

LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS

NARRATIVAS POLÍTICAS:

o olhar dos usuários sobre os CAPS

(centros de atenção psicossocial) de Campinas

CAMPINAS

2007

LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS

NARRATIVAS POLÍTICAS:
o olhar dos usuários sobre os CAPS
(centros de atenção psicossocial) de Campinas

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva*

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Su77n Surjus, Luciana Togni de Lima e Silva
Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS(Centro de
Atenção Psicossocial) de Campinas / Luciana Togni de Lima e Silva
Surjus. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Rosana Teresa Onocko Campos
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Hermenêutica. 2. Narrativa. 3. Avaliação. 4. Saúde
mental. I. Campos, Rosana Teresa Onocko. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Political narratives : User's views about the psychosocial
care centers of Campinas**

Keywords: • Hermeneutic
• Narrative
• Evaluation
• Mental health

Área de concentração : Saúde Coletiva

Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva

**Banca examinadora: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos
Prof Dr Carlos Roberto Silveira Corrêa
Profa. Dra. Erotildes Leal**

Data da defesa: 08-02-2007

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO


Orientadora: Profª. Drª. Rosana Teresa Onocko Campos

Membros:

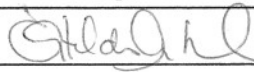
1. Profª. Drª. Rosana Teresa Onocko Campos

2. Profº Dr. Carlos Roberto S. Corrêa

3. Profº Drª. Erotildes Leal



Carlos Roberto S. Corrêa



**Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.**

Data: 08/02/2007

200813810

DEDICATÓRIA

*Ao Cristoph e à Maria Luísa,
Pelo companheirismo e pela intensidade
que imprimem a minha vida.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Rosana Onocko, minha orientadora, pela tolerância as minhas infindáveis mudanças de rumo, ao meu excesso de compromissos assumidos e a minha paixão desenfreada pelo tema. Toda a minha admiração e respeito...

Aos colegas do Grupo de Pesquisa: Juarez, Ana Luiza, Mariana, Ivana, Daniela, Amanda e Lílian, pelas significativas discussões e estranhamentos necessários ao desenho final desta pesquisa, e pelos retornos aos e-mails desesperados de última hora.

Aos professores Calucho e Ana Canesqui, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos usuários dos CAPS, que participaram desta pesquisa e que participam dia-a-dia da minha formação profissional e pessoal.

Aos poetas: José Carlos Dias, Renato Prado e Antônio do Carmo, que me permitiram utilizar fragmentos de suas construções artísticas neste trabalho, compartilhando conosco sua sensibilidade e força.

Aos colegas de trabalho do CAPS Integração, pelos ouvidos atentos a minha ansiedade de compartilhar novos saberes, pela compreensão das necessárias ausências e pela confiança em se atirarem comigo na aventura da construção de novas práticas.

A toda a minha deliciosa e barulhenta família, especialmente à mamãe e ao papai, que muitas vezes se organizaram para que eu pudesse me dedicar a esta pesquisa.

ESTAR POR PERTO QUANDO AS CRISES ACONTECEM
SENTIR JUNTO A ANGÚSTIA DE VOZES QUE INSISTEM EM DIZER ALGO
PERCEBER O CORPO QUE POUCOS PERCEBEM

NEGOCIAR EM CIMA DO TELHADO
TEMER OS MEDOS COMUNS
DE QUEM, POR SORTE, SEMPRE SE FAZ DIFERENTE

COMBINAR COMBINADOS SEMPRE A RECOMBINAR
COMPARTILHAR A CRIAÇÃO DE UM MUNDO EM QUE CAIBAM PESSOAS
PESSOAS COMO NÓS...

EXPERIMENTAR ADOECER E, DE CUIDADOR, PASSAR A SER CUIDADO
RECONHECER O NÃO TER RESPOSTAS
E TENTAR CONSTRUÍ-LA JUNTO AO OUTRO – TÃO IGUAL...

CONHECER NOVOS VALORES
SE PERMITIR CHORAR
DORMIR LADO A LADO – MÃOS DADAS

ASSUMIR O RISCO DE CONFIAR NOS VÍNCULOS
SE ASSUSTAR COM O TAMANHO DA DOR
E MESMO ASSIM, POR FORÇA MAIOR, QUERER ESTAR POR PERTO

CONHECER DE PERTO DEMAIS
A IMPOTÊNCIA FRENTE A MORTE
E A FORÇA PODEROSA DA SOBREVIVÊNCIA

FAZER AMIGOS E PARCEIROS
SE PERMITIR QUESTIONAR A SI PRÓPRIO
APRENDER QUE POUCO SE SABE – E O QUANTO HÁ PRA SE APRENDER

CRIAR EXPECTATIVAS – ORA PEQUENAS, ORA GRANDES DEMAIS
E TER DE MUDÁ-LAS, RECONSTRUÍ-LAS,
RESGATÁ-LAS

E CONVIVER NUM MESMO ESPAÇO (QUE SEMPRE SERÁ PEQUENO PARA TANTO) COM
FAMÍLIAS, USUÁRIOS, EQUIPE, OUTRAS EQUIPES: PACIENTES E IMPACIENTES...

*“me aflige (é) a falta de loucura que a tudo cura, a sanidade a qualquer preço. o prazer trocado pelo tempo.
a vida tem cores, prazeres e dores amontoados.” (paulo madureira)*

LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS - 2005

Texto em comemoração ao aniversário de um ano da experiência 24 horas do CAPS Integração,
região noroeste de Campinas.

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xvii</i>
ABSTRACT	<i>xxi</i>
1- INTRODUÇÃO	25
2- JUSTIFICATIVA	33
2.1- A dimensão política da clínica	38
3- OBJETIVOS	43
3.1- Objetivo geral	45
3.2- Objetivos específicos	45
4- METODOLOGIA	47
4.1- Pesquisa qualitativa – a contribuição da hermenêutica	49
4.2- A abordagem narrativa	53
4.3- Campo da pesquisa	56
4.3.1- A rede de atenção psicossocial de Campinas.....	59
4.3.2- Sujeitos da pesquisa.....	64
4.4- Coleta de dados	66
4.4.1- Grupos focais.....	67
5- DESENVOLVIMENTO	69
5.1- Diálogos possíveis	72
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

8- ANEXOS.....	103
Anexo 1- Aprovação do Conselho de Ética.....	105
Anexo 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107
Anexo 3- Artigo do Presidente da ABP ao jornal O Globo.....	109
Anexo 4- Circular Eletrônica do Ministério da Saúde.....	111
9- APÊNDICES.....	117
Apêndice 1- Roteiro do Grupo Focal.....	119
Apêndice 2- Primeira Construção Narrativa.....	121
Apêndice 3- Eixos para Discussão do segundo grupo.....	125
Apêndice 4- Construção Narrativa Final.....	127

RESUMO



O presente trabalho de pesquisa se propõe a analisar os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) de Campinas, segundo a ótica de seus usuários, com o objetivo de verificar se a prática assistencial desenvolvida nestes serviços tem promovido transformações efetivas em suas trajetórias de vida.

Percorrendo rapidamente o percurso de institucionalização da loucura e de destituição do poder de fala do louco e de sua significação, buscamos recuperar o início do processo de desconstrução destes saberes e da conformação de uma nova lógica no entendimento e na proposição/invenção de formas de atenção no campo da saúde mental.

Reconhecendo uma dimensão política tanto na clínica quanto no ato de pesquisar, convidamos usuários dos serviços em análise a construir conosco avaliação dos arranjos e dispositivos dos CAPS potentes na construção de existências singulares.

Para a coleta de dados, foram realizados grupos focais, como instrumentos que favorecem a segurança e o *'empoderamento'* dos usuários, na tarefa de refletir e avaliar, possibilitando assim, a construção de novos olhares sobre si e os serviços onde se inserem.

Para a análise e interpretação dos dados, propôs-se a construção de narrativas, com o objetivo de compreender como se formam novos referenciais, valorizando a experiência, realizando e produzindo o pensamento político.

Esta pesquisa faz parte da *“Pesquisa Avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental”*, que propõe a aproximação empírica das áreas da saúde mental e da saúde coletiva, avaliando os modelos assistenciais (clínica), a gestão, a formação de pessoal e outras questões eventualmente identificadas pelos profissionais e usuários ligados aos CAPS do município de Campinas. Os sujeitos da pesquisa Avaliativa são, além dos usuários dos CAPS, seus familiares, o colegiado municipal de saúde mental, os coordenadores e trabalhadores destes serviços.

ABSTRACT



The present research aims at analyzing the CAPS (Psychosocial Care Centers) of the city of Campinas from the point of view of their users to find out if the support offered by those services actually promoted efficient transformation of the life path of users.

By quickly reviewing the course of the institutionalization of madness and the invalidation of the power of the speech of the mad and its meaning, we seek to retrieve the beginning of the deconstruction process of those knowledges and of the conformation of a new logic in the understanding and the proposal/invention of forms of attention in the field of mental health.

We recognized a political dimension in both the clinic and the research act and invited users of the analyzed services to set up, together with us, an evaluation of CAPS' arrangements and devices used to build individual existences.

Data collection was carried out by creating focal groups which were instruments used to foster the safety and the empowerment of users in their task of reflecting on and evaluating the services. This enabled them to form new opinions on themselves and the services in which they were inserted.

To analyze and interpret the data, we suggested to build narratives to understand how new referentials are formed, so as to value experience, become aware of and produce political thinking.

The present research is part of the “*Evaluative Research of a network of Psychosocial Care Centers: between Collective Health and Mental Health*” which suggests an empirical approximation of mental health and collective health by evaluating care models (clinic), management, staff education, and other questions that may be identified by professionals and users linked to the CAPS of the city of Campinas. In addition to CAPS users, the subjects of the evaluative research further include their relatives, the community council for mental health, as well as the coordinators and employees of these services.

1- INTRODUÇÃO

*Vida segue sempre seu rumo. Mas o que é uma vida normal?
Pois dentro de mim esse ser chamado vida corre incessante para o normal
Ou para o lado que se pode chamar errado
Gostaria eu não ter conflitos. De poder realizar meus sonhos. Meus ideais
Lutar pelo que acredito
Mas a vida foi me roubar tudo que tenho
Levando - me para o lado insano.
(José Carlos Dias – VIDA)*

Muitas foram e ainda são as questões acerca das doenças mentais e sua terapêutica, bem como as relativas às instituições criadas para responder a sua complexidade.

Resgatamos em Foucault (1993), ao final do século XVIII, a passagem do que o autor chamou de *experiência medieval da loucura* para o confinamento no *estatuto de doença mental*. Até então, haveria um canal de comunicação entre loucura e razão, não havendo para este último, um conceito antagônico. Teria sido durante a Época Moderna que razão e des-razão foram separadas, e concedida à ciência e à filantropia o poder de cerceamento da loucura.

As instituições de saúde, de forma geral, surgiram sob os princípios da razão e da ciência, objetivando dar respostas a problemáticas conhecidas e estudadas, e conseqüentes medidas para o seu enfrentamento. Entretanto, no caso das instituições psiquiátricas, foi o desconhecimento acerca das doenças que criaria uma instituição, para posteriormente buscar suas causas (Gradella Jr., 2002).

Fundamentalmente, estas instituições, além de reproduzirem as relações sociais dominantes, exerciam funções de punição e controle social, reforçando processos de exclusão e alienação, com restrição de trocas sociais e divisão clara de poder, características sobrepostas à sua função terapêutica, ao que Goffman (1998) conceitua como *instituição total*.

Vieira Filho (2004) acrescenta a estas funções, recuperando o conceito basagliano de *instituição difusa*, no qual a instituição psiquiátrica assumiria papel de difusora e transmissora de concepções e representações de conteúdos que reforçam

estigmas e estereótipos, de forma a contaminar todo o circuito assistencial. Estigmas estes que justificariam a situação de exclusão dos doentes, e apareceriam aos familiares como estruturas das quais era necessário se diferenciar.

Aos loucos, os termos *violentos* e *perigosos*, e aos familiares a aceitação de si próprios como *nervosos* para justificar a reprodução de condutas e consumo de medicamentos destinados aos “doentes”.

No Brasil, até o início do século XIX, restava aos doentes mentais a exclusão em prisões e porões das Santas Casas, que funcionavam como asilos. Foi somente em meados do século XIX que iniciaram as experiências de tratamento aos doentes mentais, marcadas pela construção do primeiro hospício do país, no estado do Rio de Janeiro.

Na década de 50, começam a ser narradas as primeiras tentativas de entender as doenças mentais a partir de causas psicossociais. As contribuições da psicologia e sociologia traziam novas maneiras de pensar o cuidar e o lidar. Acontecia também o surgimento dos primeiros antipsicóticos e mais tarde os antidepressivos.

Entretanto, o Brasil ainda enfrentaria os *anos de chumbo* da ditadura, caracterizado pelo desmonte das instituições públicas e avanço da privatização na saúde. Neste período, percebe-se não por acaso o lugar estratégico dos hospitais psiquiátricos, que concentraria 67,3% das internações nestas instituições:

“O período ditatorial (...) além de utilizar a instituição psiquiátrica para aprisionar o discordante (...) também iniciou o processo de privatização dos equipamentos sociais”.

Gradella Júnior (2002, pg. 99)

A partir da segunda metade da década de 70, iniciam-se os embates contra o regime militar e, na saúde mental, as denúncias a maus tratos.

Os anos 80 seriam marcados pelo processo de redemocratização no Brasil tencionados pelos considerados *novos movimentos sociais*, que denunciariam as formas de opressão e exclusão, buscando subjetividade, cidadania e emancipação (Guimarães, 2001).

Vinculado diretamente com as questões políticas desta época, é inspirado no país o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, impulsionando a criação do movimento de Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial (Soalheiro, 2002).

Neste período, o campo da saúde é marcado por movimentos de mudanças, envolvendo novos paradigmas e práticas assistenciais, que viriam a ser legitimados pela inscrição do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988. Dentre as experiências de sistemas nacionais de saúde, com princípios de integralidade, universalização e equidade, o SUS seria o primeiro sistema nacional de saúde a incluir a participação social como uma de suas diretrizes.

Segundo Campos (2000), sob influência de movimentos políticos libertários, que consideravam a prática política como propulsora para a construção de liberdade e justiça, Tosquelles na França, Bion na Inglaterra e Basaglia na Itália, foram os primeiros a reconhecer o caráter terapêutico do exercício de poder dos usuários, reestruturando serviços de saúde que incluíssem na gestão a participação dos mesmos.

“Fizeram isso não somente por motivações políticas ou ideológicas (a democratização como um valor em si), mas também por razões clínicas. O exercício da gestão funcionaria como a linguagem para Freud. Pelos acontecimentos diários poder-se-ia estimular o paciente ou os grupos a se analisarem, reconstruindo suas relações com outras instâncias da sociedade: família, trabalho, política, religião, arte, etc.” (Campos, 2000:144).

As primeiras propostas no sentido do reconhecimento da cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil, surgem com o modelo de comunidades terapêuticas e a psiquiatria comunitária e preventiva.

No entanto, Tenório (1999) faz uma crítica quanto à artificialidade dessas propostas iniciais, com suas tendências de servirem de marketing para os hospitais psiquiátricos e dos riscos da psiquiatrização social – respectivamente. Porém, o mesmo autor, ressalta os ganhos ocorridos a partir destas experiências, no provocar uma aproximação efetiva com os usuários, introduzindo valores democráticos nestas relações, preceitos psicanalíticos e aumento da utilização de dispositivos grupais nas práticas de assistência, bem como a constituição da noção de saúde mental.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica ganhava articulação em todo o país, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e compartilhava novas experiências em relação às formas de assistência aos portadores de sofrimento psíquico (Amarante, 2001). Conformava-se um campo heterogêneo de reflexões, envolvendo aspectos clínicos, políticos, sociais, culturais, éticos e de relações com o jurídico.

