

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**A AUTONOMIA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NAS RELAÇÕES COTIDIANAS**

Bianca Neme Clasen

Pelotas, 2010

BIANCA NEME CLASEN

**A AUTONOMIA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NAS RELAÇÕES COTIDIANAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências, área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2010

Catálogo na fonte:
Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

C583a Clasen, Bianca Neme.

A autonomia dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial nas relações cotidianas / Bianca Neme Clasen; Luciane Prado Kantorski, orientadora. – Pelotas, 2010.

104f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas.

1. Saúde mental. 2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 3. Reforma psiquiátrica 4. Autonomia pessoal. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Título.

CDD: 616.89

Folha de Aprovação

Autor: Bianca Neme Clasen

Título: A autonomia dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial nas relações cotidianas

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.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a. Andréa Valente Heidrich

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a. Valéria Cristina Christello Coimbra

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a. Vanda Maria da Rosa Jardim

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a. Rita Maria Heck

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Agradecimentos

A Deus, o Doador da Vida, pelos recursos que me possibilitaram alcançar este objetivo.

Aos meus queridos pais, Henrique e Francisca, meus grandes mestres, os mestres da escola da vida, sem os quais jamais seria quem sou, só tenho a agradecer por todos os ensinamentos, pelo afeto, pelo carinho, pelo cuidado incessante, pelos bons exemplos e pela dedicação incondicional. Foram vocês os grandes incentivadores de cada uma das minhas conquistas.

Aos meus irmãos, Beatriz e Roberto, agradeço pela amizade, pela cumplicidade e pela energia positiva de que tanto precisei para superar os obstáculos que se apresentaram e que, não raro, pareciam intransponíveis.

Ao meu marido, Rodrigo, pelo companheirismo e pelos ensinamentos diários de força, coragem e otimismo com a vida, o que me torna uma pessoa melhor a cada dia.

À Finha, minha segunda mãe, que em incontáveis momentos abdicou de sua própria vida, em prol do cuidado e da dedicação à nossa família.

À professora Luciane, minha querida orientadora, por estar presente em todos os momentos desta trajetória, transmitindo sua tranquilidade e equilíbrio, dotados de empatia, solidariedade, tolerância, afeto e muito conhecimento.

Aos queridos colegas, obrigada pela amizade e carinho que construímos e solidificamos ao longo deste processo. Vocês são coadjuvantes desta vitória! Faço um agradecimento especial aos colegas e amigos Samanta, Angélica, Cláudio, Roberta, Marcos e Ariane, por terem sido tão presentes na minha vida ao longo desta caminhada, especialmente nos momentos mais difíceis.

Aos professores do Programa de Mestrado, que dedicaram todo seu conhecimento em benefício da nossa formação.

Aos professores das bancas de qualificação e defesa, pelas preciosas contribuições ao trabalho.

Ao Vinícius, nosso querido secretário, pela sua presteza e dedicação aos alunos e ao Programa.

Aos colegas do CAPS ad, por todo o apoio, compreensão e empatia.

Aos colegas enfermeiros André Quevedo e Adrize Porto, que contribuíram com as formatações e traduções, respectivamente.

À professora Helena Kieling, responsável pelos valiosos ensinamentos de inglês.

À tia Né, professora de Português, dona de um coração enorme, por todas as contribuições na sua área ao longo de toda a minha formação, em especial, na correção desta obra.

À prima Elisa, pelas palavras de incentivo.

À minha sogra Gislina e cunhado Tiago, por me acompanharem nestes dois anos.

À estimada amiga Sandra Volcan, que, ao me acompanhar nesta caminhada, me possibilitou serenidade e equilíbrio para vencer.

A todos que não foram mencionados, mas que de alguma forma fizeram parte desta conquista.

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus pais, Henrique e Francisca, incansáveis incentivadores do meu crescimento pessoal e profissional, verdadeiros motivadores da minha busca pelo mestrado, portadores de um amor infinito que contagia o meu corpo e ilumina o meu espírito.

Resumo

CLASEN, Bianca Neme. **A autonomia dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial nas relações cotidianas**. 2010. 103f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde (Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde). Luciane Prado Kantorski. Orientadora. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A autonomia incide na condição de autodeterminação e autogoverno. Considerando esta assertiva, o presente estudo teve como objetivo reconhecer manifestações das autonomias atitudinal, funcional e emocional na expressão das relações cotidianas dos usuários de um CAPS do município de Alegrete-RS. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e analítico. Os sujeitos foram 11 usuários. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas realizadas no segundo semestre de 2006. Os dados foram analisados à luz do referencial teórico, que compreende as autonomias atitudinal, funcional e emocional. Com relação à autonomia atitudinal, observa-se que há por parte dos usuários a manifestação das principais aptidões e desejos nas atitudes nos âmbitos do autocuidado, no estabelecimento de relações interpessoais e para o trabalho. A autonomia para o autocuidado aparece, sobretudo, na expressão das práticas com relação à higiene, ao cuidado com a saúde do corpo e ao envolvimento de alguns usuários para que não deixe de haver o fornecimento continuado dos psicofármacos pelo Sistema Único de Saúde a todos aqueles que os utilizam. A autonomia atitudinal para estabelecer relações interpessoais pôde ser apreendida através do exercício do desejo e da decisão de “com quem”, “em que situações” e “como se relacionar, intervir ou manejar situações”. A autonomia atitudinal para o trabalho emerge no contexto do trabalho protegido nas oficinas, quando o trabalho se dá no espaço do CAPS. Acerca da autonomia funcional, observa-se que a maioria dos sujeitos mostra-se capaz de tomar decisões por si só e de traçar estratégias para alcançar e concluir metas. Nesta pesquisa, a funcionalidade caracteriza-se por manter uma regularidade, permitindo que as situações de tomada de decisão se repitam no cotidiano da vida, enquanto que a atitudinalidade é uma manifestação esporádica ou mesmo singular. O autocuidado é retratado por meio de práticas sistemáticas de cuidado com a saúde do corpo, pela manutenção do tratamento psiquiátrico e pela possibilidade de manter fluida a funcionalidade das condutas cotidianas através do benefício que muitos usuários recebem do governo. A autonomia para cuidar dos afazeres domésticos também foi evidenciada nos discursos. Relações de cuidado cotidiano com o outro, bem como a condição de ser capaz de circular pelo território em busca de estabelecer ou manter relações de amizade e de troca também foram observadas como condições importantes de exercício da autonomia funcional. A autonomia para a prática do trabalho aparece sob diferentes níveis conforme a condição de independência na

qual os sujeitos se encontram, oscilando desde a situação de realização de trabalho assistido, em ambiente protegido e com intuito terapêutico, até a de exercício de trabalho formal e assalariado. A autonomia emocional também é um atributo presente nos relatos, denotando a condição de autoconfiança e independência emocional em relação a outras pessoas. Essa condição aparece sob a forma de autovalorização e estabelecimento de relações solidárias, alimentadas pela autoconfiança e autoeficácia. Conclui-se, portanto, que o objetivo da pesquisa está contemplado nos depoimentos, de maneira que as autonomias supramencionadas se fizeram presentes nas relações cotidianas dos onze sujeitos estudados.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Autonomia pessoal.

Abstract

CLASEN, Bianca Neme. **AUTONOMY OF USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN DAILY RELATIONS**. 2010. 103f. Dissertation (Masters) – Program Graduate Nursing, Area of Concentration: Social Practices in Nursing and Health (Research Line: Practice Management, Education, Nursing and Health). Luciane Prado Kantorski. Guidance. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

The autonomy concerns the condition of self-determination and self-governance. Considering this affirmation, this study had as objectives to know manifestations of the autonomies attitudinal, functional and emotional in expression of daily relations of users of a CAPS of municipality of Alegrete-RS. This is a qualitative, descriptive and analytical study. The subjects were 11 users. The data was collected through interviews held in the second semester of 2006. The data were analyzed in the light of the theoretical referential that understands the autonomies attitudinal, functional and emotional. With regard to the attitudinal autonomy it is observed it has on the part of the users the manifestation of the essential aptitudes and desires in the attitudes in areas of self care, in establishing interpersonal relations and for the work. The autonomy for the self care appears, over all, in the expression of practices related to hygiene, health care of the body through physical exercise and the commitment of some users to not leave to have the continuous supply of psychotropic drugs by the System of Health to all those who use them. The attitudinal autonomy to establish interpersonal relationships might be perceived through the exercise of desire and the decision of "with who", "in which situations" and "how to relate to, manage or intervene situations". The attitudinal autonomy for work emerges in the protected context of the work, in workshops, when the work happens in the space of the CAPS. Concerning the functional autonomy, it is observed that majority of subjects reveals to be capable of making decisions by themselves and trace strategies to achieve and to complete the goals. At this research, the functionality is characterized by maintain regularity, allowing the cases of decision making recur in daily life, while the attitudinal is an individual expression or even sporadic. The self-care is portrayed through systematic practices of health care of the body, the maintenance of psychiatric treatment and the possibility to keep the functionality of daily conduits through the benefit that many users receive from the government. The autonomy to take care of domestic tasks was also evident in the speeches. Relations of daily care with the other, as well as the condition of being able to circulate for the territory seeking to establish or maintain relations of friendship and exchange had been also observed as important conditions for the exercise of functional autonomy. The autonomy to practice the work appears under different levels of independence as a condition in which subjects are, oscillating since the situation of accomplishment of assisted work, in protecting environment and with therapeutic intent, until to the

exercise of formal and wage-earning employment. The emotional autonomy is also an attribute in the reports, denoting the condition of self-reliance and emotional independence in relation to other people. This condition appears under the form of self-worth and the establishment of supportive relations, fueled by self-confidence and self-efficacy. Closes up, so that the purpose of the research are included in all testimonials, so the above autonomy were present in daily relationships of eleven subjects.

KEYWORDS: Mental Health; Psychiatric Reform; Personal Autonomy.

Resumen

CLASEN, Bianca Neme. **AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS RELACIONES COTIDIANAS**. 2010. 103f. Disertación (Maestría) - Programa de Post Grado en Enfermería, Área de Concentración: Prácticas Sociales en Enfermería y Salud (Línea de Investigación: Prácticas de Gestión, Educación, Enfermería y Salud). Luciane Prado Kantorski. Rector. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

La autonomía se refiere a la condición de la libre determinación y autogobierno. Considerando esta asertiva, este estudio tuvo como objetivo reconocer las manifestaciones de la autonomía de actitud, funcional y emocional en la expresión de relaciones cotidianas de los usuarios de un CAPS en lo municipio de Alegrete-RS. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y analítico. Los sujetos fueron 11 usuarios. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, realizadas en la segunda mitad de 2006. Los datos fueron analizados a la luz de referencia teórica, que comprende la autonomía de actitud, funcional y emocional. Con respecto a la autonomía de actitud se observa, que tiene de parte de los usuarios, la manifestación de las principales habilidades y de los deseos en las actitudes en los alcances del auto cuidado, en el establecimiento de relaciones interpersonales y para el trabajo. La autonomía para el auto cuidado aparece, sobre todos, en la expresión de las prácticas relacionadas con la higiene, con el cuidado de la salud del cuerpo y el compromiso de algunos usuarios de no dejar sin suministro continuo de drogas psicotrópicas por el Sistema de Salud, a todos aquellos que los utilizan. La autonomía de actitud para establecer relaciones interpersonales puede ser percibida a través del ejercicio del deseo y la decisión de "con quién", "en qué situaciones" y "como si relacionar, intervenir o manejar situaciones". La autonomía de actitud para el trabajo emerge en el contexto del trabajo protegido, en los talleres, cuando el trabajo sucede en el espacio de lo CAPS. Referente a la autonomía funcional, se observa que la mayoría de los ciudadanos parece ser capaz de tomar las decisiones por sí mismos y diseñar estrategias para alcanzar y para concluir metas. En esta investigación, la funcionalidad se caracteriza por mantener una regularidad, permitiendo que las situaciones de la toma de decisiones se repitan en el cotidiano de la vida, mientras que la autonomía de actitud es una manifestación esporádica o misma singular. El auto cuidado es retratado a través de prácticas sistemáticas del cuidado con la salud del cuerpo, para el mantenimiento del tratamiento psiquiátrico y para la posibilidad de mantener la funcionalidad de las conductas cotidianas a través del beneficio que muchos usuarios reciben del gobierno. La autonomía para cuidar de las tareas del hogar también fue evidente en los discursos. Las relaciones de cuidados cotidianos con los otros, así como la condición de ser capaces de circular por el territorio en búsqueda de lo establecimiento o mantenimiento de las relaciones de amistad y de intercambio también habían sido observadas como condiciones

importantes del ejercicio de la autonomía funcional. La autonomía para las prácticas de trabajo aparece en diferentes niveles en el acuerdo a la condición de la independencia en la cual los sujetos se encuentran, oscilando desde la situación de la realización del trabajo asistido, en el ambiente protegido y con la intención terapéutica, hasta el ejercicio de un empleo formal y asalariado. La autonomía emocional también es un atributo que está presente en los informes, denotando la condición de la autoconfianza y la independencia emocional en relación con los demás. Esta condición aparece en la forma de auto-estima y el establecimiento de relaciones de apoyo, estimulado por autoconfianza y auto eficacia. Se concluye por tanto que el objetivo de la investigación se contempla en las declaraciones, de modo que las autonomías mencionadas anteriormente estuvieron presentes en las relaciones cotidianas de los once sujetos estudiados.

PALABRAS CLAVE: Salud mental; Reforma psiquiátrica; Autonomía personal.

Lista de Figuras

Figura 1 –	Círculo Hermenêutico-Dialético.....	43
------------	-------------------------------------	----

Lista de abreviaturas e siglas

Centro de Atenção a Dependentes Químicos	CADEQ
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas	CAPS ad
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	CAPS i
Círculo Hermenêutico-Dialético	CHD
Coordenadoria Regional de Saúde	CRS
Gabinete do Ministro	GM
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Ministério da Saúde	MS
Organização Mundial de Saúde	OMS
Plano Terapêutico Individual	PTI
Projeto Terapêutico do Serviço	PTS
Saúde Mental	SM
Serviço Residencial Terapêutico	SRT
Sistema de Atenção Integral em Saúde	SAIS
Sistema Único de Saúde	SUS
Universidade Federal de Pelotas	UFPeI

Sumário

Projeto de Pesquisa.....	15
1. Introdução.....	16
1.1. Construção do objeto de estudo	16
1.2. Questão norteadora	32
2. Objetivos	33
2.1. Objetivo geral	33
3. Referencial teórico	34
4. Metodologia	411
4.1. Caracterização dos sujeitos do estudo	41
4.2. Local do estudo	45
4.3. Sujeitos do estudo	45
4.4. Princípios éticos.....	46
4.5. Procedimento para a coleta e análise dos dados.....	46
4.6. Divulgação dos resultados.....	48
5. Recursos	49
5.1. Recursos humanos	49
5.2. Recursos materiais e plano de despesas	49
6. Cronograma	50
Referências	51
Apêndices	57
Anexos	71
Relatório do trabalho de campo.....	79
Artigo de Defesa.....	84

Projeto de Pesquisa

“O abismo da loucura em que estão mergulhados os homens é tal que a aparência de verdade que nele se encontra é simultaneamente sua rigorosa contradição”
(Foucault, 1999).

1. Introdução

1.1. Construção do objeto de estudo

Sendo o fenômeno da loucura tão antigo quanto a humanidade, até a Idade Média ela era entendida pela sociedade como diversidade, e, assim, carregada de conteúdo místico, devendo então ser tratada através do sacrifício ou do exorcismo. Portanto, permanecia neste momento histórico, no limite entre o campo natural e o sobrenatural (GONDIM, 2001).

Fortemente influenciada pelo pensamento de Descartes, a Europa do século XVII foi dominada pelo olhar da razão acerca de todas as coisas. Desta forma, também o psiquismo, através de Philippe Pinel, tornou-se matéria do conhecimento objetivo e quantitativo. Guiado pelos ideais iluministas de liberdade, igualdade e fraternidade que vivera o continente europeu do século XVIII, Pinel, em 1793, levou a loucura do campo das fantasias, da pureza e da ilusão para o campo médico. Esse evento teria representado a fundação da psiquiatria como campo da medicina moderna, acompanhado da medicalização da loucura (FOUCAULT, 1994; FOUCAULT, 1999). Neste contexto de mudanças fortemente influenciadas pelas idéias iluministas é que a loucura, através de Pinel, passou a constituir as primeiras classificações nosográficas, tornando-se, portanto, objeto dos discursos científicos (AMARANTE, 1996). Coube a ele, portanto, inserir a loucura entre as categorias médicas, patologizando-a e, assim, distanciando-a da ociosidade. Nesse mesmo contexto, o saber e o poder médicos passaram a imperar nas relações profissional-paciente e o manicômio tornou-se o lugar onde a medicina podia descobrir a verdade sobre a doença, afastando tudo o que podia mascará-la e confundí-la (FOUCAULT, 1994).

Neste período, o hospício passa a ressignificar seu contexto e suas práticas, deixando de assumir o papel de hospedaria para constituir-se de instituição de internação e enclausuramento. Esta ressignificação social do manicômio da idade clássica para o da idade moderna, cujo atributo passa a ser o da dominação e medicalização dos sujeitos respondeu a uma demanda econômica, social e política da modernidade e além de construir e fortalecer relações sociais de dominação da medicina sobre a sociedade albergou a cultura da exclusão, do preconceito e da desvalia (KANTORSKI, 2006).

Todavia, a internação nos hospitais psiquiátricos, e consequentemente, a exclusão do convívio social das pessoas acometidas de sofrimento psíquico, passaram a ser fortemente questionadas no país a partir da década de 1970, com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica (MACHADO, 2005).

O movimento no Brasil foi influenciado, sobretudo, pelo movimento italiano, que teve como um de seus importantes idealizadores o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), precursor de mudanças profundas nas políticas de saúde mental na Itália a partir de 1961, com o movimento conhecido como Psiquiatria Democrática e, posteriormente, através da Lei 180, de 1978, também conhecida como a “Lei Basaglia”, responsável por extinguir as instituições asilares do contexto da atenção em saúde mental na Itália (MACHADO, 2005).

Para Amarante (1998, p. 49), a proposta de Basaglia está comprometida com um projeto amplo de desconstrução de concepções e práticas vinculadas à loucura, a saber:

O projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais e ainda, o que estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença. Neste sentido, desinstitucionalizar não restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais, enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

No Brasil, o movimento formado inicialmente por profissionais da área da saúde mental incorporou as famílias dos usuários e os próprios usuários, ganhando força a partir dos avanços da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de

1988, e, posteriormente, com o advento do SUS, através da Lei 8.080, de 1990 (MACHADO, 2005).

