86).

Amarante (1996) afirma que nesse momento o MTSM deixa de ser apenas um movimento de trabalhadores e passa a ser propriamente um movimento social em prol da reforma psiquiátrica, o que representaria o inicio do processo prático de construção de uma nova realidade sobre a loucura.

Sobre este cenário de transformações, Amarante (1995) destaca o surgimento de novos personagens, com atuação determinante no processo de empoderamento, que são as Associações de Usuários e Familiares. Até então, estas associações tinham atuação local e voltada para a organização de familiares em relação ao tratamento, como terapias de família e agora passavam a protagonizar o debate acerca das novas possibilidades de cuidado ao sujeito portador de transtorno psíquico, como por exemplo, o modelo do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, localizado em São Paulo, pioneiro no cuidado em liberdade no Brasil.

Desde então os movimento de usuários e familiares exercem importante papel no processo de reforma psiquiátrica. Em muitos países não só desenvolvem formas autônomas de ação como forçam serviços a dar respostas mais adequadas às suas necessidades, além de criar novas estratégias e abordagens teóricas para o setor. Segundo Vasconcelos (2003), estes são os receptores e principais interessados nas profundas mudanças propostas pelo movimento de reforma, tendo os dispositivos de empoderamento como principais disparadores desse processo.

Vasconcelos (2010), porém, ao descrever um perfil dos movimentos organizados de usuários e familiares no Brasil, aponta que as associações representam sua maior face e estas possuem um perfil que ainda depende muito do funcionamento do CAPS e de seus profissionais. Esta dependência associada ao fato de que os integrantes com maior potencial de articulação acabam por ocupar espaços em outros níveis de organização como os de controle social, deixando as bases politicamente fragilizadas, comprometem e muito a efetividade de suas ações.

Nesse contexto existem elementos preocupantes que podem por em risco o processo, como atores políticos com interesses contrários à reforma e que se dispõem a dar suporte político e financeiro a esses grupos como o Movimento de

Reorganização da Psiquiatria biomédica, que tem campanha aberta contra a reforma em instancias como a Câmara e o Senado Federal (VASCONCELOS 2010). Há o exemplo de uma associação de alcance nacional, de base no estado do Rio de Janeiro, que foi financiada pela Federação de Hospitais Psiquiátricos, que representou forte resistência aos ideais de reforma, fato que ilustra bem o risco de possíveis distorções, consequencia da fragilidade desses grupos (VASCONCELOS 2003).

Outro ponto frágil desse processo, segundo Vasconcelos (2010) é o fato de os representantes mais ativos, por questões intelectuais, existenciais e psíquicas, por vezes não darem conta das demandas permeadas por conflito e competição, típicas do debate político, o que acarreta em períodos de ausência nesses espaços, não havendo substitutos em condições de dar continuidade às atividades por ele desenvolvidas. Essa problemática deixa evidente a necessidade de encontrarmos estratégias de empoderamento no interior desses grupos, bem como no dia a dia do CAPS, a fim de instrumentalizar os cidadãos envolvidos na luta pela reforma psiquiátrica, sejam eles usuários, familiares, trabalhadores e militantes de maneira geral.

Posterior à emergência dos movimentos de familiares se dá outro momento importante, que é a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos SP, instituição privada, conhecida pelos abusos sobre seus pacientes/internos. Tal intervenção culminou no fechamento do referido manicômio e implantação de um sistema substitutivo, com o surgimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e veio a ser reconhecida como “a mais importante experiência da psiquiatria nacional” (AMARANTE 1995). Lancetti (2001) classifica esta experiência como uma atitude revolucionária, o que é fundamental nos processos de enfrentamento da realidade que está posta. Sobre a necessidade de ruptura com os métodos tradicionais de tratamento, Costa Rosa (2006) diz que somente diferenciações que representem mudança radical podem ser consideradas como modelo alternativo, neste caso, a passagem do modelo asilar ao modelo psicossocial, classificação dada a esta nova forma de cuidar em saúde mental.

O processo de discussão sobre os rumos da saúde mental no Brasil se modificou a partir destas ações, o que culminou na apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG) “regulamentando os direitos do

doente mental e indicando a extinção progressiva dos manicômios públicos" (AMARANTE, 1995).

Lancetti (2001) afirma que esta lei representa a transformação de uma legislação que tratava dos não direitos dos doentes mentais a uma legislação que atende as necessidades das pessoas portadoras de transtorno mental. Atualmente, os direitos dos portadores de transtornos psíquicos bem como a organização dos serviços de saúde mental no Brasil estão assegurados pela lei 10.216/01 e pela portaria 336/GM de 2002 (BRASIL, 2002).

De acordo com o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (Brasil, 2007) a expansão dos serviços substitutivos de saúde mental foi o objetivo da maior parte das ações e normatizações do Ministério da Saúde em termos de saúde mental, especialmente a ampliação do numero de CAPS, que são considerados dispositivos estratégicos para a construção da rede de atenção em saúde mental no território.

De acordo com Brasil (2007), a rede de serviços substitutivos em saúde mental no Brasil atualmente conta com os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Convivência e Cultura, Geração de Renda, Equipes Matriciais para referência na Atenção Básica, bem como programas como o "De Volta para Casa" e políticas como a Política Nacional Sobre álcool e outras drogas. Importante salientar que ações de caráter intersetorial, ou seja, espaços além dos serviços de saúde e a atuação no controle social representam possibilidade de fortalecimento da cidadania, da noção de pertencimento social, constituindo-se assim como espaços de cuidado e conseqüente empoderamento do usuário.

Esta mudança de paradigma que vivenciamos no contexto da saúde mental não se reflete apenas na forma estrutural, de acordo com Costa Rosa (2006), o modo psicossocial desconstrói a necessidade de remoção da loucura e do sofrimento psíquico como objetivo fundamental, sendo estas características relacionadas ao usuário como parte de sua existência. Entre as tantas transformações provocadas pela ascensão do modo psicossocial, trazemos esta como um marcador radical relacionado às práticas em saúde mental. Sobre isso, Amarante (2007) diz que a psiquiatria historicamente se ocupou da doença e deixou o sujeito em segundo plano e que o modo psicossocial, especialmente baseado nas

idéias/ideais de Franco Basaglia, pôs a doença entre parênteses para poder olhar melhor o ser humano que estava neutralizado neste processo.

Importante sobre atenção psicossocial, de acordo com Costa Rosa (2006), é o fato de entender-se que a definição do continuo saúde doença é a forma que o sujeito se posiciona em relação aos seus conflitos. Sendo assim, o modo psicossocial visa contribuir com o reposicionamento deste sujeito, colocando-o na condição não de sofredor do conflito, mas como parte do conflito, passando a ser um agente transformador em potencial.

Esta mudança de lugar, que também pode e deve ser entendida como estratégia de empoderamento, se dá com ênfase especialmente na reinserção social do individuo através de múltiplas possíveis atividades e intervenções, de acordo com as necessidades de cada um. Para tanto, faz-se necessária a intervenção da equipe multiprofissional, meio de trabalho característico do modo psicossocial, entendida como superior em muitos aspectos ao grupo de especialistas do modo tradicional (COSTA ROSA, 2006).

Tanto a lei quanto a portaria são marcos legais que servem de sustentação teórica e instrumento de discussão, porém, em nossa sociedade ainda convivemos com o manicômio e suas práticas, o que nos leva a conclusão que estes avanços acima descritos são significativos, mas não representaram de fato a ruptura total com o modelo tradicional.

Dito isso, reafirmamos com este trabalho a necessidade de desenvolvermos estratégias de empoderamento dos usuários dos serviços de saúde mental, estes que necessariamente devem ser os principais personagens nessa trajetória de transformações.

Deste modo, a presente proposta de dissertação de mestrado tem como pressuposto: **Os usuários dos serviços de saúde mental são personagens com potencial para contribuir efetivamente na consolidação da atenção psicossocial. Para tanto, faz-se necessária a instrumentalização destes atores, proporcionando o reencontro com a cidadania e sua noção de direitos, bem como, contribuir com seu processo de empoderamento para que façam parte do embate político que persiste sobre o tema da loucura em nossa sociedade.**

Baseados nessas discussões e com a finalidade de potencializar estratégias de empoderamento de usuários de um serviço formulamos a seguinte questão de

pesquisa: **Como se constitui o processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial?**

3 Objetivos

3.1Objetivo Geral

Analisar o processo de empoderamento dos usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial.

3.2Objetivos Específicos

Identificar estratégias de empoderamento dos usuários em um CAPS.

Descrever ações e espaços com possibilidade de promover o empoderamento dos usuários de um CAPS.

4 Referencial Teórico

4.1 Empoderamento

Definir empoderamento como referencial teórico deste trabalho consiste fundamentalmente em um grande desafio, por conta da complexidade e diferentes possibilidades de abordagem que se apresentam acerca da temática. Questões históricas e conceituais necessitam ser retomadas para que possamos desenvolver a discussão do processo de empoderamento dos usuários de um CAPS, lembrando que o debate inicia nos anos 1970, no movimento pelos direitos das mulheres, o que é simbólico no sentido de aproximar as lutas das classes socialmente menos favorecidas pela conquista de direitos, que se diga, pela conquista do acesso a direitos.

Segundo Lorio (1997), delimitar historicamente o início das discussões sobre empoderamento tem resultado inconclusivo, por conta de grupos diferentes reivindicarem a origem do conceito. É sabido que se deu nos EUA entre as décadas de 60 e 70, onde grupos lutavam por demandas específicas como cidadania plena das mulheres e negros, porém, é na interseção com a discussão de gênero que o empoderamento se desenvolve nos níveis teórico e de intervenção na realidade.

A discussão recém apresentada está de acordo com o conceito que nos acompanha ao longo deste trabalho, definindo empoderamento como “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institutionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VANCONCELOS, 2003, p.20). Segundo o autor, o conceito é na verdade uma interpelação que pode levar a interpretações de caráter conservador ou emancipatório, tendo assim caráter polissêmico.

Na conceituação de Vasconcelos (2003), no sentido conservador tem força a cultura da auto-ajuda, que fortalece o individualismo e o conformismo com a atual estrutura social a favor da busca pelo sucesso pessoal em detrimento do coletivo. Na direção emancipatória, emerge a discussão dos movimentos sociais relacionados a minorias, especialmente nos anos 70, que representaram os direitos feministas, operários bem como os relacionados à saúde mental, por exemplo.

Vasconcelos (2008) faz importante referência ao fato de, além do campo conceitual e teórico, são possíveis diferentes abordagens e perspectivas sobre empoderamento de acordo com o contexto e as relações nas quais se inserem. Ele fala de abordagens relacionadas especialmente ao trabalho, à área social, relacionadas à saúde, saúde mental em nível comunitário e institucional por exemplo.

Na questão do enfrentamento à pobreza, Rodríguez (1997) conceitua empoderamento relacionado ao desenvolvimento sustentável, não apenas no sentido de geração de riquezas, mas também de bem estar para a presente e para futuras gerações, o que difere e impede a associação do conceito de empoderamento ao de crescimento econômico. Na discussão, destacam-se questões culturais políticas e sociais, as quais devem ser desenvolvidas em meio às populações carentes sob os mais diversos aspectos.

Outra questão importante a ser demarcada é a facilidade de o termo empoderamento ser confundido com doações, entender que pessoas, agências (bancos), instituições empoderam, ou seja, transferem ou concedem poder a outras. Na verdade empoderamento se constrói, se constitui a partir da perspectiva do sujeito que vivencia determinada realidade. Romano (1997) fala em supervalorização do efeito político da ação pedagógica em detrimento do efeito pedagógico da ação política, sobre empoderamento ser ensinado em sala de aula em vez de ser construído em processo de discussão e construção de respostas conjuntas.

Lorio (1997) questiona quem deve empoderar quem, se é que alguém deve empoderar alguém. De fato, talvez não seja possível que grupos ou sujeitos oprimidos vivam processos de empoderamento sem auxílio de mediadores, mas que fique claro, as interferências externas, sejam de outros grupos, instituições ou o próprio Estado, devem servir de catalisadores, disparadores do processo e não como responsáveis por criar as condições e oferecer o empoderamento ao sujeito ou grupo.

Costa Rosa (2010) diz que no modelo psicossocial, o sujeito que vivencia experiências subjetivas radicais não é mais paciente, ou aquele que sofre, apesar de talvez continuar atravessado pelo mesmo conflito de antes, o que muda é sua condição com relação a vive.

Lorio (1997) aproxima a discussão do empoderamento com a atenção psicossocial definida no parágrafo anterior, quando diz que a questão pode/deve ser tratada de maneiras diferentes, no sentido individual e coletivo. Diz a autora que as estratégias de empoderamento tendem historicamente a minimizar a importância do individual em função da coletividade, porém, as vezes se faz necessário pensar o empoderamento no sentido do aumento da autonomia do sujeito, colocando-o no centro da questão para pensar estratégias de empoderamento.

No campo da saúde mental, conforme Vasconcelos (2003) especialmente entre familiares e usuários, vêm sendo desenvolvidas uma série de práticas que se mostram relevantes no que diz respeito ao enfrentamento, tanto individual quanto familiar, às barreiras relacionadas ao sofrimento psíquico. O autor destaca entre elas o conceito de recuperação/*recovey,* que não representa necessariamente o fim do processo de adoecimento, mas a capacidade de levar uma vida relativamente ativa apesar das limitações impostas por determinadas situações.

Sobre o empoderamento do sujeito, sendo este o centro do processo, aparece como prática importante o cuidado de si, que seriam dispositivos individuais de elaboração, através do suporte afetivo de amigos ou familiares, com o aprofundamento dessas relações que acabam por contribuir com a inserção social e conseqüente elaboração das vivencias através da escuta.

Vasconcelos (2003) descreve os dispositivos de ajuda mútua e suporte mútuo. Para o autor, dispositivos de ajuda mútua são trocas de vivências através de grupos de pessoas com histórias semelhantes que se sustentam entre si pelo compartilhamento de estratégias de enfrentamento de seu problema. Este tipo de grupo tem sido criticado por seu caráter fechado em si mesmo sem estimular outros tipos de mobilização. Ao contrario do suporte mútuo, que representa a ajuda mutua relacionada a atividades cotidianas, seja por passeios, organização de grupos, rede de cuidados.

O mais forte exemplo de grupo ajuda mútua são os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA). Vasconcelos (2008) traz uma análise sistematizada das estratégias e abordagens deste grupo em especial, apontando características que são claramente interpretadas como estratégias de empoderamento e outras identificadas como limitadoras, em diferentes momentos do processo de recuperação.

O autor entende como estratégia que promove empoderamento o fato do grupo não ter uma hierarquia definida, sendo assim, todas as decisões tomadas coletivamente. Outro fator de empoderamento importante citado é o fato de a experiência de vida do sujeito ser levada em consideração para a sua recuperação bem como para os demais. Característica marcante nesse tipo de grupo é a total desvinculação ou independência de profissionais de saúde. Segundo Vasconcelos (2008), esta característica é um fator real de empoderamento no momento em que o sujeito é inteiramente responsável por sua reabilitação, porém vale ressaltar, que não é desencorajado nenhum movimento por parte dos usuários individualmente relacionado à busca de ajuda profissional.

Dentre os limites da proposta apontados na revisão de Vasconcelos (2008) está o fato de, a característica de suporte baseado no campo espiritual típica desses grupos pode vir a representar ou reproduzir modelos sociais patriarcais e machistas. O autor também destaca que o apelo espiritual não agrada boa parte das categorias profissionais, de formação geralmente laica e racionalista.

Vasconcelos (2008) conclui sua análise dizendo que ao longo do tempo, o modelo repetitivo de abordagens e dinâmicas, deixa de ser efetivo com relação à promoção do empoderamento apesar de entender a estratégia do grupo como fundamental, especialmente na fase inicial da reabilitação. Segundo ele, os movimentos sociais atuais tipo movimentos de usuários e famliares em saúde mental tendem a utilizar o método do suporte mútuo associado a um leque de abordagens de promoção do empoderamento, o que torna o processo mais efetivo e adequado aos seus objetivos.