No entanto, superar instituições e saberes instituídos, promover a reversão da histórica privatização da assistência psiquiátrica e construir a legitimidade social de novos equipamentos, perpassa pela capacidade de oferecer novas respostas a uma demanda clínica e social, anteriormente respondida somente com controle (de sintomas e comportamentos) e isolamento.

Não por acaso, apesar dos avanços na consolidação de um novo modelo assistencial no Brasil, é necessário ater-se às inúmeras variáveis que interferem neste processo, bem como as expectativas e resistências formadas ao seu redor.

A partir da década de 90, a assistência pública psiquiátrica é reformulada por uma política nacional de redução de leitos de hospital psiquiátrico e implantação de recursos terapêuticos substitutivos.

Incluem-se no aparato legal desta política as portarias 224/92, 336/02 e 189/02, e a Lei 10.216/01, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial (Brasil, 2002):

“(...) ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (...); A internação, em qualquer de suas modalidades só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”;

(...) O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Ribeiro, 2003).

A proposição de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, conta ainda, com um arco principal de dispositivos e regulação, formados pelas portarias 106/00 e 1220/00 que criam os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e seu financiamento; pela Lei 10.708 de 2003 que institui o auxílio reabilitação; e pela portaria 251 de 2002 que estabelece diretrizes e normas de funcionamento para a assistência hospitalar em psiquiatria, determinando novas classificações, e redefinindo sua estrutura.

Entretanto, o sistema de financiamento, ainda desproporcional, servindo de justificativa para ações hospitalares; a falta de recursos humanos no SUS (Sistema Único de Saúde); a lentidão na reorientação do modelo, no que se refere à redução de leitos em hospitais psiquiátricos e criação de novos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Oficinas de Geração de Renda, dificultam a composição, de fato, de uma rede substitutiva ao modelo manicomial (Alverga & Dimenstein, 2005; Furtado, 2006).

Rede esta, necessária à sustentação cotidiana da superação da lógica hospitalocêntrica que *captura e mortifica* a loucura; que possa insinuar movimentos de resistência aos processos que fazem das cidades dispositivos de produção de patologias e que possibilitem a invenção da vida e da saúde (Alverga & Dimenstein, 2005).

A ausência de políticas públicas de habitação, assistência social e segurança; o ritmo lento das reformas curriculares e a elitização dos espaços formadores; a ampliação de critérios de exclusão e a produção de desemprego em massa oferecem o risco de provocar maior fragilidade histórico-político-teórica destes espaços, que buscam recursos terapêuticos efetivos a uma demanda historicamente pouco atendida em suas necessidades.

Reconhecendo a importância dos CAPS e das sutilezas que envolvem seu lugar nesta rede, nos aproximaremos destes espaços, através de seus usuários, considerados aqui, atores fundamentais na avaliação de todo este processo.

“E se eles hoje opinam no seu projeto terapêutico, escrevem artigos e lutam pelos seus direitos, isso não se dá sem conseqüências: os ditos loucos começam a falar o que pensam e a pensar sobre o que fazemos” (Soalheiro, 2002:29).

2- JUSTIFICATIVA

*Me aprisionaram quando eu mais precisava de socorro
E se eu quebrava janela. Ou se eu estava agressivo
Era porque nunca tinha lutado para me manter calmo
E como desde pequeno aprendi a carregar tudo calado
Conformar com a tristeza, com desunião entre as pessoas que mais gostava.
Quando eu me senti sem saída
Quando me bateu a revolta das coisas serem do jeito que era
Aí em vez de encontrar uma palavra amiga
Quando precisava de compreensão,
Encontrei tratamento
De um bicho acuado
Fui amarrado
Mas nunca me roubaram minha liberdade
Poder atravessar as muralhas
Porque quando passamos por Regime fechado
Só sobra nossa imaginação e Insanidade.
(José Carlos Dias – MANICÔMIO)*

Desde a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, 1987 e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, 1989, vive-se no país a experimentação de um novo paradigma no entendimento das doenças mentais e suas terapêuticas, que consolidariam um novo modelo assistencial.

Estes serviços, que propõem um rompimento com a lógica tradicional de atenção aos sujeitos em sofrimento mental, passam a ocupar um lugar fundamental na organização de uma nova rede de atenção, provocada a lidar com a loucura num outro contexto.

“A reformulação conceitual quanto ao que está em jogo na doença mental (...) não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência (...). Recusa-se portanto uma abordagem exclusivamente sintomatológica (;...) em benefício de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente (...). O pressuposto é o de que a alienação psicótica implica numa dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser

apreendida por instituições massificadas (...), as dificuldades concretas da vida acarretadas pela doença mental grave, devem ser também elas objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado extra-clínico.(...)” Tenório (1999:40).

Algumas das primeiras experiências dos novos serviços, já traziam em seus projetos originais, estratégias para se constituírem como equipamentos substitutivos ao manicômio, como a territorialidade, projetos terapêuticos singulares, atenção à crise e transformação no entendimento e funcionamento da equipe. (Amarante, 1995)

As características dos CAPS representam compromissos de ordem prática inerente a qualquer unidade de saúde e, ao mesmo tempo, elementos provenientes de novos referenciais de ordem epistemológica, ética, clínica e política, oriundos de sua vinculação com a superação das políticas públicas tradicionais de saúde mental no Brasil, o que o torna um Serviço de saúde particularmente complexo (Furtado, 2002).

Apesar de “estranhamentos corporativos” e das resistências a favor da manutenção do *status quo*, os CAPS – atualmente 1.000 cadastrados¹ por todo o país - vêm se consolidando como principal aposta da reforma psiquiátrica brasileira.

Configurando-se como serviços comunitários regionalizados, se responsabilizam pelo tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, no seu território de abrangência, de maneira mais ou menos intensiva (Brasil, 2004), articulados em torno de projetos terapêuticos individuais (Silva, 2001; Campos, 1997), com iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (Nicácio, 1994).

A complexa construção destes serviços dirige-se, portanto, nos sentido contrário do ditado pela acelerada globalização mundial, baseada em uma política hegemônica economicista, que alimenta a desigualdade social, a miséria, a intolerância e, certamente, tem como resposta a desagregação, violência e produção de doenças.

¹ De acordo com a circular eletrônica 12/06 da Coordenação Geral de Saúde Mental/Álcool e Outras Drogas, Ministério da Saúde, dezembro de 2006.

Os muitos desafios que envolvem a legitimação e sustentação destas práticas incluem uma incessante invenção e resistência ao não se deixar capturar por uma ‘*subjetividade manicomial*’, que reforça em nós profissionais o desejo de dominar, subjugar, de classificar, oprimir e controlar. (Alverga & Dimenstein, 2005).

É preciso rever percursos, avaliar o que foi construído, reconhecer o que foi negado. Refletir, por exemplo, a alta rotatividade dos profissionais médicos nos CAPS, bem como a inexistência destes profissionais para contratação, em relação às “marcas” deixadas pelas antipsiquiatrias e pelas propostas das novas práticas, que envolvem necessariamente novas relações de poder e o reconhecimento de muitas incertezas...

Vale ressaltar que a maior parte da produção científica acerca dos CAPS concentra-se ainda na área da saúde coletiva, sendo quase que nula no campo da psiquiatria².

Campo este do qual soa grande parte das críticas ao novo modelo assistencial³.

É necessário descrever as experiências, relatar as clínicas desenvolvidas. Caminhar de fato para uma construção de rede. Ressaltar, por fim, a grande necessidade de investimentos no sentido de aprofundar por estes espaços de confluências de disciplinas e práticas, com o intuito de reconhecer pontos ainda frágeis, na perspectiva de seu enfrentamento e superação.

² Em pesquisa recente no site scielo, ao buscar nas revistas de psiquiatria as palavras chave: CAPS e Psicossocial, encontrou-se apenas uma referência de artigo na Revista de Psiquiatria Clínica; e uma referência de artigo na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, com a expressão chave: reforma psiquiátrica, sobre dependência química.

³ Neste ano, particularmente, há um debate provocado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselhos Regionais de Medicina (CRM) de grandes críticas ao modelo, que tem sido rebatida por diversos profissionais, militantes e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental (vide anexos 3 e 4).

*Caminho por um deserto em meio a selva de pedra
passam por mim pessoas, carros, prédios, casas
tudo me envolve
convivo com pessoas, animais domésticos
mas, é como se tudo isso
não bastasse para tirar de mim esse deserto
por que tudo é normal?
é como se eu fosse um estranho
é como se eu fosse um deserto
um lugar árido
sem vida.
(José Carlos Dias – DESERTO)*

2.1- A Dimensão política da clínica

Partindo de experiências vividas no processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Campinas, atualmente na coordenação de um CAPS III (Brasil, 2002), reconhecemos a necessidade de avaliação da potencialidade destes serviços em se tornarem de fato substitutivos às práticas manicomiais.

O debate da clínica, particularmente, vem sendo reclamado tanto no campo da saúde mental quanto dentro da própria saúde pública. Para Onocko Campos (2001) a constituição da clínica nos serviços públicos relaciona-se com sua produção social e histórica, o que na construção da saúde coletiva se deu com a contraposição das práticas individuais e coletivas.

Na saúde mental, a luta antimanicomial teria criado alguns focos de cegueira, como a distorção do conceito basagliano de se colocar a doença entre parênteses, entendido não somente como o resgate do sujeito em sofrimento, mas como a negação da existência da doença e conseqüente abolição da clínica (Onocko Campos, 2001; Goldberg, 1992).

Apesar do nascimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira estar relacionado ao reclame da *cidadania* do louco e por vezes, neste campo, tomarmos a produção de *autonomia* como o que de mais importante o processo de tratamento tem a produzir, é

necessário reconhecer que estas categorias apenas são insuficientes para superar os desafios impostos pela desinstitucionalização. (Alverga & Dimenstein, 2005)

Na direção da Reforma Psiquiátrica constituir-se como experiência-limite entre o psíquico e o social (psicossocial), entre a clínica e a política, para que os CAPS possam se situar efetivamente como um serviço de uma rede substitutiva ao asilo, a mudança do modelo de atenção deve se dar de maneira indissociável do modo como se gere os processos de trabalho nos Serviços.

“(...) poderíamos afirmar que em uma equipe na qual a criatividade e a singularidade de cada profissional é permitida e valorizada, em um contínuo processo de respeito à diversidade e fomento às potencialidades de cada um de seus membros, teremos maior chance de que seja identificado algum encanto e sentido na emergência do si mesmo de um dado paciente.” (Miranda & Furtado, 2006:9).

O movimento da Reforma indica, assim, a inseparabilidade entre atenção e gestão (Onocko Campos, 2003), o que equivale afirmar a indissociabilidade entre clínica e política (Benevides, 2003; Benevides et al., 2001; Passos & Benevides 2001).

Partindo da concepção foucaultiana do contemporâneo como ‘*experiência desestabilizadora*’ que põe em questão o que somos e nos leva a desnaturalização dos eventos históricos e seus efeitos na produção de sujeitos, Benevides & Passos (2001) ressaltam a dimensão política da clínica como uma ‘*aposta nos processos de criação de si e do mundo*’, considerando o paradoxo do contemporâneo: a vida como ponto de incidência e de resistência ao exercício do poder (biopoder / biopolítica).

Desnaturalizar a história, extrair dela seus processos de produção, explicitando o jogo de forças que dá corpo à realidade, exige um compromisso clínico de por em questão nossos especialismos e buscar estratégias eficazes contra a produção de imagens identitárias (Passos & Benevides, 2001). Olhar para além do que aprendemos ver...

Segundo Rolnik (1995), toda sociedade é constituída, além dos níveis macropolíticos, macroeconômicos e ideológicos, também por um determinado modo de subjetivação dominante e que sem mudança deste modo, não há mudança efetiva no social.

Para Guattari:

“Já nas sociedades arcaicas os mitos, os ritos de inicialização tinham por tarefa modelar as posições subjetivas de cada indivíduo no interior de sua faixa etária, de seu sexo, de sua função, de sua etnia. Nas sociedades industriais desenvolvidas encontra-se o equivalente desses sistemas de entrada em Agenciamentos Subjetivos, mas sob formas padronizadas e produzindo apenas uma subjetividade serializada” (Guattari, 1992, p. 190).

Desta forma, a subjetividade é pensada como produzida sob certas condições, ‘fabricada e modelada no registro do social’, podendo ser modificada e orientada num sentido mais criativo.

“(...) a subjetividade (...) não é dada; ela é objeto de uma incansável produção que transborda o indivíduo por todos os lados. O que temos são processo de individuação ou de subjetivação, que se fazem nas conexões entre fluxos heterogêneos, dos quais o indivíduo e seu contorno seriam apenas uma resultante (...)” (Rolnik, 2000).

Se nos sistemas tradicionais, a psicose tem seus traços ou desfigurados e marcados, e aos ‘psicóticos’ - objetos de tratamento - são oferecidas realidades objetivadas, posturas com as quais se identificar, distanciando-os da comunicação social e de sua multiplicidade de devires, seria igualmente possível a criação de ‘lugares de vida’, que possibilitem outras formas de experiência do sofrimento, de outras respostas que se abram à diferença no sentido de uma nova combinação de forças para produzir novos coletivos. (Guattari, 1992; Rolnik, 1995; Alverga & Dimenstein, 2005).

Pensando a intervenção clínica, considerando os sujeitos em sua dimensão política, estética e ética, na proposição de uma ‘biopolítica’ enquanto forma de resistência ao assujeitamento, como a livre expressão da ‘potência autopoietica da vida’, reformula-se, portanto, uma concepção do ‘si’ como efeito de criação, que emerge de um plano de produção coletivo, anônimo e impessoal (Passos & Benevides, 2001).

Nesta aposta, a experiência clínica não se reduz ao movimento de inclinar-se sobre quem sofre. Para além da dimensão de acolhimento, o ato clínico deveria possibilitar a produção de um desvio (*clinamen*). Conceito este que na filosofia grega designa o choque

entre átomos, articulando-se na composição das coisas. A estes pequenos movimentos atribui-se a potência de geração do mundo (Passos & Benevides, 2001).

Desta forma, buscamos, através do encontro com usuários dos CAPS de Campinas, avaliar se e de que forma estes serviços vêm construindo novas respostas ao sofrimento psíquico, e produzindo mudanças efetivas nas trajetórias de vida de seus usuários.

Alertamos, no entanto, que trajetória define-se aqui mais pela possibilidade de compreender pelo *ângulo do lugar que* o serviço ocupa em relação às vivências de sofrimento, às posições no mundo e à procura por ajuda mais geral, por parte dos usuários (Barrio, 2004), do que pela idéia de vida como um caminho linear e cronológico, numa série única de acontecimentos sucessivos.

E se, a palavra do “louco” sempre representou o lugar onde se distinguem razão e loucura; portanto, não era ouvida, ou destituída de poder contratual e significação (Soalheiro, 2002), façamos o nosso exercício de desvio, partindo da experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da implementação dos CAPS, na construção de sujeitos políticos, fundamentais ao exercício de avaliação das novas instituições que se ocupam de seu cuidado.

Para Ayres (2005), o cuidado em saúde implica no encontro de subjetividades socialmente conformadas, que reconstroem as necessidades de saúde e a própria noção de ‘boa vida’.

Optamos, assim, pelo lugar de narradores de histórias vividas, provocadas e transformadas a partir da prática clínica desenvolvida nestes serviços, e das novas possibilidades de relações dos usuários com suas experiências e com a produção de sua vida.

Esta pesquisa partirá da proposição narrativa de Ricoeur (1994) e Kristeva (2002), para reconstruir histórias ainda não contadas de quem supostamente recupera o poder de fala e constrói sua diferença.