Estimativas indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e outras drogas, e que um em cada quatro indivíduos será afetado por uma perturbação mental em dada fase da vida (OMS, 2001).

Estudos apontam que em 2000 as perturbações mentais e neurológicas foram responsáveis por 12% do total de anos de vida perdidos, ajustados por incapacitação (AVAI¹), considerando-se todas as doenças e lesões neuropsiquiátricas. Prevê que até 2020 essa prevalência alcance o patamar de 15% (OMS, 2001).

Estima-se que no Brasil, em 2008, dez milhões de adultos demandaram por atenção psiquiátrica especializada (SANTOS, 2008).

A reforma psiquiátrica tem como objetivo a reabilitação psicossocial, através da reinserção social e do resgate da autonomia dos sujeitos (PITTA, 1996).

O conceito de autonomia (**auto** = próprio, **nomos** = norma, regra, lei) está atrelado à idéia de liberdade e do franco exercício de decidir sobre si próprio, sobre suas atitudes, seu destino, enfim, sobre sua própria vida (FLEURY-TEIXEIRA et al, 2008).

Em uma sociedade democrática, a autonomia deve pautar-se no direito à heterogeneidade, desde que respeitados os limites civis. A tolerância à diferença, a liberdade de se expressar publicamente e de se comportar livremente são questões intrínsecas ao direito de ser autônomo e de conviver adequadamente com o direito à autonomia do outro. Todas essas possibilidades ficam salvaguardadas nos limites do dano a terceiros (FLEURY-TEIXEIRA et al, 2008).

De acordo com Leal (1994, p.153), a produção de autonomia pode ser caracterizada pelo abandono da expectativa de resolutividade e eficácia a partir da comparação com o nosso desempenho e pela criação de outras possibilidades de vida a partir deste outro padrão de subjetivação.

¹ (AVAI*) - é a medida de anos de vida ajustados em função de incapacidades. Cada AVAI representa a perda de um ano de vida saudável, ou seja, se refere ao tempo vivido com uma lesão ou tempo perdido por morte prematura, no qual se utiliza como referência a expectativa de vida.

Acredita-se que os indivíduos são sujeitos, mas também objetos de suas próprias histórias à medida que constroem, mas também são construídos pelos espaços sociais nos quais circulam. Neste sentido, a autonomia é o produto do mundo interno de cada pessoa com as condições externas absorvidas das relações cotidianas que estabelece com o meio.

Diante do exposto, podemos conceber autonomia como o momento em que o sujeito passa a conviver com seus problemas e dar conta das demandas de sua vida de forma a necessitar de menos intervenções externas, sejam elas do serviço de saúde mental, sejam elas de outras fontes (SANTOS et al, 2000).

As concepções norteadoras deste estudo são consonantes aos preceitos da reforma psiquiátrica, na medida em que se acredita que o cuidado humanizado e que vislumbra a reabilitação psicossocial e a reinserção de pessoas acometidas de sofrimento psíquico só é realmente possível através do cuidado que inclui, que não estigmatiza, que empodera, que aproxima os sujeitos da vida social, da família, das práticas de lazer e de trabalho e da construção de suas próprias redes sociais e de saúde. Enfim, entende-se a possibilidade e a total viabilidade do cuidado às pessoas acometidas de sofrimento psíquico nos espaços comunitários da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, por compreender que as instituições asilares concebem saberes e fazeres disciplinares, responsáveis por tolher as singularidades e subjetividades humanas e que, em contra-partida, espaços de cuidado na comunidade voltam olhares ao indivíduo cujo transtorno não é o que o constitui, mas é apenas uma das características do sujeito. Nesta concepção, os indivíduos são vistos na sua integralidade e o cuidado é construído junto ao sujeito e sua família, preservando e/ou fortalecendo questões como a autonomia e a cidadania.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira emergiu ao final dos anos de 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, por outro. É um fenômeno complexo, pois transcende a sanção de novas leis e normas e é maior e mais complexo do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Para Amarante (2003), a reforma psiquiátrica deverá compreender um processo social complexo, articulado por várias dimensões simultaneamente, envolvendo movimentos, atores e conflitos. As dimensões as quais o autor se refere têm a seguinte abrangência:

- O campo epistemológico, que trata da produção de conhecimento e sustenta o saber/fazer médico psiquiátrico.
- A dimensão técnico-assistencial, que se refere ao modelo assistencial.
- A dimensão jurídico-política, que discute e define as diretrizes sobre as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais dos sujeitos e do contexto da saúde mental.
- A dimensão sócio-cultural, que trata do conjunto de estratégias e ações que vislumbram modificar a percepção e as relações da sociedade com a loucura.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial edifica-se fundamentalmente em três eixos sobre os quais se constrói o aumento da capacidade contratual das pessoas acometidas de sofrimento psíquico. São eles: casa, trabalho e lazer, ou reproduzindo as terminologias do autor, “morar”, “produzir e trocar mercadorias e valores” e “trocar identidades”. A noção de casa comporta não somente a de espaço físico onde se pode praticar de forma muito particular o exercício do poder e da contratualidade, mas também e, sobretudo, a noção de habitar. “O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de ‘propriedade’ do espaço no qual se vive” (SARACENO, 2001, p.114). Na concepção de habitar está implícito “um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros” (SARACENO, 2001, p.114). Em outras palavras, a noção de habitar denota o envolvimento afetivo e de apropriação do território no seu sentido mais amplo e, portanto, é a noção que mais interessa aos processos de reabilitação. O autor faz uma diferenciação acerca de “estar” e “habitar”. Assim, um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual está representado pelo quanto o próprio “estar” se torna um “habitar” esse lugar.

Neste espectro, a família é entendida como parte do processo de reabilitação, bem como uma instituição na qual a capacidade de contratualidade da pessoa acometida de sofrimento psíquico deve incidir, de forma que deixar de ser cúmplice ou vítima da psiquiatrização para passar a uma condição de protagonista dos processos de reabilitação torna-se seu papel. Para tanto, compete às equipes de saúde reconhecer a família como parte dos e nos projetos de reabilitação (SARACENO, 2001).

Em relação ao trabalho como produção e troca de mercadorias e valores, é necessário partir da lógica de trabalho enquanto “promotor de articulação do campo

dos interesses, das necessidades e dos desejos” (SARACENO, 2001, p.126). Para que o trabalho possa ser um recurso de produção de troca, é fundamental que ele perca a ênfase terapêutica e que a relação entre trabalho e reabilitação possa transcender a ideologia do trabalho como terapia, norma moral ou entretenimento. Urge a necessidade de a relação usuário e trabalho ser tratada a partir de um referencial teórico alternativo.

A noção de lazer ou de “troca de identidades” configura o terceiro eixo sobre o qual a reabilitação deve incidir. É preciso haver lugares onde as trocas sejam possíveis. “A participação dessa troca ou a invenção de lugares nos quais a troca seja possível é a rede social” (SARACENO, 2001, p.123). É também nas redes sociais do usuário que os investimentos em reabilitação devem incidir, a começar na família, a primeira rede social disponível.

Indo de encontro aos postulados da psiquiatria tradicional, pesquisadores constataram que a cronificação e o empobrecimento do portador de transtorno psíquico não são intrínsecos à doença, mas produto de diversas variáveis extrínsecas ao indivíduo, comumente relacionadas ao contexto familiar e do território, e que são passíveis de modificação mediante processos intervencionistas. Por se tratarem de variáveis ligadas ao contexto do sujeito, pressupõem intervenções no nível ambiental, as quais se distanciam das intervenções tradicionais do modelo psiquiátrico de abordagem biológica. Assim, Saraceno (2001) afirma que uma intervenção sobre a psicose tem sentido apenas quando o olhar e as ações se voltam para a totalidade do sujeito e de seu contexto, ou seja, quando o contexto do sujeito acometido de sofrimento psíquico é considerado de tal maneira que as estratégias intervencionistas são pautadas nos fatores de risco e de proteção individuais que parecem mais intimamente correlatos à evolução da doença. Dessa maneira, observa-se que a proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno edifica-se sobre a égide da complexidade do indivíduo, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos, objetivos e subjetivos do sujeito no seu contexto familiar e social de interações (SARACENO, 2001; LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006).

Reabilitar, segundo Rotelli e Amarante (1992) seria restabelecer a subjetividade do indivíduo de forma que através dela seja possível aos sujeitos estabelecer relações sociais ou ainda recuperar a aptidão para a contratualidade.

A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de sujeitos, instituições e forças de diferentes origens, de contextos geográficos e culturais distintos. Está contemplada no campo ideológico, mas também incide no âmbito das transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais; está no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais. Por tudo isso, trata-se de um processo complexo e dinâmico, que se consolida continuamente, mas que se depara constantemente com impasses, tensões, conflitos e desafios. Embora datem do final da década de 1970 os primeiros movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, foi através do Projeto de Lei do então deputado Paulo Delgado (PT/MG) que o movimento da Reforma tomou corpo normativo. A proposta fundava-se na premente necessidade de regulamentar os direitos da pessoa acometida de sofrimento psíquico e de extinguir de forma progressiva as instituições asilares (BRASIL, 2005).

A partir de 1992, os movimentos sociais inspirados no Projeto de Lei supracitado corroboraram para a aprovação, em vários estados brasileiros, das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental de base comunitária. Esse período caracterizou-se por notórios avanços na construção das diretrizes políticas no âmbito Estatal na perspectiva da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Na década de 1990, em decorrência do compromisso firmado pelo Brasil através da assinatura da Declaração de Caracas e da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, materializadas através da fundação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-Dia, e das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Até 2001, quando finalmente a Lei foi sancionada com importantes modificações normativas na forma da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, embora regulamentados os novos serviços comunitários de saúde mental, a mesma não contemplava financiamentos específicos para CAPS e NAPS, e as normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Nesse período, cerca de 93% dos recursos federais para a saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos. Ainda que a Lei nº 10.216/2001 regulamentasse sobre a proteção e os direitos das pessoas

acometidas de sofrimento psíquico e redirecionasse o modelo assistencial, não instituíam mecanismos claros para a progressiva extinção dos leitos nos hospitais psiquiátricos. Essa determinação foi posteriormente reafirmada em normativas específicas para este fim, através das Portarias/GM nº 52 e 53, de 20 de janeiro de 2004. Data de 19 de fevereiro de 2002 a Portaria/GM nº 336, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), recursos estratégicos da rede, que conta, na sua totalidade, com os seguintes serviços: Ambulatórios de Saúde Mental, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Hospitais Gerais e os próprios Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005; BRASIL, 2004b).

Marcantes acontecimentos para a organização e viabilização da rede de saúde mental no processo de consolidação da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde foram, portanto, a promulgação da Lei nº 10.216/2001 e a realização da III Conferência de Saúde Mental. Neste contexto, a rede experimentou uma expressiva expansão, inclusive em regiões de forte sustentação do modelo asilar, onde os serviços comunitários praticamente inexistiam (BRASIL, 2005).

Em 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passaram a representar 64% do total dos recursos federais para a saúde mental. Entre 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos de hospitais psiquiátricos no país (BRASIL, 2005). De 2005 a 2009, os leitos psiquiátricos asilares foram reduzidos de 42.076 para 35.426, ou seja, cerca de 16% dos leitos do hospital psiquiátrico foram substituídos por espaços nos SRT's (BRASIL, 2009).

Mesmo que as políticas de saúde há pelo menos duas décadas estejam redirecionando os saberes e práticas no cuidado em saúde mental, as instituições manicomiais estejam progressivamente sendo substituídas pelos serviços comunitários e a formação profissional voltando-se para a concepção do doente como sujeito de direitos, ainda coexistem dois modelos antagônicos: o manicomial, ainda hegemônico, e o contra-hegemônico, substitutivo ao asilar, cuja premissa é romper com a intolerância à diferença e com o estigma da sociedade frente à pessoa acometida de sofrimento psíquico (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Para romper com o sistema hegemônico secularmente instituído e desconstruir o paradigma manicomial, faz-se necessário consolidar o modelo comunitário através da substituição do hospital psiquiátrico pelos equipamentos de cuidado integral da rede de saúde mental. Por se tratar de um processo ideológico

em que há a necessidade de apropriação de novas formas de olhar e de pensar acerca do doente e do seu cuidado, cabe considerar que a mudança de paradigma demanda um tempo que necessariamente está atrelado ao investimento em educação, na busca da mudança do imaginário social frente à loucura junto à sociedade como um todo.

A complexidade do sofrimento psíquico demanda a articulação dos serviços substitutivos de cuidado em saúde mental de forma a constituir redes. A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990 (BRASIL, 2005). Contudo, atualmente, acredita-se que a rede que poderá dar conta da complexidade do cuidado à pessoa acometida de sofrimento psíquico com vistas à sua reabilitação psicossocial não está restrita apenas à rede de serviços de saúde. O conjunto de saberes do âmbito da saúde, da assistência social, do campo jurídico, da educação, entre outros, deveriam, de uma forma muito coesa, reconhecerem-se como produtores concretos de política e de atenção as pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico e as suas famílias, implementando ações de forma articulada. Em outras palavras, o cuidado integral à pessoa acometida de sofrimento psíquico assume, no contexto da Reforma, um caráter intersetorial, indispensável ao atendimento das complexas necessidades em termos não só de promoção e de reabilitação, mas também de planejamento da política, responsável pelo acultramento social. O movimento de Reforma no país ainda consiste em um processo que, dia após dia, se fortalece na medida em que as forças dos diversos espaços consubstanciam-se para a consolidação do modelo.

A rede substitutiva de saúde mental está contemplada nas diretrizes políticas vigentes como uma necessidade de saúde, porém, pela complexidade da demanda, torna-se efetivamente uma estratégia política transdisciplinar (BRASIL, 2005).

A rede de atenção à saúde mental é essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma (BRASIL, 2005). Pensar em redes como recursos que permitem o deslocamento dos sujeitos nos contextos sociais e concebê-las como espaços nos quais se estabelecem relações e laços sociais é ressignificar o cuidado à pessoa acometida de sofrimento psíquico, secularmente estigmatizada,

considerada a partir de concepções de desvalia e exclusão, sustentadas pelos ideais político-sanitaristas da época.

São inúmeros os estudos que estabelecem a relação entre a precariedade da rede social e de saúde com a manifestação de doenças. Para Cobb (1976), o apoio social é imprescindível no sentimento de pertença a grupos e está implícito na dinâmica de funcionamento das redes sociais. Postula que se sentir apoiado socialmente é perceber-se cuidado, amado, estimado e valorizado; é sentir-se inserido em uma rede de comunicação e de obrigação mútua. Sabe-se que a segregação e a forma excludente com que se lidou com a doença mental nos últimos dois séculos contribuíram para privar os doentes da circulação nos espaços da sociedade e para empobrecer seu mundo de relações. Elucida que o apoio social facilita o enfrentamento das crises e a adaptação a mudanças.

Entende-se que as redes, bem como o significado das mesmas para os envolvidos, contribuem no processo de reabilitação psicossocial, na medida em que propiciam a inclusão social e a interação dos indivíduos entre si e deles com o meio. Para muitas famílias carentes, elas são frequentemente a única possibilidade de ajuda e fonte de alívio das cargas cotidianas de vida (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

As discussões sobre a rede social na vertente sociológica possibilitam a compreensão ampliada sobre a complexidade da vida social. Nesse cenário, as redes sociais aparecem como recurso fundamental para permitir o avanço de programas de territorialização, que exigem envolvimento e participação ativa das populações locais em busca da promoção da cidadania e da democratização da vida local (MARTINS; FONTES, 2008).

Pensar e estudar redes sociais são necessidades da sociedade contemporânea, criadas a partir da complexidade da teoria social, que procura intervir em dois âmbitos, a saber: no das instituições, que trabalham com o princípio da promoção de novas metodologias de intervenção social e no dos movimentos sociais, buscando promover e fortalecer novas formas de participação e mobilizações coletivas (MARTINS; FONTES, 2008).

A rede em uma concepção prática só se mostra potente quando se incorpora o entendimento da ação social como um sistema aberto à troca de informações ambivalentes e intensas entre o todo e a parte e vice-versa (MARTINS; FONTES, 2008).

Godbout (2010) trabalha com os conceitos de aparelho e rede, caracterizando-os. Ao contrário dos aparelhos, as redes não teriam público; elas representariam um processo de regulação que se endereça a um conjunto de membros. Opondo-se aos aparelhos, as redes se caracterizariam por uma estrutura muito mais leve, fracamente hierarquizada, flexível, informal e variável. “São sistemas que muitas vezes não têm centro, compostos de entidades relativamente autônomas, cujo funcionamento é impossível de reconstituir segundo um esquema racional central” (GODBOUT, 2010, p.41). Em virtude de não haver ruptura no centro do modo de funcionamento da rede é que se pode dizer que a mesma funciona sob a ótica da auto-regulação. Ela não regularia um público, mas sim os membros, ou seja, os indivíduos que fazem parte de um mesmo conjunto (GODBOUT, 2010). “Essa ausência de ruptura produtor-usuário, própria dos aparelhos, caracteriza as redes e é inerente ao modelo comunitário” (GODBOUT, 2010, p.41). Por conseguinte, as redes como mecanismos de autoregulação voltar-se-iam a um conjunto de membros. Dessa forma, as redes sociais, diferentemente das redes mercantis, estariam implicadas com a questão do vínculo, cuja dimensão é a da obrigação coletiva, a qual estaria subordinada aos aspectos morais da sociedade, sobrepujante à dimensão econômica, primordial nas redes mercantis. Martins e Fontes (2008) concebem o fato de nas redes sociais haver uma obrigação social cujo caráter não é apenas moral, mas também político, dado o interesse dos membros pela aliança.

Do ponto de vista da Teoria das Redes Sociais (social network analysis) “as redes sociais são as pontes que ligam os indivíduos às instituições sociais e estruturam suas biografias em inserções sociais que garantem suas identidades” (MARTINS; FONTES, 2008, p.57). As redes sociais, nessa concepção, constituem-se de nós e laços que conectam pessoas, grupos e organizações.

O conceito de rede social é definido por diversos autores como Lewin, Moreno, Barnes, Bott entre outros (SLUZKI, 1997). Porém, interessa, principalmente, neste estudo, voltar-se para a definição de “rede social pessoal” ou “rede social significativa” (SLUZKI, 1997, p.37), haja vista que se trata de concepções diferentes, de modo que rede social, em um nível mais macro, compõe o universo interacional do indivíduo. O autor define rede social pessoal como:

a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente

para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua auto-imagem (SLUZKI, 1997, p.41-42).