Entre os dispositivos de empoderamento relacionados na obra de Vasconcelos (2003) destacam-se ainda a defesa de direitos, tanto no sentido pessoal ou qualquer outro relacionado à vida prática. Com base nesta sentença trazemos mais uma vez o conceito de cidadania, que inevitavelmente permeia todo o trabalho e valida nossa discussão.

Faz-se necessário pontuar cidadania de acordo com Marshall (1963) como sendo a união dos direitos civis políticos e sociais, sendo os direitos civis relacionados às liberdades individuais, os políticos como possibilidade de participar do exercício do poder político e os sociais como direito a segurança e a serviços

sociais. O autor afirma que pode haver diferenças entre classes sociais desde que todos tenham os mesmos direitos, ou seja, exerçam sua cidadania de forma igual.

Lorio (1997) discute a associação do empoderamento com os direitos no campo dos direitos humanos, argumentando que estes, enquanto tratados por declarações e outros formatos não são suficientes para garantir direitos de fato, pois suas discussões se dão longe do cotidiano das pessoas e com os modos de uso ou exercício do poder na sociedade.

À luz dessas reflexões, iniciamos a discussão sobre uma importante contradição nos ideais de empoderamento em saúde mental. De acordo com Vasconcelos (2010), o movimento de usuários e familiares, especialmente na Europa e Estados Unidos defende sua independência em relação ao Estado ao mesmo tempo em que exige direitos especiais. O autor relata que na Suécia, por exemplo, o movimento se associou ao movimento de defesa dos deficientes, que já havia adquirido uma serie de direitos especiais tanto em dinheiro, como em habitação e regimes especiais de trabalho. Vasconcelos (2010) discute as estratégias utilizadas por esses países para dar conta dessa relação com o estado e a sociedade.

Neste momento se faz importante pontuar estratégia como escolha de caminhos para transitar a partir de uma situação de discriminação, sofrimento ou dificuldade para que se atinjam objetivos projetados, que no caso do portador de sofrimento psíquico, seria a reabilitação psicossocial. Lorio (1997) diz que o reconhecimento da necessidade de empoderamento das pessoas, deve orientar e representar o sucesso ou não de práticas e políticas, atribuindo assim às estratégias de empoderamento caráter decisivo nos processos.

Em países europeus, segundo Vasconcelos (2003), é usada como estratégia a discriminação positiva, que entende o usuário primeiramente como vítima do sistema psiquiátrico, classificando-o como sobrevivente. Para evitar uma caracterização negativa ou antipsiquiátrica, o movimento expressa as diferenças no sentido positivo defendendo o usuário como pessoa mais sensível, como alguém que vive experiências subjetivas radicais e que por viver em situação de segregação social, devido ao preconceito instituído necessita direitos especiais.

Vanconcelos (2010) destaca também sobre este aspecto o cenário latino americano e brasileiro. De acordo com suas considerações, se nos países do norte,

de característica mais autônoma e independente esta questão é difícil de ser equacionada, em nossa sociedade o problema não é menor. O mesmo autor descreve nossa sociedade como hierárquica, em sua maioria dependente de uma rede de relações de suporte social e familiares, dependência que inclusive é cultivada em detrimento da valorização da autonomia.

Segundo Vasconcelos (2010), essas características comungam com a necessidade de lutar por direitos especiais, o que amplia a dependência em relação às estruturas do Estado. Conclui reafirmando a necessidade de investir nas estratégias de empoderamento afim de estimular, mesmo que seja a médio e longo prazo, avanços no sentido de fortalecimento da autonomia e diminuição da dependência.

Seguindo as considerações de Marshall (1963) acerca da cidadania, especificamente neste momento sobre os direitos sociais, inserimos na discussão o fato de a participação em comunidades locais e associações, ser considerada uma fonte original de direitos sociais.

De acordo com Rodrigues (2006), o ato de agrupar-se em função de objetivos comuns acompanha a evolução da sociedade e no contexto da saúde mental não é diferente. No cenário da reforma psiquiátrica surgiram, ao longo dos anos, uma serie de associações envolvendo usuários e familiares de usuários dos serviços de saúde mental que constituem espaços importantes de discussão acerca da saúde mental, se constituindo como importantes espaços de empoderamento.

Aspectos relacionados à participação em instâncias consultivas e de controle social, bem como em eventos de toda ordem, inclusive científicos podem ser também importantes estratégias de empoderamento de familiares e usuários, à medida que contribuem para a sensação de pertencimento social, além do fato de estes serem as pessoas com mais propriedade para sugerir mudanças ou puramente descrever a realidade dos espaços de cuidado em saúde mental.

Diversas ações estão sendo feitas para garantir a promoção do empoderamento em saúde mental. O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial traz em suas determinações pontos importantes acerca dessa discussão. Uma das orientações da conferencia, por exemplo, é a de fortalecer as associações, criar mecanismos de garantia de acesso a emprego e renda para os

usuários favorecendo a diminuição do preconceito e promovendo cidadania (SUS, 2010).

Sobre isso, Lorio (1997) destaca que o estímulo à participação é parte das estratégias de empoderamento possíveis, porém é necessária vigilância, no sentido de que essa participação não seja apenas de caráter consultivo e pouco resolutivo, faz-se necessário de fato, os atores que vivenciam as situações, os implicados pelas políticas tenham poder de deliberação e decisão nos espaços.

Destacamos também a orientação para que se estimulem os familiares e usuários nos serviços a comporem esses grupos, tipo associações, que se estimulem internamente ao serviço a discussão e a troca, como reuniões e assembléias regulamentando espaços próprios e autônomos de promoção do empoderamento, para que os sujeitos, no caso do CAPS, os usuários, possam contribuir de forma efetiva para a melhora no atendimento e os serviços.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do Estudo

Este trabalho é um subprojeto da pesquisa CAPSUL II (2011), estudo delimitado no campo da avaliação dos serviços de saúde mental, observando estrutura processo e resultado, de enfoque quantitativo e abordagem epidemiológica com enfoque qualitativo, caracterizada como responsiva, construtivista de abordagem hermenêutico dialética (CAPSUL, 2006).

A metodologia da pesquisa CAPSUL II é a Avaliação de Quarta Geração (GUBA E LINCOLN, 2011) que se trata de uma união do enfoque responsivo, utilizando informações e questões dos grupos de interesse, e a metodologia construtivista, que visa construir um consenso crítico entre os grupos de interesse que antes tinham construções diferentes, por vezes conflitantes. Foi apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Faculdade de Enfermagem da UFPel.

A fase qualitativa da pesquisa CAPSUL II se deu em três municípios localizados nos estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná sendo respectivamente, Alegrete, Joinville e Foz do Iguaçu.

O presente trabalho traz como abordagem metodológica o estudo de caso – do CAPS de Alegrete – a partir de uma abordagem construtivista. Guba e Lincoln (2011) afirmam que o estudo de caso é a melhor forma de apresentar o relatório da avaliação de quarta geração, pois permite ao leitor a incorporação da construção conjunta, pois visualiza de que forma os sujeitos interpretam as situações e por que.

O estudo de caso, segundo Minayo (2010) é recomendado quando há a possibilidade de observação direta sobre os fenômenos, tratando-se de uma abordagem que permite a construção do conhecimento sobre características de eventos vivenciados. Recomenda-se se também, que se use diversas fontes de informação sobre o mesmo fenômeno, a fim de criar uma cadeia de evidencias relevantes durante o trabalho de campo.

Sobre o caráter construtivista, Guba e Lincoln (2011) descrevem como característica o fato de o estudo se dar em um ambiente natural, onde são admitidas diferentes realidades que estão diretamente ligadas ao contexto estudado.

5.2 Local do Estudo

Para a realização da fase qualitativa da pesquisa CAPSUL II foram eleitas as cidades de melhor adequação a portaria 336/GM de 2002, que dispõe sobre a organização e estruturação dos CAPS. Entre os municípios pesquisados no estado do Rio Grande do Sul, Alegrete se destaca como um dos que melhor se enquadram neste critério

O município de Alegrete localiza-se na fronteira oeste do Rio Grande do Sul a 506 Km de distância da capital, Porto Alegre, fazendo divisa com algumas cidades como: Uruguaiana, Quarai, Itaqui, Manoel Viana, Rosário do Sul e Cacequi. Possui um total de 89.144 habitantes, sendo que destes 44.828 são do sexo feminino e 44.316 pertencem ao sexo (REDESUL, 2011 p.165)

A rede de saúde mental do município de Alegrete compõe-se de CAPS II, CAPS i, CAPS ad, Serviço Residencial Terapêutico, ala em Hospital Geral conhecida como SAIS da Casa. Há também Moradias Assistidas, Moradias Transitórias, Programa Primeira Infância Melhor, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Redução de Danos, Unidades Básicas de Saúde, uma delas trabalhando na Estratégia de Saúde da Família. No entendimento dos gestores, também fazem parte da rede as escolas, o Programa de Prevenção à Violência, o Conselho Tutelar e o Ministério Público. (REDESUL, 2011 p.167).

Importante ressaltar a articulação intersetorial com o Poder Judiciário, secretaria de educação, Câmara de Vereadores, com a brigada militar, esta que atualmente oferece suporte de segurança ao serviço quando considerado necessário, entre outros espaços onde transitam os usuários.

O CAPS II de Alegrete localiza-se na região central da cidade e fica em frente a uma bonita praça. Sua estrutura física é ampla, conta com uma recepção, salas de atendimento individual e grupal: cinco salas (uso das psicólogas e assistente social). Salas de oficinas: três salas (observa-se a utilização de duas, que estão em boas condições, uma delas está fechada), uma sala de aula, com saída para o pátio. Está sala esta com um pouco de entulho, de material, para reciclar nas

oficinas, é onde se trabalha a alfabetização, do projeto Brasil Alfabetizado, com uma professora especifica. Anfiteatro: Uma sala grande onde ocorre a assembléia, e reuniões de grupo. Sala de enfermagem: dois espaços. Não tem privacidade, as questões trazidas são tratadas mesmo que outras pessoas estejam presentes. Muito cheia de móveis, pouco espaço de circulação. Duas mesas, armário, computador, cadeiras. Sala do atendimento médico: uma sala. Privativa, não tem luz direta mas tem circulação de ar. Mesa e três cadeiras. Sala da associação: uma sala em boas condições, bem organizada, com mesas, cadeiras e armários mas não tem luz direta e ventilação. Sala de coordenação: uma mesa e cinco cadeiras. Bem organizada. Privacidade, luz direta e ventilação. Apresenta goteiras, que estão estragando o piso. Uma sala de repouso que está desativada. A situação do mobiliário desta sala é péssima. Todas as cadeiras estão quebradas e com o estofamento rasgado. Banheiros: quatro, sendo que em cada um tem Box e dois vasos. Os banheiros têm boas instalações, mas estão mal cuidados. Não tem papel higiênico para os usuários. Outros dois banheiros, que são de uso da equipe, um junto ao refeitório, bem limpo, ótimas condições, outro junto à enfermagem, a chave deste fica neste setor para o uso da equipe, bem limpo em ótimas condições. Cozinha: Adequada, arejada, ampla, condições adequadas, armários novos brancos, bem limpos, fogão industrial, duas geladeiras, micro-ondas, balcão americano, dando para o refeitório. Refeitório: Arejado, amplo, condições adequadas para uso, com duas mesas grandes. Em uma delas há oito cadeiras e a outra conta com aproximadamente 30 cadeiras. Lavanderia e espaço com churrasqueira em ótimas condições, aberta para o pátio, ampla. Espaço adequado para atividade física e festas. As cadeiras disponíveis ali para o usuários estão quebradas, em condições precárias. Este espaço eles usam para atividades livres. (DC1, OBS1)

O serviço realiza acolhimento, atendimentos psicológicos individuais, oficinas de alfabetização, futebol, música, tapeçaria, costura, desenho e pintura. O serviço também realiza visitas domiciliares. O número usuários é de 45 intensivos, 69 semi intensivos e 262 não intensivos, os moradores do residencial terapêutico estão cadastrados como intensivos e o atendimento feito na casa conta como horário do intensivo, para o CAPS porque no residencial tem profissionais da saúde mental para atendê-los.

O CAPS atende usuários com transtornos mentais graves e persistentes, pacientes com transtornos mentais leves, pacientes com déficit cognitivos e comorbidades, usuários com transtornos mentais e dependência química. Funciona como CAPS com atenção diária e atendimento psiquiátrico, psicológico, de enfermagem e de reabilitação psicossocial. Funciona também como ambulatório de saúde mental, com atendimento psiquiátrico e psicológico.

Funciona das sete horas da manhã até as 18 horas. Sendo que para os usuários o atendimento ocorre das oito horas até as 16:30h.

5.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo são usuários, trabalhadores, familiares, enfim, todas as pessoas envolvidas no dia a dia do caps. De acordo com Minayo (2010) o método da observação participante pode ser, de acordo com alguns estudiosos, não apenas como estratégia no conjunto da investigação, mas sim como um próprio método para a compreensão de realidades.

5.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados através da observação, que segundo Minayo (2010), trata-se nesse caso de observação dirigida, pois é formulado um roteiro de observação acerca de temas que constituem o objeto de observação.

Neste projeto de pesquisa, foram a campo três observadores, entre eles o autor deste projeto, que de inicio fizeram uma observação livre, que a metodologia da Avaliação de Quarta Geração chama de etnografia prévia, que precedeu a observação mais sistematizada, seguindo um roteiro de observação. No total, foram 253h de observação e os dados foram registrados em diários de campo. A coleta de dados se deu pela Avaliação de Quarta Geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética, além da observação.

Os dados foram coletados entre os dias 25 de julho e cinco de agosto de 2011, por três pesquisadores que produziram diários de campo, completando um total de 253 horas de observação participante, sendo observadas além das características físicas, as práticas e o cotidiano do serviço. No trabalho de campo um pesquisador se deteve em observar e registrar suas impressões durante todo o período da coleta de dados, os outros dois pesquisadores dividiram-se entre as

observações e as outras atividades previstas no projeto original. As observações neste projeto são citadas no texto fazendo referência ao diário de campo e a ordem da observação

5.5 Principios Éticos

A Pesquisa CAPSUL II foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel dia 21/03/2011, sob o parecer número 176/2011 (Anexo 5). Os participantes foram informados a respeito da pesquisa, optando ou não em participar. Os participantes que aceitaram em participar assinaram o consentimento livre e esclarecido. Após a autorização da coordenação da pesquisa para utilização dos dados (Anexo 6), entrou-se em contato com os diários de campo.

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, Resolução COFEN nº. 311/2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que diz respeito às responsabilidades e deveres (artigos 89, 90 e 91) e às proibições, (artigos 94 e 98); e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

5.6 Análise de Dados

De acordo com Minayo (2010), fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação. No presente estudo, as unidades de informação foram agrupadas em três núcleos temáticos, que foram definidos pelas dimensões de vida social a partir de três níveis do processo de empoderamento delimitados por Kleba (2009): nível individual ou psicológico, grupal ou organizacional e estrutural ou político. Os dados, oriundos dos diários de campo dos pesquisadores estão, organizados conforme indicado na metodologia do trabalho estão no apêndice 1. Realizada esta primeira etapa, desenvolveu-se a discussão relacionando as unidades de informação à literatura acerca do tema.

6 Cronograma

Quadro 1. Cronograma de atividades

	2011/01	2011/02	2012/01	2012/02
Construção do Projeto	X	X	X	
Revisão de Literatura	X	X	X	X
Coleta de Dados	X			
Exame de Qualificação			X	
Análise dos Dados		X	X	X
Defesa da Dissertação				X

FONTE: Pesquisador.