3- OBJETIVOS

*Amo a vida a cada segundo
Pois pra viver eu transformei meu mundo
Abro feliz o peito:
É meu direito!
É o que pulsa o meu sangue quente
É o que faz meu animal ser gente...
(Ângela Ro Ro – COMPASSO)*

3.1- Objetivo geral

- Analisar de que forma (e se) a prática assistencial desenvolvida nos CAPS atua nas trajetórias de vida de seus usuários.

3.2- Objetivos específicos

- Verificar, segundo a ótica dos usuários, quais são os arranjos e/ ou dispositivos do CAPS potentes em produzir transformações em suas trajetórias de vida.
- Compreender como os usuários constroem seus referenciais para avaliar as práticas assistenciais a eles direcionadas.

4- METODOLOGIA

*As condições sob as quais sou compreendido, sob as quais sou **necessariamente** compreendido – conheço–as muito bem. Para suportar minha seriedade, minha paixão, é necessário (...)*

Uma experiência de sete solidões. Ouvidos novos para música nova.

Olhos novos para o mais distante. Uma consciência nova para verdades que até agora permaneceram mudas.

E um desejo de economia em grande estilo – acumular sua força, seu entusiasmo...

Auto–reverência, amor–próprio, absoluta liberdade para consigo.

(Friedrich Nietzsche)

4.1- Pesquisa qualitativa – A contribuição da Hermenêutica

O presente trabalho situa-se na perspectiva da pesquisa qualitativa, que apresenta como características principais: o pesquisador como instrumento de pesquisa; buscando a validade através da observação direta e profunda; e a generalização de conceitos construídos, através da avaliação de plausibilidade e utilidade no entendimento de outros casos. (Turato, 2005)

Nas pesquisas qualitativas, a produção do conhecimento se dá a partir da interação dinâmica entre sujeito e objeto, reconhecendo um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e o intersubjetivo, desenvolvendo uma interpretação que se assume como tal. A análise é compreendida como um diálogo entre as interpretações dos sujeitos à luz da situação social em que se inserem ou são influenciadas (Deslandes, 2002).

Para Minayo (1992), entre as especificidades da pesquisa social está o fato de seu objeto de estudo ser sempre histórico; de haver uma identidade entre o sujeito e objeto da investigação; da característica intrínseca e extrinsecamente ideológica das Ciências Sociais; e de sua essência qualitativa.

Dentre as metodologias qualitativas, nos aproximaremos da abordagem hermenêutica e sua concepção da relação saúde-doença, que recupera para além do entendimento biológico do sujeito, sua dimensão experimental e psicossocial, colocando

em primeiro plano a experiência do indivíduo, buscando desta forma a superação da distinção entre sujeito e objeto (Caprara, 2003).

Gadamer (1997) alerta para nossa condição de pertença, em contraposição a um distanciamento alienante, a partir da qual se formam pré-concepções sob a forma de hipóteses e pressupostos. Reconhece nos ‘preconceitos’ o primeiro ponto de partida possível para a compreensão, propondo que eles sejam explicitados e colocados sob forma de questões. Para ele, *‘são os preconceitos não percebidos que nos tornam surdos para a coisa que nos fala a tradição’*.

Na concepção hermenêutica gadameriana é o presente e suas questões não compreendidas que fazem a atenção do pesquisador voltar-se para o passado e as tradições, sendo na fusão desses dois horizontes (passado-presente) que o objeto de estudo destaca-se. Para o autor, daquilo que é destacado ressalta ao mesmo tempo aquilo *do qual* se destaca, evitando que sejam excluídas as condições de produção do objeto a ser investigado.

Portanto, se são o presente e os interesses do pesquisador que possibilitam o destaque do objeto, é também neste momento que o tema da aplicação se impõe de forma inevitável (Onocko Campos 2005).

“O princípio de applicatio (...), segundo o qual o “fazer falar de novo” hermenêutico depende das motivações práticas de um sujeito intérprete situado politicamente, e a assunção de que o modo de proceder hermenêutico é o de uma contínua conversação, em que a “dialética de pergunta e resposta” vincula toda interpretação às perguntas que movem o intérprete, nos dão conta da inexorável presença da crítica na filosofia hermenêutica (...)”
(Ayres, 2005: 556).

Desta forma, a hermenêutica gadameriana carrega em si um compromisso prático de transformação que gera necessidade de distanciamento crítico, provocando a emergência de novas discursividades. Neste sentido, Ricoeur (1990) constrói uma síntese entre a hermenêutica filosófica e hermenêutica crítica, entre o *‘mergulho numa tradição discursiva e sua apropriação crítica’* (Ayres, 2005).

Pretendendo ultrapassar os riscos de tornar-se refém dos limites históricos e ideológicos das antecipações, Ricoeur (1990) propõe a reintrodução de uma noção positiva de texto, enfatizando o caráter de o discurso efetuar-se como evento e ser compreendido como significação, bem como do *distanciamento* possibilitado pela fixação da linguagem falada em escrita.

Para Ricoeur (1994:10):

“Compreender (...) é apreender a operação que unifica numa ação inteira e completa a diversidade constituída pelas circunstâncias, os objetivos e os meios, as iniciativas e as interações, as mudanças de sorte e todas as conseqüências não desejadas surgidas da ação humana.”

Entendendo a interpretação como um processo de dois movimentos: análise e construção (Onocko Campos, 2002), a primeira seria necessária para a compreensão aprimorada dos fenômenos em curso, e a segunda, à maneira de uma narrativa, fundamental para a formulação de propostas e elaboração de novos sentidos.

Reconhecemos aqui a dupla tarefa hermenêutica proposta por Ayres (2005): *‘compreender os discursos operantes e construir saberes que possam responder às novas demandas’*.

No campo da avaliação de serviços de saúde, amplia-se o interesse por partir das necessidades dos usuários, seu universo de sentidos, valores e práticas, para o planejamento de intervenções, visando compreender e avaliar as práticas *‘do interior’*, do ponto de vista dos usuários (Barrio, 2004).

Também no campo da historiografia é crescente o reconhecimento do relativismo cultural ao qual está sujeita a história e, conseqüentemente, um deslocamento da busca do *ideal da voz da história*, para aquele da *multivocalidade* e da *heteroglossia*.

Ou seja, da importância da inclusão dos diferentes atores envolvidos para a compreensão dos processos de mudanças sociais. O surgimento de uma *‘nova história’* traz consigo o interesse pelas *micro-narrativas* e por uma história que possa ser *vista de baixo* (Burke, 1992a, Burke, 1992b).

Esta possibilidade vem atraindo historiadores ansiosos pela ampliação dos limites de suas disciplinas, abrindo novas áreas de pesquisa que se utilize experiências históricas de homens e mulheres, cuja existência é muitas vezes ignorada (Sharpe, 1992).

A utilização da abordagem narrativa de Ricoeur (1994), surge como a possibilidade de, com o que os usuários dizem de sua experiências, compreender quais os efeitos dessa nova forma de cuidado que se fazem sentir em suas vidas.

*Me encontro por algumas horas
Preso a insanidade
Minha mente não arruma sossego;
Teima em ficar em conflito,
Como meu ser
E esse ser tão bom
Passa por horas difíceis
Não há movimento
O que fazer a não ser repousar
(José Carlos Dias – SEM SAÍDA)*

4.2- A abordagem narrativa

De acordo com Vieira (2001), os estudos da narrativa originam-se na Poética de Aristóteles, e são retomados por autores como Vladimir Propp, 1928, Jung, 1945, Bremond, 1966, Labov e Walentzky, 1967, que, através de uma abordagem estruturalista, propuseram estruturas mínimas e uma organização lógica e cronológica constituída por diferentes macro-proposições narrativas. O que seria mais tarde criticado por Goodman, 1981, e Ricoeur, 1983/1994, numa perspectiva de descronologização da narrativa e da discussão do papel do sujeito leitor.

Partindo da discussão de Santo Agostinho, do tempo como representação, como experiência do tempo, possuidor de uma natureza psicológica, Ricoeur (1994) afirma que a narrativa ressignifica o mundo em sua dimensão temporal, bastante complexa para ser expressa simplesmente por uma ordenação linear de fatos. Através da narrativa se faz possível a compreensão da humanidade histórica.

De acordo com o autor, as narrativas são formas privilegiadas de representação de tempo; histórias ainda não narradas, simbolicamente mediatizadas, articuladas em signos, regras e normas, inscritas na práxis social.

Ricoeur (1994) resgata em Aristóteles, os conceitos de *Mimese* e *Muthos (mito)*, para construir sua proposição narrativa: a imitação da ação de forma criadora, através do agenciamento dos fatos, envolvendo as ações do homem segundo sua ética, no universo simbólico da cultura.

O agenciamento dos fatos se daria não necessariamente de forma cronológica ou seqüencial, mas através de um ordenamento lógico, proposto como *Mimese I, II e III*, respectivamente os elementos culturais simbólicos que envolvem o *éthos* dos personagens, expressos em suas ações; o texto narrativo propriamente dito e; a identificação do leitor, que reconstrói a estória no ato da leitura – na conformação de um círculo para a compreensão (Vieira, 2001).

Desta forma, a narrativa além de propiciar a *fusão de horizontes* entre narrador e leitor, se apresenta como forma potente em revelar um modo de vida habitual, em determinado contexto sócio-cultural.

Júlia Kristeva (2002), afirma que o que se narra é sempre a ação humana e que é pela narrativa que se realiza o pensamento político, através da memória da ação e da estranheza, ultrapassando a noção de texto para introduzir a noção de experiência.

A autora transporta conceitos do contexto existencial para um quadro político, para o espaço público (*polis*) onde se desenvolve a ação humana, ela mesma cheia de significação. A narrativa, portanto, seria sempre política: a ação narrada, no seio das relações humanas, onde se define o *quem* eu sou.

Reconhecendo na ação a condição humana de individuação, o homem imortaliza-se agindo no espaço político, onde há um inter-esse – produção da memória e testemunho – um *quem* que se diferencia a partir do olhar do outro, capaz de concluir a história por intermédio da lembrança.

“Por essa ação contada, que é uma narrativa, o homem corresponde à vida, ou pertence à vida na medida em que a vida humana é infalivelmente uma vida política. A narrativa é a dimensão inicial na qual o homem vive (...) vida política e/ou ação contada aos outros. (...); a narrativa é a ação mais imediatamente partilhada e, neste sentido, a mais inicialmente política. Enfim, e do fato da narrativa, o inicial, ele próprio se dispersa em estranhezas no infinito das narrações.” (Kristeva, 2002:87).

Buscando, portanto, a construção de narrativas políticas, é que o presente trabalho aproxima-se dos usuários dos CAPS, a fim de revelar que formas de vivenciar e significar sua experiência, essa *aposta* no campo assistencial, ajuda a produzir. Novos sujeitos?

*O sol rasgou o véu
Rompeu barreiras
Trouxe sua luz e calor
Pode me libertar
A cada amanhecer
O sol me convida para dançar
A dança da vida
E assim
Sou iluminado
Sol me fortalece
Porque se o sol romper as barreiras
Trazendo luz para nossa vida
Vou também buscar luz para meu caminho
Sabendo que quando o sol
Se for embora
Ele vai deixar a lua
E as estrelas de presente
Para confortar meu coração.*

(José Carlos Dias – AMANHECER)

4.3- Campo da pesquisa

Interpelados pelos impasses oriundos dos novos serviços de saúde mental, buscamos respostas às questões: quem são os usuários dos CAPS? De que forma a prática assistencial desenvolvida nos CAPS, atua na transformação das trajetórias de vida dos usuários? Como estes usuários avaliam a transformação da prática assistencial a eles direcionada? Quais são as variáveis que interferem na mudança das trajetórias de vida dos usuários dos CAPS?

Reconhecendo a importância da *tradição* para a compreensão, voltamos a Gadamer (1997), que propõe este conceito como uma forma de autoridade, porém inspecionada e reconhecida pelo pesquisador. Para o autor, a *tradição* nos fala sempre em vozes múltiplas, e voltar a ela seria um momento de liberdade e de escolha.

Neste sentido, faz-se possível identificar as tradições que pensaram e problematizaram a questão do adoecimento psíquico e que desenvolveram novos os modelos assistenciais: a Psiquiatria de setor, na França; a Comunidade Terapêutica, na Inglaterra; a Psiquiatria Comunitária dos EUA e a Psiquiatria Democrática Italiana (Braga Campos, 2000; Desviat, 1999).

Desviat (1999) situa as antipsiquiatrias fora do campo das reformas pelo âmbito de sua atuação – inicialmente termo que representava para a opinião pública todos os movimentos de contestação e reforma e após surgirem os processos de reforma nos sistemas de saúde, passa a ser considerada um movimento contra cultural.

Movidos por uma força comum: a vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária no mundo pós-guerra, em meio a transições políticas, os processos de reforma psiquiátrica se diferiram pelas condições sociopolíticas e o sistema sanitário de cada país.

No Brasil este processo se constituiu a partir da reforma de técnicas assistenciais e de um movimento social em defesa dos direitos humanos: a abordagem da loucura num discurso solidário de restauração de vínculos sociais.

A Psiquiatria Coletiva Brasileira é assim definida por Desviat (1999), pelo reconhecimento de um esforço de diferentes atores (políticos, usuários e profissionais) de orientações e posturas distintas, unidos na criação de consensos mínimos, de princípios, objetivos e estratégias.

Num contexto social de declínio econômico e endividamento externo, o Brasil, como os demais países da América Latina, convivia com uma enorme deficiência na estrutura básica dos serviços de saúde, pouco investimento em saneamento, sem políticas públicas destinadas ao atendimento de populações marginalizadas (Desviat, 1999).

Na área da Saúde Mental, convivia a hegemonia dos manicômios, poucos leitos em hospitais gerais e raros serviços ambulatoriais, intermediários ou de reabilitação, sem relacionar-se entre si.

Em favor de um movimento de reforma, no entanto, a estruturação de sistemas de saúde universais, equitativos e descentralizados, são considerados por Desviat (1999) como condições para a implantação de uma assistência comunitária em saúde mental.

Tendo como ponto de partida a realidade da Cidade de Campinas, estrategicamente escolhida por contar com uma das mais completas redes de atenção psicossocial do país, optamos por dar voz aos usuários desta rede, pressupondo um caminho já percorrido num dos objetivos deste ‘movimento’: a inclusão destes sujeitos no cenário político.

Existem jardins onde flores florescem em meio a arbustos

Nestes dão lindos aromas

Mas também existem flores

Que são cultivadas nos melhores terrenos

Mas não alcançam a plenitude

Porque são flores com espinho

E quando estão florescendo

Só é possível mostrar sua beleza

Jamais podemos tocá-las

(José Carlos Dias – FLORES)

4.3.1- A rede de atenção psicossocial de Campinas

Pela complexidade e extensão do sistema de saúde mental, Campinas tornou-se referência nacional no processo de reforma psiquiátrica, como atesta o recebimento do prêmio *David Capistrano das Experiências Exitosas em Saúde Mental no SUS*, conferido ao município durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002).

Atualmente, a cidade conta com 05 Centros de Atenção Psicossocial tipo III, um em cada região distrital (noroeste, norte, sul, leste e sudoeste), com funcionamento 24 horas ininterruptas e leitos de hospitalidade noturna (total de 40 leitos na cidade) e um CAPS II, com funcionamento 12 horas/dia, todos os dias da semana, ampliando os recursos da região sudoeste da cidade. Havendo ainda um CAPS infantil e um CAPS ad (álcool e drogas), referências para todo o município.

Além dos CAPS, compõem a rede de atenção psicossocial em Campinas, cerca de dez experiências de Centros de Convivência e Geração de Renda, mais de 30 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e mais de 20 equipes de saúde mental na rede básica.