Para ele, a rede social tem como principais atributos:

- a companhia social, que significa estar junto ou realizar atividades conjuntamente.
- o apoio emocional, que se refere às relações que produzem atitudes emocionais positivas, sensação de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; “é o poder contar com a ressonância emocional e a boa vontade do outro”.
- a tarefa de guia cognitivo e de conselhos, como as interações dedicadas ao compartilhamento de informações pessoais ou sociais, ao esclarecimento de expectativas e a possibilidade de proporcionar modelos de papéis.
- a regulação ou controle social, que permite interações que rememoram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, permitem uma dissipação da frustração e da violência, e favorecem a resolução de conflitos.
- a ajuda material e de serviços, que proporcionam a contribuição específica com base em conhecimentos de especialistas ou a ajuda física, incluindo os serviços de saúde.
- o acesso a novos contatos, que alude à disponibilidade para conectar pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo. (SLUZKI, 1997, p. 48-53).

Sluzki (1997) e Teixeira (2002) discorrem sobre o caráter evolutivo da rede social, que teria a seguinte sequência: uma curva de ascensão nos primeiros anos de vida, até a idade adulta, pela incorporação de novos vínculos adquiridos na escola, namoro, trabalho e festas, seguida de um período de estabilidade, com o casamento, filhos e trabalho; e por fim, uma retração, na qual as relações vão se extinguindo pela morte de amigos e parentes, pela aposentadoria, pela saída dos filhos de casa ou mesmo pela menor disposição para manter ou estabelecer novos laços.

Visto que os sujeitos desta pesquisa são usuários de um CAPS, é pertinente abordar conceitos e reflexões teóricas sobre este serviço de atenção.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados serviços estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc) daqueles usuários que os utilizam. O CAPS deve ser articulador da rede comunitária de serviços e/ou espaços sociais cuja proposta se insere na perspectiva da reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2003).

Os CAPS são serviços destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004b, p. 9).

Nesta perspectiva, território não é apenas uma área geográfica, embora sua dimensão física também seja muito importante para caracterizá-lo. O território, na sua concepção subjetiva, é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições e seus cenários. É essa concepção mais abstrata de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas acometidas de sofrimento psíquico e as suas famílias (BRASIL, 2004b).

O objetivo do CAPS é promover a reabilitação pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, transtornos relacionados ao uso danoso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), crianças e adolescentes acometidos de transtornos psíquicos e demais quadros severos e persistentes, cuja manifestação lhes acarreta sérios transtornos ou impossibilidades ao viver cotidiano (BRASIL, 2004b).

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria/GM nº 336/2002:

- Atendimento Intensivo: é aquele que oferece atendimento diário, sendo adequado às pessoas gravemente acometidas de sofrimento psíquico em situação de crise e/ou dificuldades intensas no convívio familiar e social, precisando de atenção contínua. Comporta atendimento domiciliar, quando necessário.

- Atendimento Semi-Intensivo: essa modalidade é adequada àquele cujo sofrimento e a desestruturação psíquica não requer atenção contínua, à medida que sua condição de saúde mental possibilita relacionamentos interpessoais menos conflituosos em relação ao paciente cujo plano terapêutico individual deve ser intensivo, mas que, no entanto, ainda necessita de atenção e acompanhamento regular da equipe, que busca, entre outras coisas, fortalecer no usuário a

capacidade de estruturar sua vida e de contratualizar em prol de seus desejos e aspirações pessoais. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

- Atendimento Não-Intensivo: adequado àqueles que não precisam de suporte contínuo do serviço para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho. Também contempla o atendimento no domicílio.

Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos trabalhadores, as especificidades das populações assistidas em termos de necessidades e também de aptidões, as iniciativas de familiares e usuários e a oferta de possibilidades que o território onde se situa pode oferecer, com sua identidade e cultura local (BRASIL, 2004b).

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como obstáculo à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também mental, e que toda a saúde mental é também, e sempre, produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com toda a rede de serviços, de cuidado e de sociabilidade do território (BRASIL, 2003).

Para constituir essa rede, faz-se mister que todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer estejam implicados junto às equipes de saúde em potencializar esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004b).

As redes possuem muitos centros e nós, o que as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência e seu sofrimento. Destarte, compete aos CAPS assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes (BRASIL, 2004b).

Pensa-se que a inserção no CAPS é um meio através do qual o indivíduo em liberdade é potencialmente capaz de resgatar sua autonomia na medida em que não está tolhido das vivências cotidianas. O viver social permite aos sujeitos se deparar com as situações da vida real, mediar conflitos e circular pelos espaços da

cidade, e isso, de alguma maneira, contribui para (re)construir e/ou fortalecer a autonomia e a cidadania. Trabalhar na perspectiva de possibilitar ao usuário dos serviços comunitários de saúde mental o desenvolvimento ou o resgate da autonomia para o auto-cuidado, para o (re)estabelecimento das relações interpessoais, para permear espaços de lazer, para capacitar-se para o trabalho, entre outras, são situações potencialmente factíveis e absolutamente almejáveis no paradigma psicossocial.

O olhar para o CAPS como um espaço circunstancial, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, é altamente desejável e as tecnologias de cuidado afins com essa dimensão também o são, haja vista que a perspectiva desse estudo centra-se na conjuntura da autonomia e nas suas perspectivas de manifestação de vida.

Sobressai o entendimento sobre os CAPS como espaços de cuidado cujo mérito é possibilitar aos usuários, através de suas ações, um nível de autonomia maior quando comparados aos possíveis no interior dos hospitais psiquiátricos. Depreende-se que o entendimento do indivíduo sobre o ambiente, a forma como estabelece suas relações com o meio e com os demais sujeitos, assim como a cultura em que está inserido, desempenham um papel importante na manifestação da autonomia. Na perspectiva desenvolvimental, os hospitais psiquiátricos, contextos onde impera a opressão e a despersonalização das subjetividades singulares, contribuem para o cerceamento dos seres, oprimindo suas existências enquanto sujeitos passíveis do exercício de direitos. Neste contexto, tornam-se incapazes de fazer as próprias escolhas. O isolamento social, somado às inúmeras normas vigentes nos manicômios, em maior ou menor grau, atuam na desconstrução das mais diversas possibilidades de manifestação de autonomia, e restituí-la demanda um investimento a longo prazo nos usuários, o que acontece nos espaços da comunidade, nos quais é possível viver e se deparar com situações reais e concretas de vida, onde, de alguma forma, vai ser não somente possível como também necessário apostar nas práticas autônomas como recurso emancipatório de vida. Práticas empoderadoras, supostamente presentes nos serviços substitutivos, ao contrário, são propulsoras de autonomia e postulam a cidadania como direito inalienável. Por fim, coaduna-se com a idéia de que a manifestação da autonomia é o resultado da interação da subjetividade singular, ou seja, do mundo interno, com as condições externas provenientes das relações de

poder, postuladas pelas conjunções interacionais socialmente contextualizadas (REICHERT; WAGNER, 2007).

O Brasil possui 1502 CAPS, constituídos da seguinte forma: CAPS I (706); CAPS II (402); CAPS III (46); CAPS i (117) e CAPS ad (231). No estado do Rio Grande do Sul o cenário é o que segue: CAPS I (63); CAPS II (36); CAPS III (não há); CAPS i (14) e CAPS ad (21), totalizando 134 serviços. A relação CAPS/100.000 habitantes nesse estado é de 0,94, acima da média nacional, que é 0,62. Considerando a relação CAPS/100.000 habitantes, o Rio Grande do Sul fica abaixo apenas dos estados de Sergipe e Paraíba, cuja relação é de 1,08 e 1,12, respectivamente. As piores coberturas estão representadas pelo estado do Amazonas, seguido do Distrito Federal, com 0,12 e 0,22 CAPS/100.000 habitantes, respectivamente. Os dados permitem identificar expressiva disparidade de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial entre os estados do país. Em 2005 o estado do Rio Grande do Sul contava com 71 serviços para 134 em 2008. Portanto, de 2005 a 2008, somente neste estado, houve um crescimento de 88,73% no número de estabelecimentos (CAPS) cadastrados. O país, até outubro de 2005, contava com 689 CAPS. Em relação a 2008, o crescimento foi de 118%, o que vem a confirmar que a reforma psiquiátrica é um processo dinâmico e progressivo (Brasil, 2005; KANTORSKI, 2006; IBGE, 2008).

Os serviços substitutivos deverão centrar-se nos princípios da reabilitação psicossocial, proporcionando ao usuário um amplo projeto de reintegração social, através de programas de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais, e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários. Fundamentam-se no respeito aos usuários como sujeitos de direito, cidadãos capazes de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Como parte do investimento em autonomia está prevista a construção de estratégias junto ao usuário no que diz respeito à obtenção de trabalho, de opções de lazer, de sociabilidade e de (re) construção da cidadania (BRASIL, 2004b).

Diante do exposto, formula-se o primeiro pressuposto:

O CAPS é um serviço estratégico no processo de reforma psiquiátrica. Sua função precípua é a reinserção social das pessoas acometidas de sofrimento psíquico. Para tanto, é fundamental que este serviço estimule a (re)

construção da autonomia de seus usuários, instrumentalizando-os para viver nos vários espaços do território.

Entendendo-se que os serviços e práticas afins com a reforma têm na autonomia dos sujeitos um de seus maiores investimentos e, considerando-se que autonomia é um aspecto que perpassa todos os âmbitos da vida humana, busca-se através deste estudo contribuir com as lacunas do conhecimento acerca do tema.

Assim, o objeto de estudo desta pesquisa consiste nas manifestações de usuários de um CAPS acerca da autonomia nas relações cotidianas. **Deste entendimento aflora o segundo pressuposto:**

A autonomia condizente com relações cotidianas possíveis e saudáveis é um atributo positivo ao adequado convívio familiar e social, além de ser imprescindível à satisfação pessoal para com a própria vida.

Questão norteadora

Quais as manifestações de autonomia atitudinal, funcional e emocional na expressão das relações cotidianas dos usuários de um CAPS do município de Alegrete-RS?

2. Objetivo

2.1. Objetivo geral

Reconhecer manifestações das autonomias atitudinal, funcional e emocional na expressão das relações cotidianas dos usuários de um CAPS do município de Alegrete-RS.

3. Referencial teórico

O conceito de autonomia está longe de ser considerado unitário, já que inclui diversos componentes e pode ser discutido a partir de vários enfoques teóricos (REICHERT; WAGNER, 2007).

Assim, inicialmente, buscou-se depreender os vários enfoques teóricos da questão de estudo, a fim de que então, com base no propósito da pesquisa, se pudesse tecer aprofundamentos pertinentes.

Autonomia, substantivo feminino, cuja acepção é a faculdade de autogovernar-se ou dirigir-se pela própria vontade (DICIONÁRIO AURÉLIO, Online).

A autonomia foi um termo introduzido por Kant para designar “a independência da vontade em relação a todo desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria, que é a razão” (ABBAGNANO, 2000, p. 97).

“Autonomia”, (do grego *autonomia*) empregava-se originalmente no registro político para significar a independência ou a autodeterminação de um Estado (SPERBER, 2007).

Kant (2009) introduz a concepção de autonomia como a propriedade que tem a vontade de ser para ela própria sua lei. Sustenta, também, que a autonomia é o princípio supremo da moralidade no sentido de que é a condição necessária para tornar a moralidade possível e que a autonomia pessoal é considerada um direito, um ideal moral ou uma capacidade psicológica que possuem os indivíduos adultos maduros. Como propriedade da vontade, a autonomia é um atributo de todos os seres humanos e não está necessariamente atrelada a questões morais.

Na obra de Johann Gottlieb Fichte, a concepção Kantiana da autonomia é desenvolvida numa compreensão do “eu” ou do “ego” e se torna o fundamento

último da filosofia, tanto prática quanto teórica. O autor se baseia no princípio de que a autonomia absoluta (a independência) do “eu” é o ponto de partida necessário de toda a filosofia, no sentido de que tudo deve ser explicado em função do “eu” e de sua autoconcepção (SPERBER, 2007).

No que se refere à autonomia da pessoa, Rousseau e Kant postulam que uma pessoa é autônoma somente se estiver submetida apenas à sua própria legislação, quer se trate das leis de uma sociedade, quer se trate das leis da moralidade. Portanto, a essência da autonomia é a liberdade de uma pessoa, na medida em que ela é racional em seguir sua própria legislação (SPERBER, 2007).

Jean-Paul Sartre faz a seguinte relação entre as variáveis responsabilidade e autonomia: por um lado, nenhum indivíduo pode ser autônomo se carece de capacidade de reconhecer que é responsável por seus atos; por outro, cada indivíduo, ao reconhecer a responsabilidade por seus atos, exerce, em parte, sua autonomia ao agir (SPERBER, 2007).

Na teoria piagetiana, autonomia também significa ser governado por si mesmo. Nela, a autonomia tem um aspecto moral e um aspecto intelectual. Uma pessoa moralmente autônoma é governada pelo que ela acredita ser correto e não por um sistema de punição e recompensa. Também no campo intelectual, autonomia significa ser governado por si mesmo, a partir da capacidade de levar em conta fatores relevantes. Nessa concepção, o desenvolvimento da autonomia é favorecido, entre outras coisas, pela troca de pontos de vista (CONSTANCE; JOSEPH, 1997).

A referência à autonomia no sentido de autonomia no trabalho aparece na sociologia industrial, na sociologia das organizações e nas teorias da administração dos recursos humanos como forma de destacar a possível capacidade do indivíduo definir estratégias próprias no seio da empresa (CATTANI, 1997).

Na concepção política, autonomia significa autogoverno, descentralização e centralização. Entre os conceitos da política, o que pode ser facilmente reportado à concepção deste estudo é o conceito de descentralização, que denota a possibilidade de constituir o meio jurídico mais apropriado para a afirmação do pluralismo dos centros de poder (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1991).

Tecendo um paralelo deste conceito de etiologia política com o estudo, temos nos sujeitos os centros de poder, através dos quais a autonomia é possível.

A articulação entre a questão da autonomia e a psicanálise passa pela concepção da constituição do sujeito como uma pluralidade identitária (FERRAZ, 1997).

A autonomia seria a possibilidade de o sujeito agir de acordo com suas crenças morais, que seriam dinâmicas por estarem em constante processo de transformação no confronto com as mudanças do mundo (FERRAZ, 1997).

O princípio da autonomia é um dos pilares da bioética contemporânea. Sua importância para a cultura atual é indiscutível, visto que este princípio relaciona-se com a causa ética da emancipação do sujeito em direção à sua autodeterminação, o que em última instância relaciona-se com a afirmação da autonomia.

Ferraz (1997), consonante às idéias de Espinosa, postula que “a virtude não era um bem, mas uma força que fazia o homem passar da paixão à ação, agindo com autonomia”. Autonomia significava a passagem da passividade à atividade: o homem autônomo, e, portanto ético, seria ele próprio a causa interna de seus atos, pensamentos e sentimentos, recusando a submissão a causas externas.

O “eu” da autonomia seria o “eu possível da contingência identificatória, quer dizer, uma determinada confluência dinâmica de um eu que reúne um número de outros, ainda que se mantenha coeso sob o prisma identitário, a ponto de poder saber-se e denominar-se “eu”.

Trate-se de um “eu” dinâmico, que interage com seu meio, transformando e sendo transformado continuamente (FERRAZ, 1997). Em outras palavras, um sujeito autônomo é aquele que pode reunir seus fragmentos identitários com uma determinada qualidade, de tal modo que lhe é possível escolher que decisão tomar ou a que prática oferecida submeter-se, tendo a liberdade de dedicar-se a crenças morais subjetivas e estruturantes (FERRAZ, 1997).

O sujeito ideal da psicanálise Freudiana é o sujeito autônomo, apropriado de convicções e desejos elaborados a partir do acervo cultural em que ele se encontra imerso. Este sujeito, estruturado como tal em suas crenças éticas, pode ter um grau de flexibilidade em sua faculdade de emitir juízos de valor, bem como de autotransformar-se, desde que este processo não resulte de violência moral por imposições incabíveis e nem signifique indiferença quanto ao destino de si mesmo e dos outros (FERRAZ, 1997).

O conceito de autonomia desde a perspectiva desenvolvimental, proposto por Spear e Kulbok (2004) e utilizado por Reichert e Wagner (2007), indica que ela é

um processo ativo, um fenômeno orientado que pode ser observado à luz de uma sequência, que vai desde a capacidade mínima de autogerenciamento nas relações cotidianas e progride em direção à autonomia. Seu desenvolvimento sofre a influência de variáveis internas, tais como auto-estima, percepção do ambiente, relações com autoridade e desejo para a independência, assim como de variáveis externas como estrutura familiar, comunicação familiar, presença ou ausência de controle e o ambiente emocional que envolve o indivíduo (BRONFENBRENNER, 1996; FUENTES, 2001; OLIVA; PARRA, 2001).

Assim, Noom, Dekovic e Meeus (1999; 2001) identificaram três níveis de habilidades da autonomia que em muito têm auxiliado na compreensão desta temática. Tais níveis incluem as autonomias atitudinal, funcional e emocional. Trata-se de uma adaptação dos postulados de Bekker (1991).

A autonomia atitudinal ou cognitiva refere-se à percepção de metas pelo exame das oportunidades e desejos; considera os processos de apropriação de possibilidades de fazer as próprias escolhas. Ela se expressa quando os indivíduos são hábeis para definir suas metas e refletir sobre seus atos (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).

Autonomia funcional ou condutual refere-se à percepção de estratégias pelo exame do auto-respeito e controle, capacidade de tomar decisões e de tratar dos próprios assuntos sem ajuda. Consiste no desenvolvimento de estratégias para alcançar as próprias metas. É atingida quando os indivíduos são hábeis para encontrar formas para concluir suas metas (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).

Um estudo espanhol com 43 idosos com mais de 65 anos, de ambos os sexos, avaliou a relação entre o grau de autonomia funcional e a utilização do tempo de lazer ou de atividades, constatando que o grau de incapacidade funcional tem uma influência sobre o uso do tempo livre, não observando diferenças significativas entre os sexos (BELENGUER; ALIAGA, 2000).