7 Recursos Materiais

Material	Quantidade	Valor Unitário	Total
Lápis	06	R$1,00	R$ 6,00
Borracha	05	R$ 0,50	R$ 2,50
Caneta	10	R$ 2,00	R$ 20,00
Gravador MP3	02	R$ 100,00	R$ 200,00
Pilha (Pacote)	05	R$ 6,00	R$ 30,00
Pen Drive	01	R$ 20,00	R$ 20,00
Papel A4 (pacote / 500)	02	R$ 22,00	R$ 44,00
Caderno	03	R$ 7,00	R$ 7,00
Passagem intermunicipal	06	R$ 60,00	R$ 360,00
Impressões (folhas)	2000	R$ 0,10	R$ 200,00
Alimentação	42	R$ 45,00	R$ 1890,00
Mochilas	03	R$ 60,00	R$ 180,00
Hotel	42	R$ 60,00	R$ 2520,00
Encadernação capa dura	06	R$50,00	R$ 300,00
Transcrição entrevistas	03	R$ 360,00	R$ 1080,00
Computador	01	R$ 1000,00	R$ 1000,00
Valor Total			**R$ 7559,50***

*Apoio CAPES e Ministério da Saúde

Referências

.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras historias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996. 3ª reimpressão 2008.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**.** 1.ed. Rio de

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil : Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski. – Pelotas, 2007 437p.

COSTA ROSA, A. et al. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

COSTA ROSA, A. O modo psicossocial : um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar: in AMARANTE. **Ensaios**: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. 2ª reimpressão 2006.

DUARTE, L. C. **Os Movimentos Sociais Urbanos nos Anos 70 e 80:** um balanço historiografico. Vértices. Ano 3. n1. mar. p. 33-37.

FERNANDES, M. R. O. J. et al. Cidadania e qualidade de vida dos portadoresde transtornos psiquiátricos:contradições e racionalidade. **Rev. Esc. Enferm**: USP, v. 37, n. 2, p. 35-42, 2003.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. 312p.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, p. 48-55, março, 2001.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração.** Tradução Beth Honorato. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2011. 320p.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 96-100.

IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de ireitos. In: ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002. p. 21-44.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.399-407, março/abril. 2007.

MARSHALL, TH. **Cidadania, classes sociais e status**. Zahar editores, Rio de Janeiro, 1963. 220p.

MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru-Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1987.

MIRANDA, A. P. M. Movimentos Sociais, a construção de sujeitos de direito e a busca pela democratização do estado. **Lex Humana**: Petrópolis, nº 1, 2009, p. 219.

MYNAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa m saúde**. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

REDESUL. Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial: relatório final / Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; Luciane Prado Kantorski (coord.). Pelotas, 2011. 418.p.

RODRIGUES, J.; BROGNOLLI, F. F.; SPRICIGO, J. S. As associações dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando suas significações. **Texto Contexto Enferm**: Florianópolis, v.15, n.2, p. 240-245, abr-jun. 2006.

RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2005. 158p.

RODRÍGUEZ, M.; VILLACORTA, A. E. Metodologias e ferramentas para implementar estratégias de empoderamento. In: ROMANO, J. O.; ANTUNES; M. **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro : ActionAid Brasil. 1997. 116p.

SADER, E. **Quando Novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande são Paulo 1970-80**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e terra,1995.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Ed. Paulus, Rio de Janeiro, 2004.

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

VASCONCELOS, E. M.; Rodrigues, J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. In: Eduardo Mourão Vasconcelos. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2010, p. 141-162.

VASCONCELOS, EM (coord). **Cartilha de ajuda e suporte mútuos em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Anexos

Anexo 1 Carta de Apresentação ao Coordenador do Serviço

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, ___/___/___.

ASSUNTO: AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL.

Senhor Coordenador:

O Ministério da Saúde selecionou instituições e projetos de pesquisa, entre eles a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas para desenvolver um projeto de pesquisa na linha de Estudos de avaliação dos Serviços em Saúde Mental com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Eu, Luciane Prado Kantorski, Enfermeira e professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com Docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, estou Coordenando o Projeto de pesquisa **AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIAO SUL DO BRASIL – CAPSUL II** e venho por meio deste apresentar o referido projeto e solicitar a apreciação desta coordenação bem como da equipe do serviço e demais órgãos hierarquicamente implicados sobre o interesse em colaborar com nosso estudo recebendo nossa equipe de pesquisadores no serviço.

Apresentamos a seguir os objetivos do estudo de avaliação e um breve detalhamento do projeto.

Objetivo:

Avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

1 METODOLOGIA:

A presente pesquisa, buscando ampliar os eixos da avaliação, constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferece diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando esses serviços.

Deste modo, dividimos a apresentação do projeto a partir de dois subprojetos, a saber:

- ⇨ **Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS** – avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.
- ⇨ **Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS** – abordagem epidemiológica

A seguir apresentamos os dois subprojetos.

Nesta fase estamos realizando o estudo qualitativo e através desta carta apresentamos nossos entrevistadores **xxxxxxxx**, que irão desenvolver o trabalho e campo no mês de julho e agosto de 2011, realizando entrevistas com usuários, familiares, trabalhadores dos CAPS, coordenador do CAPS; grupos focais. A seguir brevemente detalhamos os objetivos da pesquisa.

ESTUDO DE AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS CAPS DA REGIÃO SUL – abordagem epidemiológica

OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde desenvolvida pelos CAPS I, II, III da região sul do Brasil – RS, SC, PR

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as condições estruturais dos CAPS da região sul.

Condições relacionadas a:

- Área física;
- Recursos humanos;
- Recursos materiais;

- Avaliar o processo de atendimento nos CAPS da região sul: processo de trabalho e organização da ação em saúde.

Para a avaliação do processo de atendimento psicosocial, desenvolvido nos CAPS, será realizada uma auditoria dos registros dos usuários, com verificação do conteúdo relativo a:

- Projeto terapêutico do serviço;
- Plano terapêutico individual do usuário;
- Normas e atividades padronizadas;
- Sistema de referência e contra-referência;
- Registro de atendimentos em prontuários.

O processo de trabalho será avaliado através:

- Satisfação dos trabalhadores de saúde;
- Perfil dos trabalhadores;
- Condições de trabalho;

- Sobrecarga de trabalho.

- Avaliar resultados da atenção em saúde mental desenvolvido pelo CAPSII

A partir do usuário:

- Padrão de saúde do usuário;
- Autonomia;
- Inserção;
- Cidadania;
- Satisfação.

E a partir do familiar:

- Satisfação;
- Sobrecarga.

Reforçamos a importância da contribuição do serviço no sentido de acolher o estudo possibilitando que possamos disponibilizar para o Ministério da Saúde e para os CAPS ao final da realização do projeto um banco de dados de avaliação que permita uma tomada de decisões qualificando cada vez mais este tipo de serviço que tem um papel fundamental e estratégico no processo de reforma psiquiátrica.

Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos e despedimo-nos.

Atenciosamente

Anexo 2 Roteiro de Observação

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

SERVIÇO

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação)
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade)
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros)
- Características dos usuários (por modalidade - intensivo, semi-intensivo ou não intensivo – faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.)
- Como funciona o serviço (características, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades
- Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características)
- Observar como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade)
- Observe de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde.
- Existe algum tipo de avaliação das ações?
- Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios
- Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades
- Como o serviço faz os movimentos de articulação no território?
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer)
- Como o serviço se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental?
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade;

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS:

- Profissional (is) que realizou (aram) o atendimento
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço

- Relação usuário e profissional
- Escuta
- Exame físico e psíquico
- Uso de roteiro
- Uso de normas do serviço (rígida ou não)
- Conduta do profissional frente ao caso
- Como o usuário foi recebido
- Recebeu informações necessárias sobre a intervenção
- Como o usuário recebeu esta intervenção
- Aceitação da intervenção pelo usuário
- Quem agenda os atendimentos (de que forma se dá o acesso do usuário ao CAPS
- Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento Qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta?
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida). Se há usuários que voltam sem serem atendidos?
- Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS
- Como é o acesso a outros atendimentos, comooficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho?
- Como é feito o agendamento para retorno ao CAPS?
- Observar práticas de recepção e escuta no CAPS.
- Observar recepção de usuários que consomem álcool e/outras drogas e detalhar os desdobramentos do atendimento a estes usuários em particular

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Como se dá o atendimento das situações de urgência e emergência no CAPS e qual o tempo de espera?
- Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência? E para o não atendimento destas situações?
- Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS?
- Em que situações se encaminhamenta e para onde se encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar).
- Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir d o CAPS? E quais as estratégias de superação?
- Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções)
- Observar se ocorre contra-referência e de que forma ela acontece.

REUNIÕES

- Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras)?
- Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração?
- Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas?

REGISTROS

- Como são feitos e usados os registros?
- Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários).
- Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas.
- Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados
- **Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares.**
- Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe

USUÁRIOS E FAMILIARES

- Quem são os usuários
- Participação dos usuários e família
- Relação com a equipe
- Envolvimento com o serviço
- Como se dá a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros. E a participação da família?
- Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas pela equipe na comunidade
- Observar a articulação dos usuários e familiares com lideranças e entidades comunitárias

TRABALHADORES:

- Quem são os trabalhadores, características, formação.
- Envolvimento com o serviço
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que freqüência de reúnem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde)
- Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente ao CAPS (detalhar quando e quem está em que turnos)

- Observar a presença de stress, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe
- Existe propostas de capacitações, estas são dirigidas a equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas
- Observar se os profissionais tem afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho.
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários.
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários.
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero.
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho.
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades?
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe.
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades?
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares.
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem.
- Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas?
- Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade?
- Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados?
- Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam?
- Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos?

Anexo 4 Consentimento Informado

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada **"AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II",** autorizando a observação, a entrevista, a realização de grupo focal e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, em como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, Durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA:_____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:_____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

Profa. Luciane Prado Kantorski.

Telefone: 53-39211427 ou 53- 99832430. E mail: kantorski@uol.com.br

Anexo 5 Parecer Comitê de Ética

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N º 176/2011
Profª Dra. Luciane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **"Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II".**

Protocolo interno N º 017/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.

Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPel
COREN-RS 21885

ANEXO 6

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Carta de Autorização para Utilização de Dados de Pesquisa

Eu, Luciane Prado Kantorski, coordenadora da pesquisa Avalição dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil II (CAPSUL II) desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, autorizo o pós-Graduando Leo Jaime da Silva a utilizar os dados da pesquisa citada anteriormente para a sua Dissertação de Mestrado, desde que respeite os princípios éticos, ou seja, mantendo o anonimato dos sujeitos e a responsabilização para com a pesquisa.

Pelotas, 25 de novembro de 2012.

_____
Prof.ª Enf.ª Dr.ª Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do CAPSUL II

Apêndice

Apendice 1 Quadro de análise dos dados

Nivel pessoal ou psicológico: convicção acerca da própria competência e capacidade, compreensão crítica sobre o contexto, desejo de ser ativo e exercer influência sobre o meio. Unidade de análise são os indivíduos	Dificuldade do usuário de impor seu desejo de não ficar no serviço nesse dia: " Estava o usuário Fernando, um pouco agitado, porque não queria ficar no CAPS. Ele estava com sua mãe, que queria fazê-lo ficar e que pediu para as profissionais da enfermagem, falar com o coord. para trabalhar com ele, para que fique no serviço. A mãe relata que ele não quer ficar desde o dia em que foi agredido por outro usuário (obs 1)" Usuário que durante assembléia, ao ser informado que o estudo apresentado era de avaliação do serviço, se dispõe a colaborar e propõe método de troca de informações: ". O usuário João Fernandes apresenta liderança, faz sugestões, coloca que ele e outros poderiam escrever em casa sobre o CAPS, para nos trazer informações, por que segundo ele, em casa é possível pensar e organizar melhor as idéias. (obs 1) Iniciativas individuais dos usuários para contribuir nos momentos de atividade de grupo são permitidas e estimuladas: ". Faço fotos, seu Arisoli sugere a foto de outro ângulo para que ele apareça. Faço as fotos. Lucia, canta sozinha e dança sem se importar com os outros. Observa-se o quanto o canto faz bem para alguns.observo que nas paredes tem quadro com aniversariantes do mês, e as notas musicais. Alguns pedem para cantarem solo (Lucia, Gerson Claudio). Nice está inquieta, com acatisia. Suzana e Gerson, fazem as vezes de secretários da prof. Aline. (obs1) Relato do observador sobre usuária que decide de que atividade participa no caps: "Dona Lourdes não fica para outras atividades no serviço, disse que só vem para o atendimento com a psicóloga Nádia (obs1)" Usuário que recebe auxilio da equipe na administração de suas finanças, e o dinheiro é usado como troca para ele realizar tarefas orientadas pela equipe: " Ela não é a responsável pelo dinheiro, mas ajuda a enfermeira que administra o dinheiro a fazê-lo se cuidar. Elas dizem que não vão lhe dar o dinheiro caso não tome banho. E ele toma, volta para a oficina sorridente, contando que tomou banho. (obs1)" Comentário sobre usuária que havia se tornado

	muito dependente da equipe, aparece o esforço por maior independência da mesma: " Ele comenta que ela foi acostumada por outra profissional que não está mais no CAPS a receber tudo na mão. Agora ela liga e fica pedindo coisas, assim aos poucos sem planejamento. Ele avalia que ela está muito dependente e que é preciso ir aos poucos independizando-a. (obs1)" Usuária que negocia diretamente com trabalhador sua freqüência de participações no grupo: " Observo situação de processo de alta no grupo, uma participante já estava vindo só uma vez por mês, por que estava bem, ela pede para vir novamente quinzenalmente, por que perdeu o pai, está cuidando da mãe e sente-se muito triste e fragilizada. Ana disse que ela pode voltar a vir quinzenalmente, até sentir-se melhor. (obs1)" Observador relata que usuários realizam atividades livremente durante oficinas: " Na oficina uns usuários desenhavam e outros faziam envelopes e outros estavam sentados tomando chimarrão e ouvindo a música que tocava no rádio (obs2)" Observador descreve iniciativa individual de buscar sua psicologa, pois até então, não havia sido procurado pela equipe após alta do hospital geral: ". Veio um usuário e sentou ao meu lado. Ficamos conversando e ele me disse que também precisava falar com ela. Ela era psicóloga dele e já fazia uma semana que havia recebido alta do hospital geral e ainda não tinha conseguido falar com ela. (obs2)" Iniciativa de um usuário sobre forma de contribuição com a pesquisa: " Um usuário pediu para pensar em casa e trazer alguns pontos por escrito sobre o serviço para contribuir com a avaliação, idéia que aceitamos. (Obs3)" Observador descreve oficina em que os usuários não podem sair quando quiserem: "Os usuários se apresentaram, nós nos apresentamos e participamos de toda a oficina. Me chamou a atenção o fato de os usuários não terem a liberdade de ir e vir, ou de sair da oficina quando quisessem. (obs3)"
Nível grupal ou organizacional: respeito recíproco e apoio mútuo, promove estruturas decisórias coletivas, ação social coletiva, articulação com outras pessoas e organizações	Aproximação da comunidade com o serviço, demonstrada no dado de observação: " Chegamos ao serviço as 8horas da manhã, encontramos na praça em frente ao CAPS, o coord. Clodoaldo conversando com três senhoras, que esperavam

	para realizar a caminhada. Segundo o coordenador, estas senhoras são da comunidade e fazem a caminhada junto com a profissional e os usuários do CAPS. O coord. nos convidou para entrar e conhecer o CAPS. (Obs 1)” Sobre um espaço onde os usuários ficam a vontade em momentos de descontração, sem acompanhamento da equipe: “Este salão fica ao lado da churrasqueira, onde os usuários ficam em grupo, conversando, tomando chimarrão e fumando, sem a presença de profissionais. (obs1) Profissionais com boa interação com os usuários : “ A técnica de enfermagem Silvana chega brincando com todos, pede para entrar no gol, no lugar de seu Arisoli, e fica atacando no gol, chuta bem e forte e leva uma bolada, mas segue jogando. Ela demonstra grande animação. (obs1)” Usuários conduzem a dinâmica de um grupo por ser aniversário da psicóloga: “ Então duas usuárias tomam a palavra e dizem que hoje é dia dela receber, e que eles querem devolver algumas coisas que ela deu a eles e informam que farão uma dinâmica que prepararam para o grupo. Entregaram um saco de TNT vermelho, onde está escrito, MENTALEIROS 2011, dentro tem muitas frases que elas propõem serem pegas pelas pessoas e lidas por cada um, com comentários se desejarem e se for possível. As frases eram muito significativas tais como: temos vários nortes, somos todos cuidadores, metamorfaseando-se, pegadas, coletividade, trabalhando potencialidades, ser diferente é normal, somos loucos pelos meus direitos (obs1)” Cuidado domiciliar realizado pela equipe :”A técnica chega limpando, ajudando a organizarem-se, faz o usuário ir com eles até o CAPS para tomar banho e se alimentar. Sai do serviço com outra aparência, roupa limpa, e bem alegre. Fica de voltar na próxima segunda. Este serviço é muito importante, que eles fazem de atenção em casa, cuidam de usuários com situação de extrema vulnerabilidade, eles fazem excelente trabalho (obs1)” Negociação envolvendo usuário e familiares sobre condutas a serem tomadas :” Clodoaldo explica o contrato feito com a família de que todos deveriam vir para o tratamento. Já estão sendo atendidos. (obs1)” Usuários reunidos em grupo planejando informalmente ações do serviço, tendo idéias e