A cidade conta também com dois Prontos Socorros (PS) Psiquiátricos e duas Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral (totalizando 20 leitos de internação integral) – ambos em hospitais universitários, referência para Campinas e Região; assistência à urgência e emergência psiquiátrica garantida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - com psiquiatra 24 horas, garantindo também suporte aos CAPS III da

cidade e regulação das 40 vagas municipais de internação psiquiátrica no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Há ainda em Campinas cerca de 40 internos moradores, na referida instituição.

Apesar da rede de CAPS ser constituída por equipamentos próprios da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e articular-se a partir de uma coordenação técnica municipal, os serviços são coordenados, de acordo com sua vinculação: três deles pela própria SMS e outros três através de convênio de co-gestão com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF).

A infra-estrutura⁴, em média, dos CAPS (adulto) de Campinas, é de 02 salas para oficinas, 01 sala para setor administrativo, 04 salas para atendimentos, 06 banheiros, 01 copa/refeitório, 01 cozinha, 02 áreas externas, 01 sala para repouso, 02 salas para pernoite, 01 farmácia e 01 sala para procedimentos de enfermagem.

São atendidos nestes serviços um total de 1.353 usuários, que apresentam o seguinte perfil:

a) ***Percentual por gênero:***

a.1 - Homens: 52%

a.2 - Mulheres: 48%

b) ***Percentual por idade:***

b.1 – De 19 a 59 anos: 91, 36%

b.2 – De 60 anos ou mais: 8,5%

b,3 – De 0 a 18 anos: 0,14%

⁴ Estes dados foram obtidos a partir de questionários aplicados em todos os serviços envolvidos, a partir de um comitê participativo da “*Pesquisa Avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental*”, à qual a presente pesquisa vincula-se, contando com a participação de profissionais representantes de cada CAPS.

c) *Percentual por escolaridade:*

c.1 - Fundamental incompleto: 53%

c.2 - Médio completo: 15%

c.3 - Ensino fundamental completo: 11%

c.4 - Médio incompleto: 9%

c.5 - Sem inserção escolar: 6%

c.6 - Superior incompleto: 3%

c.7 - Superior completo: 2%

c.8 - Classe especial: 1%

d) *Percentual por relações com o mercado de trabalho:*

d.1 - Não inseridos no mercado de trabalho: 65%

d.2 - Aposentados: 15%

d.3 - Licenciados: 9%

d.4 - Mercado informal: 7%

d.5 - Inseridos no mercado formal: 4%

e) *Percentual por tipo de benefício/auxílio:*

e.1 - INSS (aposentadoria / auxílio doença) – 44%

e.2 - LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social)– 42%

e.3 - PVC (Programa Volta pra Casa) – 8%

e.4 - Outros (bolsa família, renda mínima) – 6%

f) *Percentual por diagnóstico:*

F20-F29 – 59%

F30-F39 – 22%

F70-F79 – 8%

F00-F09 – 4%

F60-F69 – 3%

F10-F19 – 2%

F40-F49 – 2%

F50-F59 – 0

F80-F89 – 0

F90-F99 – 0

g) *Percentual por frequência aos CAPS:*

g.1 - Semi intensivo (de 4 a 12 dias/mês): 53%

g.2 - Não intensivo (até 3 dias/mês): 24%

g.3 – Intensivo (mais de 12 dias/mês): 23%

h) *Percentual por uso de substâncias:*

h.1 - Tabaco – 63%

h.2 - Álcool – 21%

h.3 - Drogas ilícitas – 13%

h.4 - Benzodiazepínicos – 3%

i) *Percentual por quantidade de medicações em uso:*

i.1 - Uma medicação em uso: 24 %

i.2 - Mais de quatro medicações associadas: 19%

i.3 - Duas medicações associadas: 17%

i.4 - Quatro medicações associadas: 17%

i.5 - Três medicações associadas: 16%

i.6 - Sem informação: 7%

A população atendida, portanto, é composta, em sua maioria, por homens, de 19 a 59 anos, com diagnósticos de psicoses, com ensino fundamental incompleto, não inseridos no mercado de trabalho, tabagistas, freqüentando o serviço de forma semi-intensiva (de 4 a 12 vezes ao mês), com acesso a benefícios previdenciários.

Eu perco o chão, eu não acho as palavras

Eu ando tão triste, eu ando pela sala

Eu perco a hora, eu chego no fim

Eu deixo a porta aberta

Eu não moro mais em mim!

(Adriana Calcanhoto)

4.3.2- Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa são usuários⁵ dos CAPS (adulto) da cidade de Campinas, que exercem ou já exerceram alguma forma de representatividade como: conselho local de saúde, participação em fóruns políticos, conferências e/ou militância na área da saúde mental.

Outros critérios de inclusão como vivência de internações em hospitais psiquiátricos ou uso do leito de retaguarda noturna dos CAPS se fizeram necessários para que não se distanciassem de experiências que consideramos essenciais para a análise que vimos realizar.

A escolha destes atores justifica-se pelo pressuposto que os efeitos de uma nova organização de serviços se fazem sentir nas vidas dos mesmos, e pelo reconhecimento de sua legitimidade, eleitos por seus pares, e do suposto percurso no exercício de uma *cidadania em construção*, como proposto por Manzini-Covre (1996).

Esta *cidadania em construção*, os vários possíveis de cidadania entre o conceito idealizado e o seu esvaziamento total de significados - que se configuram nas diferentes sociedades, consiste em exercícios que permitem uma práxis que une indivíduo e coletividade; de sentimentos que se transformam em valores, que podem ser orientadores de novas práticas sociais.

Tomemos aqui os processos de desinstitucionalização, apesar de submetidos a significações diferentes e contraditórias, como uma abertura do sistema psiquiátrico às soluções do meio social, à chegada de intervenções diversas do modelo médico e à serviços mais próximos dos contextos sociais (Barrio, 2004).

⁵ Os usuários foram indicados através do já referido comitê.

Neste sentido, estas experiências puderam provocar transformações não só nas instituições psiquiátricas, mas também consolidaram novos objetos do campo da saúde mental desempenhando importantes papéis na redefinição das necessidades das pessoas e nos objetivos dos serviços.

Marca-se aqui a passagem da figura de **pacientes** – objetos que se destacam de um sistema hospitalocêntrico, articulado em torno da noção de doença mental, para a figura de **usuários** – sujeitos que se destacam de um sistema comunitário fundamentado na noção de saúde mental (Barrio, 2004).

*Eu ando pelo mundo prestando atenção em cores que eu não sei o nome
Cores de Almodóvar, cores de Frida Khalo, cores...
Passeio pelo escuro
Eu presto muita atenção no que meu irmão ouve(...)
Remoto controle
(Adriana Calcanhoto – ESQUADROS)*

4.4- Coleta dos dados

Se o momento da pesquisa, afirmado seu caráter político, é inevitavelmente momento de intervenção, e os acontecimentos produzidos sempre vão além das condições que os criaram, *‘produzindo a diferença, o inédito, um novo espaço-tempo’*, implicando sempre em novas interpretações (Paulon, 2005);

Se o modo “indivíduo” nega as formas múltiplas fragmentárias de produção de subjetividade e, a individualidade, segundo Bourdieu (1996), seria uma abstração, produzindo a fantasia de uma história que se encerra em si mesma;

Se, toda prática de saúde se faz no encontro de sujeitos, no que se expressa neste encontro e, desta forma, no trabalho de pesquisa os dados coletados por diferentes técnicas seguem alguma posição narrativa (Passos & Benevides, 2006):

Façamos a nossa aposta: a produção narrativa de um grupo!

Um grupo que possa dizer de si, desnaturalizar suas experiências, estranhar e divergir, produzir e deixar-se produzir a partir de *efeitos de sujeitos em avaliação*⁶.

Desta forma, visamos apreender se e como os movimentos coletivos de apropriação e invenção da vida vêm sendo experimentados nos CAPS, favorecendo a produção de existências singulares.

⁶ Expressão utilizada por Eduardo Passos, em encontros do grupo de estudos da *“Pesquisa Avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental”*, em novembro de 2006, marcando um dos efeitos interventivos da pesquisa.

(...) Eu olhava e não via...
...Estava absorto!
Então comecei a ficar impassível
Diante do dragão que me transformei!!!
(Renato Prado – IMPASSÍVEL DIANTE DO DRAGÃO)

4.4.1- Grupos focais

Como técnica de coleta de dados foram utilizados grupos focais, trabalhando com uma amostra intencional e homogênea, o que pode facilitar a expressão de características psicossociológicas e culturais.

De acordo com a literatura, os grupos focais possibilitam a expressão das percepções, crenças, valores, atitudes e representações sobre uma questão específica, devendo se realizar num ambiente permissivo e não constrangedor. (Westphal et. al., 1996, Westphal, 1992, Worthen et. al., 2005, Gatti, 2005).

Segundo Furtado (2001), esta técnica vem sendo amplamente utilizada nas áreas da saúde, educação e sociologia para a captação de dados e mostrando-se pertinente para a avaliação participativa de programas e serviços.

O grupo focal é uma técnica que permite a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do porquê eles pensam de determinada forma, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos e dissensos (Westphal et al., 1996).

Worthen (2005) aponta a homogeneidade como um importante aspecto que pode facilitar a interação do grupo. Alertando que num grupo focal onde há muitas diferenças em níveis educacionais, de renda, prestígio, autoridade ou outras características, pode resultar no constrangimento ou hostilidade entre os participantes.

Foram realizados dois grupos, totalizando 4,5 horas de material gravado em áudio, devidamente autorizado, através de termos de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2).

No primeiro encontro foram explicitados os desenhos gerais da investigação, seus propósitos, motivações e questões pertinentes aos investigadores.

Posteriormente partiu-se da discussão de vivências e avaliação da transformação do modelo assistencial, concepções sobre a participação política e significado da experiência singular e coletiva, entre usuários que representaram cada CAPS da cidade (dois usuários por serviço), e que foi conduzido a partir de um roteiro temático (APÊNDICE 1) de interesse da pesquisa, aberto à novas categorias surgidas pelo horizonte cultural dos participantes.

O segundo grupo teve como propósito compartilhar a construção narrativa do pesquisador, desenvolvida a partir do encadeamento das linhas argumentais traçadas no grupo, propulsora ao exercício avaliativo e transformador do/no grupo.

O objetivo deste reencontro, que assume uma dimensão circular, se coloca não de forma repetitiva visando a redundância, ou seja, de organização para maior esclarecimento definindo assim uma unidade ou identidade que garantisse um sentido de “padrão social” (Passos & Benevides, 2006).

Mas, pelo contrário, que possibilite a emergência do estranhamento e da interrogação, que possa produzir novas narrativas de/para si.

Para Ricoeur (1994), a circularidade analítica não nega a assunção de uma forma que se apresenta sob *violência interpretativa*. Mas, a aposta na relação dialética entre narrativa e temporalidade, possibilita um movimento espiral, assumindo a responsabilidade pela história expressa, na busca por histórias efetivas.

Neste encontro com a textualidade, é possível tomar a dimensão do que se produziu em relação às próprias vivências do adoecimento, do lugar ocupado pela doença na vida e seu próprio lugar no mundo. Favorecendo o desdobramento da experiência na direção de um *plano coletivo da narrativa* (Passos & Benevides, 2006).

5- DESENVOLVIMENTO

*Eu quero ter uma vida suave
Um amor suave
quero ter uma classe suave
(...) uma matéria suave
Uma lição suave
Uma palavra suave
Um serviço suave
Um valor suave(...)
Um caminho
Um bairro
Uma cidade
Um país
Um mundo
Um lugar suave*
(Antônio do Carmo Santana)

Os dois grupos focais foram realizados no CAPS ad (referência para dependência de álcool e outras drogas), no centro da cidade de Campinas, o que facilitou o acesso dos usuários, possibilitando um índice de perdas dentro do esperado: do primeiro grupo participaram ao todo 06 usuários de 03 serviços, e do segundo grupo, 9 usuários de 05 serviços. Apenas um serviço não contou com representantes em nenhum dos dois grupos.

As perdas conhecidas deveram-se a problemas de comunicação entre representantes dos serviços no Comitê de Pesquisa e usuários, e extravio de correspondência.

Apesar de o grupo conformar-se de usuários dos diferentes CAPS da cidade, observa-se que a homogeneidade, tomada aqui basicamente pela proximidade sociocultural dos participantes, favoreceu a dinâmica dos encontros, como sugerido por Worthen (2005).

No primeiro grupo foram apresentados os objetivos gerais da pesquisa e a dinâmica a ser desenvolvida. Posteriormente abriu-se a discussão dos temas propostos pelo roteiro, percorrido pelos participantes com bastante propriedade.

Foram realizados a transcrição do material de áudio e posteriormente o trabalho de construção narrativa dos pesquisadores, na perspectiva de articulação das linhas argumentais que se apresentaram na discursividade dos participantes.

No segundo grupo foram resgatados os objetivos da pesquisa e apresentada aos participantes a construção narrativa (APÊNDICE 2) realizada pelos pesquisadores, abrindo-se nova discussão provocada pelo encontro com o texto.

A entrada de cinco novos participantes no segundo grupo, que não estavam presentes no primeiro, apontou para a legitimidade da produção inicial na medida em que os novos atores se reconheceram na narrativa construída.

Também foi utilizado um novo roteiro (APÊNDICE 3) formado por eixos de interesse dos pesquisadores, que emergiram da primeira construção narrativa.

Pudemos perceber, também no desenvolvimento do segundo encontro, consensos e divergências, provocadas através da percepção das diferenças entre os serviços e seus estranhamentos. Num exercício de diferenciação - somente possível a partir da alteridade (Kristeva, 2002), e da possibilidade de construção coletiva (Manzini-Covre, 1996).

5.1- Diálogos possíveis

A não identificação do nome de cada um na pesquisa não faz sentido para nós.

Pelo contrário, nosso nome é algo sagrado e tem muito valor.

O que tiver que falar, nós falamos.

Se retomarmos o conceito de *ilusão biográfica* (Bourdieu, 1996), onde o nome próprio e a assinatura imprimem ao indivíduo certa unidade, podemos identificar nos nossos sujeitos em grupo, um movimento inicial de diferenciação entre si.

Por outro lado, a valorização de uma identificação que garanta lugar no que for “produzido” a partir deste encontro, poderia acenar como a satisfação pela participação de uma construção e com a assunção da responsabilidade da história ali expressa.

Só nós sabemos quem somos. Somos usuários dos CAPS.

Segundo Ayres (2005), por conta do predomínio da esfera proposicional das tecnociências:

“Os sujeitos que participam dos encontros efetivados nos espaços da saúde tendem a se reduzir à unidimensionalidade conformada por uma leitura tecnocientífica, construtora de objetos, onde um é próprio substrato dos recortes objetivos (o paciente) e o outro aquele que produz e maneja este recorte (o profissional).” (p.553).

Neste mesmo sentido, é necessário refletir os efeitos do destaque dos objetos e dos sujeitos das pesquisas, fatores que também sugerem certos “lugares” pré-concedidos aos participantes.

Entretanto, nas idas e vindas da narratividade, entre a possibilidade de assumir algum protagonismo no processo terapêutico ou se posicionar como objeto de intervenção do outro, pode-se perceber no decorrer da narrativa um demarcado posicionamento como **usuários** dos serviços, enquanto a figura **paciente** encontra-se circunscrita aos muros do hospital psiquiátrico.

Confirmando nas vivências, os diferentes atores/objetos que emergem dos diversos processos de produção de cuidado.