Um estudo realizado em 2002 com 584 pacientes internados numa instituição psiquiátrica do município de Porto Alegre-RS, que teve como objetivo avaliar a autonomia de pacientes com internação prolongada (96% dos pacientes respondiam a este critério, com média de 26 anos de internação) mostrou que há um grande comprometimento da autonomia desses sujeitos, principalmente com relação à administração de dinheiro, ocupação, lazer, preparo de alimentos e transporte. Houve relação entre a deterioração da autonomia e o tempo de internação

(OR=1,02). A associação também se confirmou com relação à severa incapacitação física (OR=1,54; $p=0,01$) e com o sexo masculino (OR=3,11; $p<0,001$). A estimativa do risco de ter um comprometimento moderado a grave da autonomia foi 23 vezes mais elevada entre os indivíduos com severo prejuízo no funcionamento social (IC 95%: 10,67-49,24). Cabe mencionar que o funcionamento social aqui se traduz pelo comportamento social, notadamente marcado pela presença de sintomas negativos, a saber: deterioração da aparência e da higiene pessoal, má comunicação, dificuldades de interagir e fazer contatos sociais e inatividade (WAGNER et al, 2006).

Já a autonomia emocional refere-se aos delicados processos de independência emocional em relação a outras pessoas. Ela de fato se manifesta quando o sujeito sente confiança em definir suas metas, independente dos desejos alheios (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).

Pesquisa realizada com adolescentes entre 13 e 19 anos de idade mostrou que níveis mais altos de autonomia emocional coexistem com situações familiares mais conflituosas. Prejuízo nas relações com companheiros, déficit de auto-estima e de satisfação vital também foram observados nos adolescentes cujo nível de autonomia emocional era elevado (OLIVA; PARRA, 2001). Entretanto, acredita-se que níveis satisfatórios de autonomia emocional, sobretudo em adultos, são não só importantes como também desejáveis e necessários ao adequado funcionamento social. Ser capaz de definir suas próprias metas é altamente almejável em termos de autonomia pessoal, sobretudo aos sujeitos desse estudo, cujo exercício da autonomia e cidadania foi violado e progressivamente desconstruído pelo contexto das práticas manicomialistas das quais possivelmente em algum momento foram objeto. Há, contudo, de se considerar que elevados níveis de autonomia emocional podem ter relação com experiências prévias de contextos de falta de apoio e de carinho (OLIVA; PARRA, 2001). Neste sentido, é pertinente identificar não só as manifestações de autonomia emocional dos indivíduos em questão como também a influência dos contextos sobre o desenvolvimento e manifestação da mesma. Em outras palavras, contextualizar as vivências singulares torna-se imprescindível para o entendimento da manifestação da autonomia emocional.

Uma pesquisa norte-americana com 255 alunos da graduação estudou acerca da relação da sociotropia e autonomia com a vulnerabilidade à ansiedade e depressão. Vale considerar que os estudiosos concebiam sociotropia como um

investimento excessivo nos relacionamentos interpessoais e autonomia como o excesso de preocupação com a independência, assim como a falta de preocupação com o próximo. A relação entre a sociotropia e a autonomia com os níveis de ansiedade foi estudada em relação a quatro situações, a saber: avaliação social, perigo físico, situação ambígua e rotina diária. Foi possível evidenciar a relação positiva entre a sociotropia e a ansiedade nas situações de avaliação social, perigo físico e de situações ambíguas, enquanto que sobre a autonomia houve relação positiva entre a ansiedade às situações de rotinas diárias (SATO; MCCANN; FERGUSON, 2004).

Um importante estudo internacional recentemente realizado vislumbrou identificar a relação entre o nível elevado de autonomia e o ajustamento psicossocial. Os sujeitos foram 400 adolescentes. A autonomia atitudinal, emocional e funcional foram relacionadas ao apego/afeto com relação aos pais e colegas para prever os índices de ajustamento emocional, que foram os que seguem: competência social, competência acadêmica, auto-estima, problemas de comportamento e humor depressivo. Foi encontrada apenas a relação entre os efeitos principais da autonomia e do apego/afeto. Não houve nenhuma evidência para um efeito positivo adicional entre o nível de autonomia e a presença de laços afetivos fortes (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 1999).

É possível se deparar com uma série de manifestações humanas de autonomia, mas suscita aclarar que a sustentação com a qual este estudo se identifica é com a que entende por autonomia a capacidade de auto-determinação e auto-governo, sustentada pela perspectiva desenvolvimental e calcada nos três vértices edificados por Noom, Dekovic e Meeus (1999). A autonomia pessoal tem como essência a liberdade, assim como postulou Rousseau e Kant. A esse conceito, soma-se a contribuição de Sartre, para quem autonomia e responsabilidade coadunam-se, visto que nenhum indivíduo pode ser autônomo se carece de capacidade de reconhecer que é responsável por seus atos (SPERBER, 2007).

O sujeito desse estudo é a manifestação da sua singularidade, consubstanciado pelas distintas identidades sociais através das quais também se constituiu; é, portanto, um “eu” em estado de incessante transformação, flexível, produzido dos resultados do confronto contínuo de suas crenças com as mudanças do mundo; é reconhecido como o resultado da interação com seus contextos e essa interação é responsável por constituí-lo continuamente. O sujeito como pluralidade

identitária é a composição singular de muitos “outros” incorporados parcialmente em seus diversos aspectos (FERRAZ, 1997).

4. Metodologia

4.1. Caracterização do estudo

Esta pesquisa consiste em um sub-projeto do estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) do Brasil, realizado em 2006. O projeto CAPSUL, como é conhecido, se propôs a avaliar Centros de Atenção Psicossocial dos três estados através de um projeto que se desdobrou em um estudo quantitativo e outro qualitativo. Seu objetivo era investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados, dando voz a usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços. A escolha por congregar ambas as abordagens metodológicas justifica-se pela crença de que dessa forma é possível privilegiar diferentes dimensões do objeto de avaliação, possibilitando um estudo multifacetado e uma pluralidade de dados que podem não só abastecer os serviços como também servir de fonte para outras pesquisas (KANTORSKI, 2006).

O estudo quantitativo, de abordagem epidemiológica, buscou avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde mental nos CAPS de trinta municípios da região sul do Brasil. Para o estudo qualitativo foram selecionados cinco CAPS, que atenderam aos seguintes critérios de seleção: tempo de funcionamento e experiência que possibilitasse aos grupos de interesse condições para realizar um processo avaliativo nos moldes propostos; qualidade dos dados obtidos no estudo quantitativo da estrutura e do processo e sua adequação à normatização definida na Portaria/GM nº 336/2002; e por fim, ter disponibilidade em aderir ao estudo. Desta forma, os seguintes municípios tornaram-se objeto da pesquisa qualitativa: Alegrete-RS, Porto Alegre-RS, Joinville-SC, Foz do Iguaçu-PR e São Lourenço do Sul-RS (KANTORSKI, 2006).

Os dados do estudo qualitativo foram coletados através da observação dos serviços e de entrevistas com os usuários, trabalhadores e familiares, utilizando a avaliação de quarta geração (KANTORSKI, 2006).

A Avaliação de Quarta Geração é implementada por meio de pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse (stakeholders) servem de foco organizacional (a base para determinar que informação é necessária). Nas avaliações responsivas, os parâmetros e limites são definidos por meio de um processo interativo e de negociação que envolve os grupos de interesse (GUBA & LINCOLN, 1989). A avaliação não é responsiva apenas porque busca a visão de diferentes grupos de interesse, mas também o é ao responder às questões na fase de sistematização de informações. Vale mencionar que diferentes sujeitos têm diferentes construções a respeito de um mesmo objeto. A grande riqueza deste processo construcionista está na possibilidade do confronto das construções coletivas entre si. Esse processo denomina-se hermenêutico-dialético. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e dialético porque permite o diálogo entre as partes, o que implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista. Portanto, esse processo se insere na possibilidade da exploração mútua das partes. O objetivo é alcançar um consenso quando é possível; quando não é possível, o método expõe e esclarece as diferentes percepções sobre um mesmo objeto, vislumbrando uma espécie de negociação entre as partes. A metodologia construtivista descarta a existência de uma realidade objetiva, afirmando que a realidade é fruto das construções sociais da mente, sendo também a ciência uma construção (WETZEL, 2005).

Guba & Lincoln (1985) colocam que a observação, dependendo da etapa em que se insere no contexto de estudo, pode tomar diferentes formas. Na fase inicial, a observação pode ser pouco estruturada, de forma a permitir que o observador apreenda de forma não excludente o contexto a ser observado, podendo, nessa fase, aperceber-se sobre o que é mais importante. Ao passo que as informações vão aumentando e o observador toma uma postura de maior intimidade com o campo, é possível tornar a entrevista mais focal. Os autores orientam que é pertinente entremear períodos de análise preliminar dos dados com períodos de observação para a construção de unidades ou categorias preliminares de informação. Também é

adequado averiguar dados junto aos respondentes, visto ser característica do círculo hermenêutico-dialético a concomitância da coleta com a análise.

As entrevistas constavam de três questões iniciais, que foram desdobradas em outras três (Anexo B) ao longo do círculo hermenêutico-dialético.

Os autores propõem o seguinte modelo esquemático (Figura 1), através do qual as entrevistas do CAPSUL se fundamentaram:

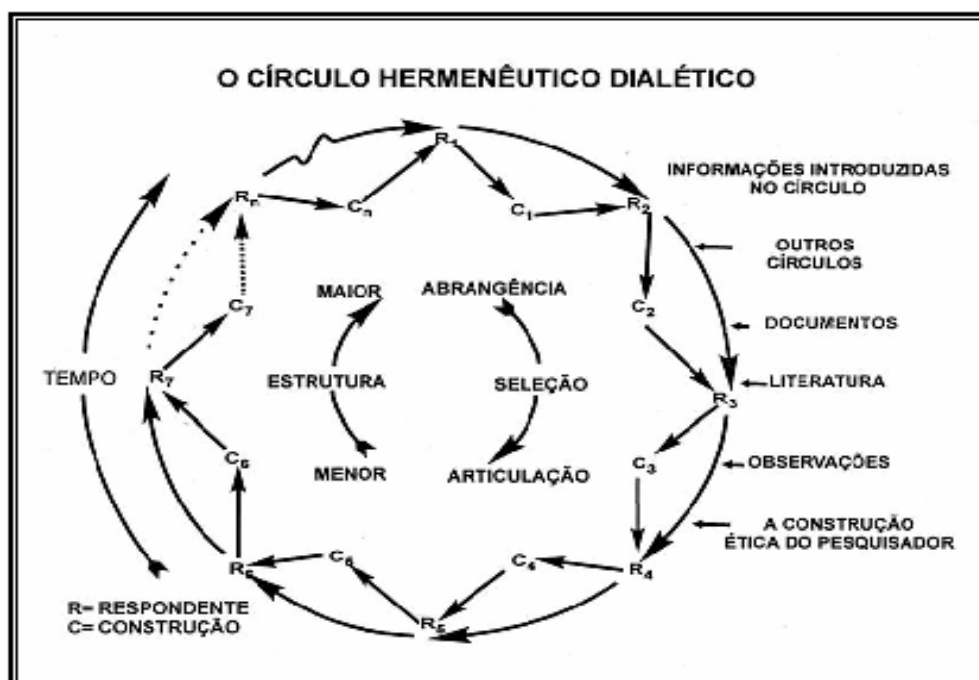


Figura 1 – Círculo Hermenêutico-Dialético

Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba & Lincoln (1989)

Como primeiro passo, um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação. É feita uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que será estudado, ou melhor, sobre o foco da investigação. Ao respondente é solicitado que descreva a respeito da proposição ou tema da pesquisa, conforme sua concepção pessoal. “Em avaliações, estes comentários incluem observações sobre as reivindicações, problemas e questões, e sobre aspectos positivos e negativos do serviço” (WETZEL, 2005, p.83).

Ao final da entrevista é oportuno solicitar ao R1 que indique outro respondente (R2), identificado por R1 como alguém que pode contribuir com construções diferentes das suas.

“Os temas centrais, conceitos, idéias, valores, questões e problemas propostos por R1 são analisados pelo pesquisador em uma formulação inicial da sua

construção designada C1” (WETZEL, 2005, p.83). Observa-se, deste modo, a concomitância da coleta e da análise, imprescindível ao método.

Na sequência, R2 é entrevistado. Após R2 se posicionar, os temas da análise de R1 são introduzidos, e R2 é convidado a comentá-los. Como resultado, a entrevista com R2 produz uma construção não apenas sobre R2, mas também críticas ou inquietações atinentes às demandas e construções de R1. O pesquisador solicita a indicação do terceiro respondente e completa a segunda análise (C2), e construções mais bem informadas e sofisticadas emergem, baseadas em dois informantes. O processo é repetido através da participação de novos respondentes até que as informações comecem a se repetir ou até que duas ou mais construções permaneçam, de alguma forma, em conflito (WETZEL, 2005; KANTORSKI, 2006).

O presente estudo se utiliza do banco de dados da etapa qualitativa da pesquisa CAPSUL. A escolha pelo município foi intencional. Foram analisadas as entrevistas realizadas com os usuários com o propósito de reconhecer manifestações das autonomias atitudinal, funcional e emocional na expressão das relações cotidianas dos usuários de um CAPS do município de Alegrete-RS. A pré-análise dos dados suscitou a formulação de questões norteadoras, num total de quatro, através das quais foi possível olhar para os dados de forma sistemática. O referencial de análise dos dados foi a análise temática, proposta por Minayo (2008).

Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e analítico.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1998).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Estuda fatos e fenômenos do mundo físico e especialmente do mundo humano, sem a interferência do pesquisador. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (CERVO; BERVIAN, 1983).

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Adequam-se a estudos cujo propósito é apreender as características de um grupo: sua distribuição por idade,

sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 1994).

As pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno (CERVO; BERVIAN, 1983; RICHARDSON et.al, 1989).

4.2. Local do estudo

Alegrete data de 1626, originária das missões jesuíticas espanholas. Todavia, em 1801, dois bravos sujeitos rio-grandenses, Borges do Canto e Santos Pedroso, conquistaram a região à coroa portuguesa. Alegrete e três municípios vizinhos passaram a pertencer à missão de Yapeju.

Estabeleceu-se à margem direita do rio Uruguai. Em 1812, o local já contava com a sua primeira povoação. Em 1831, através de um decreto regional, foi elevada à categoria de Vila, adquirindo, portanto, autonomia política. Entre 1842 e 1845 foi a terceira capital da República Sul-Riograndense e em 22 de janeiro de 1857 tornou-se cidade (IBGE, 2009).

Localizada na região oeste do estado, compreende um território de 7.804 km² e uma população estimada de 77.673 habitantes (IBGE, 2010). Em 2009, contava com um total de 39 estabelecimentos de saúde dos quais 27 eram estabelecimentos de saúde SUS (IBGE, 2009). Em 2006, o município teve 233 internações em psiquiatria, correspondendo a 3,8% das internações dentre as demais áreas (CAPSUL, 2007). O Produto Interno Bruto per capita de 2007 foi de R\$ 10.963,00 (IBGE, 2009; BRASIL, 2007).

4.3. Sujeitos do estudo

A população do estudo foram 11 usuários do CAPS de Alegrete-RS, entrevistados durante a pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Foram considerados critérios para a escolha dos sujeitos: tempo de permanência no serviço; ter boa comunicação; possuir bom vínculo com o CAPS, assim como ter vínculo ruim ou de não adesão ao serviço (CAPSUL, 2007).

Para fins de sigilo, os usuários serão identificados pela letra U (U1 a U11). Aqueles sujeitos que não foram entrevistados, mas que de alguma forma foram mencionados ao longo das entrevistas serão identificados pela letra "S" e

sucessivamente numerados de acordo com a ordem em que aparecerem nas falas. Havendo a necessidade de elucidar informações, os diários de campo dos três pesquisadores, identificados pela letra P (P1 a P3) também serão acessados.

4.4. Princípios éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 074/05, de 11 de novembro de 2005. A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde (Anexo C).

O estudo respeitou os preceitos éticos vigentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, foram apresentados aos participantes os objetivos do estudo. A seguir, foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Informado, assegurando-lhes o anonimato e o livre acesso aos dados e aos resultados obtidos, assim como o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento.

A proposta consistiu na análise do banco de dados composto pelas entrevistas de usuários do CAPS, e excluiu a coleta de qualquer espécie de material biológico ou experimento com seres humanos.

4.5. Procedimento para coleta e análise dos dados

Os dados obtidos do banco de dados das entrevistas dos usuários do CAPS em questão foram atentamente lidos. *A posteriori* foram feitas sucessivas leituras já com vistas à pré-análise dos dados. Neste momento o olhar priorizava a caracterização dos dados à luz do referencial teórico. Por fim, entendeu-se que a Análise Temática de Minayo (2008) contemplaria as necessidades da pesquisa em termos de análise dos dados. As categorias operacionais suscitam do referencial teórico, constituindo-se nas seguintes: autonomia atitudinal, funcional e emocional.

A noção de tema comporta um feixe de relações e pode se fazer representada através de uma palavra, frase ou resumo (MINAYO, 2008). Fazer uma análise temática significa desvendar os núcleos de sentido de uma comunicação. Funcionalmente, a análise temática é constituída de três processos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos. A pré-análise consiste na seleção do material a ser analisado e na

retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa. Esse processo compreende as seguintes etapas: “leitura flutuante”, que representa o momento em que o pesquisador entra em contato direto e intenso com os dados; a “constituição do corpus” ou “universo estudado em sua totalidade”, quando se faz necessário que o material contemple através da “*exaustividade*” todos os aspectos elencados no roteiro; que contenha as características essenciais do universo pretendido através da “*representatividade*”, que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores através da “*homogeneidade*”, e por fim, quando se faz necessário que os documentos analisados sejam apropriados para dar respostas aos objetivos do trabalho através da “*pertinência*”. A formulação e reformulação de pressupostos e objetivos é a etapa cujos procedimentos exploratórios devem ser valorizados para que o tecnicismo não se sobreponha à riqueza dos dados. Nessa fase determinam-se a “*unidade de registro*” (palavra-chave ou frase), a “*unidade de contexto*” (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), “os *recortes*”, organizados em temas, “a modalidade de *codificação*” e “os *conceitos teóricos* mais gerais” (tratados no início ou levantados nesta etapa, por causa da ampliação do quadro de pressupostos) que orientarão a análise (MINAYO, 2008).

A fase de exploração do material consiste na etapa que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto (MINAYO, 2008). O objetivo desta etapa é encontrar expressões ou palavras significativas através das quais o conteúdo das falas será categorizado.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação o pesquisador faz inferências e interpretações, orientado pelo referencial teórico.