	contribuições coletivamente: “Conversam amistosamente, não presencio nenhum problema entre eles. Fazem planos para as atividades de passeios, viagens, e trabalho no próprio CAPS. Os usuários ficam ali até à hora de iniciar a oficina. (obs1)” Observação sobre um grupo que se organiza e inicia a reunião por conta própria: “A tarde após as 14 horas vou para o salão onde vai ocorrer o grupo da psicóloga Judete. Ela ainda não chegou, mas como vi muitos usuários chegando e dirigindo-se para o salão e como a recepcionista me informou que os próprios usuários chegam e arrumam a sala, fazem chá e chimarrão e muitas vezes iniciam a conversa em grupo. Desci e pude testemunhar que a sala já estava sendo arrumada, o chá também, o armário para retirar as canecas, o grupo se conhece e falam em subgrupos. (obs1)” Relato sobre abordagem de uma profissional sendo grosseira com usuário, que apresentava conduta inadequada mas desproporcional à reação: “Enquanto apresentávamos entrou um usuário falando alto e fumando, a oficineira pediu que ele ficasse quieto e não fumasse dentro da sala. Ele continuou reclamando e nesse momento a estagiária de educação física foi bastante grosseira ao falar com ele. Disse que ele queria se “aparecer”. Xingou ele com a voz alterada (obs2)” Observador percebe movimento dos usuários no sentido de valorizar o CAPS: “ Após a oficineira perguntou se eles tinham alguma coisa para falar. Alguns usuários se inscreveram. Muitos falaram sobre o CAPS. Elogiaram p serviço e os profissionais. Talvez porque estávamos lá fazendo uma avaliação eles procuraram mostrar as questões positivas do serviço. (obs2) Observador identifica pouca participação dos usuários na assembléia: “Participamos da assembléia geral dos usuários, momento de pouca participação, acredito que pouco mais de 10 usuários compareceram, estavam presentes o coordenador a prof de Ed física e uma funcionária que faz oficinas, esta que organizava a assembléia (obs3)” Observador descreve momento de confraternização que reúne trabalhores, usuários e secretária municipal de saúde: “ Depois da entrevista fiz a análise e me dirigi a uma confraternização que estava acontecendo em função do aniversario de uma profissional do

	caps, estavam lá muitas pessoas entre usuários e profissionais, me chamou a atenção a presença da secretária de saúde na comemoração, que se deu após o grupo terapêutico da profissional (obs3)" Trabalhadores participam espontaneamente de oficinas, junto dos usuários: ", a única profissional dentro do caps era a professora da oficina de canto, acompanhada da funcionaria da higienização que participou da oficina (obs3)" Observador comenta o fato de alguns trabalhadores almoçarem antes mesmo do refeitório ser aberto aos usuários: "Realmente, conforme havia sido dito em entrevista por um usuário, alguns funcionários almoçam antes do refeitório ser aberto para o almoço dos usuários. Questionei essa situação e a resposta foi que elas preferem almoçar antes para ficarem livres para servi-los e limpar a cozinha depois (obs3) Observador descreve momento da oficina : "Segundo a professora, é um momento para trabalhar a autonomia e auto confiança, perder a vergonha de se expressar em público, já que são pessoas que viveram (vivem)à margem durante anos, sem ser ouvidos nem valorizados (obs3)
Nível estrutural ou político: desencadeia sensibilização para recursos existentes, oportunidades de apoio externo, motivação com idéias e visões, iniciativas e projetos que promovem ações conjuntas. Criação e conquista de espaços de participação na perspectiva da cidadania. Redistribuição do poder político	Iniciativa do serviço de um grupo auto gerenciado que não deu certo, mostra a dificuldade que ainda persiste entre os usuários: "O grupo é misto, quanto ao gênero e a patologia. Há uns oito anos atrás, fez a experiência de o grupo se autogerir nas suas férias. Mas não deu muito certo, não foi adiante.(obs 1)" Observador descreve inicio de uma reunião da Associação dos Usuários e Familiares do Serviços de Saúde Mental: ". Norma é presidente da associação, atualmente já está de alta e continua atuando na associação. Ela abre a reunião e passa a palavra para a psic. Nádia. Esta apresenta outros membros, Sr. Farlei esposo de dona Sandra que é usuária do CAPS, Marieta e Dona Marli. Refere aspectos de construção da reforma psiquiátrica (obs1)" Membros da associação relatando conquistas da organização popular ". Referem alguma lutas desta associação, entre outras: pela moradia transitória, pela casa do idoso, pela universidade, inclusive participando em reunião em Brasília com o ministro da educação, na luta pela universidade em Alegrete, passe livre, projeto para a criação dos demais CAPS, alimentação, SRT(movimento construído pela comunidade pelo prédio), este foi

	projeto votado pelo movimento popular, na consulta popular, para terem mais leitos no hospital geral, entre outros. (obs1)” Membros relatando atividades desenvolvidas pela associação “A associação mantém um trabalho importante, que é a oficina dos documentos perdidos, recolhendo documento nos lugares como rádios e outros e fazendo uma procura de seus donos para proceder a entrega, é um serviço de utilidade pública, que traz reconhecimento para a associação. A idéia é mostrar a sociedade o quanto os usuários podem assumir responsabilidades. Participam de um projeto ambiental, fazendo registros fotográficos do rio e de suas mudanças pela poluição. Sr. Farlei está contribuindo para o projeto na cidade. Posicionaram-se contra cortar um coqueiro, conseguiram transplantar a árvore. Realizaram denuncias sobre os maus tratos com animais. Ajudam uma ONG que há na cidade pela proteção dos animais. Lutam por uma política de castração de animais, rádio comunitária é um espaço importante (obs1)” Atividade de alfabetização : “ Ás 10:30 h fui para a oficina de alfabetização, está acontece por um convenio da prefeitura com o governo federal. Esta atividade é administrada pela oficineira Sônia. Esta oficina acontece as 4º e 6º feiras. (obs1)” Exemplo de situação de conflito entre trabalhadores e usuários: “Entre estas queixas, a oficineira tentou interromper várias vezes, argumentando que não é bem assim, que a psicóloga atende sempre que eles precisam. Pede que eles parem de reclamar. Eles dizem estarem só conversando e perguntam se não podem falar nada. Nisso a estagiária de educação física manda eles pararem, gritando e diz que eles estão querendo aparecer, por que estou ali, (obs1)” Observador identifica que o grupo faz uso da assembléia para questionar a equipe e pensar o serviço: “ porém ao ler as anteriores no livro de atas, observo que este espaço é usado para questionar o serviço, para reclamar dos banheiros sujos, das goteiras, do horário de almoço, contam que apararam a grama, para jogar futebol, que organizaram viagens, enfim parece realmente que o grupo utiliza a reunião para pensar o serviço e o que eles observam de problemas e as soluções trazidas pelos próprios usuários (obs1). “

	Comentário do observador sobre um grupo : " Observo muita emoção neste encontro, há muita demonstração de empoderamento, de autonomia, de crescimento pelo que colocam as pessoas no grupo. O vinculo com esta profissional é muito intenso, se discute aspectos da luta antimanicomial, enfrentamento do preconceito, orgulho louco, o quanto o apoio encontraram neste espaço de cuidado. (obs1)" Espaços da rede por onde os usuários do caps transitam: " eles relatam que estas se dão com o CRASS, onde também há oficinas e atividades e onde alguns usuários do CAPS se inseriram, (A usuária Carmelita, já havia me falado destas), Moradia transitória, albergue , casas da secretaria de ação social; secretaria de habitação, programa lar do idosos foi uma conquista em que eles participaram; programa habitacional onde alguns moradores, foram incluídos; educação, APAE, centro de qualificação profissional, os usuários podem fazer informática e dança. (obs1)" Ainda sobre articulações na rede: " Quanto a inserção no trabalho, já foram feitas indicações para postos de trabalho, mas não com muito êxito. Quanto ao lazer, estão sempre programando passeios, exposições agropecuárias, eventos culturais e outros. Sempre que possível apresentam as atividades desenvolvidas no CAPS. (obs1)" Equipe comprometida com os princípios da reforma psiquiátrica : "A família queria institucionalizá-lo, Clodoaldo deixa bem claro, que isso não pode ser cogitado, por que é tudo que o serviço não pode deixar acontecer. (obs1)" Durante um evento político de entrega de um carro ao caps infantil, o coral do CAPS II são a única atração artística do evento: Observador destaca comportamento dos usuários ao participar de um evento importante no município: ". Observo que usuários que quase não falam no serviço, comparecem e se empenham em se apresentar bem. Parece que crescem neste momento. Após converso com vários, que demonstram realização em se apresentarem, conferem importância a estas apresentações (obs1)" Equipe comprometida e conhecedora das necessidades dos usuários: "A merendeira cuida muito destas necessidades dos usuários, alimentação, banho e outros cuidados. Observa-se que esta iniciativa é também da profissional da

	limpeza, de três das oficineiras e das técnicas de enfermagem. Estas sabem muito das necessidades dos usuários, quanto à sobrevivência, moradia, alimentação (obs1)” Profissional do serviço, que também é vereadora, conversa com seu grupo sobre questões da política local: “. Observei que ela comunica ao grupo o que está ocorrendo na política de saúde no município, penso que é interessante esta atitude porque vai possibilitando entender, conhecer o que acontece na cidade (obs1)” Usuário durante reunião de validação dos dados fala sobre criação de uma rede: “Antonio coloca que deveria ter alguém para defendê-los, que possa representá-los, e que acreditem neles. Eles acham que isto é preconceito e que mesmo alguém com estudo, pode enlouquecer. Trazem a idéia de formar uma rede, por que em todo o Rio Grande do Sul tem serviços de saúde mental, em todas as cidades e que surgem muitas idéias que poderiam ser compartilhadas para melhorar o serviço e diminuir o preconceito. (obs1)” Observador relata diálogo com trabalhadores sobre como se dá a abordagem da Brigada Militar aos casos de crise: “ Contaram que a BM não quer mais acompanhar os profissionais nas situações de crise, pois mudou o comando da BM e devido aos diversos processos que a BM está respondendo por entrar nas casas, algemar usuários o novo comando só vai se tiver uma autorização do Ministério Público. (obs2) Observador comenta a maneira em que é servido o almoço, em que os usuários recebem o prato servido: “ Estavam aquecendo o almoço. A responsável pela cozinha servia os pratos e deixava para que eles pegassem os pratos servidos. (obs2) **Equipe do caps agenda atendimentos para usuárias em UBS: “A enfermagem faz a contracepção injetável trimestral das usuárias intensivas e outra semi-intensivas, e esta atividade é anotada no caderno de controle. Também agendam CP na UBS mais próxima da casa da usuária quando estas tem condições de irem sozinhas. Caso contrário marcam no PAM e que alguém da enfermagem do CAPS acompanha (OBS2)** Relato sobre agendamento de consultas para usuários nas UBS: “ A enfermeira diz que marcam dentista também no PAM para os intensivos e

	semi-intensivos. (obs2) Observador comenta momento do almoço, dessa vez, os usuários servem-se a vontade, pode-se concluir que somente os mais comprometidos ganham o prato servido: " Depois ela foi chamando dois homens e duas mulheres de cada vez para se servirem. Os pratos, talheres e saladas ficam na bancada e a comida quente fica no aquecedor elétrico de alimentos (Buffet). (obs2) Observador relata caso de usuários de transitava pelo serviço sem acolhimento: " Ele foi no CAPS terça-feira, quarta-feira, quinta-feira e hoje é sexta-feira e ele não foi acolhido pela psicóloga de referência dele, nem pela TO. Então não foi definido os dias que iria no serviço nem as atividades que participaria. (obs2)" Equipe se mobiliza para ajudar usuária em questão judicial: ". A equipe discutiu a questão dos direitos da usuária sobre a herança da família. Que talvez o irmão quisesse afastá-la por esse motivo. Ficou decidido que conversariam com o judiciário para saber os direitos da usuária (obs2)" Bservador fala sobre registro de assembléias anteriores em que usuários participam ativamente : " Nos registros das assembléias percebemos pouca participação da equipe e vimos questões interessantes, solicitações dos usuários sobre melhorias no ambiente e qualidade dos serviços, Percebemos que esse momento é realmente um importante momento de escuta e conseqüente empoderamento do usuário (obs3)"

II Relatório do Trabalho de Campo

Relatório do trabalho de campo

O presente relatório de campo é parte da avaliação do Programa de pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e refere-se à parte do Projeto de Pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II).

O projeto CAPSUL teve sua primeira edição após aprovação e financiamento do Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, edital 07/2005, sendo apoiado pelo ministério da saúde. Em 2011 teve inicio a segunda edição de estudo, CAPSUL II, estudo delimitado no campo da avaliação dos serviços de saúde mental, observando estrutura processo e resultado, de enfoque quantitativo e abordagem epidemiológica com enfoque qualitativo, caracterizada como responsiva, construtivista de abordagem hermenêutico dialética (CAPSUL, 2006). A fase qualitativa da pesquisa CAPSUL II se deu em três municípios localizados nos estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná sendo respectivamente, Alegrete, Joinville e Foz do Iguaçu.

Este relatório refere-se ao trabalho de campo da etapa qualitativa do projeto CAPSUL II, realizada entre os dias 25 de julho a 5 de agosto, no município de Alegrete RS, etapa em que o autor deste trabalho esteve presente como pesquisador realizando entrevistas com usuários e familiares e observação. De campo. Foram totalizadas 353 horas de observação realizadas por 3 pesquisadores e registradas em diário de campo.

O projeto de Dissertação intitulado Processo de Empoderamento dos Usuários de um CAPS no contexto da atenção psicossocial é um recorte do estudo de caso de Alegrete RS contido no projeto CAPSUL II.

O trabalho de pesquisa teve inicio em 2011 na forma de oficinas para a preparação dos pesquisadores. Como o CAPSUL II trata-se de uma reabertura do caso, o grupo de pesquisadores reuniu-se com o propósito de discutir questões relevantes apontadas na primeira edição do projeto para que estas pudessem ser reavaliadas neste momento. Desse trabalho surgiu um roteiro de entrevista

semiestruturada, que foi acrescido de mais questões ao longo do processo de acordo com o círculo hermenêutico-dialético.

Foram a campo no município de Alegrete RS três pesquisadores, um deles com a tarefa de fazer observação e entrevistas com o grupo de interesse dos trabalhadores, um com a tarefa de fazer observação e entrevista com usuários e familiares e um terceiro com o objetivo de fazer uma observação em profundidade, atendendo a um roteiro de observação prá estabelecido.

A metodologia da pesquisa CAPSUL II é a Avaliação de Quarta Geração (GUBA E LINCOLN, 2011) que se trata de uma união do enfoque responsivo, utilizando informações e questões dos grupos de interesse, e a metodologia construtivista, que visa construir um consenso crítico entre os grupos de interesse que antes tinham construções diferentes, por vezes conflitantes.

Os primeiros dias que sucederam a chegada dos pesquisadores no campo são chamados de etnografia prévia. Tratou-se de um primeiro contado da equipe de pesquisadores com o serviço, com o objetivo de formação do vinculo e observação do espaço em que se desenvolveu a pesquisa.