Numa pesquisa avaliativa de serviços de saúde mental em Quebec, na perspectiva de confrontar como as categorias *continuidade* e *complementaridade*, ganham sentido nas práticas de interventores, gestores e usuários dos serviços, Barrio (2004) aponta algumas questões, com as quais acreditamos pertinente nos aproximar:

1. A dificuldade na priorização da assistência por critérios de vulnerabilidade, numa realidade em que a maioria dos usuários necessita de ajuda social, vivendo abaixo da linha da pobreza, com pouco acesso a recursos socioculturais, de lazer, de formação e trabalho;
2. A baixa possibilidade de inserção dos usuários em procedimentos terapêuticos diferentes dos oferecidos pela rede pública;
3. O sistema público de saúde mental voltar-se para uma parcela cada vez mais expressiva da população, com uma gama de dificuldades de vida muito diversificada.

Estas questões também permeiam o discurso dos nossos usuários de forma que a vivência de exclusão antecede o adoecimento, aparecendo por vezes como sua causa:

Fomos marcados desde a infância pela fome e pela miséria.

Tem traumas da infância que nos perseguem pela vida e viram doença mental.

O desemprego também provoca a doença.

Alguns de nós vivenciamos trabalhar em troca de um prato de comida, sem dignidade.

Mas hoje já tem leis que garantem direitos.

No trabalho, quando adoecemos as pessoas não reconhecem.

Para Manzini-Covre (1996), a cidadania tem como primeiro pressuposto que esteja assegurado ao cidadão o direito de reivindicar. Nessa composição entre direitos reivindicáveis e o dever de o cidadão ser também próprio fomentador da existência dos direitos de todos, ressalta-se a conquista através das leis.

Não são as leis que asseguram os direitos, mas são elas que abrem à possibilidade de reivindicá-los. Interessante, porém, na narrativa dos usuários haver somente menção a legislação trabalhista, sem que apareça referência aos direitos previstos pela Lei 10.216/01, específica aos direitos dos portadores de transtornos mentais e das portarias que reorientam do modelo assistencial em saúde mental e garantem incentivos à reabilitação psicossocial.

Suas experiências parecem afirmar que somente a partir do adoecimento direitos básicos puderam ser acessados:

Com o tratamento vieram também alguns benefícios como o cartão de Transporte Intermunicipal, Programa de Volta para Casa, Benefícios do INSS, Auxílio Doença, Transporte Coletivo Gratuito (FUI), Bolsa Família e a própria alimentação oferecida no CAPS
Esses benefícios ajudam a aumentar os lugares que a gente pode conhecer, aumenta a nossa auto-estima: pela primeira vez pudemos comprar roupas colocar próteses dentárias, presentear a família no natal e comprar materiais para confeccionar produtos para vender.

É possível vislumbrar aqui alguma garantia de direitos sociais, no atendimento a necessidades humanas básicas o que, alertado por Manzini-Covre (1996), em muitas sociedades paradoxalmente se transforma em moeda da política partidária, para manutenção da passividade da população e sua conseqüente exploração.

Alguns de nós já fomos ajudados no CAPS em questões materiais como cesta básica, em momentos difíceis.
Mas muitas vezes, ter alguém para nos ouvir lá, já basta.
Acreditamos que cuidam de nós de várias formas, não só da saúde, mas da vida da gente.
Preocupam-se em saber como estamos.
Um problema que acontece é que quando a gente conta do CAPS, todo mundo quer correr pra se tratar lá.
Mas não é assim, tem que precisar.
Ir no posto de saúde e o médico ver se precisa.

Nos atentamos neste momento, à discussão que remete a uma necessidade clínica de ampliação/inclusão dos territórios e contextos de vida nas ações de saúde, sem excluir, no entanto, a preocupação com os efeitos da ausência de outras políticas públicas para além da saúde.

Paradoxalmente, o modo de produção capitalista, estaria produzindo o adoecimento como forma de acesso a “direitos” sociais? Estejamos atentos...

Da mesma maneira, se o modo “*indivíduo*” se afirma como produto de uma subjetividade capitalística, que separa o sujeito de seu processo de subjetivação e se a prática clínica, em sua vertente terminantemente política, deve provocar esse reencontro: sujeito e mundo que se co-engendram num plano coletivo (Passos, 2004), parece pertinente que os usuários afirmem que:

Da Luta Antimanicomial, achamos que tem pouca participação.

*E da Reforma Psiquiátrica, entendemos que é o tratamento
não dentro do hospital: enjaulado, sofrendo lá dentro.*

É o tratamento no CAPS, livre.

Gostaríamos aqui de chamar a atenção, para um questionamento: será que a possibilidade de contar com uma ampla rede de CAPS tem ludibriado gestores e trabalhadores de Campinas com a falsa impressão de que a Luta acabou? Estaremos também nos deixando capturar pela conquista do básico?

Entendendo o básico como a simples existência estrutural dos serviços, não deveríamos ter compromisso clínico-político de ir além? Além da derrubada dos muros, da garantia de direitos, no sentido de acesso à produção de novas subjetividades?

Reconhecendo o pouco tempo de experiência (o primeiro CAPS III de Campinas data de outubro de 2001) é certo que muito se conquistou. Mas, acreditamos que os usuários, através de suas experiências, são imprescindíveis na avaliação e transformação das **políticas** que vêm sendo produzidas.

Quanto à experiência da transformação do **modelo assistencial** impõem-se, de forma dura, vivências exclusivamente hospitalares (aqui são raras as referências ao hospital geral que, quando descritas marcam pelo caráter puramente medicalizante), e algumas tentativas de acompanhamento na rede básica – *basicamente* no que se refere à oferta do medicamento, e fatalmente desastrosa pelo uso incorreto sem seu devido acompanhamento.

Parece que no hospital a única coisa que importa é o remédio,
ninguém tem paciência, não conversam.
Achamos que dopam os pacientes para não darem trabalho.
Sentimos algumas vezes, que o remédio no hospital era pra piorar,
e fingir que tomava era a única saída para ter alta.

Quanto aos CAPS, inevitavelmente a comparação ocorre em relação aos hospitais psiquiátricos, pela possibilidade do cuidado à crise numa nova perspectiva. A diferenciação é extrema:

Acreditamos que a diferença da internação no hospital é que
os médicos não avaliam sua saúde, mas o seu comportamento, o que você diz.
E você quer sair, e se esforça ao máximo para demonstrar
que você ta bom, ta se controlando.
Você passa a ser passivo, como se estivesse
representando um personagem.
Representando a idéia que o médico quer ter de você.
Já no CAPS, você é cuidado, tem o seu histórico.
Se você está doente, você é avaliado por aquilo que está passando.
No CAPS tem mais chance de ficar melhor.
Você não precisa forçar a alta porque quando sai da
crise continua fazendo seu acompanhamento lá.
Vem todos os dias, uma vez por semana, conforme ficar marcado.
São períodos mais curtos de internação.

Em nosso exercício compreensivo, voltamo-nos aqui, para a discussão de uma realidade objetivada que, oferecida ao usuário, lhe sugere da mesma forma uma imagem com a qual se identificar.

Interessante perceber, que a figura do **louco**, circunscreve-se dentro dos limites do hospital psiquiátrico, enquanto que nos CAPS é possível não *ser* doente, mas *estar*.

Pelbart (1990) propõe uma diferenciação entre *loucura* e *louco*, sendo o primeiro uma dimensão essencial de nossa cultura e o segundo um personagem social produzido com o encargo simbólico de corporificar a loucura.

Encontramos na narratividade dos usuários a confirmação social e a posição de recusa deste lugar, numa equação onde **loucura = louco = doente mental = exclusão**. Não há aqui, por enquanto, espaço para loucura, numa nova equação.

Podemos observar também aqui a vivência dos usuários quanto à subversão da lógica da hierarquização efetivada pelos CAPS ao estruturarem-se como “equipamentos-síntese” (Nicácio, 1994), agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade (Braga Campos, 2000).

*Quando vamos ao CAPS, nos colocamos no lugar do outro que está em crise,
sabemos que em outros momentos nós é que estávamos assim.*

Percebemos que melhoramos.

*Já ajudamos vários colegas em crise,
que nem a equipe estava conseguindo ajudar.*

Sutilezas da valorização da experiência dos sujeitos em tratamento, das crises já não tão ameaçadoras, da possibilidade de experimentar novos papéis...

A avaliação que os usuários fazem do tratamento recebido nos hospitais psiquiátricos é marcada pela vivência solitária e violenta de inúmeras internações, algumas vezes utilizadas pelos familiares como oportunidade para o abandono.

*A diferença entre os hospitais é que os ruins são fechados,
com muros e grades, e com funcionários que parecem ser
treinados para tratar de animais.*

*Os bons hospitais são aqueles mais abertos,
o que permitiu a todos nós fugir deles.*

Algumas fugas foram punidas com quarto - forte.

E outras nos fizeram experimentar pessoas nos olhares
como lixo, como loucos.
Por vezes, quebrávamos coisas na tentativa de
sermos colocados para fora.
Mas, pelo contrário, além de ficarmos marcados pelas cicatrizes,
ou aumentava nosso tempo de internação ou alguns profissionais
ameaçavam nos mandar para hospitais piores.

Vivências que explicitam a sobreposição da função de controle e punição à terapêutica: a instituição *total* definida por Goffman (1998), e sua ação difusora de estigmas e estereótipos (Vieira Filho, 2004).

A função terapêutica é reconhecida no CAPS:

Nos tratamos no CAPS de depressão, falta de ânimo,
de não nos cuidar, agressividade, perda de controle,
tentativas de suicídio, maus pensamentos, cabeça atormentada,
da sensação de não ser você, de ver pessoas te perseguindo,
de esquizofrenia e de problemas de humor:
ficar muito alegre ou triste demais.
Tem também o álcool, que com a depressão mistura tudo.

E as “**crises**” definidas como momentos de descontrole e angústia, envolvendo agressividade intensificada, ganham alguma possibilidade de contorno: confiança nos profissionais e maior propriedade dos sentimentos e sensações, facilitando os pedidos de ajuda.

O **leito-noite** oferecido pelos CAPS III surge como uma importante retaguarda a esses momentos. Aqui pode-se encontrar crítica dos usuários aos serviços que não dispõem deste recurso (CAPS II), compartilhando de leitos de outros CAPS: referências à

solidão comparável à internação hospitalar, ruptura na relação de confiança, e conseqüente ineficácia do cuidado.

De acordo com Passos (2004)

*“(...) no cotidiano dos serviços substitutivos, fomentamos modos de produção: não só modos de produção de bens de consumo como nas oficinas de geração de renda, mas também e, sobretudo, modos de produção da experiência coletiva (as assembléias, as associações, os grupos terapêuticos), modos de produção de outras relações da loucura com a cidade (o AT, os dispositivos residenciais, a luta pelo passe livre), modos de produção de outras formas de expressão da loucura (as oficinas expressivas, as rádios e tevês comunitárias), modos de criação de si e do mundo que **não podem se realizar sem o risco constante da experiência de crise**”⁷.*

Ressaltamos aqui as possíveis limitações dos equipamentos que não contam com a retaguarda noturna.

Os usuários percebem este “espaço” do leito-noite como acessível: sentem segurança em contar com ele, incluindo aqui a intensa aproximação com os profissionais nas apostas entre se valer deste recurso ou arriscar-se a prescindir dele.

Alguns usuários descrevem uma trajetória de vida e cuidado que já os possibilita reconhecer a necessidade de vivenciar os momentos contraditórios e angustiantes de suas crises, perto de seus familiares, em suas casas, fazendo referência a uma retaguarda que em suas vidas apresenta-se como certa:

Quando se tem uma crise em casa e é de dia, a perua do

CAPS vai nos buscar. Se for a noite, vem a ambulância do SAMU para ajudar.

⁷ Grifo nosso.

Refletindo os desafios da construção de uma rede de serviços integrados que deveriam melhorar a eficiência, a qualidade dos serviços e as respostas às necessidades das pessoas atendidas, Barrio (2002) aponta que esta integração deve se estabelecer a partir de mecanismos de coordenação voltados à continuidade e complementaridade no plano organizacional.

Definindo para essa conformação considerações em relação:

1. À Gama de serviços disponíveis e sua complementaridade;
2. Aos vínculos existentes entre os serviços (continuidade);
3. À pertinência desses serviços em relação às necessidades dos usuários;

E como estratégia a criação de espaços de encontro e negociação para a mobilização dos atores implicados em explorar novas soluções, esforços e solidariedades.

Embora contemos em Campinas com uma extensa rede de serviços, como descrito anteriormente, faz-se necessário apontar que no cotidiano das relações da **rede** de saúde mental de Campinas, poucos encontros puderam favorecer essas aproximações dos CAPS entre si, com Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda e Equipes de Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde – ressaltando o impacto positivo do dispositivo de **apoio matricial** (Campos, 1999)⁸.

Faz-se necessário apontar a ainda centralidade dos CAPS nas vivências de seus usuários, aparecendo pontualmente outros serviços da rede.

Parece, no entanto, que a relação entre CAPS e SAMU 192 (responsável além da assistência à urgência psiquiátrica, pela retaguarda médica aos CAPS e regulação das vagas psiquiátricas do Município), surge em suas vivências de forma complementar, embora na prática cotidiana, não ocorram encontros sistemáticos entre os mesmos, o que acaba por gerar aproximações por vezes tensas e desencontradas.

⁸ Para aprofundamento sobre a experiência do apoio matricial em Campinas, consultar FIGUEIREDO, M D, Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP), dissertação de mestrado, UNICAMP, 2006.

Os cuidados com a saúde em geral aparecem também pontualmente, quando questionado e das mais variadas formas: acompanhamento sistemático de toda a família, sem restrições, nas Unidades Básicas de Saúde; alguns mantendo avaliações esporádicas, apenas posteriores a solicitações do médico do CAPS; e chama a atenção um usuário considerar-se sem tempo de ir à Unidade Básica de referência, pelo excesso de frequência ao CAPS...

Retornando à avaliação dos usuários em relação à retaguarda noturna destes serviços, surgem também neste momento críticas consistentes no que se refere a algumas situações e práticas:

Quem frequenta diariamente e faz uso do leito-noite se queixa dos constantes sumiços de roupas e outros pertences pessoais.

O serviço não se responsabiliza por isso.

Outra queixa é quando temos cigarros guardados no CAPS e alguns funcionários dão para outros usuários, sem nossa permissão e sem a menor consideração.

Achamos isso muito ruim.

Alguns CAPS têm o “cigarro da casa” e deveriam dar desses e não os de quem tem dono.

Aponta-se aqui o reclame por um mínimo de privacidade a ser garantido, principalmente nos momentos em que os referenciais se afrouxam.

Da mesma forma, preocupa-nos encontrar nos CAPS - serviços de saúde - a oferta de “cigarros da casa”, prática comumente encontradas nos hospitais psiquiátricos, em suas abordagens coletivas e controladoras, e que podem estar sendo mantenedoras do total de 63% dos usuários serem tabagistas, e todas as conseqüências clínicas decorrentes.

No entanto, os próprios usuários apresentam arranjos dos CAPS que potencialmente colocam em pauta suas questões, possibilitando mudanças práticas no serviço ofertado.

Os espaços de Assembléias, onde se encontram os diferentes profissionais, usuários e, em alguns serviços, também a presença de familiares; os Conselhos Locais de Saúde, ainda pouco habitados e os acessos à coordenação do serviço, são avaliados pelos usuários como possibilidades de interlocução e reivindicação. Cobram também entre si de maior organização política para ocupação desses espaços.

Cobramos aqui maior empenho de alguns usuários em fazer mudanças dentro do CAPS, através de rodas, conselho e cartas ao secretário de saúde. Isso já gerou conquistas. Quem não participou de nenhum movimento está saindo do grupo levando essa idéia: união que faz a força para benefício de todos.