Sistematização dos Dados

Categorias Empíricas	Usuários
Autonomia Atitudinal – Refere-se à percepção de metas pelo exame das oportunidades e desejos. Considera os processos de apropriação de possibilidades de fazer as próprias escolhas. O sujeito possui de alguma	<i>Todos os problemas, desde o financeiro ao familiar, eles [...] no serviço de saúde mental eu consegui serviço, eles estão investindo em mim, eles me deram curso, eles me ajudaram a me formar nos cursos,</i>

maneira habilidade para definir metas e refletir sobre seus próprios atos (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	<i>nos sonhos meus que eu tinha e agora estão me ajudando no meu sonho que é ter a minha casa; e quando eu preciso de dinheiro eles me ajudam, arrumam serviço para eu fazer, eu faço e tenho meu dinheiro; então o serviço de saúde mental para mim é mais que uma mãe, é uma mãe e um pai ao mesmo tempo (U1).</i>
Autonomia Funcional – Refere-se à percepção de estratégias pelo exame do auto-respeito e controle, capacidade de tomar decisões e de tratar dos próprios assuntos sem ajuda. Consiste no desenvolvimento de estratégias para alcançar as próprias metas. É atingida quando os indivíduos são hábeis para encontrar formas para concluir suas metas (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	<i>[...] eu tenho uma mulher em casa, mas ao mesmo tempo eu tenho uma criança; sou eu quem tenho que cuidar dela, tenho que lavar a casa, lavo roupa, limpo, arrumo a cama, limpo a geladeira, limpo o fogão, tudo sou eu que faço, então, várias vezes quando ela fugia eu vinha aqui e avisava eles (U3).</i>
Autonomia Emocional – Refere-se aos processos de independência emocional em relação a outras pessoas. O sujeito sente confiança em definir suas metas, independente dos desejos alheios (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	<i>O que eu mais gosto de fazer é oficina, entendeu? E tudo que é serviço que eu faço aqui dentro do serviço da saúde mental para mim é motivo [...] é [...] parece que eu fico assim ó, eu cresço, cada dia que passa eu cresço, porque aí eu saio na sociedade e me sinto grande, me sinto uma pessoa fortalecida (U2).</i>

4.6. Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados na forma de artigos enviados às revistas de enfermagem ou áreas afins.

5. Recursos do projeto

5.1. Recursos humanos

Formatador.

Tradutora.

Professora de Português.

5.2. Recursos materiais e plano de despesas

Quadro 1 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto

Material	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Apontador	02	0,50	1,00
Lápis	02	0,60	1,20
Borracha	02	0,50	1,00
Caneta	04	1,00	4,00
CD	02	1,00	2,00
Folhas A4	200	3,00	6,00
Impressão	1000	0,10	100,00
Encadernação	07	2,00	14,00
Xérox	100	0,10	10,00
Formatação	02	50,00	100,00
Revisão de português	01	150,00	150,00
Capa Brochura	10	20,00	200,00
TOTAL	-	-	589,20

6. Cronograma

Tempo Atividade	1º semestre 2009	2º semestre 2009	1º semestre 2010	2º semestre 2010
Definição do tema	X			
Realização das disciplinas	X	X	X	
Elaboração do projeto de dissertação	X	X	X	
Encontros com o orientador	X	X	X	X
Revisão de literatura	X	X	X	X
Qualificação				X
Análise dos dados			X	X
Elaboração de artigos	X	X	X	X
Construção da dissertação			X	X
Defesa da dissertação				X

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- AMARANTE, P. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. 215 p.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- BELENGUER, T. M. V; ALIAGA A. F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. **Rev. Rol de Enfermería**, v. 23, n. 3, p. 231-234, 2000.
- Bekker, M. H. J. **De Bewegelijke Grenzen Van Het Vrouwelijk Ego [The movable boundaries of the female ego]**. Eburon, Delft. 1991
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf. Acesso em: 16/04/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação de leitos psiquiátricos versus estados**, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/leitos_psiquiatricos_por_uf.pdf. Acesso em 31/12/2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996. Disponível em: conselho.saude.gov.br/docs/RESO196.DOC, acesso em 16/04/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 16/04/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>>. Acesso em 16/04/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 53, de 20 de janeiro de 2004**. Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências. Disponível em:

<<http://w3.datasus.gov.br/SIHD/Portarias/portaria2004/GM-53.pdf>>. Acesso em 16/04/2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília-DF, 2004a.

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

BRASIL. Município de Alegrete. <http://www.daer.rs.gov.br/tab_dist.pdf> Acesso em: 11/11/2010.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: Linha Gráfica Editora, 1991, Vol. 1 A – K.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: ArtesMédicas, 1996.

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.

CATTANI, A. D. **Trabalho e Tecnologia**: Dicionário Crítico. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997. 292p.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 3. Ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1983.

COBB, S. **Social Support as a Moderator of Life Stress**. Presidential Address, 1976.

CONSTANCE, K.; JOSEPH, L. L. Aritmética: **Novas Perspectivas** – Implicações da Teoria de Piaget. 6. ed. Campinas: Papirus, 1997.

DESLANDES, S. F; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (organizadora). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28. Ed Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Dicionário Aurélio Online. Autonomia. Disponível em:
<<http://www.dicionariodoaurelio.com/autonomia>>. Acesso em 12/11/2009.

FERRAZ, F. C. A questão da autonomia e a bioética. **I Simpósio Internacional de Genética e Ética**, 1997.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, supl.2, p. 2115-2122, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16/11/2010.

FOCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. (originalmente publicado em 1963).

FUENTES, M. J. Los grupos, las interacciones entre compañeros y las relaciones de amistad en la infancia y adolescencia. In: López, F.; Etxebarria, I.; Fuentes, M. J., & Ortiz, M. J. (Coord). **Desarrollo afectivo y social**. Madrid: Pirâmide, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

GODBOUT, J. T. Digressão sobre as redes e os aparelhos. **Jornal do Periódico del Mauss Iberolatinoamericano**. Publicado em 16 de fevereiro de 2010. Disponível em: <<http://www.jornaldomauss.org/periodico/?p=1674>>. Acesso em 21/05/2010.

Gondim, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos**: inovação ou reprodução do modelo assistencial? [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective Evaluation**. Improving the Usefulness of Evaluation results through Responsive naturalistic Approaches. S. Francisco: Jossey-Bass Pub, 1985.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 29/12/2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_dados_atualizados5abril.pdf> Acesso em 24/05/2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 04/12/2010.

KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução de Antônio Pinto de Carvalho. Portugal: Edições 70/Editoras Grupo Almedina, 2009. 138p.

KANTORSKI, L. P. et al . Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, pp. 343-355, 2009.

KANTORSKI, L. P. **Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)**. Pelotas, 2006. Disponível: <<http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>>. Acesso em 05/04/2010.

Leal, E. M. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica**: uma análise do programa de saúde mental de Santos. 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. 1986. 99 p.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, pp. 448-456, 2006.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **Radis Comunicação em Saúde**. Nº 38. p. 10-19, Out. 2005. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/38/capa.html>>. Acesso em 05/06/2010.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. (organizadores). GODBOUT, J. T. (colaborador). **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008. 159 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MINAYO, M. C. S. (Organizadora); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R.. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 9 ed. Editora Vozes, Petrópolis, 1998.

NOOM, M. J.; DEKOVIC, M.; MEEUS, W. H. J. Autonomy, Attachment and Psychosocial Adjustment during Adolescence: A Double-Edged Sword. **Journal of Adolescence**, v. 22, n. 6, p. 771-83, 1999.

NOOM, M. J.; DEKOVIC, M.; MEEUS, W. H. J. Conceptual Analysis and Measurement of Adolescent Autonomy. **Journal of Youth and Adolescence**, v.30, n. 5, p. 577-595, 2001.

OLIVA, A.; PARRA, A. Autonomía emocional durante La adolescencia. **Infancia y Aprendizaje**, v. 24, n. 2, p. 181-196. 2001.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra (Suíça): OMS; 2001.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1987. 176 p.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta, A. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-30.

REICHERT, C. B. **Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais**. 2006. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto Alegre/RS.

REICHERT, C. B.; WAGNER, A. Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. **PSICO**. v. 38, n. 3, pp. 292-299, 2007.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos Históricos e Metodológicos. In: BEZERRA, B. AMARANTE, P. (Org.): **Psiquiatria sem Hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SANTOS, D. N. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, 2008.

SANTOS, N. S. et al . A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 4, 2000. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16/11/2010.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: TeCorá; Instituto Franco Basaglia, 2001. 176p.

SATO, T; McCANN, D; FERGUSON-ISAAC, C. Sociotropy-autonomy and situation-specific anxiety. **Psychol Rep**; v. 94, n. 1, p. 67-76, 2004

SILVA, A. T. M. C; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de exclusão mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n.1, pp. 4-9, 2002.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SPEAR, H. J.; KULBOK, P. Autonomy and adolescence: A concept analysis. **Public Health Nursing**, v. 60, n. 2, p. 144-152, 2004.

SPERBER, M. C. (Organizadora). **Dicionário de Ética e Filosofia Moral**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007.

TEIXEIRA, M. B. Grupo como apoio social. In: **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 105 p. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro/RJ.

WAGNER, L. C. et al. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, pp. 699-705, 2006

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto/SP.

Apêndices

Apêndice A – Questionamentos norteadores à análise dos dados

Há, nas falas dos usuários, algum pronunciamento ou inferência ao tema autonomia no que tange aos cuidados com o corpo, com objetos pessoais, com o espaço da casa, acerca da capacidade de estabelecer e/ou manter relações interpessoais e sobre o sentimento de auto-realização?

Em relação àqueles que já experienciaram o manicômio, é possível apreender comentários comparativos no que se refere à autonomia e suas possibilidades de manifestação naquela instituição em relação ao CAPS?

O discurso dos usuários permite identificar algum grau de habilidade para definir metas e refletir sobre seus próprios atos?

Os usuários de alguma forma manifestam pensamentos ou atitudes que demonstram que os mesmos são hábeis em definir metas, independente dos desejos alheios?

Apêndice B - Sistematização da Análise dos Dados

Categorias Empíricas	Usuários
Autonomia Atitudinal - Refere-se à percepção de metas pelo exame das oportunidades e desejos. Considera os processos de apropriação de possibilidades de fazer as próprias escolhas. Possui de alguma maneira, habilidade para definir metas e refletir sobre seus próprios atos (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	
Autonomia Funcional - Refere-se à percepção de estratégias pelo exame do auto-respeito e controle, capacidade de tomar decisões e de tratar dos próprios assuntos sem ajuda. Consiste no desenvolvimento de estratégias para alcançar as próprias metas. É atingida quando os indivíduos são hábeis para encontrar formas para concluir suas metas (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	
Autonomia Emocional - Refere-se aos processos de independência emocional em relação a outras pessoas. O sujeito sente confiança em definir suas metas, independente dos desejos alheios (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	

Apêndice C – Sistematização das Entrevistas

Categorias Empíricas	Usuários
Autonomia Atitudinal - Refere-se à percepção de metas pelo exame das oportunidades e desejos. Considera os processos de apropriação de possibilidades de fazer as próprias escolhas. O sujeito possui de alguma maneira habilidade para definir metas e refletir sobre seus próprios atos (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	<i>Todos os problemas, desde o financeiro ao familiar, eles [...]; no serviço de saúde mental eu consegui serviço, eles estão investindo em mim, eles me deram curso, eles me ajudaram a me formar nos cursos, nos sonhos que eu tinha e agora estão me ajudando no meu sonho que é ter a minha casa; e quando eu preciso de dinheiro eles me ajudam, arrumam serviço para eu fazer, eu faço e tenho meu dinheiro, então o serviço de saúde mental para mim é mais que uma mãe, é uma mãe e um pai ao mesmo tempo (U1).</i> <i>Eu faço aula de capoeira, de educação física, eu faço reiki, judô, eu jogo futebol, aqui no serviço às vezes nós fazemos um torneiozinho de futebol, a gente joga futebol, a gente caminha, a gente faz atividade física; atividade física a gente tem bastante, eu acho que é excelente o serviço de saúde física aqui (U1).</i> <i>Para mim o almoço, ali, na hora do meu almoço é excelente. Não é porque eu não queira almoçar junto com os usuários, têm usuários que são meus colegas, mas são relaxados e não dá para conviver com eles porque eles fazem porcada, aí é ruim. A gente perde até o apetite; então eu já até almoço antes; quando chega o almoço eu almoço porque eu tenho que levar o almoço para o presidente do grupo Esperança, ele se trata aqui também, é meu colega (U2).</i> <i>Quando a gente arruma uma pessoa que compra da gente esse negócio dos tapetes, trabalho que nós fazemos, eles dão uma comissão</i>

	(U4). <i>Somos companheiros para ajudar os outros porque sempre dá esses problemas. Eu tinha uma parceira que agora não tenho mais que é a “S2”; eu tive muita oportunidade de ajudá-la; quando estava dando aquelas crises nela eu pegava e trazia ela aqui para a enfermagem (U4).</i> <i>[...] eu sempre ando perfumoso, tomo meu banho em casa, venho para cá assim de manhã, de tarde ou de noite (U4).</i> <i>A coordenadora sempre diz para a cozinheira que tem que ser assim, que eles repitam, mas não lotem o prato, mas não adianta falar para eles que eles não [...], parece que eles não entendem. Tanto que antes era a cozinheira que servia, mas agora mudou porque elas acham que eles têm que se educar, têm que saberem lidar com as coisas, então quando a gente viajar tem que saber se servir direitinho, não lotar o prato como eles fazem, então isso é muito importante. É uma educação que estão dando, é uma educação, estão nos educando para isso (U5).</i> <i>[...] também nos empenhamos, fazemos orçamento [de psicofármacos] e ofício para o secretário de saúde para que não falte medicamento para aqueles que não têm condições de comprar (U6).</i> <i>[...] eu cheguei aqui e participei das oficinas, eu ia lá para baixo e ficava plantando, ficava dando uma varridinha ali, e ficava na oficina; a primeira oficina que eu fui foi ali na horta. Participava da horta e a gente comia todas as coisas da horta, plantava alface, plantava [...]; têm coisas que eu não conhecia ali, eu nem sabia, aí eu aprendi (U8).</i>
--	--

	<i>Eu tomo banho, eu não fico sujo [...] (U8).</i> <i>[...] a gente tem que se defender dele, ele não vai chegar, não vai deixar ele chegar e agredir a pessoa, no momento a gente tem que se defender; claro que bater nele tu não vais bater, mas se defender a gente tem que se defender, procurar agarrar ele ou alguma coisa, chamar o funcionário (U9).</i>
Autonomia Funcional - Refere-se à percepção de estratégias pelo exame do auto-respeito e controle, capacidade de tomar decisões e de tratar dos próprios assuntos sem ajuda. Consiste no desenvolvimento de estratégias para alcançar as próprias metas. É atingida quando os indivíduos são hábeis para encontrar formas para concluir suas metas (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	<i>[...] agora eu estou caminhando mais porque eu estou um pouquinho acima do peso, mas eu caminho, em seguida eu estou caminhando (U1).</i> <i>[...] final de semana eu saio a pedalar na praça, fazer voltinhas [...] (U2).</i> <i>[...] eu tenho uma mulher em casa mas ao mesmo tempo eu tenho uma criança; sou eu quem tenho que cuidar dela, tenho que lavar a casa, lavo roupa, limpo, arrumo a cama, limpo a geladeira, limpo o fogão, tudo sou eu que faço, então, várias vezes quando ela fugia eu vinha aqui e avisava eles (U3).</i> <i>[...] às vezes, quando não tem gás eu tenho que ir para o mato buscar lenha, então ir para o mato já é uma boa atividade física; lá no mato tem graveto, tem que abrir uma estrada para achar lenha para depois cortar, desgalar e tudo, trazer para casa, cortar de novo, então é uma boa atividade física (U3).</i> <i>[...] e fim de semana eu saio a passear com o meu filho, levar na pracinha ou em algum outro lugar ou eu vou para a minha irmã ou se eu estou na minha irmã eu vou para a</i>

	<i>minha mãe, lá para o meu irmão, então [...] (U5).</i> <i>[...] eu nunca deixo faltar o medicamento; eu tendo dinheiro eu compro medicamento (U6).</i> <i>Fora o serviço eu tenho atividade que eu saio, passeio, visito os familiares, visito os amigos, caminho e arrumo a casa (U6).</i> <i>Se não fosse o serviço me dava uma tristeza, nem sei o que seria de mim, aqui no serviço que eu me levantei e saí daquela depressão; agora estou bem, estou me sentindo bem melhor, estou me sentindo outra pessoa com a ajuda do serviço, tanto do serviço quanto dos meus familiares [...] agora estou outra pessoa, bem ativa, deixei da bebida, deixei aquelas coisas. Agora eu não posso com o cheiro, eu não sei qual o medicamento que eu tomei que eu não posso nem com o cheiro da bebida. É através do serviço que o astral da minha família também mudou (U6).</i> <i>[...] eu começo pelas nove horas por causa que eu me levanto às sete e meia, faço chimarrão, tomo chimarrão até às oito e meia, nove horas, pelas nove horas eu tomo medicamento, depois lá pelas nove e meia, depois do café, eu vou arrumar a casa. Termino de arrumar a casa lá pelas onze horas, onze e meia, porque eu lustro, varro a casa eu mesma e depois eu cozinho de noite e já fica para o outro dia, e outra coisa: de vez em quando eu sou muito política, algumas vezes eu trabalhei para a “S3”; para vereador quando tem eleição eu faço panfletagem e corro lá pelo partido. (U6).</i> <i>[...] se eu chego numa casa eu vou, eu converso, eu oriento, “olha, cuida da alimentação, não coloca muito sal,</i>
--	--

	<i>usa o mínimo de sal possível, não come carne gorda, não adianta colocar tudo, a carne, a gordura juntas na panela e depois só tirar a parte magrinha, tira toda antes de colocar na panela”; oriento o que eu sei, até onde eu posso[...] (U7).</i> <i>Eu faço tapete, eu pinto, e meu tapete [...], tenho que terminar meu tapete. Fica um tapete bonito, do Inter, vermelho com branco, aí o pessoal vende, vai lá na praça vender, vai aqui na praça nova, no calçadão vender, na feira eles vão vender (U8).</i> <i>Eu ando todos os dias de bicicleta, agora eu parei de correr; antes eu corria bem, de uns meses para cá eu estava correndo bem, agora estou com 93 kilos; eu corria até dez quilômetros, demorava uma hora, uma hora e pouco, mas corria; fazia dez quilômetros; eu ia até o frigorífico de Alegrete e voltava correndo, só que agora eu estou na bicicleta, minha bicicleta de jornaleiro; na minha bicicleta de jornaleiro eu coloquei uma cestinha na frente para colocar as coisas que eu vou ao bolicho comprar [...] (U8).</i> <i>[...] eu mesmo me ofereci para cuidar os banheiros; poderia vir de manhã só para cuidar os banheiros, aí a gente procura cuidar assim, repara para ver quem é que vai sujar (U9).</i> <i>[...] eu mesmo sou um que vou tomar até morrer, que é o meu intuito, eu morro e fica o remédio ali para verem que eu tomei até [...], eu me tratei mesmo, eu quis melhorar (U10).</i> <i>Caminho bastante, eu mesmo não pago ônibus, venho só a pé, eu gosto de caminhar, faz bem, até pessoa velha que tem noventa, oitenta e poucos anos os médicos dizem: “vai caminhar”; isso aí é bom (U10).</i>
--	---