Os três pesquisadores do campo de Alegrete/RS realizaram as observações e produziram registros em diários de eampo, e estes foram fontes de informação para a presente pesquisa. Neles foram relatadas suas impressões e descritas as cenas do cotidiano do serviço.

Para fins de análise foram destacadas questões relacionadas ao processo de empoderamento nos níveis pessoal, grupal e estrutural, que segundo Kleba (2009) constitui-se como recurso didático e avaliativo, cujos componentes acontecem de modo interdependente.

III Artigo

O Processo de empoderamento dos usuários do CAPS II de Alegrete RS

The process of empowerment of users CAPS II Alegrete RS

El proceso de empoderamiento de los usuarios de CAPS II Alegrete RS

RESUMO

O presente estudo analisa o processo de empoderamento dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, no município de Alegrete RS. Trata-se de um recorte da etapa qualitativa do estudo CAPSUL delimitado no campo da avaliação dos serviços de saúde mental, observando estrutura processo e resultado, de enfoque quantitativo de abordagem epidemiológica e qualitativo, caracterizada como responsiva, construtivista de abordagem hermenêutico dialética. O percurso metodológico do estudo CAPSUL II se deu através da Avaliação de Quarta geração. Este artigo faz uso dos dados de observação de 253 horas registradas em diários de campo dos três pesquisadores que participaram da coleta nos meses de julho e agosto de 2011 no município de Alegrete-RS. Os resultados foram organizados em núcleos temáticos que classificam o processo de empoderamento em três níveis, sendo eles o individual, grupal e estrutural. No nível individual destacou-se a diferença no nível de autonomia de alguns usuários em relação aos demais. No nível grupal destacaram-se as iniciativas coletivas de condução de grupos dentro do serviço, por parte dos usuários, sem interferência dos trabalhadores. No terceiro nível, estrutural ou político, problematiza-se a relação de dependência dos usuários em relação ao serviço, no sentido de que se deve encorajar o usuário a transitar nos espaços sociais sem a necessidade de solicitação de direitos especiais. Conclui-se que em ambos os níveis, os profissionais aparecem como mediadores importantes, podendo ser responsáveis, ou pelo menos colaboradores tanto no desenvolvimento, quanto na inibição da autonomia e empoderamento dos sujeitos.

Descritores: Saúde Mental; Autonomia Pessoal, Psicossocial.

ABSTRACT

This study analyzes the process of empowerment of users in a Psychosocial Care Center in the city of Alegrete RS. This is an excerpt from the qualitative phase of the study capsul delimited in the field of evaluation of mental health services, observing structure and process result of the quantitative approach and qualitative epidemiological approach, characterized as responsive, constructivist approach hermeneutic dialectic. The methodological approach of the study capsul II occurred through the Assessment Fourth generation. This article makes use of the observation data of 253 hours recorded in field diaries of three researchers who participated in the collection during July and August 2011 in the city of Alegrete-RS. The results were organized into thematic units that classify the empowerment process into three levels, namely the individual, group and structural. At the individual level highlighted the difference in the level of autonomy of some users in relation to others. At the group level stood out the collective initiatives of conducting groups within the service, for users without interference of workers. At the third level, structural or political, discusses the relationship of dependence in relation to service users, in the sense that should encourage the user to navigate the social spaces without the need to request special rights. It is concluded that in both levels, practitioners appear as important mediators and may be responsible for, or at least contributors both in development and in the inhibition of autonomy and empowerment of subjects.

Descriptors: Mental Health; Personal Autonomy; Mental Health Services.

RESUMEN

Este estudio analiza el proceso de capacitación de los usuarios en un Centro de Atención Psicosocial en la ciudad de Alegrete RS. Este es un extracto de la fase cualitativa del estudio capsul delimitado en el campo de la evaluación de los servicios de salud mental, la observación de la estructura y el resultado del proceso del enfoque cuantitativo y cualitativo enfoque epidemiológico, que se caracteriza como dialéctica sensible, el enfoque hermenéutico constructivista. El enfoque metodológico del estudio II capsul produjo a través de la generación de la Cuarta Evaluación. En este artículo se hace uso de los datos de observación de 253 horas registradas en diarios de campo de tres investigadores que participaron en la

recogida de los meses de julio y agosto de 2011 en la ciudad de Alegrete-RS. Los resultados fueron organizados en unidades temáticas que clasifican el proceso de capacitación en tres niveles, a saber, el grupo individual y estructural. A nivel individual destacó la diferencia en el nivel de autonomía de algunos usuarios en relación con los demás. A nivel de grupo se destacaron las iniciativas colectivas de la conducción de grupos en el servicio para los usuarios, sin la interferencia de los trabajadores. En el tercer nivel, estructurales o políticas, se analiza la relación de dependencia en relación con los usuarios del servicio, en el sentido de que se debe alentar al usuario a navegar por los espacios sociales, sin la necesidad de solicitar derechos especiales. Se concluye que en ambos niveles, los practicantes aparecen como mediadores importantes y pueden ser responsables de, o al menos contribuyen tanto en el desarrollo y en la inhibición de la autonomía y la potenciación de los sujetos.

Descriptores: Salud Mental; Autonomía Personal; Servicios de Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O modo psicossocial constitui–se como materialização dos anseios e contestações do Movimento de reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (2008), desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica se fala em reforma psiquiátrica, porém, apenas depois da Segunda Grande Guerra é que a discussão avançou, com propostas de natureza técnica e administrativa sobre o campo de intervenção da psiquiatria.

Para que de fato se constituísse um novo modo de atenção em saúde mental, fez-se necessário o estabelecimento de uma série de dispositivos de cuidado em liberdade, bem como novas práticas a fim de proporcionar uma reabilitação do sujeito antes preso aos limites do manicômio. De acordo com Brasil (2007), a rede de serviços substitutivos em saúde mental no Brasil atualmente conta com os Serviços Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Convivência e Cultura, Geração de Renda, Equipes Matriciais para referência na Atenção Básica, bem como programas como o “De Volta para Casa” e políticas como a Política Nacional Sobre álcool e outras drogas.

Esta mudança de paradigma que vivenciamos no contexto da saúde mental não se reflete apenas na forma estrutural, de acordo com Costa Rosa (2006). O modo psicossocial desconstrói a necessidade de remoção da loucura e do sofrimento psíquico como objetivo fundamental, sendo estas características relacionadas ao usuário como parte de sua existência.

Entre as tantas transformações provocadas pela ascensão do modo psicossocial, trazemos esta como um marcador radical relacionado às práticas em saúde mental. Sobre isso, Amarante (2007) diz que a psiquiatria historicamente se ocupou da doença e deixou o sujeito em segundo plano e que o modo psicossocial, especialmente baseado nas idéias/ideais de Franco Basaglia, pôs a doença entre parênteses para poder olhar melhor o ser humano que estava neutralizado neste processo.

Esta mudança de lugar, que também pode e deve ser entendida como estratégia de empoderamento, se dá com ênfase especialmente na reinserção social do individuo através de múltiplas possíveis atividades e intervenções, de acordo com as necessidades de cada um. Para tal, é necessária a intervenção da equipe multiprofissional, meio de trabalho característico do modo psicossocial, entendida como superior em muitos aspectos ao grupo de especialistas do modo tradicional (COSTA ROSA, 2006).

Define-se empoderamento como “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003. pg 20). O empoderamento enquanto construção na vida de usuários de serviços de saúde mental consiste numa categoria de análise que se constrói a partir do campo da atenção psicossocial e da constituição dos conceitos que balisam a reforma psiquiátrica.

De acordo com Kleba (2009), o empoderamento pode ser interpretado de acordo com três níveis da vida social, sendo eles o individual, o grupal e o estrutural, destacando os espaços de participação políticas como mediadores importantes do processo de empoderamento.

Compreender o processo de empoderamento dos usuários no contexto do CAPS contribui com o debate acerca da reabilitação psicossocial.

OBJETIVO: Analisar o processo de empoderamento de usuários em um Centro de Atenção Psicossocial.

METODOLOGIA: Este trabalho é um subprojeto da pesquisa CAPSUL II (2011), a partir da etapa qualitativa, especificamente o estudo de caso do município de Alegrete/RS. A pesquisa CAPSUL II é um estudo delimitado no campo da avaliação dos serviços de saúde mental, observando estrutura processo e resultado, de enfoque quantitativo de abordagem epidemiológica e qualitativo, caracterizada como responsiva, construtivista de abordagem hermenêutico dialética (CAPSUL, 2006). Foi apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Faculdade de Enfermagem da UFPel. Traz como abordagem metodológica o estudo de caso – do CAPS de Alegrete-RS – a partir de uma abordagem construtivista. O estudo de caso, segundo Minayo (2010) é uma abordagem que permite a construção do conhecimento sobre características de eventos vivenciados.

Sobre o caráter construtivista, Guba e Lincoln (2011) descrevem como características o fato de o estudo se dar em um ambiente natural, onde são admitidas diferentes realidades que estão diretamente ligadas ao contexto, logo, o estudo deve se realizar mergulhado justamente neste contexto.

A coleta de dados se deu pela Avaliação de Quarta Geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética, além da observação.

Os dados foram coletados entre os dias 25 de julho e 5 de agosto de 2011, por três pesquisadores que produziram diários de campo, completando um total de 253 horas de observação participante, sendo observadas além das características físicas, as práticas e o cotidiano do serviço. No trabalho de campo um pesquisador se deteve em observar e registrar suas impressões durante todo o período da coleta de dados, os outros dois pesquisadores dividiram-se entre as observações e as outras atividades previstas no projeto original. As observações neste artigo trabalhadas são citadas no texto fazendo referência ao diário de campo e a ordem da observação (Exemplo: DC1 Obs 1).

A Pesquisa CAPSUL II foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel dia 21/03/2011, sob o parecer número 176/2011.

Após a coleta e organização dos dados, para fins de análise, as unidades de informação foram agrupadas em três núcleos temáticos, que neste estudo são definidos pelas dimensões de vida social a partir de três níveis do processo de empoderamento delimitados por Kleba (2009). Nível individual ou psicológico, grupal ou organizacional e estrutural ou político.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Ao analisar os resultados obtidos em nossa coleta de dados, levamos em consideração a diferenciação do processo de empoderamento em três níveis propostos por Kleba (2009), que define o processo de empoderamento como sendo possível em nível pessoal ou psicológico, grupal ou organizacional, e estrutural ou político. De acordo com a autora, os níveis citados são interdependendes, considerando que por um lado os processos concretizam-se no cotidiano dos indivíduos, espaço onde estes reconhecem competências ou necessidades individuais ou de seus grupos, por outro lado, se desenvolvendo também se concretizam no contexto social, espaço de desenvolvimento e inserção de ações coletivas.

Nível pessoal ou psicológico: Ao introduzir o debate sobre o modo de atenção psicossocial, Costa Rosa (2006), caracteriza-o afirmando que o diferencial desse modelo de atenção é a forma que o sujeito se posiciona em relação aos seus conflitos. Sendo assim, o modo psicossocial visa contribuir com o reposicionamento deste sujeito, colocando-o na condição não de sofredor do conflito, mas como parte do conflito, passando a ser um agente transformador em potencial.

Tal posicionamento está diretamente relacionado ao primeiro nível da vida interpessoal que tomamos como modelo neste trabalho. No nível pessoal ou psicológico, a unidade de análise são justamente os indivíduos, estes que, enquanto vivenciam experiências subjetivas radicais, podem e devem ser chamados a vivenciar seu poder em situações de carência ou ruptura, identificando habilidades que podem ajudá-lo no cotidiano. O seguinte exemplo, de situação em que o empoderamento do sujeito está posto à prova, traz o caso de um usuário que, por

ter sido agredido fisicamente por outro sujeito, não quer mais permanecer no espaço do CAPS.

> “Estava um usuário um pouco agitado, porque não queria ficar no CAPS. Ele estava com sua mãe, que queria fazê-lo ficar e que pediu para as profissionais da enfermagem, falar com o coord. para trabalhar com ele, para que fique no serviço. A mãe relata que ele não quer ficar desde o dia em que foi agredido por outro usuário (DC1, Obs1).”

Aparece claramente na cena descrita a resistência do referido sujeito no sentido de fazer prevalecer seu desejo, apesar de submetido à forte interferência dos familiares no sentido contrário. A questão do direito de permanecer ou não no espaço do serviço aparece também na observação a seguir, identifica-se a falta de liberdade de ir e vir dos usuários do serviço no decorrer de determinada oficina. Fica a interrogação, se de fato há uma norma de proibição ou se trata-se de um acordo feito pelo grupo em algum momento anterior.

> “Os usuários se apresentaram, nós nos apresentamos e participamos de toda a oficina. Me chamou a atenção o fato de os usuários não terem a liberdade de ir e vir, ou de sair da oficina quando quisessem (DC3 Obs1).”

De acordo com Hirdes (2009) a sociedade precisa estar envolvida na luta pela emancipação de seus elementos mais frágeis, e isso passa pelos processos, o que envolve tomada de consciência em relação aos excluídos em geral, no caso em questão, o portador de transtorno psíquico. Segundo a autora, essa transformação se dá através de pequenas lutas diárias no sentido de reestabelecer o poder contratual do usuário.

De acordo com Lima (2011), é necessário compreender que o cuidado realizado no CAPS é necessariamente diferente do cuidado em Hospital Psiquiátrico, que os processos em atenção psicossocial são diferentes, voltados para o não isolamento e descentrados da remissão dos sintomas. Para isso, entende-se uma relação saudável entre os sujeitos como principio fundamental para um cuidado antimanicomial.

Sobre o direito de ir e vir bem como sobre a questão da permanência no serviço, salientamos que foram identificadas também situações em que o usuário tem um nível de autonomia maior, fazendo negociações com a equipe no sentido de definir em que momentos participará das atividades do serviço.

> "Há uma usuária que não fica para outras atividades no serviço, disse que só vem para o atendimento com a psicóloga (DC1, Obs2)."

> "Observo situação de processo de alta no grupo, uma participante já estava vindo só uma vez por mês, por que estava bem, ela pede para vir novamente quinzenalmente, por que perdeu o pai, está cuidando da mãe e sente-se muito triste e fragilizada. A profissional disse que ela pode voltar a vir quinzenalmente, até sentir-se melhor. (DC1, Obs3)."

Da discussão anterior podemos inferir que, além da autonomia ser determinante no processo de reabilitação psicossocial, há a questão do vínculo. No caso, a manutenção deste apesar da alta, como sustentação importante aos usuários do serviço de saúde mental. Segundo Jorge (2011) o vínculo representa a democratização e horizontalização das relações em saúde mental, por favorecer os processos de negociação, conseqüentemente restabelecendo o poder contratual do usuário, sem perder de vista que na negociação, não devem necessariamente prevalecer sempre a vontade do trabalhador, tão pouco a do usuário, mas sim, uma conduta identificada como adequada por ambos para o encaminhamento de determinada situação problema.

Outra característica importante deste primeiro nível de vida interpessoal é a convicção acerca da própria competência e capacidade, compreensão crítica sobre o contexto, desejo de ser ativo e exercer influência sobre o meio. Podemos observar nas falas a seguir este desejo, de interferir, de contribuir positivamente com suas vivências e experiências em movimento voluntário dos usuários do serviço no sentido de contribuir com a realização do estudo:

> “Um usuário pediu para pensar em casa e trazer alguns pontos por escrito sobre o serviço para contribuir com a avaliação, idéia que aceitamos (DC3, Obs2)”.

Ainda no contexto da iniciativa individual, trazemos o exemplo de um usuário do serviço que, ao não sentir-se acolhido da maneira esperada faz o movimento de ir à busca de um profissional voluntaria e espontaneamente. Tal manifestação, em um primeiro momento mostra evidente fragilidade no processo de trabalho da equipe, ao passo que se identifica um sujeito que está no serviço há mais de uma semana sem o devido acolhimento. Porém, a partir da perspectiva de autonomia, que segundo Jorge (2011), é a capacidade do sujeito de perceber e atuar sobre seu mundo, sua vida, capacidade de auto cuidado e compreensão sobre seu estado de saúde, emerge um sujeito, nesse caso, empoderado o suficiente para estabelecer o movimento de pressão sobre a equipe que não o acolheu devidamente.