A partir dos encontros realizados, os usuários perceberam diferenças entre os CAPS nas atividades ofertadas, na forma de organização e no acesso a recursos materiais. Levantam aqui a questão de conviverem na rede de Campinas, CAPS que *são do Cândido Ferreira* e outros que não são, gerando dúvidas em relação ao significado disso em termos de possibilidade de suprir necessidades básicas, (como falta de papel higiênico em alguns deles) e do posicionamento de seus usuários em se co-responsabilizar pelo espaço e pelos recursos que o serviço precisa.

O que se narra de maneira consensual é um **modelo assistencial** realizado por uma **equipe** interdisciplinar, formada por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, estabelecendo relações de cuidado, afeto e confiança... com algumas exceções...

Quando começamos a produzir algumas coisas,
os funcionários são os primeiros a comprar,
valorizam o que a gente faz.
Num natal, uma de nós fez uma carta de agradecimento à equipe,
e eles acharam que era uma carta de despedida.
Estão sempre atentos.

Os diferentes profissionais da equipe, independente de sua formação, exercem uma função de técnicos ou equipe de **referência**, dispositivo marcado pela intersubjetividade do encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços substitutivos em saúde mental, localizado na interface entre ofertas dos serviços e necessidades dos usuários (Miranda & Furtado, 2006).

Este dispositivo parece trazer em si uma potência na diminuição da defasagem entre as prioridades e necessidades identificadas por clínicos e usuários, e da fragmentação da assistência ofertada, onde cada profissional se responsabiliza por um aspecto do sofrimento do sujeito (Barrio, 2002).

Referência são os profissionais que cuidam mais de você,
que se preocupam porque você não veio.
Alguém por quem você procura mais.
É uma equipe responsável por aquele grupo de pacientes.

O dispositivo “técnico” ou “equipe de referência” pressupõe a maior aproximação entre alguns profissionais e certo número de usuários a fim de desenvolver uma prática assistencial mais singularizada, através da construção de projetos terapêuticos individualizados, visando garantir a continuidade do tratamento (Miranda, 2005, Miranda & Furtado, 2006).

A despeito da discussão sobre que relações se estabelecem neste encontro de profissionais de referência e usuários – se vínculo ou transferência (Miranda & Furtado, 2006), é certo que nas vivências dos usuários o que predomina é a importante sensação de confiança que se constrói:

Quando um enfermeiro que é da sua referência te aplica uma injeção, dá pra ter certeza que deu remédio mesmo

Avaliam que o trabalho em saúde mental é “pesado” e reivindicam aos trabalhadores da área boa remuneração. Acreditam que um CAPS ideal se constrói a partir de características humanas e da boa formação dos profissionais. Reivindicam também espaços mais adequados, lembrando que em Campinas, apenas um dos CAPS funciona em prédio próprio.

Os **projetos terapêuticos** individuais ou singulares são percebidos de diferentes formas pelos usuários, alguns reconhecem e esboçam protagonismo nesta construção, outros ainda tímidos em valorizar suas experiências como parte importante de seu tratamento. No entanto, percebe-se o predomínio da idéia de uma construção baseada em diversas necessidades dos diferentes sujeitos:

O tratamento funciona com funcionários que querem saber como você está, orienta os remédios, vê se tem que ir até a família, até o nosso meio.

Alguns vão ao CAPS todos os dias, têm “passe livre” ou se esquecem de tomar o remédio. Outros têm dia marcado para ir. Em alguns CAPS os profissionais definem em reunião entre eles, em quais atividades você vai participar, em outros os usuários podem escolher entre as atividades de dentro e fora do CAPS que querem participar.

A frequência de ir ao CAPS é negociada de acordo com a necessidade.

Já tivemos experiência de aumentar o número de dias de ir ao CAPS e isso diminuir a necessidade de ficar no leito.

A possibilidade de poder habitar dentro do CAPS novas formas de ser: o conselheiro, o colaborador, o que melhorou, o que cozinha bem, o que se casou, parece ir garantindo o ritmo necessário de uma confiança em si que transcende o serviço e passa a propiciar uma existência mais satisfatória fora dele. Começam a se arriscar em suas próprias construções: fazer sua comida, atividades de lazer desvinculadas do serviço, transformar-se em cuidador do familiar que adoeceu...

A utilização da **medicação** aparece na narrativa, não mais como a única terapêutica ofertada, mas inclusa num projeto, podendo ser questionada e refletiva.

*O remédio ajuda a aliviar os maus pensamentos,
e têm alguns que dá para mudar: a injeção pode ser opção ao amargo.
Mas tem também os efeitos colaterais: mal estar, zonzeira, moleza,
que mistura com o tédio de não ter uma ocupação e
parece nos manter sem disposição, sem atitude.*

Um aspecto valorizado pelos usuários ainda relacionado ao uso da medicação é a forma de organização / dispensação ofertada pelos CAPS em contraposição às grandes quantidades fornecidas em serviços ambulatoriais, sem apropriação de sua administração.

As diversas **modalidades terapêuticas** (grupais, individuais, domiciliares e comunitárias) adquirem significação nos contextos de vida dos usuários: na conformação de um campo afetivo de valorização de si e do outro; da possibilidade de trazer leveza a vivências de sofrimento; da materialidade que se transforma em instrumento de relação com o externo:

*Fora do dia de ir ao CAPS, às vezes algumas festas, onde a
gente colabora com as coisas que sabe fazer:
cozinha, organiza, conserta, consegue doações.
Tem algumas atividades que acontecem fora do CAPS,
como o passeio ao shopping, ao cinema, à praia.*

Narram um social que começa a ser possível a partir de redes mais próximas, através da sensação de sentir-se novamente respeitados por seus familiares, mesmo nas quais as relações ainda são desgastadas; de participar de comunidades religiosas; de um mercado de trabalho informal que se apresenta mais habitável...

Hoje conseguimos perceber que não é só o CAPS e o remédio
que ajuda a melhorar. A religião dá forças para encarar
problemas do dia a dia. Não a igreja, mas a fé.
O cinema, a televisão, uma amizade sincera, alguém que
confie em nós, também são recursos que percebemos que
nos ajuda a melhorar e que usamos quando não estamos bem.
Nem tudo precisa correr para o CAPS.

As sutilezas que envolvem a clínica desenvolvida nos CAPS são narradas de forma significativa na transformação do **lugar** ocupado pela **doença** na vida destes usuários. Uma re-volta, no sentido de recusa, como proposto por Kristeva (2000). Recusa de uma condição crônica que inviabiliza a vida.

Tem melhora: estar num bom ritmo, saber administrar a vida,
a família, se sentir mais dono do próprio corpo,
isso é um voto de cura.
A vontade de morrer foi embora,
aprendemos ter
mais controle sobre nós.
Ainda sentimos, por exemplo, a sensação de ter
uma cabeça que não é a nossa. Mas agora somos mais donos dela.

Quando, ao final dos encontros abrimos a possibilidade de desdobramentos através de oficinas⁹, é surpreendente o que os usuários demandam: *conhecer como a sociedade vê o doente mental... E o que as diferentes correntes da psicologia pretendem?*

Acena-se aqui um efeito de avaliação do que co-produzimos?

⁹ Oficinas previstas pela já mencionada Pesquisa Avaliativa da Rede de CAPS de Campinas, à qual esta pesquisa vincula-se.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ecléa Bosi (1994) em seu livro *Lembranças dos Velhos* recupera a narração como uma forma artesanal de comunicação, de tecer histórias. Percebe, através dessa experiência, a importância de resgatar o vínculo com outra época, reconstruindo o que foi compreendido e suportado, como que uma ocasião de mostrar competência.

Ressalta o impacto da sensação da finalidade da vida, quando se encontra ouvidos atentos e ressonância.

Assim encontramos nossos atores, prontamente disponíveis em abrir-nos sua bagagem e em tecer conosco mais uma página de *nossa* trajetória.

Deparamo-nos com histórias de luta, de sobrevivência, de experiências cotidianas marcadas pelas estruturas sociais e de estruturas que foram se transformando a partir da possibilidade de outras formas de existência.

Os grupos focais puderam produzir um movimento espiral de rever práticas outrora inscritas e instituídas, que se transformaram no decorrer da vida de cada um que ali se encontrava, favorecendo a percepção de contextos mutáveis.

Percorrido o contexto de produção e de transformação das formas de entender e tratar os sujeitos em sofrimento psíquico, o encadeamento das linhas argumentais proposto pela construção narrativa, visou garantir visibilidade ao impacto que as mudanças estruturais tiveram na vida dessas pessoas (Burke, 1992b).

A narração parece poder provocar, por meio de uma re-volta, uma revisitação ao experimentado com um novo olhar: transformador. Insinuando alguns efeitos de avaliação, construtores de outras e tantas narrativas que certamente virão.

Entendemos assim, nossa tarefa de incluir a compreensão dos discursos operantes na construção de saberes que possam responder às novas demandas.

O processo avaliativo de um modelo assistencial em construção deve incluir a pluralidade de encontros que ali ocorrem, deixando-se abrir à possibilidade maior de desvios, de formas criativas e menos burocratizadas de operar.

Partindo da trajetória dos usuários podemos perceber a dificuldade no exercício avaliativo que lentamente parece ir se autorizando a acontecer. O ponto de partida – da impossibilidade de habitar o mundo (da loucura corporificada), para a ocupação de um lugar de autoria (sujeito em avaliação), traz grandes repercussões na maneira como olham para a assistência ofertada.

Comparativamente à ineficácia de tratamentos anteriores torna-se difícil a construção do olhar crítico aos serviços em que se inserem.

A própria noção de tratamento passa a configurar algum sentido a partir de seu acesso aos CAPS. O primeiro impacto percebido e talvez o maior deles é a mudança da sensação de ser doente pela de estar adoecido. O que talvez garanta algum empoderamento no sentido de insinuar processos de recusa a práticas homogeneizantes, a exemplo do desrespeito a seus pertences; da desnaturalização do descaso de alguns profissionais e da passividade de alguns de seus pares.

O cuidado da crise no próprio serviço é reforçado de maneira positiva, parecendo garantir ao sujeito em sofrimento, a manutenção de referenciais afetivos e a continuidade de uma relação com o externo, com o outro, de forma menos invasiva e ameaçadora. A menor preocupação em *representar um personagem*, em deixar-se capturar por imagens identitárias, parecem permitir a *emergência de um si mesmo* (Oury, 1991).

Destaca-se aqui o dispositivo de técnicos ou equipes de referência em sua potência da construção de corpos simbólicos - que habitam novas relações de poder - articuladores de relações afetivas e de projetos terapêuticos singulares.

A diversidade das modalidades terapêuticas, projetos que extravasam a instituição e subvertem a rotina, também necessária a alguma organização interna, são apontados como dispositivos que sustentam a multiplicidade de devires do humano.

Timidamente, a família parece se arriscar a novas relações com esses “novos sujeitos”, mas de maneira distanciada de seu processo de tratamento:

eles têm dificuldade para entender o tratamento do CAPS.

Apontando talvez aqui a pertinência de maiores investimentos na aproximação entre serviço e familiares.

Espaços democráticos de decisões que poderiam ampliar as possibilidades de protagonismo dos usuários surgem ainda de maneira pouco evidenciada, mantendo desta forma um distanciamento dos usuários de questões pertinentes de serem conhecidas por eles: a autoridade de sua experiência na construção dos projetos terapêuticos, as leis e políticas públicas que garantem sua assistência, alguns benefícios e seus contextos de produção...

Ainda há centralidade do serviço de tratamento em suas vidas, mas, concordando com Barrio (2004), parece que a frequência se inscreve nas trajetórias de vida das pessoas como uma etapa que possibilitará uma reconstrução a seu tempo, respeitando um ritmo próprio.

O CAPS mudou nossa relação com a doença, com o sofrimento.

Antes o mundo parecia uma coisa só.

*Assumimos outra postura frente a doença e a vida:
isso melhora bastante. É preciso levantar a cabeça, seguir o tratamento.*

Tem que ter paciência, demora para sair do CAPS.

Temos desejo de sair, mas não nos sentimos prontos ainda.

Poucas também são as possibilidades de circulação e de acesso a outras políticas públicas para além da saúde, indicando um caminho ainda a ser percorrido para que se estabeleçam redes mais efetivas.

De acordo com Passos (2004):

“Vivemos em um mundo marcado por uma forma de integração dos processos de produção própria do capitalismo globalizado que se estende em rede. Em sintonia com a rede do capitalismo globalizado se organizam outras redes como a do terrorismo, do tráfico, as redes de comunicação. Não há como escaparmos das redes no contemporâneo, e por isso a estratégia é a de constituirmos redes de resistência: redes quentes, isto é, redes não homogeneizantes, mas redes sintonizadas com a vida, redes autopoieticas”.

E parece habitar justamente aqui a possibilidade de recusa do mandato social que atravessa os CAPS: uma imensa disposição de seus usuários em se lançar na construção de um mundo melhor. O retorno ao social, tendo na bagagem uma ética de solidariedade para ofertar:

Quando estamos bem conseguimos ajudar os outros,

dar conselhos, ensinar coisas.

Um de nós experimentou ir com o grupo de pagode

do CAPS se apresentar no lar dos velinhos.

Começam a aparecer novos valores em relações simples, socialmente esvaziadas no cotidiano das cidades, como a potência de uma palavra amiga, da incursão pelo mundo, da produção cultural...

Poesia sabemos o que é, temos poetas entre nós:

Poesia é uma expressão artística do sentimento

humano da angústia, da dor.

Certamente, meus caros, a vida tem a vida tem cores, prazeres e dores amontoados¹⁰ ...

¹⁰ Fragmento da poesia de Paulo Madureira, na epígrafe deste trabalho.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ALVERGA, A R de, & DIMENSTEIN, M, **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade**, in Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2, AMARANTE, P (coordenador). Rio de Janeiro: Nau, 2005.

AYRES, J R de C M, **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**, *Ciência e Saúde Coletiva*, jul./set., vol.10, nº.3: 549-560, 2005.

AMARANTE, P, **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**, Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, P & TORRE, E H G, **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**, Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro: maio/ago, 2001.

BARRIO, L R del, Corin, E, Poirel, M L, Drolet, M, **Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais – Negociação, cidadania e qualidade dos serviços**, in Pesquisa qualitativa de serviços de saúde, BOSI, M L M e MERCADO, F J, Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BENEVIDES, R, **Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas e Tempos Neoliberais**. Loucura, Ética e Política: escritos militantes. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2003, p:196-206.

BENEVIDES, R. et al, **A desinstitucionalização da loucura, os estabelecimentos de cuidado e as práticas grupais**. Clio-Psyché Hoje: Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 65-70, 2001.

BOSI, E, **Memória e Sociedade: Lembranças dos Velhos**, 3ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOURDIEU, P, **A ilusão biográfica**, in Ferreira, M. M. & Amado, J. (coord.) *Usos & Abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1996.

BRAGA CAMPOS, F C, **O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Tese de doutorado: Faculdade de Ciências Médicas, Depto. de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

BRASIL – Portaria 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1992.

BRASIL – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental, 2ª ed. revista e atualizada, 2002.

BRASIL – Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental: Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, 2004.

BURKE, P, **Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro**, in A Escrita da história: novas perspectivas. Peter Burke (org.); tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, p.07-37, 1992a.

BURKE, P, **A história dos acontecimentos e o renascimento da narrativa**, in A Escrita da história: novas perspectivas. Peter Burke (org.); tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, p.327-348, 1992b.

CAPRARA, A, **Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença**, Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4): 923-931, jul-ago, 2003.

CAMPOS, G W S, A **Reforma da Reforma: Repensando a saúde**, São Paulo: Hucitec, 1997, 2ª ed., 220p.

CAMPOS, G W S, **Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**, Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco, vol.4, n. 2: p.393-403, 1999.