	<i>Olha, porque cada um de nós daqui ganha um benefício continuado, aquele benefício que o governo dá e esse benefício é para nossa auto-ajuda, então na falta de algum medicamento, foi como eu te disse, que logo no início do meu tratamento eu teria que comprar e eu comprava com o benefício que eu ganho daqui de dentro da própria saúde mental, então esse dinheiro que a gente ganha é para isso mesmo, para nós nos manter em alguma coisa que falte e na falta de algum medicamento [...], porque as vezes o governo não manda, aí a gente tem que comprar (U11).</i> <i>[...] depois de estar fazendo esse tratamento aqui dentro do CAPS com acompanhamento médico, psicológico e de enfermeiros toda a minha vida está sendo normal, claro, com a minha medicação em dia, sem excessos, não parar nada sem a orientação do médico, mas levo a minha vida normal, fazendo as minhas coisas de dona de casa, mercado, vou ao banco, recebo meu benefício, assim, sabe, tudo eu faço (U11).</i> <i>Eu não paro o dia inteiro porque sempre tem roupa para lavar, eu faço almoço, lavo, varro a casa, limpo o banheiro, é uma atividade normal de uma dona de casa, então eu só descanso, por exemplo, à noite; quando eu me deito durmo bem, não tenho problema nenhum, e no outro dia segue a minha rotina normal (U11).</i> <i>[...] sempre participando daqui, dali e das oficinas, fazendo trabalhos manuais, trabalho com crochê, tanto com linha comum como com linha crua, que é o cordão ou barbante aquele, entende, e então levo o</i>
--	--

	<i>trabalho nesses outros dias que não estou aqui porque agora eles reduziram os dias porque a lista de espera é grande, então eles reduziram os meus dias então agora estou vindo só no dia da psicóloga e do médico, mas mesmo assim levo trabalho para fazer em casa, do artesanato (U11).</i>
Autonomia Emocional - Refere-se aos delicados processos de independência emocional em relação a outras pessoas. Ela de fato se manifesta quando o sujeito sente confiança em definir suas metas, independente dos desejos alheios (NOOM; DEKOVIC; MEEUS, 2001).	<i>Dentro ou fora das oficinas eu dou apoio para as gurias; o que elas me pedem para fazer eu sempre estou disposto a fazer; eu não tenho que dizer “ah eu não vou fazer isso aí”, eu faço, eu faço o melhor (U2).</i> <i>Eu acho que se eles têm o direito, eu tenho o direito também de querer almoçar sozinho e não querer almoçar junto com uma pessoa que está fazendo esculhambação em cima da mesa, tu vais perder todo o apetite (U2).</i> <i>O que eu mais gosto de fazer é oficina, entendeu? E tudo que é serviço que eu faço aqui dentro da saúde mental para mim é motivo [...] é [...] parece que eu fico assim ó, eu cresço, cada dia que passa eu cresço porque aí eu saio na sociedade e me sinto grande, me sinto uma pessoa fortalecida (U2).</i> <i>[...] Porque eu saio daqui, claro eu não vou ficar só dentro de casa encerrado, eu tenho que sair para refletir a minha cabeça dentro da sociedade e pensar para onde que eu vou e não procurar mais aquela parceria que eu vivia, parceria que tu sabes, sempre tem um que tem para sustentar, para querer oferecer, né? (está se referindo ao problema com a dependência química) (U2).</i> <i>[...] o que eu posso, o que eles não sabem e que eu posso ensinar para</i>

	<i>eles eu ensino; para mim é bom [referindo-se à como se portar à mesa] (U3).</i> <i>Eu ensino para eles pintura, eu ensino costura, eu ensino o que eu aprendi, nem que seja um pouco, eu passo para eles tudo que eu sei (U3).</i> <i>[...] às vezes eu brigo com o médico, principalmente por causa dos meus remédios porque sou muito rebelde, eu evito tomar certos remédios porque eles me deixam com a língua enrolada daí eu não quero tomar, daí é uma briga com o médico, porque ele diz que eu preciso tomar, eu digo que eu não vou tomar, então daí é uma [...] (U5).</i> <i>[...] eu me chateio, eu me irrita, fico nervosa porque eu não quero tomar e eles dizem que eu tome e daí eu já fico irritada porque eu não quero tomar a medicação (U5).</i> <i>Eu me entendo muito com a psicóloga, tanto que a gente nunca brigou nem nada, é só a situação de remédio que às vezes eu não concordo com ela, que ela diz não, se o médico falou que é isso é isso, aí eu digo não, eu não concordo, então daí ela vai tentar falar com o médico, ver se entra em acordo com ele (U5).</i> <i>Ajudo as pessoas no [...], às vezes eu ajudo na enfermagem fazendo [...], essa mesma aqui é nova, essa "S4" essa que pegou a chave, ela é nova aqui, ela não sabe quase nada, então como eu sei eu vou mostrando para ela, não, tu faz isso, tu faz aquilo; quando eu vejo que ela está atrapalhada então como ela fica sozinha, quando tem alguém ali com ela eu fico despreocupada, eu nem me preocupo em ajudar ela que eu sei que vai ter outra pessoa para ajudá-la, mas quando não tem daí eu fico</i>
--	--

	<i>meio perto dela para ajudá-la, para dar um suporte (U5).</i> <i>Eu sou presidente da associação dos usuários e familiares já há quatro anos; antes era a “S5” que era a presidente também porque ela era mãe de um usuário e aí ela fundou uma associação de usuários e familiares, desde então, eu ajudei também a fundar a associação; desde oitenta e seis o objetivo da associação é ajudar, dar uma vida boa para os [...], atendimento, medicamento que falta, quando falta medicamento [...] (U6).</i> <i>Eu moro sozinha na minha casa, eu moro sozinha; a minha irmã mora lá nos fundos [...] (U6).</i> <i>[...] isso aqui foi tudo (CAPS) porque eu pude voltar a trabalhar, fiquei pouco tempo afastada do meu serviço, voltei a trabalhar, estou contribuindo para a sociedade, para mim, para minha família [...] (U7).</i> <i>Eu ouvi um comentário que a doutora ia se afastar, a coordenadora geral, e eu fiquei muito triste porque eu acho que ela não deveria porque agora que ela e a equipe conseguiram chegar nesse estágio que está isso aqui ela deixar para outros chegarem e anarquizarem eu tenho pena, tenho pena mesmo (U7).</i> <i>Eu não tenho queixa (sobre o atendimento), se eu tivesse alguma queixa de estar me sentindo mal, se eu estou me sentindo mal em um lugar eu saio fora. Isso aí ninguém me prende, eu sou livre, Deus já me deu livre arbítrio, mas aqui eu me sinto bem. Não tenho como dar nota, mas eu daria nota mil (U8).</i> <i>Como eu te digo, se eu me sentisse mal eu botaria tudo aqui no gravador,</i>
--	--

	<i>mas eu não me sinto mal, estou me sentindo bem (U8).</i> <i>A meu ver é assim mesmo, um ajudando o outro, para melhorar é um ajudando o outro; procuro ajudar eles aí, que tem menos condições psicológicas do que eu, eu como sou mais são do que eles psicologicamente procuro ajudá-los porque eles não têm noção nem nada, procuro ajudar, conversar com eles, dialogar com eles [...] (U9).</i> <i>[...] a meu ver é falta de serviço para ele; se tivesse uma ocupação para ele não teria tempo de fazer tudo isso que ele faz aqui, então tem que ter um atendimento especial para ele, assim (U9).</i> <i>[...] eu cuido também isso aí, apesar de eu ser usuário eu estou aqui, eu estou cuidado [...], apesar de ser usuário graças a Deus estou bem; eu adoeci com 33 anos, estou com 47, com o remédio novo que o Dr. me deu a minha vida melhorou 100%; com o medicamento graças a Deus estou “curado” pela saúde mental (U10).</i> <i>[...] então eu acho certo isso aí (contenção mecânica pela brigada militar), não sou contra isso; se não fossem eles aquele dia o que teria sido de nós, íamos ter que ficar todos encerrados, todos disparando (U10).</i> <i>Eu sinto pena porque a pessoa poderia estar ocupando a mente e ajudar no tratamento mental, eu acho uma pena a pessoa ficar vagando sem fazer nada; aqui a pessoa está em paz, está livre, não tendo nenhum doente agressivo fica todo mundo em paz; eu acho uma pena não participar de nenhuma oficina (U10).</i>
--	---

Anexos

Anexo A - Carta de Apresentação



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/ Departamento de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem / Departamento de Assistência e Orientação Profissional
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel)
Curso de Enfermagem

Ao Secretário Municipal de Saúde
Alegrete/RS

C/C Coordenação CAPS de Alegrete

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, 11 de julho de 2006.

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

Senhor Diretor:

O Ministério da Saúde - MS e o Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, em conformidade com as Leis nº 10.332, de 19 de dezembro de 2001, e 10.168, de 29 de dezembro de 2000, e com o Decreto nº 4.143, de 25 de fevereiro de 2002, que regulam a realização de investimentos em pesquisa e desenvolvimento do Setor de Saúde por intermédio do Fundo Setorial de Saúde, denominado CT-Saúde lançou o **Editais MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 07/2005**, selecionando instituições e projetos de pesquisa, entre eles a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia 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 e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com Docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE Campus de Cascavel, estou Coordenando o Projeto de pesquisa **AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIAO SUL DO BRASIL** 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 o objetivo do estudo de avaliação e um breve detalhamento do projeto.

Objetivo:

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

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 Quantitativa de CAPS** – abordagem epidemiológica (coleta de dados já efetivada)
- ⇒ **Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS** – avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.

Nesta segunda fase estaremos realizando a coleta de dados do estudo qualitativo e através desta carta eu, **Luciane Prado Kantorski** apresento-me como pesquisadora, bem como **Gabriel Pereira** e **Jacqueline de Souza** para os quais solicitamos autorização para que permaneçam no serviço durante o período de, aproximadamente, 30 dias realizando **entrevistas e oficinas com usuários, familiares e trabalhadores do CAPS** e observando a dinâmica e funcionamento do referido serviço, contemplando as atividades internas (grupos, oficinas, atendimentos, assembléias etc.) e externas (visitas domiciliares, eventos, atividades comunitárias, passeios etc.) desenvolvidas no mesmo e que tenham relação com a proposta de serviço do CAPS.

Neste sentido, apresentamos a seguir um breve detalhamento do estudo qualitativo de avaliação.

ESTUDO DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS CAPS DA REGIÃO SUL

OBJETIVO GERAL

Conhecer o cotidiano do serviço buscando apreender sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

LOCAIS DO ESTUDO

A avaliação qualitativa está inserida em uma proposta avaliativa mais ampla dos CAPS da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná – que enfatiza que os grupos de interesse implicados no processo avaliativo, ou seja, usuários, familiares e trabalhadores do CAPS, se engajem num processo

construtivista de pesquisa a partir da definição do que avaliar, da identificação de prioridades e da negociação de suas demandas no processo avaliativo.

Critérios de seleção dos CAPS para compor os serviços que farão parte do estudo qualitativo da avaliação:

- Tempo de funcionamento do serviço e experiência, que permita aos grupos de interesse condições para realizar um processo avaliativo nos moldes propostos;
- Escolha intencional – a partir dos dados obtidos no estudo quantitativo da estrutura e do processo e sua adequação a normatização definida na Portaria n.º 336/2002;
- Disponibilidade dos grupos de interesse em aderir à proposta de avaliação construtivista responsiva;

Enfatizamos que dos 30 municípios que fizeram parte do estudo quantitativo na primeira fase do projeto, dois foram os serviços selecionados para fazer parte do estudo qualitativo, o CAPS de Alegrete foi um deles em função de sua adequação às normatizações do Ministério da Saúde enquanto serviço estratégico no processo de Reforma Psiquiátrica e por ter se destacado entre os demais serviços em relação ao seu trabalho prático enquanto serviço substitutivo às práticas manicomiais.

Reforçamos a importância da contribuição da Secretaria Municipal de Saúde e serviço no sentido de acolher o estudo possibilitando que possamos disponibilizar para o Ministério da Saúde e para os CAPS ao final dos dois anos de 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 à disposição para eventuais esclarecimentos e despedimo-nos.

Atenciosamente,

Luciane Prado Kantorski

Coordenadora do Projeto de Avaliação CAPSUL.
FEO/UFPeL. Av. Duque de Caxias nº 250. Tel. (053) 32713031.
Home Page: <http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul>
E mail: capsul@ufpel.edu.br

Anexo B - Questões do Círculo Hermenêutico-Dialético

Questões iniciais

1. Fale sobre o atendimento no serviço.
2. Que fatores podem estar contribuindo para o melhor funcionamento do serviço?
3. Fale sobre a gestão da Política Municipal de Saúde Mental com relação à Política da Secretaria Municipal de Saúde versus Coordenação de Saúde Mental e a relação CAPS versus Secretaria Municipal de Saúde.

Questões desdobradas

1. Como você vê a situação das atividades físicas, higiene dos usuários, alimentação e medicação?
2. Fale sobre o manejo no momento de crise de algum usuário.
3. Como você vê a dedicação dos profissionais?

Anexo C – Ofício de aprovação do Comitê de Ética



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

OF. 074/05

Pelotas, 11 de Novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
LUCIANE KANTORSKI

Prezada Pesquisadora;

Vimos através deste informá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil" foi aprovado por este comitê.

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma letra 'M' proeminente no início.

Prof. José Augusto A. Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UFPEL

Anexo D - Carta de autorização do Coordenador da Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 22 de janeiro de 2010

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Bianca Neme Clasen**, estudante do curso de Pós-Graduação - Mestrado Acadêmico em Enfermagem - da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL, para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “**A autonomia dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial nas relações cotidianas**”. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Luciane Prado Kantorski
Coordenador do Projeto de Pesquisa

ANEXO E – Consentimento Livre e Informado para Participação na Pesquisa

	Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem
---	---

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"**, autorizando a observação, a entrevista, 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 (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem 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 e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
 Profa. Luciane Prado Kantorski. Av Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP: 96030-002.
 Telefone/Fax: 53-32713031. E mail: capsul@ufpel.edu.br
 HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>

Relatório do Trabalho de Campo

O presente relatório é parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

O referido curso teve início em março de 2009, devendo ser concluído em um período de até dois anos.

Este estudo integra a pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, contemplada no Edital 07/2005 e com o apoio do Ministério da Saúde. O CAPSUL foi coordenado pela Faculdade de Enfermagem da UFPel, desenvolvido em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS e com o Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Cascavel (KANTORSKI, 2006).

O CAPSUL avaliou Centros de Atenção Psicossocial dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná através de um projeto que se desdobrou em um estudo qualitativo e outro quantitativo. O estudo de avaliação qualitativa utilizou a Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Guba & Lincoln (1989) para nortear o processo teórico-metodológico. Foram realizados cinco estudos de casos através de entrevistas e observações com equipes, familiares e usuários (CAPSUL, 2007).

Na avaliação quantitativa foi utilizada a abordagem epidemiológica, avaliando-se estrutura, processo e resultado da atenção em saúde mental desenvolvida nos CAPS, de acordo com Donabedian (1984) e Kantorski (2006).

A presente pesquisa valeu-se do banco de dados qualitativo referente ao estudo de caso do CAPS do município de Alegrete/RS, compreendendo as entrevistas de onze usuários. O trabalho de campo neste município foi realizado por três pesquisadores durante o mês de julho de 2006 (CAPSUL, 2007).

O projeto de pesquisa do atual estudo foi desenvolvido no segundo semestre de 2009 e no primeiro de 2010, vislumbrando inicialmente conhecer as manifestações da autonomia dos usuários do CAPS de Alegrete na perspectiva dos profissionais e dos próprios usuários. Durante o exame de qualificação, ocorrido em

23 de julho de 2010, considerando que o objetivo era estudar a autonomia dos usuários nas suas relações cotidianas, e levando em consideração o fato de que a maioria dos estudos que existem sobre autonomia retrata esta condição dos usuários sob a perspectiva dos profissionais, definiu-se por estabelecer como recorte a perspectiva dos usuários, considerando, desta forma, a sugestão da banca. A partir de então, o estudo se restringiu apenas ao banco de dados dos usuários. Diante do exposto, teve-se como objetivo reconhecer manifestações das autonomias atitudinal, funcional e emocional na expressão das relações cotidianas dos usuários de um CAPS do município de Alegrete-RS.

Alegrete é um município localizado na região oeste do estado, compreende um território de 7.804 km² e uma população estimada de 77.673 habitantes (IBGE, 2010). Em 2009, contava com um total de 39 estabelecimentos de saúde, dos quais 27 vinculados ao SUS. O Produto Interno Bruto per capita anual de 2007 foi de R\$ 10.963,00 (IBGE, 2009).

O CAPS de Alegrete é considerado um serviço comunitário de referência em saúde mental para o município e região, voltando-se ao atendimento de portadores de transtornos mentais e suas famílias, responsabilizando-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2002). A rede de saúde mental do município de Alegrete é constituída de CAPS II, CAPS I, CAPS ad, residência terapêutica e leitos psiquiátricos em Hospital Geral (CAPSUL, 2007).

O conceito de autonomia na perspectiva desenvolvimental, proposto por Spear e Kulbok (2004) e adotado por Reichert e Wagner (2007) indica que ela é um processo ativo, um fenômeno orientado que pode ser observado à luz de uma sequência que vai desde a dependência e progride em direção à autonomia. Seu desenvolvimento sofre a influência de variáveis internas, tais como auto-estima, percepção do ambiente, relações com autoridade e desejo para a independência, assim como sofre influência de variáveis externas como estrutura familiar, comunicação familiar, presença ou ausência de controle e o ambiente emocional que envolve o indivíduo (BRONFENBRENNER, 1996; FUENTES, 2001; OLIVA; PARRA, 2001).

Neste estudo o CAPS é entendido como um serviço estratégico no processo de reforma psiquiátrica, tendo como função precípua a reinserção social do sujeito com transtorno psíquico. Para tanto, é fundamental que ele estimule a

(re)construção da autonomia dos usuários instrumentalizando-os para viver nos vários espaços do território. Como segundo pressuposto, admite-se que a autonomia é um atributo positivo ao adequado convívio familiar e social, além de ser imperativa à satisfação pessoal para com a própria vida.