> “Veio um usuário e sentou ao meu lado. Ficamos conversando e ele me disse que também precisava falar com ela. Ela era psicóloga dele e já fazia uma semana que havia recebido alta do hospital geral e ainda não tinha conseguido falar com ela (DC2, Obs1)”.

Nível grupal ou organizacional: O nível grupal ou organizacional apresenta, entre outras características, de acordo com Kleba (2009) a articulação do grupo em rede com outras pessoas ou organizações, o que pode ser identificado no seguinte fragmento de observação, onde o pesquisador relata o fato de pessoas da comunidade participam das atividades oferecidas pelo CAPS aos usuários:

> “Chegamos ao serviço às 8 horas da manhã, encontramos na praça em frente ao CAPS, o Profissional conversando com três senhoras, que esperavam para realizar a caminhada. Segundo ele, estas senhoras são da comunidade e fazem a caminhada junto com a profissional e os usuários do CAPS. Ele nos convidou para entrar e conhecer o CAPS (DC1, Obs4)”.

Para Vanconcelos (2003), sobre o enfrentamento cotidiano das questões de saúde mental, é muito importante a estrutura composta por familiares, comunidade, enfim, a rede social dos indivíduos. A equipe profissional pode contribuir com a ampleação da rede dos sujeitos, mas não pode se responsabilizar diretamente pela construção dessas relações.

Questão importante também no processo grupal de empoderamento é a ação social coletiva, sentimento de pertencimento ao grupo e respeito mútuo (KLEBA, 2009). Estas características aparecem no seguinte fragmento de observação, onde é relatada a iniciativa de um grupo ao conduzir por sua conta a dinâmica do dia por ser aniversário da profissional responsável pela atividade. Além da iniciativa interessante por si só, chama atenção o conteúdo da atividade proposta, demonstrando a motivação do grupo, colocando os participantes como militantes da reforma psiquiátrica.

> "Então duas usuárias tomam a palavra e dizem que hoje é dia dela receber, e que eles querem devolver algumas coisas que ela deu a eles e informam que farão uma dinâmica que prepararam para o grupo. Entregaram um saco de TNT vermelho, onde está escrito, MENTALEIROS 2011. Dentro tem muitas frases que elas propõem serem pegas pelas pessoas e lidas por cada um, com comentários se desejarem e se for possível. As frases eram muito significativas tais como: temos vários nortes, somos todos cuidadores, metamorfaseando-se, pegadas, coletividade, trabalhando potencialidades, ser diferente é normal, somos loucos pelos nossos direitos (DC1, Obs5)".

Importante dizer que o referido grupo, que organizou em ocasião especial a dinâmica do encontro, faz cotidianamente o movimento de organizar e dar início à sua reunião antes mesmo da chegada da profissional responsável, em demostração clara de empoderamento por parte dos usuários do serviço:

> “À tarde, após as 14 horas vou para o salão onde vai ocorrer o grupo da psicóloga X. Ela ainda não chegou, mas como vi muitos usuários chegando e dirigindo-se para o salão. A como a trabalhadora me informou que os próprios usuários chegam e arrumam a sala, fazem chá e chimarrão e muitas vezes iniciam a conversa em grupo. Desci e pude testemunhar que a sala já estava sendo arrumada, o chá também, o armário para retirar as canecas, o grupo se conhece e falam em subgrupos (DC1, Obs6)”.

Em outro registro de observação, surge o exemplo de outro grupo que, diante da perspectiva da autogestão não conseguiu avançar em suas atividades:

> “O grupo é misto, quanto ao gênero e a patologia. Há uns oito anos atrás, fez a experiência de o grupo se autogerenciar nas suas férias. Mas não deu muito certo, não foi adiante (DC1, Obs7)”.

Nos dois exemplos apresentados anteriormente foi possível identificar a iniciativa da equipe de profissionais no sentido de contribuir com o processo de empoderamento dos usuários, estimulando sua capacidade de organização e iniciativa, fato que ajuda na argumentação sobre o quanto é importante o trabalho da equipe no processo de empoderamento. Apesar dessa característica identificada na equipe, ainda são presenciados episódios em que as práticas tradicionais de poder do trabalhador em relação aos usuários aparecem com força, acendendo um alerta sobre a necessidade do trabalhador desse tipo de serviço ser identificado de fato com os princípios da reforma, garantindo a autonomia e especialmente o respeito para com os usuários do serviço. No relato a seguir, um usuário apresenta de fato conduta inadequada ao ambiente, porém, o relato do observador mostra reação desproporcional por parte do trabalhador:

> “Enquanto apresentávamos entrou um usuário falando alto e fumando, a profissional pediu que ele ficasse quieto e não fumasse dentro da sala. Ele continuou

> reclamando e nesse momento outra pessoa do serviço foi bastante grosseira ao falar com ele. Disse que ele queria se “aparecer”. Xingou ele com a voz alterada (DC2, Obs2)”.

Ballarin (2011) destaca que, apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos de luta pela reforma psiquiátrica e conseqüente surgimento de novos espaços de cuidado, coexistem duas formas de cuidados bem diferentes e ainda está para ser alcançado um cuidado de fato integral e humanizado nos serviços. Tais formas seriam o modelo médico-procedimento-centrado e o modelo integral-em rede, usuário centrado. Para marcar a diferença de formas de cuidar identificadas no mesmo serviço, temos o relato de uma oficina em que os participantes são encorajados a manifestar-se individualmente, sob a perspectiva de promoção do estimulo à autonomia:

> “Segundo a profissional, é um momento para trabalhar a autonomia e autoconfiança, perder a vergonha de se expressar em público, já que são pessoas que viveram (vivem) à margem durante anos, sem ser ouvidos nem valorizados (DC3, Obs3).

Fazendo uma breve reflexão sobre os paradigmas apontados como dominantes no cuidado em saúde mental, ambos identificados na relação usuário/trabalhador no CAPS em questão, inevitavelmente pensamos na formação profissional e educação permanente como determinantes nesse processo. Mângia (2009) lembra que práticas como acolhimento, horizontalização das relações entre usuários e trabalhadores, vínculo, humanização, entre outras, são típicas do processo de reforma psiquiátrica, o que fortalece a importância do SUS.

Retomando os aspectos propostos por Kleba (2009) sobre o que se entende por nível grupal ou organizacional como classificação no processo de empoderamento, destacamos como características a serem compartilhadas nesse nível, experiências de liderança, trocas de informação, distribuição de

responsabilidades de acordo com as possibilidades de cada um, além do apoio emocional, material ou informacional que os grupos tendem a significar.

Entendemos tais características como contempladas em espaços como a assembléia que reúne usuários, familiares, trabalhadores, ou quaisquer outros envolvidos de alguma forma com o serviço. Identificamos que, apesar de ser promovido o espaço, este parece esvaziado tanto de pessoas quanto de sentido, conforme relato de observação a seguir:

> Participamos da assembléia geral dos usuários, momento de pouca participação, acredito que pouco mais de 10 usuários compareceram, estavam presentes três profissionais, um deles organizava a assembléia (DC3, Obs4)".

A retomar os registros de atas de encontros anteriores o observador identifica o espaço da assembléia como democrático e efetivo:

> "Ao ler as atas anteriores no livro de registros, observo que este espaço é usado para questionar o serviço, para reclamar dos banheiros sujos, das goteiras, do horário de almoço. Contam que apararam a grama, para jogar futebol, que organizaram viagens, enfim parece realmente que o grupo utiliza a reunião para pensar o serviço. Falam sobre os problemas que observam e as soluções trazidas pelos próprios usuários (DC1, Obs8).

Costa Rosa (2006) diz que no modo psicossocial são operadas diferentes formas de reintegração social, o contexto político e social do sujeito, a palavra e a ação dos sujeitos são considerados na tomada de decisão. Tais características parecem contempladas, segundo o relato do observador no fragmento recém apresentado, na assembléia dos usuários e trabalhadores do serviço, que em outro momento havia sido descrita como esvaziada de público e de sentido.

Numa outra atividade podemos identificar um grupo de usuários que se reúne espontaneamente em outro espaço para discutir suas demandas em relação ao serviço, desta vez sem a participação da equipe:

> "Conversam amistosamente, não presencio nenhum problema entre eles. Fazem planos para as atividades de passeios, viagens, e trabalho no próprio CAPS. Os usuários ficam ali até a hora de iniciar a oficina (DC1, Obs 9)".

Nível estrutural ou político: O terceiro nível de relação que interfere no processo de empoderamento, de acordo com Kleba (2009) é o Estrutural que representa a redistribuição do poder político. Entre as inúmeras possibilidades de empoderamento nesse sentido, destacamos inicialmente a organização da Associação dos Familiares e Usuários, no fragmento a seguir, onde são destacadas algumas das ações do grupo:

> "... Pela moradia transitória, pela casa do idoso, pela universidade, inclusive participando em reunião em Brasília com o ministro da educação, na luta pela universidade em Alegrete, passe livre, projeto para a criação dos demais CAPS, alimentação, SRT. Um projeto votado pelo movimento popular, na consulta popular, para terem mais leitos no hospital geral, entre outros (DC1, Obs10)".

Rodrigues (2006) defende que o surgimento das associações refletem uma mudança no sentido da clínica, esta que deixa de fixar o foco na doença e passa a conceber o sujeito não como sujeito/objeto mas como sujeito/sujeito. Segundo o autor, a clínica permanece no serviço agora pela busca de novas práticas sociais para lidar com a loucura e o sofrimento advindo dela. Figueiró (2010) também discute a questão da clínica, sob o argumento de que esta enquanto conduta terapêutica, pode ser instrumento emancipação do sujeito ou de manutenção do instituído, reforçando as práticas tradicionais relacionadas ao manicômio.

Independente do entendimento de que a existência de associações, por si só, represente um novo cenário, uma nova ordem ou a ampliação da clínica, vale ressaltar, de acordo com Vasconcelos (2010), que as associações existentes no Brasil tendem a ser ainda muito dependentes dos serviços e seus profissionais e com sérios problemas de sustentação organizacional, econômica e política. Percebemos na Associação de Alegrete uma confirmação do conceito de Vasconcelos, no sentido de que o espaço físico usado pelo grupo para suas reuniões seja o do CAPS, o que estabelece uma relação de dependência, porém em sua constituição e práticas, o grupo se destaca pela autonomia nas ações, como mostra o seguinte fragmento de observação:

> "A associação funciona no espaço do CAPS porque não tem como manter uma estrutura própria, já funcionou na casa de um usuário, no CAPS AD e agora no CAPS II... (DC1, Obs11)".
>
> "A associação mantém um trabalho importante, que é a oficina dos documentos perdidos, recolhendo documento nos lugares como rádios e outros e fazendo uma procura de seus donos para proceder à entrega, é um serviço de utilidade pública, que traz reconhecimento para a associação" (DC1, Obs 12).

Seguindo a discussão sobre o nível estrutural do processo de empoderamento, emerge novamente a importância da atuação da equipe multiprofissional, no momento em que um trabalhador interfere firmemente na manifestação de um usuário que apresentava suas queixas sobre o serviço. Segundo Kleba (2009) no nível estrutural as pessoas saem da condição de resignação e impotência, ganhando espaço e voz nos mais diversos grupos, o que não parece ser respeitado na cena descrita a seguir:

> "Entre estas queixas, a profissional tentou interromper várias vezes, argumentando que não é bem assim, que eles são atendidos sempre que precisam. Pede que eles

> parem de reclamar. Eles dizem estarem só conversando e perguntam se não podem falar nada. Nisso outra pessoa do serviço manda eles pararem, gritando e diz que eles estão querendo aparecer, por que estou ali (DC1, Obs13)".

Na ocasião recém descrita, o usuário aparece como capaz de resistir na sua intenção de comunicar aos pesquisadores suas impressões sobre o serviço, apesar da censura de alguns profissionais. Figueiró (2010) relaciona situações como estas à processos de heterogestão dos serviços, reforçadas pela figura do profissional/especialista, responsável pela tomada de decisão sobre a vida do individuo/coletivo, ativando dispositivos de poder e saber sobre determinado grupo.

Ainda de acordo com Kleba (2009), o empoderamento político prevê um nível de empoderamento social, uma atmosfera favorável que promova a participação efetiva do cidadão nos espaços de decisão. Essa definição vem ao encontro do comentário do observador sobre um determinado grupo, como percebe-se a seguir:

> "Observo muita emoção neste encontro, há muita demonstração de empoderamento, de autonomia, de crescimento pelo que colocam as pessoas no grupo. O vinculo com esta profissional é muito intenso, se discute aspectos da luta antimanicomial, enfrentamento do preconceito, a parada do orgulho louco, o quanto o apoio encontraram neste espaço de cuidado (DC1, Obs14)".

Além do empoderamento, percebemos no fragmento de observação anterior um forte sentimento de pertencimento no grupo, que reflete na identificação e apoio mútuo. De acordo com Bernardino (2002), a constituição de um grupo social, indivíduos identificados por características semelhantes e que se diferenciam de outros grupos, contribui na construção da identidade, que pode vir à construção positiva da sensação de pertencimento. Segundo o autor é importante considerar não apenas o sentido biológico ou racial, por exemplo, para a construção do pertencimento em um grupo social, mas também questões sociais e políticas.

Kleba (2009) caracterizando o nível estrutural e político do processo de empoderamento fala que deve-se promover a interação entre indivíduos e organizações, sejam elas governamentais ou não, afim de melhorar a qualidade de vida e o alcance de objetivos individuais e coletivos. Identificamos tal característica no movimento do serviço em promover o trânsito dos usuários fora da estrutura do CAPS, tanto no mercado de trabalho quanto nos acontecimentos políticos do município.

> "Quanto à inserção no trabalho, já foram feitas indicações para postos de trabalho, mas não com muito êxito. Quanto ao lazer, estão sempre programando passeios, exposições agropecuárias, eventos culturais e outros. Sempre que possível apresentam as atividades desenvolvidas no CAPS" (DC1, Obs15).

Durante um evento político de entrega de um carro ao CAPS infantil, o coral do CAPS II é a única atração artística do evento. O observador destaca o comportamento dos usuários ao participar de um evento importante no município:

> "Observo que usuários que quase não falam no serviço, comparecem e se empenham em se apresentar bem. Parece que crescem neste momento. Após converso com vários, que demonstram realização em se apresentarem, conferem importância a estas apresentações" (DC1, Obs16).

Nobrega (2004) diz que, no modo psicossocial, são questionadas e espera-se que sejam substituídas as formas recicladas de opressão, estabelecendo um novo fluxo nas práticas intra e interinstitucionais, bem como, intervenções terapêuticas comprometidas com a liberdade e a inclusão social. Essa nova forma de estabelecer relações com os sujeitos e com a loucura aparece claramente nos movimentos relatados nos fragmentos de observação anteriores, que tratam do estimulo à inserção social dos usuários.

Uma questão que chama a atenção em relação ao processo de empoderamento é o fato de o CAPS agendar serviços para seus usuários em outros

componentes da rede. Em se tratando de pessoal com bom nível de autonomia e independência não nos parece necessário tal movimento. Pensamos que o usuário, uma vez tendo seu caminho até os serviços facilitado pelo CAPS, perde a oportunidade de transitar pela rede em condições semelhantes aos demais usuários, o que não contribui necessariamente com seu processo de empoderamento.

> "A profissional faz a contracepção injetável trimestral das usuárias intensivas e outra semi-intensivas, e esta atividade é anotada no caderno de controle. Também agendam CP na UBS mais próxima da casa da usuária quando estas tem condições de irem sozinhas. Caso contrário marcam no Serviço de Saúde (que fica no centro) e um profissional do CAPS acompanha (DC2, Obs3).

> "A profissional diz que marcam dentista também no Serviço de Saúde para os intensivos e semi-intensivos" (DC2, Obs4).