CAMPOS, G W S, **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**, São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

DESLANDES, S F & ASSIS, S G, **Abordagens Quantitativas e Qualitativas em Saúde: o diálogo das diferenças**, in MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F.(org), Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método, 195-223. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DESVIAT, M, **A Reforma Psiquiátrica**, tradução de Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, M, **História da Loucura na Idade Clássica**, São Paulo: Ed. Perspectiva, 1993.

FURTADO, J P – **Um método construtivista para a avaliação em saúde**, Ciência e Saúde Coletiva, 6(1):165-182, 2001.

FURTADO, J P, **Caps III: Aonde chegamos/Para onde vamos**, palestra apresentada no “I Seminário do Cersam Betim Central”, Betim: Novembro de 2002, 11p, mimeo.

FURTADO, J P, **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**, Ciência & Saúde Coletiva 11(3), 2006.

GADAMER, H G. - **Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

GATTI, B A, **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005, 77p.

GOLDBERG, J I, **A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1992.

GRADELLA JÚNIOR, O, **Hospital Psiquiátrico: (Re) Afirmação da Exclusão**, Psicologia & Sociedade, vol.14: 87-102; jan/jun 2002.

GUATTARI, F, **Caosmose. Um novo paradigma estético**, Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

KRISTEVA, J, **O Gênio Feminino: a vida, a loucura, as palavras. Hanna Arednt, Tomo I**. Tradução de Eduardo Francisco Alves. Rocco Editora, Rio de Janeiro, 2002.

LANCETTI, A, **Prevenção, Preservação em Saúde Mental**, Saúde e Loucura, volume 1, São Paulo: Hucitec, 1991.

MANZINI-COVRE, M de L, **O que é cidadania**, 2ª edição, Coleção Primeiros Passos, São Paulo: Editora Brasiliense, 1996.

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

MIRANDA, L, **Projeto Terapêutico Individual: a necessária disponibilidade para relações humanas**, mimeo, Campinas, 2005.

MIRANDA, L & FURTADO, J P, **O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana**, Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2006.

NICÁCIO, M F S, **O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

ONOCKO CAMPOS, R, **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental**, *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, maio/ago:2001.

ONOCKO CAMPOS, R, **La gestion : espace d’intervention, d’analyse et de spécificités techniques**. Apresentado no Primeiro seminário franco-brasileiro de Análise Institucional, Paris VIII, Julho de 2002.

ONOCKO CAMPOS, R, **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas**, in CAMPOS, G WS (org.) *Saúde Paidéia*, São Paulo: Hucitec, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R, **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva**. *Ciência & Saúde coletiva*, vol.10, n.3, 573-583, jul./set., 2005.

ONOCKO CAMPOS, R & Furtado, J P, **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: uma discussão preliminar do instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS**, mimeo, Campinas, 2005.

OURY, J, **Itinerários de formação**, Tradução: Jairo I. Goldberg, *Revue Pratique*, n.1, p.42-50, 1991.

PASSOS, E, **O CAPS como matriz das ações psicossociais no território**, III Encontro dos Serviços de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro: *O cuidado em sua dimensão ética, clínica e política*, mimeo, 2004.

PASSOS, E & BENEVIDES, R, **Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo**. Psicologia Clínica, 13(1): 89-100,2001.

PASSOS, E & BENEVIDES, R, **Por uma política da narratividade**, mimeo, Rio de Janeiro, 2006.

PAULON, S M, **A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-Intervenção**, Psicologia & Sociedade, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

PELBART, P P, **Manicômio Mental – a outra face da clausura**, in LANCETTI, A (org). Saúdeloucura 2, São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.

RIBEIRO, J M, **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas**, Rio de Janeiro, 2003. Site do Ministério da Saúde.

RICOEUR, P, **Interpretação e Ideologias**, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

RICOEUR, P, **Tempo e Narrativa** (tomo I), tradução Constança Marcondes César – Campinas, SP: Papirus, 1994.

ROLNIK, S, **Ninguém é deleuziano**, entrevista a Lira Neto e Silvio Gadelha, publica in O Povo, Caderno de sábado: 6. Fortaleza, 18/11/1995.

ROLNIK, S, **Esquizoanálise e Antropofagia**, in *Gilles Deleuze*. Uma vida filosófica; p. 451-462. São Paulo: Editora 34, 2000.

SILVA, L B, C, **Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 466 p.

SHARPE, J, **A história vista de baixo**, in A Escrita da história: novas perspectivas. Peter Burke (org.); tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992, p.39-62.

SOALHEIRO, N I, **Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos**, Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2002.

TENÓRIO, F, **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro: vol. 9(1): 25,59, jan.-abr., 2002.

TURATO, E R, **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**, *Revista de saúde pública*: vol 39, n. 3, 507-514, junho, 2005.

VASCONCELOS, E M, **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**, São Paulo: Paulus, 2003.

VIEIRA, A G, **Do Conceito de Estrutura Narrativa à sua Crítica**, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), pp. 599-608, 2001.

VIEIRA FILHO, N G & Nóbrega, S M da, **A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social**, *Estudos de Psicologia*, vol. 9, p. 373-379, Recife: 2004.

WESTPHAL, M F **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande paulista**. Tese de Livre docência, Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, 1992.

WESTPHAL, M F, BÓGUS, C M, FARIA, M M, **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil**. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá. 120, (6): 472-482, 1996.

WORTHEN, B R, SANDERS, J R, FITZPATRICK, J L **Avaliação de programas – Concepcões e Práticas**. Ed. Gente, 2005.

8- ANEXOS

ANEXO 1



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 25/04/06
(PARECER PROJETO 396/2004)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PESQUISA AVALIATIVA DA REDE CAPS DE CAMPINAS/SP:
ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE MENTAL”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Onocko Campos

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o Adendo que inclui a pesquisa intitulada: “NOVOS SUJEITOS: NARRATIVAS POLÍTICAS DOS USUÁRIOS DOS CAPS DE CAMPINAS”, da aluna de pós-graduação Luciana Togni de Lima e Silva Surjus, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.


Prof. Dra. Carmem Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3788-8936
FAX (019) 3788-7187
cep@fcm.unicamp.br

Página 1 de 1

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Dissertação de Mestrado intitulada “Narrativas Políticas: O olhar dos usuários sobre os CAPS de Campinas ”, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social – FCM – UNICAMP.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar se e como a prática assistencial desenvolvida nos CAPS atua na transformação das trajetórias de vida de seus usuários. Tendo como objetivos específicos os seguintes:

1. Verificar quais as variáveis que podem interferir na transformação das trajetórias de vida de dos usuários inseridos nos CAPS;
2. Verificar como os usuários avaliam a mudança das práticas assistenciais a eles direcionadas.

Para a coleta de dados, serão realizados grupos de discussão com os sujeitos da pesquisa, ou seja, usuários da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas.

Esses grupos serão coordenados pela pesquisadora, que irá apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso da pesquisadora assegurar o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da dissertação.

A pesquisadora compromete-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadora responsável:

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde Pública, aluna do Programa de Pós-graduação, nível mestrado, em Saúde Coletiva, do Depto. de Medicina Preventiva e Social – FCM – UNICAMP.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, km 114, s/n, Bairro Nova Suíça, Condomínio Nova Suíça I, Itatiba, SP.

Telefones para contato: (19) 3269-8915 (19) 9625-1004

e-mail: lucianatogni@hotmail.com

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Telefone: (19) 3788 8936.

ANEXO 3

Erro da política de saúde mental

Em "O Globo", de 20 de julho de 2006

Josimar França

Há um grande equívoco no Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que impede qualquer avanço nessa área. Por desinformação ou interesses ocultos, os dirigentes do programa desmantelaram esforços de muitos anos, promovidos por pessoas realmente comprometidas com a saúde mental. O planejamento passou a ser desenvolvido a partir de antigos preconceitos e com viés populista.

O equívoco começou a se desenhar quando elegeram como prioridade a "des-hospitalização" de portadores de transtornos mentais. Para justificar essa atitude, obviamente, foram obrigados a adotar o discurso de que a internação psiquiátrica não é um procedimento adequado — o que não é verdade. A psiquiatria precisa de internações e de atendimento em centros especializados, tanto como a ortopedia e a cardiologia.

A argumentação oficial, porém, fugiu de critérios clínicos e foi fundamentada na percepção equivocada, construída durante anos, de que todos os internos em unidades psiquiátricas sofrem maus-tratos. Para isso ressuscitaram o conceito de manicômio e toda a carga pejorativa que acompanha a palavra. A discussão ganhou o aspecto sensacionalista que essa abordagem é capaz de despertar. Animados com a repercussão, os servidores resolveram encenar o roteiro. Para materializar a mensagem de sucateamento da área de saúde mental, passaram a contingenciar recursos e, conseqüentemente, muitas instituições fecharam as portas, e o atendimento começou a enfrentar dificuldades graves, em razão da asfixia financeira. E foi essa situação que teve destaque na mídia.

Em seguida, numa movimentação batizada de "reforma psiquiátrica" (como se a especialidade médica necessitasse de reforma...), fecharam leitos em hospitais públicos — vejam bem, públicos — e posaram de "salvadores da pátria" para os flashes. Quem precisa de reforma é o modelo assistencial, não os médicos.

Na mais recente medida em busca da união popular, atraíram a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República para a assinatura de uma portaria interministerial que trata de saúde mental. Mais explícito o objetivo, impossível. Conseguiram oficializar a relação entre tratamento de transtornos mentais com os maus-tratos.

O resultado disso tudo, que não aparece nos jornais, é preocupante. O Programa de Saúde Mental ignorou anos de pesquisa científica que atestam a internação como procedimento adequado.

Em muitos casos, a única medida indicada. A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde também não considerou que a psiquiatria, como qualquer outra especialidade médica, utiliza procedimentos com diversos graus de complexidade, desde uma simples consulta até intervenções cirúrgicas e internação.

Não atentaram ainda para o atual nível da psiquiatria brasileira, que se esforçou durante anos para formar profissionais capacitados, desenvolver pesquisas e aparelhar instituições para que os tratamentos, inclusive a internação, fossem conduzidos de maneira apropriada em locais adequados.

Como existem em todo o Brasil serviços públicos estaduais, serviços em universidades conceituadas ou de instituições filantrópicas que funcionam muito bem.

Além disso, bem à maneira das resoluções casuísticas, o plano governamental não apresentou alternativas viáveis para a continuação do tratamento dos pacientes desalojados com o fechamento dos leitos. Muitos simplesmente voltaram para casa e ficaram sem assistência médica, pois o modelo apresentado pela Coordenação de Saúde Mental se mostrou caro e de difícil implementação, sem contar a política equivocada de medicamentos importantes que não são custeados durante a internação e, em alguns casos, não são oferecidos à população nem mesmo no ambulatório, ou em qualquer outro equipamento de saúde.

Porém, o pior estrago é impossível de medir em números. O programa foi capaz de reacender o preconceito em relação à doença mental, principal dificuldade enfrentada pela psiquiatria no Brasil. Após a lavagem cerebral promovida pela atual política, por exemplo, mesmo quando há condições de infra-estrutura e diagnóstico médico recomendando o procedimento, muitos familiares impedem a internação de pacientes, prejudicando sua reabilitação. E esse é apenas o efeito mais palpável.

Estimulou-se o estigma contra doentes, familiares e até médicos — sentimento que impede a socialização dos pacientes, fator fundamental em sua recuperação; dimensiona o problema para as pessoas próximas; e desestimula os profissionais da área.

Nos últimos anos, as sugestões dos psiquiatras foram repetidamente desconsideradas pela Coordenação de Saúde Mental do ministério. Representada pela Associação Brasileira de Psiquiatria, a classe defende a necessidade urgente da promoção de campanhas de esclarecimento público. A sociedade precisa ser informada sobre os diversos aspectos dos transtornos mentais e seu tratamento. Qualquer política será inócua enquanto se considerar os doentes como "loucos" passíveis de exclusão. E esse é apenas o primeiro passo para colocar o barco na direção correta e recomeçar do zero.

Estimativas demonstram que 15% da população convivem, ou conviverão, com transtornos mentais. Se incluirmos os familiares, que sofrem tanto ou mais por conta do preconceito, é possível afirmar que o problema atinge grande parte dos cidadãos. A maioria dessas pessoas, por falta de informação, é incapaz de lidar com a situação de maneira equilibrada, e grande parte dos doentes, em consequência de ações governamentais equivocadas, não recebe o tratamento adequado.

Josimar França é presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.

ANEXO 4

Ministério da Saúde
SAS/DAPE
Coordenação Geral de Saúde Mental/Álcool e Outras Drogas

Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental

Mensagem Eletrônica Circular 09/06

Em 06 de setembro de 2006

Para: Integrantes do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (COSAM)
Coordenadores estaduais de saúde mental
Coordenadores municipais integrantes do Colegiado
Representante do CONASS
Representante do CONASSEMS
Representante do CNS
Consultores

Assunto: O processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica e a posição da Associação Brasileira de Psiquiatria – elementos para análise dos gestores

Srs/as. Coordenadoras/es:

1. O segundo semestre de 2006, por suas características de período de transição política, é propício ao debate dos rumos gerais das políticas públicas. No caso da saúde mental, tem chamado a atenção de todos, constituindo-se em fato relevante para a análise dos gestores, as *posições expressas publicamente pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)*, de críticas veementes ao Ministério da Saúde e à política de saúde mental. O artigo de seu presidente, Dr. Josimar França, publicado em O Globo de 20 de julho de 2006 (Anexo I), ao lado de manifestações diárias no portal da entidade na Internet, e seminários sobre o tema em quase todos os estados do país, a partir do mês de julho corrente, têm mobilizado profissionais da área, especialmente psiquiatras, no intento explícito de construir uma posição majoritária de oposição à atual política de saúde mental do SUS. Pela relevância da entidade nacional de representação dos psiquiatras, e pelo impacto que a campanha possa obter, consideramos importante trazer este debate aos colegas gestores estaduais e municipais, e demais integrantes do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental.

2. *Em síntese, a ABP afirma que:*

- a) a atual política produziu desassistência, reduzindo o acesso da população ao atendimento em saúde mental, e diminuindo os recursos financeiros destinados à área;
- b) os serviços substitutivos, especialmente os CAPS, não funcionam de maneira adequada, sendo incapazes de dar conta dos casos mais graves ou de organizar a rede assistencial em seu âmbito;

c) a redução de leitos psiquiátricos não é recomendável, uma vez que o país teria insuficiência de leitos em hospitais psiquiátricos;

d) a remuneração praticada para as internações é insuficiente para as despesas dos hospitais, e conduz a um estrangulamento financeiro das instituições psiquiátricas privadas e filantrópicas;

e) a política de saúde mental exclui o psiquiatra, e favorece o estigma contra este especialista, ao utilizar designações como “atenção psicossocial” e ao tomar iniciativas de monitoramento dos direitos humanos dos usuários de serviços;

f) a gestão não leva em conta adequadamente as evidências científicas do campo da psiquiatria.

Recomendamos a leitura do artigo do Dr. Josimar França, e as manifestações presentes no portal da ABP e nos boletins da entidade, para que o gestor possa formar uma visão mais completa e abrangente de tais críticas, tendo em vista que aqui apresentamos apenas uma rápida síntese dos argumentos que têm sido levantados.

3. É preciso ressaltar que o MS – e, acreditamos, todos os gestores do SUS – **reconhece o direito da entidade de se manifestar sobre a política de saúde mental**. Por isso mesmo, os dirigentes da ABP, somente neste ano de 2006, já foram recebidos pelo Sr. Ministro da Saúde em duas audiências, e esta Coordenação tem participado de todos os debates a que tem sido convidada, para discutir os argumentos da ABP e apresentar dados, informações e os argumentos da gestão do SUS. Certamente que as características de campanha sistemática que a ABP adotou produzem impactos desfavoráveis no cenário da construção da Reforma Psiquiátrica, mas os gestores devem, democraticamente, aceitar o direito de manifestação e apresentar argumentos em defesa da política pública pela qual são responsáveis.