Entendendo-se que os serviços e práticas afins com a reforma têm na autonomia um de seus maiores investimentos e considerando-se que autonomia é um aspecto que perpassa todos os âmbitos da vida humana, buscou-se através deste estudo contribuir com as lacunas do conhecimento acerca do tema.

Inicialmente, as entrevistas foram lidas exaustivamente, já que se fazia necessária uma apropriação do banco de dados pela pesquisadora. Desde o início já foi possível identificar o tema ao longo dos discursos de todos os sujeitos. A pré-análise dos dados suscitou a formulação de questões norteadoras (Apêndice A), num total de quatro, através das quais foi possível olhar para os dados de forma sistemática, à luz do referencial teórico. A proposta era, então, revisar o conceito de autonomia nas diversas áreas do saber, vislumbrando identificar semelhanças e contrapontos entre os dados e as concepções disponíveis na literatura sobre o tema. Todas as etapas da Análise Temática de Minayo (2008) foram consideradas para fins de análise e interpretação dos dados. Cabe mencionar que com base nos objetivos e no conteúdo que compunha as falas, utilizou-se como referencial teórico os seguintes autores: Noom, Dekovic e Meeus (1999; 2001), os quais identificaram três níveis de habilidades da autonomia: autonomia atitudinal, funcional e emocional. É oportuno aclarar que os estudiosos que deram sustentação a esse referencial teórico são autores de uma adaptação do estudo de Bekker (1991).

Ao longo da trajetória do mestrado ocorreram diversos encontros com a orientadora, nos quais o tema foi definido, os sujeitos do estudo e o caminho metodológico foram escolhidos e os resultados foram apurados e confrontados com a literatura.

Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo, descritivo e analítico.

A pesquisa permitiu concluir que as concepções de autonomia expressas pelos depoentes vão ao encontro dos principais conceitos que a literatura dispõe. Pôde-se observar também que as autonomias atitudinal, funcional e emocional se manifestam nas principais relações dos mesmos com seu cotidiano, seja ele o cotidiano do auto-cuidado, da prática de atividades domésticas, do estabelecimento e/ou manutenção de relações interpessoais e do trabalho. Em face do exposto,

torna-se prudente anunciar que não constava na proposta do estudo quantificar essas autonomias. Ainda assim, foi possível apreender estados de maior ou menor autonomia entre os sujeitos e no interior do próprio sujeito, na medida em que é plenamente plausível a prevalência de uma autonomia sobre a outra num mesmo indivíduo.

REFERÊNCIAS

Bekker, M. H. J. **De Bewegelijke Grenzen Van Het Vrouwelijk Ego [The movable boundaries of the female ego]**. Eburon, Delft. 1991.

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

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: ArtesMédicas, 1996.

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.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. **Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana**, S.A. Ediciones Copilco, S.A. 1984a. 194 p

DONABEDIAN, A. **The quality of care**: how can it be assessed? JAMA, 260 (12). 1734 –1748. México: Ediciones Copilco, 1984b.

FUENTES, M. J. Los grupos, las interacciones entre compañeros y las relaciones de amistad en la infancia y adolescencia. In: López, F.; Etxebarria, I.; Fuentes, M. J., & Ortiz, M. J. (Coord). **Desarrollo afectivo y social**. Madrid: Pirâmide, 2001.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 29/12/ 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 04/12/2010.

KANTORSKI, L. P. **Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)**. Pelotas, 2006. Disponível: <<http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>>. Acesso em

05/04/ 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

NOOM, M. J.; DEKOVIC, M.; MEEUS, W. H. J. Autonomy, Attachment and Psychosocial Adjustment during Adolescence: A Double-Edged Sword. **Journal of Adolescence**, v. 22, n. 6, p. 771-83. 1999.

NOOM, M. J.; DEKOVIC, M.; MEEUS, W. H. J. Conceptual Analysis and Measurement of Adolescent Autonomy. **Journal of Youth and Adolescence**, v.30, n. 5, p. 577-595. 2001.

OLIVA, A.; PARRA, A. Autonomía emocional durante La adolescencia. **Infancia y Aprendizaje**, v. 24, n. 2, p. 181-196. 2001.

REICHERT, C. B.; WAGNER, A. Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. **PSICO**. v. 38, n. 3, p. 292-299, set./dez. 2007.

SPEAR, H. J.; KULBOK, P. Autonomy and adolescence: A concept analysis. **Public Health Nursing**, v. 60, n. 2, pp. 144-152, 2004.

Artigo de Defesa

A AUTONOMIA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NAS RELAÇÕES COTIDIANAS¹

Bianca Neme Clasen²

Luciane Prado Kantorski³

RESUMO: A autonomia incide na condição de autodeterminação e autogoverno. Considerando esta assertiva, o estudo teve como objetivo reconhecer manifestações das autonomias atitudinal, funcional e emocional na expressão das relações cotidianas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do município de Alegrete-RS. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e analítico. Os sujeitos foram 11 usuários. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas realizadas no segundo semestre de 2006. Os dados foram analisados à luz do referencial teórico, que compreende as autonomias atitudinal, funcional e emocional. Com relação à autonomia atitudinal, observa-se a manifestação das principais aptidões e desejos nas atitudes do cotidiano nos âmbitos do autocuidado, do estabelecimento de relações interpessoais e do trabalho. Sobre a autonomia funcional, evidencia-se que a maioria dos sujeitos mostra-se capaz de tomar decisões por si só e de traçar planos para concluir metas. A autonomia emocional é também um atributo presente nos relatos, denotando a condição de autoconfiança e independência emocional em relação a outras pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Autonomia pessoal

AUTONOMY OF USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN DAILY RELATIONS

ABSTRACT: The autonomy concerns the condition of self-determination and self-governance. Considering this affirmation, the study it had as objectives to know manifestations of the autonomies attitudinal, functional and emotional in expression of daily relations of users of a CAPS of municipality of Alegrete-RS. This is a qualitative, descriptive and analytical study. The subjects were 11 users. The data was collected through interviews held in the second semester of 2006. The data were analyzed in the light of the theoretical referential that understands the autonomies attitudinal, functional and emotional. With regard

¹ Artigo resultante da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPel. Será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Av. Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, 600, apto 501, Porto, Pelotas-RS, CEP 96080-000, Tel: (53) 84196024, E-mail: biancaneme@hotmail.com . Autor Correspondente

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pesquisadora do CNPq. E-mail: kantorski@uol.com.br

to the attitudinal autonomy it is observed it has on the part of the users the manifestation of the essential aptitudes and desires in the attitudes of daily life in areas of self care, in establishing interpersonal relations and for the work. Concerning the functional autonomy, it is observed that majority of subjects reveals to be capable of making decisions by themselves and trace strategies to achieve and to complete the goals. The emotional autonomy is also an attribute in the reports, denoting the condition of self-reliance and emotional independence in relation to other people.

KEYWORDS: Mental Health; Psychiatric Reform; Personal Autonomy.

INTRODUÇÃO

Guiado pelos ideais iluministas de liberdade, igualdade e fraternidade, Philippe Pinel, em 1793, capturou a loucura do campo do sobrenatural para o campo médico. Esse evento teria representado a fundação da psiquiatria como campo da medicina moderna, acompanhado da medicalização da loucura¹.

Nesse contexto, o saber e o poder médicos passaram a imperar nas relações profissional-paciente e o manicômio tornou-se o lugar onde a medicina podia descobrir a verdade sobre a doença, afastando tudo o que podia mascará-la e confundí-la¹. Nesse período, o hospício passa a ressignificar seu contexto e suas práticas, deixando de assumir o papel de hospedaria para constituir-se de instituição de internação e enclausuramento².

Todavia, a internação nos hospitais psiquiátricos e, consequentemente, a exclusão do convívio social das pessoas acometidas de sofrimento psíquico passou a ser fortemente questionada no país a partir da década de 1970, com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica³.

O movimento de desinstitucionalização no Brasil foi fortemente influenciado, sobretudo, pelo movimento italiano, que teve como um de seus importantes idealizadores o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), precursor de mudanças profundas nas políticas de saúde mental na Itália a partir de 1961, com o movimento conhecido como Psiquiatria Democrática³.

No Brasil, o movimento formado inicialmente por profissionais da área da saúde mental incorporou as famílias dos usuários e os próprios usuários, ganhando força a partir dos avanços da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de 1988, e, posteriormente, com o advento do SUS, através da Lei 8.080, de 1990³.

A reforma tem como objetivo a reabilitação psicossocial através da reinserção social e do resgate da autonomia dos sujeitos⁴. Neste modelo, a pessoa acometida de sofrimento psíquico é concebida como cidadã de direitos e deveres, partícipe de seu tratamento e co-responsável por suas condições de vida⁵.

Depreende-se que o entendimento do indivíduo a respeito do ambiente, da forma como estabelece suas relações com o meio e com os demais sujeitos, assim como a cultura em que está inserido, desempenham um papel importante na manifestação da autonomia.

O conceito de autonomia na perspectiva desenvolvimental, proposto por Spear e Kulbok⁶ e utilizado por Reichert e Wagner⁷, indica que ela é um processo ativo, um fenômeno orientado que pode ser observado à luz de uma sequência que vai desde a capacidade mínima de autogerenciamento nas relações cotidianas e progride em direção à autonomia. Seu desenvolvimento sofre a influência de variáveis internas, como auto-estima, percepção do ambiente, relações com autoridade e desejo para a independência, assim como de variáveis externas como estrutura familiar, comunicação familiar, presença ou ausência de controle e o ambiente emocional que envolve o indivíduo^{8,9,10}. Esse cenário permite estimar a autonomia como atributo substancial aos processos de reabilitação psicossocial.

Nessa ótica, Noom, Dekovic e Meeus^{11,12} identificaram as autonomias atitudinal, funcional e emocional como habilidades que em muito têm auxiliado na compreensão desta temática.

A autonomia atitudinal ou cognitiva refere-se à percepção de metas pelo exame das oportunidades e desejos; considera os processos de apropriação de possibilidades de fazer as

próprias escolhas. Ela se expressa quando os indivíduos são hábeis para definir suas metas e refletir sobre seus atos^{11,12}.

A autonomia funcional ou condutual refere-se à percepção de estratégias pelo exame do auto-respeito e controle, capacidade de tomar decisões e de tratar dos próprios assuntos sem ajuda. Consiste no desenvolvimento de estratégias para alcançar as próprias metas. É atingida quando os indivíduos são hábeis para encontrar formas para concluir suas metas^{11,12}.

A autonomia emocional refere-se aos processos de independência emocional em relação a outras pessoas. Ela de fato se manifesta quando o sujeito sente confiança em definir suas metas, independente dos desejos alheios^{11,12}.

Diante do exposto, teve-se como objetivo reconhecer manifestações das autonomias atitudinal, funcional e emocional na expressão das relações cotidianas dos usuários de um CAPS do município de Alegrete-RS.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em um recorte da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), a qual se propôs a avaliar Centros de Atenção Psicossocial dos três estados da região sul do país através de um projeto que se desdobrou em um estudo quantitativo e outro qualitativo.

O projeto CAPSUL foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 074/05, de 11 de novembro de 2005. A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

Os dados apresentados neste artigo resultam do banco de dados da etapa qualitativa da pesquisa CAPSUL, referente ao município de Alegrete-RS. O banco consta de entrevistas realizadas no segundo semestre de 2006 com 11 usuários do CAPS de Alegrete-RS. As

entrevistas incluíram três questões iniciais que foram desdobradas em outras três ao longo do círculo hermenêutico-dialético². Foram considerados critérios para a seleção dos sujeitos: tempo de permanência no serviço; ter boa comunicação; possuir bom vínculo com o CAPS, assim como ter vínculo ruim ou de não adesão ao serviço¹³.

No presente estudo, para fins de sigilo, os usuários foram identificados pela letra U (U1 a U11) e sucessivamente numerados de acordo com a ordem em que responderam a entrevista. Aqueles sujeitos que não foram entrevistados, mas que de alguma forma foram mencionados ao longo das entrevistas foram identificados pela letra “S” e sucessivamente numerados de acordo com a ordem em que apareceram nas falas.

Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e analítico.

A pré-análise dos dados suscitou na formulação de quatro questões norteadoras, através das quais foi possível olhar para os dados de forma sistemática. O referencial de análise dos dados foi a Análise Temática¹⁴. As unidades temáticas identificadas foram: autonomia atitudinal, autonomia funcional e autonomia emocional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alegrete é um município localizado na região oeste do estado, compreende um território de 7.804 km² e uma população estimada de 77.673 habitantes¹⁵. Em 2009, contava com um total de 39 estabelecimentos de saúde dos quais 27 são estabelecimentos de saúde SUS. O Produto Interno Bruto per capita anual de 2007 foi de R\$ 10.963,00¹⁶.

O serviço teve início em 1989, com o passar do tempo foi se estruturando e ampliando seus espaços na sociedade. O CAPS impulsionou a criação de outros serviços substitutivos da rede de saúde mental, como o CAPS ad, o CAPS i e a residência terapêutica. Além destes serviços, a rede também dispõe de leitos psiquiátricos em Hospital Geral¹³.

A seguir apresenta-se uma breve caracterização dos onze sujeitos:

U1: frequenta o CAPS há três anos, comunica-se bem, é um sujeito crítico, é identificado pelos usuários como uma liderança na Residência Terapêutica e é beneficiário do Programa de Volta para Casa. **U2:** é usuário do serviço há três anos, se comunica bem e atua em um grupo que presta informações sobre DSTs e prevenção ao uso de drogas. **U3:** é assistido pelo CAPS há dois anos e oito meses; participa de eventos representando o serviço. **U4:** frequenta o CAPS há mais de três anos e demonstra boas condições para se comunicar. **U5:** é assistida pelo CAPS há quinze anos. Sofreu maus-tratos e possíveis abusos sexuais na infância, o que a teria levado a fugir de casa. **U6:** é acompanhada pelo serviço há três anos, criou um sobrinho, atualmente ocupa a presidência da Associação dos Usuários e Familiares, foi identificada na reunião da Associação como uma liderança entre os usuários e possui desenvoltura para se comunicar. **U7:** acessa o CAPS há cinco anos, é agente comunitária de saúde e é membro da equipe de gestores da Associação de Usuários e Familiares. **U8:** é usuário do CAPS há três anos e possui boa comunicação. **U9:** frequenta o serviço há três anos, trabalhava como servente de pedreiro, mas com o agravamento do quadro de epilepsia tornou-se incapacitado para o trabalho. Está sendo sustentado pelos pais enquanto aguarda aprovação da solicitação de benefício. **U10:** é usuário do serviço há quinze anos, tem cuidado mais da aparência em relação a períodos anteriores; gosta de pintar e costuma sugerir modelos e cores para a reforma do prédio do CAPS; tem um ótimo relacionamento com os demais usuários e equipe, demonstrando sempre respeito e amizade. **U11:** acessa o serviço há cinco anos e atualmente vivencia dificuldades financeiras.

AUTONOMIA

Em um contexto histórico em que por longo período as pessoas acometidas de sofrimento psíquico foram excluídas do convívio social, do consumo de bens, da cultura, do mundo do trabalho, da arte, um serviço que se propõe a cuidar em liberdade e que articula diferentes recursos da comunidade requer um destaque com relação à promoção de soluções

criativas, mesmo que em muitas situações as condições se apresentem nem tão favoráveis¹³. Aproximar-se criticamente do referencial da reforma psiquiátrica permite identificar espaços de reprodução e/ou da construção coletiva incerta e conflituosa de novas formas de se lidar com o sofrimento psíquico, pautadas na acolhida, na solidariedade e no respeito à vida humana^{13,17}.

Nesta conjuntura, a autonomia atitudinal¹² vem sendo entendida neste estudo como a possibilidade dos sujeitos agirem de acordo com seus desejos e oportunidades, discernindo entre o querer e o não querer, entre o saber o que se quer e o que não se quer.

Dessa forma, os indivíduos se colocam de maneira a expressarem suas principais aptidões e desejos com relação as suas atitudes cotidianas sobre a autonomia para o autocuidado, para realizar atividades domésticas, para estabelecer relações interpessoais, para o trabalho, entre outras.

A vida cotidiana não está fora da história, mas no “centro” dela. Assim, a vida social, política e econômica é gestada e colocada em prática no cotidiano, um cotidiano entendido como heterogêneo, contemplando os diversos aspectos da vida que constituem e modificam os modos de realização de nossa humanidade, como as relações familiares, de trabalho, a vida privada, as sensibilidades, o descanso e o lazer, as relações de gênero, de etnia e a construção das identidades¹⁸.

Com relação à autonomia nas atitudes do cotidiano, os usuários contribuem com os seguintes relatos:

Eu faço aula de capoeira, de educação física, eu faço reiki, judô, eu jogo futebol, (...) a gente caminha, (...) (U1).

(...) Não é porque eu não queira almoçar junto com os usuários, têm usuários que são meus colegas, mas são relaxados e não dá para conviver com eles porque eles fazem porcada, aí é ruim, né? A gente perde até o apetite; então eu já até almoço antes (U2).

(...) Eu tinha uma parceira que era a “S2”; eu tive muita oportunidade de ajudá-la; quando estava dando aquelas crises nela eu pegava e trazia ela aqui para a enfermagem (U4).

A autonomia atitudinal vem reforçada na fala dos usuários quando afirmam sua livre escolha no cotidiano, impulsionada pelo desejo, pela decisão e pela responsabilidade em assumir a consequência da decisão de qual e como vai realizar determinada atividade, pelo fato de querer compartilhar ou não do almoço com outros usuários e até de decidir como e quando ajudar o outro.

Os autores reafirmam o que surgiu nos relatos anteriores, postulando que a autonomia foi um termo introduzido por Kant para designar a independência da vontade em relação a todo desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria, que é a razão¹⁹.

A fala que segue, apesar de reforçar aspectos de aquisição de autonomia atitudinal, revela níveis mais avançados de decisão a respeito de trabalho, autocuidado e empoderamento dos usuários. O empoderamento pode ser entendido como o conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos nos âmbitos pessoal, interpessoal, grupal, institucional, e na sociedade em geral. Na saúde mental, o empoderamento é conceituado como uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio contexto da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado²⁰. Nesse sentido, os indivíduos trazem as seguintes contribuições:

(...) fazemos orçamento [de psicofármacos] e ofício para o secretário de saúde para que não falte medicamento para aqueles que não têm condições de comprar (U6).