Vasconcelos (2003) relata que em países europeus é usada como argumentação para a obtenção de direitos especiais a discriminação positiva, colocando o usuário como vítima do sistema psiquiátrico. O autor argumenta que condutas como essa tendem a aumentar a dependência do sujeito às estruturas do Estado, logo, ao serviço, o que não necessariamente contribui para o aumento da autonomia. Acreditamos que o cuidado psicossocial deve caminhar no sentido da maior autonomia possível para os sujeitos, repensando as práticas que, na intenção de ajudar, alimentam as relações de dependência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: No processo de discussão dos resultados obtidos, reafirmamos nossa convicção de que o cuidado em liberdade é sem dúvidas uma forma eficiente de trabalharmos com o empoderamento das pessoas. Identificamos ao longo do trabalho a importância da equipe multiprofissional estar consciente e disponível para desempenhar seu papel, de facilitadora no processo de reabilitação psicossocial, estabelecendo relações democráticas e horizontais a fim de

compartilhar com os sujeitos em sofrimento psíquico a responsabilidade sobre seu cuidado, bem como sua reinserção na sociedade.

Observamos que o CAPS II do município de Alegrete/RS faz importantes movimentos de promoção da autonomia de seus usuários, como o estímulo e auxílio na organização da associação dos usuários, por exemplo, contribuindo efetivamente para a sua inserção social, porém, não podemos perder de vista que por vezes situações isoladas, bem como práticas aparentemente positivas podem atrasar ou trazer prejuízos ao processo de empoderamento dos mesmos. Daí inclusive a importância da pesquisa, de estudos de avaliação dos serviços que contribuam para que a equipe possa olhar para si, identificando fragilidades e potencialidades em seu processo de trabalho.

Referências

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras historias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996. 3ª reimpressão 2008.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007.

BALLARIN, M. L. G. S. et. al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**: São Paulo, v.35, n.2, p.162-168. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BERNARDINO, J. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estud. afro-asiát**, vol.24, n.2, pp. 247-273. 2002.

CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil : Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski. – Pelotas, 2007 437p.

COSTA ROSA, A. O modo psicossocial : um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar: in AMARANTE. **Ensaios**: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. 2ª reimpressão 2006.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários do Caps: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, v.22, n.2, p.431-446, Maio/Ago. 2010.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração.** Tradução Beth Honorato. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2011. 320p.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.165-171. 2009.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.7, pp. 3051-3060. 2011.

KLEBA, M. E. WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.,** v.18, n.4, p.733-743, 2009.

LIMA, M. et al. Produção de subjetividade e estratégias de inserção social para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial, na Bahia. **Mental**, v.9, .n.16, jan./jun, p. 327-352. 2011.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup**., v. 20, n. 2, p. i-ii. maio/ago. 2009.

MYNAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa m saúde**. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

NOBREGA, S. M.; VIEIRA FILHO, N. G. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.2, p.373-379. 2004.

RODRIGUES, J.; BROGNOLLI, F. F.; SPRICIGO, J. S. As associações dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando suas significações. **Texto Contexto Enferm**: Florianópolis, v.15, n.2, p. 240-245, abr-jun. 2006.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Ed. Paulus, Rio de Janeiro, 2004.

VASCONCELOS, E. M.; Rodrigues, J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. In: Eduardo Mourão Vasconcelos. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2010, p. 141-162.

VASCONCELOS, EM (coord). **Cartilha de ajuda e suporte mútuos em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

.

IIII Artigo II

JOURNAL OF NURSING HEALTH
Faculdade de Enfermagem
www.ufpel.edu.br/revistas

ATESTADO

Pelotas, 06 de fevereiro de 2013.

O Conselho Editorial do Journal of Nursing and Health atesta que o artigo intitulado "Rede social e de serviços de moradores do Serviço Residencial Terapêutico de Caxias do Sul", de autoria de Ariane da Cruz Guedes, Luciane Prado Kantorski, Jandro Moraes Cortes e Léo Jaime da Silva está aceito para publicação no v. 2, Suplemento 1 - Saúde Mental, desta Revista, registrada sob o número de ISSN 2236-1987.

Atenciosamente,

Simone Coelho Amestoy
Editora da Revista

Stefanie Griebeler Oliveira
Editora da Revista

Adriana Roese
Editora da Revista

Rede social e de serviços de moradores do serviço residencial terapêutico de Caxias do Sul

Social network and services of residents of therapeutic residential service de Caxias do Sul

Redes sociales y de los servicios de residentes de lo servicio residencial terapéuticos de Caxias do Sul

Luciane Prado Kantorski: Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pesquisadora do CNPq. Rio Grande do Sul, Brasil.

Ariane da Cruz Guedes: Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil.

Jandro Moraes Cortes: Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Léo Jaime da Silva: Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil.

Categoria do artigo: artigo original.

Rede social e de serviços de moradores do Serviço Residencial Terapêutico de Caxias do Sul

Resumo:

Objetivo: mapear as redes social e de serviços de moradores do Serviço Residencial Terapêutico. **Materiais e métodos:** o presente estudo é um recorte da etapa qualitativa da pesquisa intitulada Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL). Trata-se de um estudo de caso, sobre o município de Caxias do Sul (RS), O percurso metodológico se deu através da chamada Avaliação de Quarta Geração, conjuntamente com a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano. O período de coleta de dados foi o mês de maio de 2010. Foram realizadas 700 horas de observação, entrevista semi estruturada com moradores dos dois SRT, totalizando 20 sujeitos, e dois grupos focais, um para o mapeamento da Rede Social dos moradores e outro para o mapeamento da Rede de Serviços, em que foram identificados mediadores inibidores e mediadores colaboradores nas respectivas redes. **Resultados e discussão:** destacaram-se como mediadores colaboradores as atividades como equoterapia, entre outras. Como mediadores inibidores destacou-se a relação com as famílias. **Considerações finais:** salienta-se a utilização do afeto como recurso terapêutico no processo de trabalho, reconstruindo seus laços a partir de uma concepção que liberta através da autonomia.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde mental; Rede Social.

Abstract:

Objective: to map the social networks and services for residents of Therapeutic Residential Service. **Methods:** the present study is an excerpt from the qualitative research that rehabilitate entitled Networks - evaluating innovative experiences of composing networks psychosocial care (REDESUL). This is a case study on the city of Caxias do Sul (RS). The methodological approach was made through the call Fourth Generation Evaluation, jointly with the Network Analysis Methodology of Everyday

Life. The data collection period was from 07/09/09 to 10/09/09. We performed 700 hours of observation, semi-structured interviews with residents of both SRT, totaling 20 subjects, and two focus groups, one for mapping the social network of residents and another for mapping Network Services, in which mediators were identified inhibitors mediators and collaborators in their networks. **Results and discussion:** stood out as mediators employees activities as hippotherapy, among others. As mediators inhibitors highlighted the relationship with families. **Final thoughts:** emphasizes the use of affect as a therapeutic resource in the work process, rebuilding their ties from a design that frees through autonomy.
Descriptors: Mental Health; Mental Health Services; Social Network.

Resumen:

Objetivo: correlacionar las redes sociales y los servicios para los residentes de Servicio Residencial Terapéutico. **Métodos:** el presente estudio es un extracto de la investigación cualitativa que rehabilitar las redes que tengan derecho - la evaluación de experiencias innovadoras de componer las redes de atención psicosocial (REDESUL). Se trata de un estudio de caso en la ciudad de Caxias do Sul (RS), el enfoque metodológico se realizó a través de la llamada Evaluación de Cuarta Generación, conjuntamente con la Metodología para el Análisis de Redes de la vida cotidiana. El período de recolección de datos fue desde 07/09/09 hasta 10/09/09. Se realizaron 700 horas de observación, entrevistas semi-estructuradas con los residentes de ambos túneles, que suman 20 personas, y dos grupos focales, uno para el mapeo de la red social de los residentes y otro para los servicios de red de asignación, en los que se identificaron los inhibidores de mediadores mediadores y colaboradores en sus redes. **Resultados y discusión:** se destacó como empleados mediadores actividades como la hipoterapia, entre otros. Como inhibidores de mediadores de relieve la relación con las familias. **Consideraciones finales:** enfatiza el uso del afecto como un recurso terapéutico en el proceso de trabajo, la

reconstrucción de los lazos de un diseño que se libera a través de la autonomía.
Descriptores: Salud Mental; Servicios de Salud Mental; la Red Social.

Introdução:

O município de Caxias do Sul é pólo centralizador da marca italiana no Rio Grande do Sul, situa-se ao noroeste do estado, contando com uma área aproximada de 1.638,34 Km^2 de extensão, e uma população estimada de 410.167 habitantes[1].

No que concerne às questões da saúde mental, Caxias do Sul era conhecida no Rio Grande do Sul como uma das cidades que concentravam o maior número de leitos psiquiátricos em instituições manicomiais[2]. Sendo assim, torna-se inovador o processo que ocorre atualmente neste município, pois se busca ampliar e solidificar uma rede de atenção em saúde mental, ancorada e comprometida com os preceitos da reforma psiquiátrica, em um local com uma cultura a favor do hospital psiquiátrico construída historicamente[2].

Por seu potencial de desenvolvimento, a vasta rede de atenção à saúde e a importância da rede de atenção psicossocial para a consolidação da reforma psiquiátrica nesta cidade, pode-se dizer que Caxias do Sul está em um processo muito particular neste contexto. Pois busca expandir e qualificar as suas redes e seus sujeitos a fim de contribuir significativamente com a diminuição das internações psiquiátricas, importante marcador da qualidade da assistência em saúde mental, sendo este município um articulador de destaque na atual conjuntura do estado do Rio Grande do Sul e do país[2].

Neste cenário, há a presença de dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo denominados pela equipe como SRT 1 e SRT 2. O SRT 1 constitui-se em uma moradia destinada a receber indivíduos que tem maior autonomia em seu cotidiano, pois nesse serviço não há a presença da equipe 24 horas por dia, e sim em alguns momentos, apenas para fazer a supervisão da casa e auxiliar os moradores, quando há necessidade. Esta moradia é um sobrado independente,

onde vivem cinco moradores na parte superior e quatro na parte inferior. Entretanto, na outra casa, SRT 2, residem moradores que necessitam de um maior acompanhamento da equipe, que os auxiliem nas tarefas diárias e proporcionem um trabalho que impulsione a reabilitação psicossocial.

A rede social pode ser entendida como conjunto de sujeitos em uma população e suas conexões. Cada indivíduo tem ligações com outros indivíduos, cada um dos quais, por sua vez, está ligado a muitos ou alguns outros e assim por diante. Redes também são estruturas abertas capazes de ampliar de forma ilimitada, integrando novos nós que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem códigos semelhantes de comunicação. Uma estrutura social baseada em redes é, pois, um sistema aberto, extremamente dinâmico apto à inovação sem ameaças ao seu equilíbrio[3,4].

É através da articulação da rede de serviços substitutivos - com uma diversidade de equipamentos que se prestem a responder as diversas necessidades da pessoa - com uma rede comunitária e de outros espaços sociais, os quais podem transformar a loucura nas representações e no imaginário das pessoas, contribuindo para uma sociedade sem manicômios internos e externos[2].

Objetiva-se neste estudo, mapear a rede social e de serviços de moradores do Serviço Residencial Terapêutico de Caxias do Sul – RS.

Metodologia:

Neste artigo utilizamos os dados integrantes do banco de dados da Pesquisa Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL), o qual se dividiu em dois estudos, um quantitativo e outro qualitativo. Primeiramente realizou-se a etapa quantitativa, a qual foi desenvolvida em cinco municípios do Rio Grande do Sul que possuíam Serviços Residenciais Terapêuticos, quais sejam: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Viamão e Porto Alegre. Após a análise dos dados obtidos na coleta de dados,

através da aplicação de questionários estruturados para cuidadores, moradores e gestores e também das observações de campo, elencou-se dois municípios com maior destaque de articulação na rede de serviços e de sociabilidade, que foram Alegrete e Caxias do Sul, para a realização da etapa qualitativa, que ocorreu no mês de maio de 2010.

O estudo de caso apresentado, refere-se ao realizado no município de Caxias do Sul fundamentado numa Avaliação de Quarta Geração[5], construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética, conjuntamente com a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano[6].

A coleta de dados se deu, primeiramente, através de entrevistas semiestruturadas com os moradores de dois SRT, totalizando 20 sujeitos, definidos como grupo de interesse que compuseram o círculo hermenêutico- dialético. Em seguida foram realizados dois grupos focais, um para o mapeamento da Rede social dos moradores e outro para o mapeamento da Rede de serviços, momento onde os moradores foram convidados a desenhar sua trajetória na rede. Também se utilizou a observação participante de campo (700 horas), o período de observação já se inicia na entrada do campo, antes da abertura do circulo, a fim de identificar informantes chave em cada grupo de interesse e que configura o momento chamado de etnografia prévia.

Logo após a coleta dos dados, estes foram organizados e transcritos: entrevistas, dados do grupo focal, as negociações com o grupo de interesse e as observações de campo realizadas. A fim de preservar o anonimato dos sujeitos, no decorrer do texto, os moradores são identificados pela letra “M”, e os dados provenientes dos registros das observações participantes pelas letras “DC”, seguida do número correspondente à entrevista ou à observação.

Todo o processo de negociação com o grupo de interesse ocorreu em data e horário previamente acordado, havendo um comparecimento da maioria dos entrevistados. Desta forma, foi confeccionado um material impresso, distribuído a

cada um dos membros do grupo como uma síntese dos dados coletados, para que auxiliasse os participantes na discussão, validação e negociação enquanto um dos pesquisadores apresentava de forma oral, utilizando-se de slides projetados através de um projetor multimídia. Todos os aspectos que emergiram das entrevistas ou da observação participante foram validados e negociados como eixo prioritário da avaliação a partir da construção do grupo de interesse.

O Projeto de Pesquisa Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL) foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, sob o parecer nº 073/2009. Os entrevistados concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão:

O campo da reabilitação psicossocial permeia cenários que ultrapassam serviços de saúde. Sendo assim, para que ocorra a reinserção social efetiva e transformadora dos sujeitos que passaram longos anos em instituições psiquiátricas, é necessário que se construa uma rede solidária entre as diversas instâncias sociais, que englobam lazer, cultura, trabalho, cidadania e saúde, dentre tantas outras interfaces que fazem parte da vida coletiva.

Nesse sentido, destaca-se o município de Caxias do Sul, pois contempla uma rede social e de serviços integrada e comprometida com a reabilitação social dos usuários do Serviço Residencial Terapêutico.

Sendo assim, neste artigo serão abordados aspectos peculiares tanto de rede social como da rede de serviços que fazem parte do cotidiano dos usuários de saúde mental do município em estudo.

Rede social dos usuários do SRT: identificam-se como integrantes da rede social

dos moradores do SRT de Caxias do Sul, conforme os dados obtidos na pesquisa os seguintes lugares/instâncias e pessoas: amigos, hidroterapia, equoterapia, vizinhos, prefeitura, esporte, trabalho, família, banco, lazer, escola, supermercado. Uma rede pode ser definida como um conjunto de nós conectados, os quais podem ser pessoas ou grupos, ou outras unidades, e essas ligações podem ser assimétricas ou simétricas. O termo rede social se remete ao conjunto de sujeitos em dada população e suas conexões e aparecem como decisivos no avanço de programas com base no território, envolvendo consequentemente populações locais, promovendo cidadania e democratizando a vida nas comunidades [3,7].

Uma estrutura social baseada em redes é, pois, um sistema aberto, extremamente dinâmico apto à inovação sem ameaças ao seu equilíbrio[3]. Sendo assim, a reabilitação psicossocial dos sujeitos de longa permanência institucional percorre intervenções e intersecções em variados campos, porque a integralidade do cuidado implica, além da moradia e da desinstitucionalização: reconstruções de histórias de vida, rede social, lazer, emprego, além de outras precisões que vão além da atenção possível, somente através da reorganização dos serviços[8].

Neste contexto emergem mediadores que inibem ou colaboram para que o sujeito avance e qualifique sua rede social. Os *mediadores colaboradores* são humanos solidários, pessoas de confiança ou instituições, os quais são acionados nas demandas, nas solicitações e no desenvolvimento de estratégias e outros mecanismos para a mediação, exame, compreensão e resolução de conflitos e problemas. Sendo assim, podem ser internos ou externos à rede. E suas ações reforçam o empoderamento da rede, ou seja, a circulação de dons positivos que reforçam a aliança e o vínculo. Já os *mediadores inibidores* tem por características o fato que as suas ações reforçam o conflito, contribuem para a perpetuação dos problemas, perda da solidariedade grupal e da sinergia[6].

Sendo assim, foram identificados os seguintes mediadores colaboradores, ou seja, os locais que são identificados como contribuintes em sua reabilitação

psicossocial, sendo referidos pelos moradores como ausentes de problemas: a equoterapia sendo qualificada pelos moradores como ótima, a escola pelo fato de ser boa para aprender e pelo professor também ser bom, os esportes que praticam são suficientes, a prefeitura sendo ótima, pois paga o aluguel, a luz e provê com mantimentos mensalmente, e o supermercado, visto que compram o que querem e são bem atendidos.

Há uma significativa evidência de que uma rede social estável, sensível, confiável e ativa protege o indivíduo de doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização dos serviços de saúde, aumenta a sobrevida, acelera o processo de cura, ou seja, é impulsionadora de saúde[9].

Percebe-se uma ampliação da rede social dos moradores, no que se relaciona ao antes de residir no SRT e depois, sendo identificado como componentes dessa rede atividades de lazer, instituições de educação, a prefeitura e ainda o supermercado. Ainda assim, como mediadores inibidores e as saídas para os problemas foram identificados os seguintes lugares/pessoas: os amigos moradores, pois às vezes há conflitos e brigas entre si; o benefício é pouco e não aumenta; a família, pois sentem saudades, há conflitos e não os visitam; a hidroterapia para alguns moradores a água é fria, já para outros não o é, além de ser cara; as restritas opções de lazer, pois gostariam de viajar mais; a falta de trabalho, pois os mesmos referem que se trabalharem em empregos formais, perdem o benefício; e ainda por vezes aparece como um mediador inibidor a relação com o vizinhos, pelo fato de eventualmente os moradores escutarem som alto, e isto perturbar a vizinhança.

Entretanto, para cada um destes mediadores inibidores submergiram algumas saídas a partir dos próprios moradores, a saber: as brigas entre os próprios moradores podem ser equacionadas entre si mesmos conversando; reivindicar para que o benefício aumente; no que se refere à relação com a família, conversar com

a família a fim de que os visitem com maior frequência; em relação à hidroterapia, deve-se conversar com a equipe para não ir mais a esta atividade; a organização de passeios pode ser uma solução para atividades de lazer; seria interessante se o serviço articulasse iniciativas de geração de renda para os moradores; os próprios moradores vêem como saída para mediar os conflitos com a vizinhança não ligar o som durante a noite.

Em estudo de sociabilidade dos moradores deste SRT[10], os laços sociais dos moradores podem ser fortalecidos inserindo-os na rua, no comércio local, no bairro, na cidade, na comunidade. E como mecanismos de fortalecimentos, identifica-se as trocas sociais entre os próprios moradores, através da convivência no cotidiano, em relações de parceria, de amizade, de afeto, bem como em relações conflituosas por vezes, visto que a vida de relações de qualquer pessoa é pautada por conflitos e afetos. A equipe de profissionais os impulsiona para uma vida fora do SRT, o que contribui para introduzir o morador de volta a uma vida de pertencimento dentro do meio social, depois dos longos anos dentro das instituições asilares.

Todavia, em outro estudo[11] essas mesmas redes sociais ainda estão limitadas aos sujeitos envolvidos com o SRT (moradores, equipe e outras pessoas que são contatadas através das atividades mediadas pelos cuidadores do serviço). Surge então o desafio para que estas possam ser construídas não somente entre as pessoas que ligadas ao SRT, ampliando-se desta forma no contexto da sociedade. A partir do momento em que os moradores estiverem com maior independência da equipe do SRT estes poderão estabelecer outras redes sociais que perpassem os limites da moradia. Afirma ainda, que este é um avanço que tende a ser alcançado, pois o trabalho da equipe está focado nas questões da reabilitação psicossocial e reinserção social.

Rede de serviços dos usuários do SRT:

Conforme observado na dinâmica de funcionamento do SRT, juntamente com as informações contidas nas entrevistas realizadas com moradores, compõem a rede de saúde de Caxias do Sul: Ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), Hospital Psiquiátrico, leito em Hospital Geral, Pronto Socorro, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Unidade Básica de Saúde (UBS). Importante salientar que a presença do hospital psiquiátrico como componente da rede gera desconforto e surgirá ao longo do trabalho classificado como mediador inibidor na rede de serviços, bem como o seu fechamento sendo a única solução possível de acordo com os sujeitos do estudo.

Percebe-se que esta rede contempla serviços que não se limitam somente às questões da saúde mental, podendo os moradores contar com serviços territorializados como Unidade Básica de Saúde, Ambulatório e serviço de urgência e emergência.

Em relatório publicado em 2001 sobre a saúde no contexto mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que a Saúde Mental na Atenção Básica torna o atendimento mais efetivo, articula-o com os demais dispositivos da atenção à saúde, além de mobilizar a comunidade e ainda, ser economicamente favorável.

A aliança da atenção básica com os serviços de saúde mental que são comprometidos com a desinstitucionalização pode contribuir para a horizontalização da assistência e novas práticas de assistência integral à comunidade[12].

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades do Brasil tem se dedicado com obstinação à desinstitucionalização de indivíduos cronicamente asilados, às crises, ao tratamento de casos graves, dentre outras iniciativas. Entretanto, uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho da atenção básica (AB) e de ambulatórios e em qualquer uma de

suas formas[13].

Para que uma rede de saúde mental seja efetiva, é necessário que ela avance para outras instâncias não somente específicas da saúde mental, como atendimento em UBS, ambulatório, leitos em hospitais gerais, dentre outros. Somente assim, a rede terá potencial transformador e vivo na vida dos moradores do SRT. E em Caxias do Sul esta iniciativa acontece, tendo articulação entre os diferentes serviços que compõem a rede.

Durante grupo focal realizado no SRT com os moradores para o mapeamento dos serviços de saúde, inicialmente, foi exposto pelos pesquisadores cada serviço, individualmente, através dos desenhos das placas. Para que se tornasse mais didático, anteriormente ao grupo, foram confeccionadas tiras de papéis com os problemas e questionamentos, as quais iam sendo coladas sobre as placas após a citação do serviço, para que os moradores pudessem discutir se concordavam ou não com as afirmações, e que pudessem ao mesmo tempo, também elencar saídas. Os problemas/questionamentos são evidenciados a seguir: -Ambulatório: Há algum problema?; -CAPS: Não pode escolher as atividades./ Tem que participar das atividades quando não quer; -CAPSad: Há dificuldade no tratamento no CAPSad? Por quê?; -Hospital Psiquiátrico: Maus tratos; -Leito em Hospital Geral: É longe. Em outra cidade; -Pronto Socorro: Demora no atendimento; SRT: Não ter a liberdade que gostaria (escalas, saídas, chave, banho, horário para acordar); -UBS: Há dificuldade para ser atendido?

Os *mediadores colaboradores* são humanos solidários, pessoas de confiança ou instituições, os quais são acionados nas demandas, nas solicitações e no desenvolvimento de estratégias e outros mecanismos para a mediação, exame, compreensão e resolução de conflitos e problemas. Sendo assim, podem ser internos ou externos à rede. E suas ações reforçam o empoderamento da rede, ou seja, a circulação de dons positivos que reforçam a aliança e o vínculo[14].

Nesse contexto, após a discussão realizada com os moradores, foram identificados

como mediadores colaboradores os seguintes serviços, acompanhados dos adjetivos ratificados por eles: - Leito em hospital geral: não há problemas em ser longe (em outra cidade), o atendimento é bom; - CAPSad: o tratamento é ótimo; - CAIS Mental (ambulatório): o atendimento é ótimo; - UBS: o atendimento é rápido, na hora em que chega.

Evidencia-se, através das discussões que os moradores do SRT estão satisfeitos com relação ao atendimento recebido no CAPSad, ambulatório e UBS, o que ratifica a importância da estruturação de uma rede diversificada para o atendimento em saúde mental.

A rede de saúde mental tem como objetivo ser de base territorial, complexa, diversificada, e deve constituir-se num conjunto vivo e concreto de referências para outros serviços. Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva, é capaz de ser efetiva face à complexidade das demandas, e de garantir resolutividade e promoção de autonomia e cidadania aos indivíduos com transtornos mentais[15].

Portanto, torna-se extremamente importante a articulação dos moradores nos diversos dispositivos que compõe a rede de saúde, principalmente no sentido territorializado, pois assim será impulsionada a reinserção social e efetivo exercício de cidadania, fugindo do estigma de que o indivíduo em sofrimento psíquico deve ser tratado somente em serviços de saúde mental.

Já os *mediadores inibidores* tem por características o fato que as suas ações reforçam o conflito, contribuem para a perpetuação dos problemas, perda da solidariedade grupal e da sinergia[14]. Nesse sentido, foram identificados pelos moradores do SRT de Caxias do Sul, os seguintes mediadores inibidores, com suas respectivas saídas: -Pronto Socorro: há demora em ser atendidos, é mal atendido. *Saída*: chamar o SAMU porque é mais rápido; -Hospital psiquiátrico: lá tem maus tratos (colete, comida fria, banho frio). *Saída*: Tem que fechar; -CAPS: não poder escolher as atividades, ter que participar das atividades quando não quer. *Saída*:

Pedir para a coordenadora do CAPS entregar as escalas escritas para cada um; - SRT: não tem a liberdade que gostaria (chave para sair, escalas, horário para almoçar, é liberado somente um cigarro por vez). *Saída*: Dar uma chave do SRT para cada morador ter a sua; aumentar o dinheiro através da Oficina de Geração de Renda.

Através da identificação dos mediadores inibidores, pelos moradores do SRT de Caxias do Sul, evidencia-se que há dificuldades com o serviço de Pronto Socorro, sendo que os moradores preferem acionar o SAMU ao invés de irem consultar no serviço de emergência.

Também há a referência dos moradores ao Hospital Psiquiátrico como componente da rede de saúde. Os moradores entrevistados afirmam que no interior desta instituição são mal tratados e que a solução para que isso não aconteça é o fechamento deste serviço.

No contexto do hospital psiquiátrico o sujeito tem valor apenas na sua dimensão de doente, sendo uma instituição que serve apenas para suporte da doença. Anula-se qualquer valor do indivíduo que o assegure como sujeito social. Os manicômios nada mais são do que agentes de desvalor, pois possuem a capacidade de transformar as manifestações de poder por parte do sujeito em sofrimento psíquico, em negatividade pura do sintoma, o que o torna um lugar de troca social zero. O cuidado dentro do hospital psiquiátrico anula e exclui qualquer manifestação de poder dos indivíduos[16].

Entretanto, quando questionados a respeito dos serviços substitutivos CAPS e SRT, estes referem que no CAPS não tem autonomia para escolher as atividades que querem participar e que no SRT também não tem a liberdade que gostariam, como em alguns casos, não ter a chave e ter que cumprir escalas de tarefas cotidianas.

Para finalizar o grupo, cada morador foi convidado a desenhar no cartaz seu trajeto na rede, através da identificação de cada serviço que utiliza.

Considerações finais:

O objetivo desse artigo foi mapear a rede social e de serviços de moradores do Serviço Residencial Terapêutico. O cenário, pano de fundo deste estudo, configura-se de forma ambíguo, transitando ora como um equipamento serviço e outrora como uma casa-lar. Em nosso entendimento esta "ambiguidade" tem sua razão de ser, no sentido de ser um equipamento flexível que possibilita a reconstrução do cotidiano destes moradores, desenvolvendo no usuário-cidadão uma autonomia pautada no poder de decisão, que o aproxima do contexto de uma casa, com afetos e conflitos.

Emergiram como mediadores colaboradores na rede social dos moradores as atividades como a equoterapia, escola, a prática esportiva, a prefeitura e o supermercado, que surgem como espaço onde estes sujeitos agora transitam e sentem-se acolhidos e especialmente reconhecidos. Na rede de serviços foram identificados como mediadores colaboradores o leito em hospital geral, o CAPS ad, CAIS Mental e a UBS, o que mostra a satisfação desses moradores com parte da rede de serviços que têm a disposição.

Dizemos parte da rede de serviço porque como mediadores inibidores na rede em questão, destacaram-se o pronto socorro e o Hospital Psiquiátrico, instituição que apesar dos avanços em relação aos serviços de saúde mental disponíveis no município e de ser reconhecido pelos usuários como lugar de maus tratos (colete, comida fria, banho frio) tendo seu fechamento colocado como única alternativa possível; seguir compondo a rede. Algumas questões internas relacionadas ao CAPS, tipo a falta de liberdade para escolher de quais atividades gostariam de participar e o valor do beneficio, considerado insuficiente para as suas necessidades também surgem como mediadores inibidores. Importante destacar que a medida que surgiam os mediadores inibidores simultaneamente eram citadas alternativas possíveis para a resolução dos problemas apontados,

como por exemplo uma oficina de geração de renda para complementar o rendimento do beneficio.

Por último, como mediadores inibidores na rede social foram citados os próprios moradores do SRT pelas vezes que entram em conflitos e acabam brigando entre si, atividades como a hidroterapia, que parece ser no entendimento de alguns de elevado custo financeiro para sua realidade e inadequada pela temperatura da água em determinados dias. Foram citadas também nesse sentido a falta de opções de lazer e de trabalho, além da falta de interesse da família em visitá-los, segundo relatos os moradores sentem saudades de seus familiares.

Ainda no que se refere aos laços familiares, os moradores evidenciam a qualidade dos vínculos que mantém com os profissionais, fato que surge nas observações de campo sobre a utilização do afeto como recurso terapêutico no processo de trabalho seu desenvolvimento dentro do SRT, entre moradores e profissionais. As relações com o sagrado e com a fé foram evidenciadas pelos moradores, bem como a vontade de trabalhar e morarem sozinhos. E é neste contexto de vida que se desenrola a equipe de profissionais como principal mediadora colaboradora que o cotidiano destes moradores é fortalecido, reconstruindo seus laços a partir de uma concepção que liberta através da autonomia, consolidando no dia-a-dia os desejos de quem nunca deixou de sonhar.

Referências:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em 2012 Fev 02. Disponível em: HYPERLINK "http://www.ibge.gov.br/home/" http://www.ibge.gov.br.

2. Universidade Federal de Pelotas; Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Faculdade de Enfermagem. REDESUL Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial: relatório final. Pelotas, 2011. 418p.

3. Castells M. A sociedade em rede: volume 1. 11ed. São Paulo, 1999.

4. Barbosa MTS, Bynngton MRL, Struchiner CJ. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV Cad. Saúde Pública. 2000 v.16; n.1. p. 37-51.

5. Guba EG, Lincoln Y. Avaliação de Quarta Geração Tradução Beth Honorato. Campinas: Editora UNICAMP; 2011.

6. Martins PH, Fontes B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UPFE. 2 Ed; 2008.

7. Martins PH. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo. Recife:

Redes Sociais e Saúde (UFPE); 2008.

8. Pinheiro R, Guljor AP, Silva Júnior AG. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta avaliativa sobre a relação entre demanda e oferta de cuidado. in: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Júnior AG, Mattos RA. (orgs.) desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: cepesc – ims/uerj– abrasco; 2007. p. 13-40.

9. Sluzki CE. A rede social na prática sistemica – alternativas terapêuticas. São

Paulo:
Casa do Psicólogo; 1997.

10. Cortes JM. Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2011.

11. Guedes AC. Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2010.

12. Coimbra VCC, Guimarães J. Silva MCF, Kantorski L, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Rev Eletrônica de Enferm. 2005; 7(1):99-104.

13. Ministério da Saúde.(Brasil), Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário.
Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

14. Martins PH. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 61-89.

15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações
Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção

psicossocial.
Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

16. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A M. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p.55-59.