O trecho anterior expressa claramente a preocupação, o comprometimento e a ampliação da autonomia atitudinal de alguns usuários no que concerne ao cuidado e à manutenção do tratamento daqueles que dependem financeiramente da oferta pública de psicofármacos para a estabilização dos sintomas. Há, portanto, o cuidado com outro e o comprometimento com o bem estar coletivo. Considerando o CAPS como um serviço que compõe o Sistema Único de Saúde, enfatiza-se que a maioria dos usuários deste serviço depende da dispensação de medicamentos de uso contínuo ofertada pelo SUS.

A seguir, há um depoimento que traduz o significado do trabalho, que transcende o mérito ocupacional para se ocupar de um espaço de mercado e de capital, o que possibilita a inserção do indivíduo no território social, contribuindo para promover autonomia.

Quando a gente arruma uma pessoa que compra da gente esse negócio dos tapetes, trabalho que nós fazemos, eles dão uma comissão (U4).

Saraceno²¹ postula sobre o trabalho como ferramenta de produção e troca de mercadorias e valores. Dessa forma, entende o trabalho como um recurso que transcende a ênfase terapêutica ou do entretenimento para possuir valor e dinâmica de mercado. Na sociedade capitalista, a renda é um importante mecanismo para o autogerenciamento, bem como para a (re)inserção social e para o empoderamento, à medida que possibilita ao sujeito fazer escolhas e manejá-las de forma mais independente.

A segunda autonomia a ser trabalhada é a funcional ou condutual, que é entendida como a forma em que os sujeitos conduzem suas vidas cotidianamente no campo das idéias e práticas com relação à maior ou menor capacidade de tomar decisões por si só e de traçar estratégias para alcançar e concluir metas¹². Vale aclarar que nesta pesquisa, a funcionalidade caracteriza-se por manter uma regularidade, permitindo que as situações de tomada de decisão

se repitam no cotidiano da vida, enquanto que a atitudinalidade é uma manifestação esporádica ou mesmo singular. As principais condutas e funcionamentos dos usuários no que diz respeito à autonomia funcional são as seguintes:

(...) agora eu estou caminhando mais porque eu estou um pouquinho acima do peso, mas eu caminho, em seguida eu estou caminhando (U1).

(...) eu nunca deixo faltar o medicamento; eu tendo dinheiro eu compro medicamento (U6).

(...) eu mesmo sou um que vou tomar até morrer, que é o meu intuito, eu morro e fica o remédio ali para verem que eu tomei ..., eu me tratei, eu quis melhorar (...)(U10).

Olha, porque cada um de nós daqui ganha um benefício continuado, aquele benefício que o governo dá e esse benefício é para nossa autoajuda, então na falta de algum medicamento, (...) então esse dinheiro que a gente ganha é para isso mesmo, para nós nos manter em alguma coisa que falte e na falta de algum medicamento, porque às vezes o governo não manda, aí a gente tem que comprar (U11).

A autonomia funcional torna-se claramente explícita quando os usuários parecem conduzir cotidianamente suas vidas na perspectiva das práticas de autocuidado. O cuidado antecede toda atitude e situação humana, caracterizando-se, portanto, como um fenômeno ontológico-existencial, ou seja, o cuidado está na essência da existência humana, sendo inerente ao homem²².

O exercício das atividades domésticas também foi relatado pelos usuários como uma modalidade de prática autônoma, conforme mostram as falas a seguir:

(...) tenho que lavar a casa, lavo roupa, limpo, arrumo a cama, limpo a geladeira, limpo o fogão, tudo sou eu que faço (U3).

(...) eu começo pelas nove horas por causa que eu me levanto às sete e meia, faço chimarrão, tomo chimarrão até às oito e meia, nove horas, pelas nove horas eu tomo

medicamento, depois lá pelas nove e meia, depois do café, eu vou arrumar a casa. Termino de arrumar a casa lá pelas onze horas, onze e meia, porque eu lustro, varro a casa eu mesma e depois eu cozinho de noite e já fica para o outro dia (U6).

Eu não paro o dia inteiro porque sempre tem roupa para lavar, eu faço almoço, lavo, varro a casa, limpo o banheiro, é uma atividade normal de uma dona de casa, então eu só descanso à noite; quando eu me deito durmo bem, não tenho problema nenhum, e no outro dia segue a minha rotina normal (U11).

A autonomia funcional é identificada no exercício das práticas domésticas quando as usuárias demonstram não só serem capazes de organizarem suas próprias casas nas suas demandas cotidianas como também de planejarem de que forma que o tempo dedicado a estas tarefas será otimizado.

A reabilitação psicossocial, que tem em Saraceno²¹ um de seus principais representantes, destina-se a aumentar as habilidades do sujeito, diminuindo as perdas decorrentes do transtorno psíquico.

Há relatos sobre a autonomia para estabelecer relações interpessoais e para o trabalho. Vale informar que ambos os atributos da autonomia funcional são altamente desejáveis para a reabilitação psicossocial e promovem um viver social mais pleno na medida em que permitem aos sujeitos maior inserção no território e mais possibilidades de interagir e de conquistar relações e espaços de circulação, de lazer e de trocas. A seguir, apresentam-se as falas:

(...) depois de estar fazendo esse tratamento aqui dentro do CAPS com acompanhamento médico, psicológico e de enfermeiros toda a minha vida está sendo normal, claro, com a minha medicação em dia, sem excessos, não parar nada sem a orientação do médico, mas levo a minha vida normal, fazendo as minhas coisas de dona de casa, mercado, vou ao banco, recebo meu benefício, assim, sabe, tudo eu faço (U11).

(...) fim de semana eu saio a passear com o meu filho, levar na pracinha ou em algum outro lugar ou eu vou para a minha irmã ou se eu estou na minha irmã eu vou para a minha mãe, lá para o meu irmão, então (...) (U5).

A autonomia funcional é relatada pelos usuários como a condição de ser capaz de cuidar do outro, de circular pela cidade livremente, alimentando relações de parentesco e amizade.

Os CAPS representam uma alternativa ao modelo asilar, trabalhando para evitar internações psiquiátricas e reduzir sua reincidência a partir do investimento no desenvolvimento de laços interpessoais, imprescindíveis para o (re)estabelecimento de novas formas de vida²³.

A autonomia funcional também diz respeito a adquirir habilidades para o trabalho em oficinas, capacitações, entre outras, conforme mostram as falas a seguir:

Eu faço tapete, eu pinto, (...) aí o pessoal vende, (...) (U8).

(...) sempre participando daqui, dali e das oficinas, fazendo trabalhos manuais, trabalho com crochê, (...) então levo o trabalho nesses outros dias que não estou aqui (...) levo trabalho para fazer em casa, do artesanato (U11).

(...) eu mesmo me ofereci para cuidar os banheiros; poderia vir de manhã só para cuidar os banheiros, aí a gente procura cuidar assim, reparar para ver quem é que vai sujar (U9).

As atividades desenvolvidas no CAPS não devem ser voltadas apenas a preencher o tempo, mas utilizadas como espaços de estímulo à criatividade, à expressão de ansiedades e das manifestações culturais dos usuários, assim como de aprendizagem de técnicas artesanais que podem posteriormente contribuir para projetos de geração de renda²⁴.

A seguir, é possível encontrar discursos condizentes com a ampliação da autonomia funcional para o trabalho, aonde a decisão, a iniciativa e a independência em relação ao outro estão presentes nos indivíduos através de suas ações:

Eu sou presidente da associação dos usuários e familiares já há quatro anos; antes era a “S5” também porque ela era mãe de um usuário e aí ela fundou uma associação de usuários e familiares, desde então eu ajudei também a fundar a associação (U6).

(...) de vez em quando eu sou muito política, algumas vezes eu trabalhei para a “S3”; para vereador quando tem eleição eu faço panfletagem e corro lá pelo partido. (U6).

(...) se eu chego a uma casa eu vou, eu converso, eu oriento, “olha, cuida da alimentação, não coloca muito sal, usa o mínimo de sal possível, não come carne gorda, não adianta colocar tudo, a carne e a gordura juntas na panela e depois só tirar a parte magrinha, tira toda antes de colocar na panela”; oriento o que eu sei, até onde eu posso (...) (U7).

Estar inserido no mundo do trabalho na sociedade capitalista é condição quase que indispensável para ser aceito, compreendido e amado. A sociedade moderna tem funcionado de forma a tornar-se cada vez mais excludente, propiciando o estabelecimento de relações sociais mais precárias. A competitividade favorece o preconceito, a segregação e a exclusão, o que acaba sendo um fator de perpetuação de estigmas. Todo este cenário aponta para a vulnerabilidade social, cujo trabalho torna-se um fator de proteção através do qual é possível superar obstáculos impostos pela modernidade^{25,26}.

O CAPS surgiu como um recurso imprescindível à estabilização sintomatológica, mas, sobretudo, ao resgate da autoconfiança, possibilitando, através da reinserção do sujeito no mercado de trabalho, a sensação de pertença social, conforme está retratado a seguir:

(...) isso aqui foi tudo (CAPS) porque eu pude voltar a trabalhar, fiquei pouco tempo afastada do meu serviço, voltei a trabalhar, estou contribuindo para a sociedade, para mim, para minha família (...) (U7).

Apostar nas potencialidades dos sujeitos acometidos de sofrimento psíquico para mudança de padrões, comportamentos e aquisição de novas habilidades que lhes permitam um viver mais pleno e satisfatório é entrever a possibilidade de construir junto ao usuário condições que podem oscilar desde o mínimo gerenciamento, como cuidar do corpo e do ambiente no qual vive, até condições que requerem uma autonomia mais ampliada para situações nas quais já se faria necessário administrar relações, o próprio tratamento ou inserir-se no mercado de trabalho. A grande tarefa consiste em “conceder crédito” aos usuários, dando espaço para que sua autonomia e capacidade ganhem expressão e permitam a eles tornarem-se empreendedores de suas próprias vidas²¹.

A autonomia emocional refere-se aos delicados processos de independência emocional em relação a outras pessoas. Ela de fato se manifesta quando o sujeito sente confiança em definir suas metas, independente dos desejos alheios^{11,12}.

Quanto à autonomia emocional, os usuários resgatam o seu processo de adquirí-la e em dado momento poder compartilhar com os demais usuários o que aprenderam, viveram e experienciaram, conforme explicitam a seguir:

(...) o que eu posso, o que eles não sabem e que eu posso ensinar para eles eu ensino; para mim é bom [referindo-se à como se portar à mesa]; eu ensino para eles pintura, costura, eu ensino o que eu aprendi, nem que seja um pouco, eu passo para eles tudo que eu sei (U3).

A meu ver é assim mesmo, um ajudando o outro, para melhorar é um ajudando o outro; procuro ajudar eles aí que têm menos condições psicológicas do que eu, eu como sou

mais são do que eles psicologicamente procuro ajudá-los porque eles não têm noção nem nada, procuro ajudar, conversar com eles (...) (U9).

Ajudo as pessoas no (...), às vezes eu ajudo na enfermagem fazendo (...), essa mesma aqui é nova, essa “S4”, essa que pegou a chave, ela é nova aqui, ela não sabe quase nada, então como eu sei eu vou mostrando para ela, não, tu faz isso, tu faz aquilo; quando eu vejo que ela está atrapalhada então como ela fica sozinha (...), quando tem alguém ali com ela eu fico despreocupada, eu nem me preocupo em ajudar ela que eu sei que vai ter outra pessoa para ajudá-la, mas quando não tem daí eu fico meio perto dela para ajudá-la, para dar um suporte (U5).

Através dos relatos anteriores é possível observar que os usuários se sentem autoconfiantes, capazes e disponíveis a solidarizarem-se em prol do investimento na autonomia e no cuidado alheio; dessa forma, creem que seus conhecimentos, ao serem compartilhados, podem contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional do outro, assim como podem ser apoiadores e amparadores nos momentos de aprendizado, insegurança ou solidão. “As relações de solidariedade e cooperação parecem abrir caminho para que o indivíduo se torne sujeito dentro de novas possibilidades de subjetivação^{27:1841}”.

Percebe-se que a autonomia emocional diz respeito à autoconfiança e a seus desdobramentos e constitui território existencial de trocas e aprendizagem.

A autonomia emocional é também entendida como a percepção da própria independência em relação à autoconfiança e à individualidade. Sujeitos emocionalmente autônomos tendem a se posicionar de forma a não ceder facilmente às demandas e desejos alheios¹². A seguir, é possível apreender relatos em cujos sujeitos posicionam-se veementemente conforme suas crenças e valores, mesmo que diante de situações ou posições de desacordo. Trata-se, portanto, de usuários que de alguma forma conseguiram se manter emocionalmente autônomos ou que (re)construíram a autonomia emocional no espaço social.

Eu acho que se eles têm o direito, eu tenho o direito também de querer almoçar sozinho e de não querer almoçar junto com uma pessoa que está fazendo esculhambação em cima da mesa, (...) tu vais perder todo o apetite (U2).

Eu não tenho queixa sobre o atendimento, se eu tivesse alguma queixa de estar me sentindo mal (...), se eu estou me sentindo mal em um lugar eu saio fora. Isso aí ninguém me prende, eu sou livre, Deus já me deu livre arbítrio, mas aqui eu me sinto bem. Não tenho como dar nota, mas eu daria nota mil (U8).

(...) às vezes eu brigo com o médico, principalmente por causa dos meus remédios porque sou muito rebelde, eu evito tomar certos remédios porque eles me deixam com a língua enrolada, daí eu não quero tomar, daí é uma briga com o médico, porque ele diz que eu preciso tomar, eu digo que eu não vou tomar (...) (U5).

A desinstitucionalização visa a tratar indivíduos inseridos na sociedade em contextos nos quais há uma situação concreta de vida. Ela “é um processo ético de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”^{28:494}. A psiquiatria democrática italiana, pautada pelos princípios de igualdade e liberdade postula que todos os homens são livres e iguais frente à natureza²⁹. Desta forma, a autonomia está balizada pelo livre-arbítrio quanto à regência das escolhas e decisões, sendo um domínio humano adquirido e concedido progressivamente por parâmetros biológicos e sociais lapidadores da personalidade humana³⁰.

É pertinente informar que este estudo não tem a pretensão de transmitir a mensagem de que o CAPS é capaz de contribuir para provocar transformações na vida de todos os seus usuários em termos de autonomia com a intensidade que este estudo pôde retratar. Desta forma, não é possível estender os resultados desta pesquisa para além dos onze sujeitos estudados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da premissa de que a autonomia é um processo dinâmico e orientado que sofre a influência de fatores internos e externos ao sujeito, é preciso considerar que os contextos familiar e social exercem papéis importantes no olhar ao doente mental e na forma de administrar a convivência com o mesmo. Nessa ótica, faz-se mister considerar que a importância das intervenções de cunho psicossocial está, sobretudo, no aspecto da inclusão e da reinserção social destes indivíduos através do trabalho de uma rede de serviços comunitários que transcende a especificidade da saúde para abarcar todas as interfaces da complexidade do sujeito, de sua família e da sociedade como um todo.

É inquestionável a importância das políticas públicas para o avançar deste processo. Urge a manutenção de uma educação para a mudança de paradigma, seja nas escolas, seja na mídia, seja nos serviços de saúde e de assistência social, no exercício do controle social por parte da população e na construção de uma nova consciência social acerca do estigma que a sociedade construiu sobre o doente mental ao longo de pelo menos dois séculos, atrelado a dependência, a inabilidade e a periculosidade. Faz-se necessário ressignificar o olhar ao usuário como sujeito de oportunidades e de direitos. Destaca-se o papel dos serviços comunitários de saúde mental de contribuir na protagonização de mudanças no âmbito dos discursos e práticas que se refletem na vida dos usuários, assim como nas diferentes interações no contexto da comunidade.

Os resultados deste estudo demonstram que as manifestações da autonomia para os usuários do CAPS de Alegrete remetem para avanços no campo atitudinal, funcional e emocional. Assim, as contribuições do estudo ficam evidenciadas a partir deste olhar particular sobre os modos de construção da autonomia neste cotidiano. Por outro lado, os limites do estudo apontam para o desafio dos serviços de saúde mental em expandir os

espaços e as experiências objetivas e subjetivas que possibilitem aos sujeitos ampliar sua autonomia.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994. (originalmente publicado em 1963).
2. Kantorski LP. Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL). Pelotas, 2006. Disponível: <<http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>>. Acesso em 05/04/2010.
3. Machado K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? *Radis Comunicação em Saúde* 2005; 38:10-19. Disponível em: < <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/38/capa.html>>. Acesso em 05/06/2010.
4. Pitta, AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A. Organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 19-30.
5. Mielke, FB et al . O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Rev C S Col* 2009; 14(1): 159-164.
6. Spear HJ, Kulbok P. Autonomy and adolescence: A concept analysis. *Public Health Nursing* 2004; 60(2):144-152.
7. Reichert CB, Wagner A. Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. *Psico* 2007; 38(3):292-299.
8. Bronfenbrenner U. *A Ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: ArtesMédicas; 1996.
9. Fuentes MJ. Los grupos, las interacciones entre compañeros y las relaciones de amistad en la infancia y adolescencia. In: López F, Etxebarria I, Fuentes MJ, Ortiz MJ Coordinadores. *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirâmide; 2001.
10. Oliva A, Parra A. Autonomía emocional durante La adolescencia. *Infancia y Aprendizaje* 2001; 24(2):181-196.
11. Noom MJ, Dekovic M., Meeus WH J. Autonomy, Attachment and Psychosocial Adjustment during Adolescence: A Double-Edged Sword. *Journal of Adolescence* 1999; 22(6):771-783.
12. Noom MJ, Dekovic M., Meeus WH J. Conceptual Analysis and Measurement of Adolescent Autonomy. *Journal of Youth and Adolescence* 2001;30(5):577-595.

13. 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.
14. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 4/12/2010.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 29/12/2009.
17. Kantorski LP. A reforma psiquiátrica: um estudo acerca da produção científica. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2001; 3(2):1-17.
18. Heller A. *O Cotidiano e a História*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
19. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. Tradução coordenada e revista por Alfredo Bosi, com a colaboração de Maurice Cunio et al. 2ª ed. São Paulo: Mestre Jou; 1982.
20. Vasconcelos EM. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência* 2007; 1(32):173-206.
21. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
22. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2009; 33(2):218-224.
23. Rietra RCP. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 125 p.
24. Teixeira Junior S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):453-60.
25. Pitta A. organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996.
26. Hirdes A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Rev C S Col* 2009; 14(1):165-171.
27. Gastal CLC, Gutfreind C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8):1835-1844.

28. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública* 1995; 11(3):491-494.

29. Almeida PF, Santos NS. Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: impasses e perspectivas de uma prática em construção. *Psicol. cienc. prof.* 2001; 21(3):20-29.

30. Cohen C, Salgado MTM. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista Bioética* 2009; 17(2):221-235.