4. É importante informar aos coordenadores, por outro lado, que **a política de saúde mental vem recebendo centenas de manifestações de apoio**, de profissionais, entidades científicas, associações de familiares e usuários, universidades, as quais, reconhecendo as dificuldades do processo de implantação da rede de serviços, apóiam a continuidade das diretrizes e da linha e condução da política de saúde mental (Anexo II), ressaltando ser esta o produto de deliberações coletivas, cujo momento mais significativo foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, além de inúmeros congressos, seminários, conferências e encontros que o campo da saúde mental vem organizando intensivamente nos últimos anos. Portanto, uma consideração relevante a se afirmar, antes de qualquer outra, é que se trata de uma política discutida coletivamente, com legitimidade conquistada no debate permanente, em todas as instâncias do SUS. Se são necessárias correções de rumo em alguns aspectos, como afirma a ABP, isto não pode implicar em não-reconhecimento da legitimidade democrática e da condução coletiva da política de saúde mental, que é parte do SUS, cujas instâncias de pactuação coletiva são reconhecidas pela sociedade brasileira como um esforço efetivo de democratização das políticas públicas.

5. A nosso ver, portanto, nosso primeiro argumento, como gestores, deve ser o da **legitimidade democrática das diretrizes gerais da política de saúde mental, que se apóia em instâncias coletivas de decisão do SUS, na Conferência Nacional, na lei 10.216/01, no diálogo com entidades e movimentos sociais** (que, como a própria ABP, têm assento na

Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde). Isto não significa, como dissemos, que não deva haver diálogo com posições divergentes, além de eventuais correções de rumo, que não afetem os princípios gerais da política. Defender a legitimidade da política e suas diretrizes não significa, certamente, afirmar que a saúde mental resolveu todos os seus desafios, ou negar as imensas dificuldades que uma política de tal complexidade apresenta para a gestão.

6. Para análise das posições da ABP, é importante que os gestores lancem mão dos dados atualizados do SAÚDE MENTAL EM DADOS (Anexo III). Apresentamos a seguir algumas considerações desta Coordenação acerca dos argumentos principais apresentados pela entidade nacional dos psiquiatras.

a) a Política de Saúde Mental do SUS não produz desassistência nem reduziu o acesso ao atendimento, ao contrário. A ampliação dos serviços CAPS, SRTs e ambulatoriais, além da inclusão de ações de saúde mental (embora ainda de modo insuficiente) na atenção básica **ampliou muito o acesso ao tratamento**. O levantamento AVALIAR-CAPS 2005 permite estimar que, em média, um CAPS atende cerca de 400 a 500 pacientes (existem CAPS que, em regime de atenção não-intensiva/ambulatorial, atendem mais de 600 usuários). Pela média de 400 pacientes, os atuais 882 CAPS cadastrados estão atendendo aproximadamente 350 a 450 mil pacientes (não procedimentos ou consultas). Os 290 ambulatoriais atendem também um número expressivo de pacientes. No sistema hospitalocêntrico, a oferta de atenção era basicamente terciária, havendo um significativo estrangulamento na porta de entrada das internações. Do mesmo modo, sabemos que os leitos disponíveis para internação nos hospitais são em muito menor número que os existentes, uma vez que entre 50 a 70% dos pacientes internados são de longa permanência (pelas próprias características pouco dinâmicas do modelo hospitalocêntrico). Nos últimos anos, a atenção básica passou a contar com ações de matriciamento, e ampliou consideravelmente seu atendimento em saúde mental, que praticamente não existia na década anterior. Do mesmo modo, somente nos últimos anos o SUS passou a contar com uma rede articulada, que está em expansão, para atender pacientes com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. É preciso melhorar a apuração e consolidação dos dados de atendimento do sistema extra-hospitalar, mas não há consistência na afirmação de que o acesso ao tratamento diminuiu.

Quanto ao investimento financeiro, ele é hoje **o dobro do que era há 5 anos** atrás. **Houve redução proporcional do financiamento do leito psiquiátrico, como determina a desejável mudança do modelo, mas observou-se um aumento global dos recursos financeiros da saúde mental** (comparação 1999-2005: recursos anuais duplicaram – SMD, tabela 28). Certamente que devemos todos seguir lutando pela continuidade da ampliação dos recursos financeiros destinados à saúde mental no SUS.

b) os CAPS, que já existem desde 1987, **mostraram-se efetivos para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos em seu território**. Ocorrem problemas de gestão e organização do trabalho em muitos CAPS, mas as diversas avaliações realizadas demonstram sua efetividade. É necessário seguir qualificando os serviços, e completar a ampliação da rede necessária. A expansão, gerência, financiamento e qualificação dos CAPS será objeto de outra comunicação próxima ao Colegiado de Coordenadores.

c) ***não há insuficiência de leitos, mas baixa efetividade dos leitos existentes.*** Os leitos de longa permanência são 60 a 70% dos leitos em hospitais psiquiátricos. Além disto, é importante melhorar o desempenho do sistema de atenção às crises e emergências, especialmente em municípios com mais de 200.000 habitantes. Este é um problema real, que costuma ser analisado sob a perspectiva reducionista da falta de leitos em hospital psiquiátrico. O conceito a ser adotado é o de ***leitos de atenção integral em saúde mental*** (hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais), que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte, onde estes existirem. Em alguns municípios que enfrentaram crises recentes de fechamento unilateral de leitos privados (por exemplo, Salvador), ocorre uma crise conjuntural de escassez de recursos para internação e manejo das crises, por conta da insuficiência da rede extra-hospitalar; entretanto, tais situações não podem ser generalizadas para todo o país. O MS proporá uma reunião técnica com alguns municípios de grande porte onde esta questão do sistema crise-emergência-acolhimento integral é mais grave (valendo-se da experiência de alguns municípios que vêm enfrentando consistentemente esta questão, como Campinas, Aracaju, Sobral, Betim, Belo Horizonte, Caxias do Sul e outros).

d) o grupo de trabalho criado pela Portaria GM 222/05 analisou a questão dos ***valores das diárias***, e propôs um reajuste, diferenciado para os diversos portes hospitalares. Há restrições orçamentárias que impediram até o momento a concessão do aumento.

e) ***é inaceitável a afirmação da ABP de que a política de saúde mental exclui o psiquiatra.*** Ao contrário, a falta de psiquiatras na rede é um dos problemas mais relevantes para a saúde mental no SUS, e todos os gestores sabem disto. ***Precisamos de mais psiquiatras***, e estamos investindo no apoio a programas de formação (residências e outros), de modo a ampliar a formação destes profissionais. Em todos os lugares do país, especialmente no interior, faltam psiquiatras. Portanto, este é um problema comum, que os gestores do SUS compartilham com a ABP, e para o qual procuram soluções compartilhadas com as entidades associativas.

g) a afirmação de que a política não é baseada em evidências científicas ***desconhece ou quer desconhecer a competência técnica dos profissionais da saúde pública***, e todos os documentos técnicos, fontes bibliográficas e processos de avaliação que são utilizados permanentemente pelos gestores. Esta posição de desqualificação da psiquiatria exercida no campo da saúde pública deve ser – e já vem sendo – repelida. De todo modo, é preciso ampliar os processos de avaliação, e a produção de estudos e publicações sobre o vasto campo da saúde mental no SUS.

7. As considerações acima são encaminhadas aos gestores integrantes do COSAM para servir de subsídio ao debate pautado pela ABP. Sabemos que em vários estados a questão tem surgido, muita vezes como pressão direta sobre o coordenador estadual ou municipal de saúde mental. Por se tratar de política pública, o debate público dos princípios, diretrizes, metas, resultados obtidos e dificuldades obrigatoriamente terá a participação dos gestores. Estas manifestações de crítica à Reforma tendem a se manter no cenário, e por isto é importante que os coordenadores de saúde mental estejam de posse de dados e informações para apresentar o ponto de vista da gestão (especialmente no âmbito local e regional), assegurando, da parte do coordenador, um ambiente de debate objetivo,

sustentado em dados, e que de fato contribua para a discussão dos pontos relevantes para a saúde mental no SUS. Esta linha de argumentação – *contrapor os avanços reais da Reforma, sem deixar de discutir os desafios e dificuldades a serem enfrentados* – está presente no artigo publicado pelo jornal O Globo, de 27 de julho, que responde às críticas do presidente da ABP (Anexo IV).

8. Dito isto, é preciso enfatizar que existe uma agenda política pactuada entre os integrantes do COSAM, e o principal item dela são os *desdobramentos do Pacto pela Saúde e pela Vida*. Na última reunião, deliberamos que a Dra. Sandra Fagundes, integrante do COSAM e ex-secretária de saúde de Porto Alegre, estaria encarregada dos contatos e negociações com CONASS, CONASSEMS e outras instâncias que sejam necessárias, de modo a construir e viabilizar o **PACTO PELA SAÚDE MENTAL**, parte integrante do Pacto pela Saúde e Pela Vida. É necessário assegurar o financiamento das ações de saúde mental nos próximos anos, com ênfase no protagonismo da gestão municipal e estadual.

A equipe da Coordenação Nacional de Saúde Mental está à disposição de todos para a continuação deste debate e desta agenda. Agradecemos a atenção de todos para este comunicado, mais longo que o usual.

Saudações cordiais,

Pedro Gabriel Delgado
Coordenação Nacional de Saúde Mental

9- APÊNDICES



APÊNDICE 1

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL DE USUÁRIOS DOS CAPS DE CAMPINAS

IDENTIDADE

1. Se eu perguntasse quem são vocês, como se apresentariam?
[Existe algum momento marcante na vida de vocês, que gostariam de descrever?]
2. Como é o dia a dia de vocês?
[O que fazem? Onde vão? Com quem se encontram?]

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

3. Há quanto tempo estão fazendo tratamento no CAPS?
4. Pra que serve o CAPS?
[do que se tratam lá?]
[O que é bom e o que é ruim no CAPS, para vocês?]
[Muito se fala em PTI entre os profissionais, o que é isso? Quem monta esse projeto?]
[O que é referência e como funciona na prática?]
[Vocês podem participar de decisões no CAPS? De quais? Em que espaço? De que forma?]
[tem assembléia? Conselho local? – Pra que serve? Como funciona?]
5. Na opinião de vocês, como deveria funcionar o CAPS?

EXPERIÊNCIA DA LOUCURA

6. Vocês estão neste grupo por serem usuários do CAPS.
Vocês se sentem adoecidos?
[Quando isso começou?]
7. Fala-se que o leito do CAPS é para o usuário em crise. O que é crise para vocês?
[Alguém aqui já teve alguma crise? Pode descrever essa experiência?]
[Como vocês acham que deve ser tratado alguém em crise / como vocês gostariam de ser tratados no momento de uma crise?]
[é possível cuidar do usuário em crise no CAPS?]
[qual a diferença do tratamento do momento de crise no CAPS e no Hospital?]

MUDANÇA DE MODELO

8. Vocês já ouviram falar na mudança de modelo na assistência em saúde mental?
[O que entendem disso?]
[Como avaliam?]

APÊNDICE 2

PRIMEIRA NARRATIVA APRESENTADA AO GRUPO

USUÁRIOS DOS CAPS DE CAMPINAS

A não identificação do nome de cada um na pesquisa não faz sentido para nós. Pelo contrário, nosso nome é algo sagrado e tem muito valor. O que tiver que falar, nós falamos.

Só nós sabemos quem somos. Somos usuários dos CAPS.

Temos uma história de muitas perdas. Tínhamos uma vida comum até termos um choque: experimentar uma realidade muito diferente, que provocou complexo de inferioridade e sensação de ser perseguido. Tem traumas da infância que nos perseguem pela vida e viram doença mental. O desemprego também provocou a doença.

Chegamos ao CAPS depois de agressões, abandono.

No trabalho, quando adoecemos as pessoas não reconhecem. A família também abandona.

Tivemos muitas internações, conhecemos todos os hospitais. Neles nossa experiência foi de ficar fechados, amarrados.

Mesmo tento as coisas básicas: comida gostosa, horários, rotina, no hospital a experiência é de tristeza e solidão. Fica fechado por meses, até anos, sem o convívio da casa.

Nossa família usou do tempo da internação para nos abandonar – disseram que se internasse ficavam junto, e quando internamos, foram embora.

Durante a internação a gente se acha imprestável e quando sai, sai sem direção. Pouco tempo depois piora.

Sentimos algumas vezes, que o remédio no hospital era pra piorar, e fingir que tomava era a única saída para ter alta. Ficamos no hospital por meses e até anos.

Nos tratamos no CAPS de depressão, agressividade, perda de controle, tentativas de suicídio, maus pensamentos, cabeça atormentada, da sensação de não ser você, de ver pessoas te perseguindo, de esquizofrenia. Tem também o álcool, que com a depressão mistura tudo.

Começamos a melhorar depois que viemos para o CAPS, chegamos lá muito ruim, sem enxergar quase nada.

No CAPS temos atenção, a equipe sabe do que nós precisamos, confiam em nós. O CAPS nos devolveu a vida. Passamos a enxergar muito mais.

Fizemos nossos amigos lá, já deu até casamento. Essas relações foram pra fora do CAPS.

Consideramos os usuários e funcionários de lá como nossa família. Sentimos muita falta quando não vamos para lá.

No CAPS tem equipe: médico, psicólogos, terapeutas, enfermeiros, que lutam por nós, nos tratam bem, não amarram. Têm amor pelos pacientes.

Não precisamos ajudar a equipe. Mas já ajudamos vários colegas em crise, que nem a equipe estava conseguindo ajudar.

No nosso dia a dia, passamos a maior parte no CAPS, tratando, ajudando, fazendo amigos. Vamos também para a igreja e ficamos com a família, mais nos finais de semana.

Antes do CAPS, sentíamos que ficamos afastados da sociedade. Hoje estamos na sociedade de novo. Até nossa família voltou.

Não sabemos bem o que é projeto terapêutico, mas parece que um usuário fala, o funcionário fala, e vai se formando.

O tratamento funciona com funcionários que querem saber como você está, orienta os remédios, vê se tem que ir até a família, até o nosso meio.

Alguns vão ao CAPS todos os dias, têm “passe livre” ou se esquecem de tomar o remédio. Outros têm dia marcado para ir.

A necessidade de ir ao CAPS é negociada de acordo com a necessidade.

Já tivemos experiência de aumentar o número de dias de ir ao CAPS e isso diminuir a necessidade de ficar no leito.

Tem alguns grupos onde os funcionários querem saber da gente e onde a gente vai saber da vida do próximo.

E tem algumas festas, fora do dia de ir ao CAPS, onde a gente colabora com as coisas que sabe fazer: cozinha, organiza, conserta, consegue doações.

Quando coincidem atividades dentro do CAPS com outra em outros lugares, a gente pode escolher.

Os funcionários prestam contas à prefeitura, à Secretaria de Saúde e ao SUS.

Sobre referência, são algumas pessoas, médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeiros. Em alguns CAPS, são as primeiras pessoas que acolheram quando você chegou.

São os profissionais que cuidam mais de você, que se preocupam porque você não veio.

Alguém por quem você procura mais.

É uma equipe responsável por aquele grupo de pacientes.

Quando um enfermeiro que é da sua referência te aplica uma injeção, dá pra ter certeza que deu remédio mesmo.

O leito-noite do CAPS foi experimentado nos momentos de descontrole.

Quando as pessoas tentam suicídio, usam álcool. Já demos muito trabalho. Não deixamos ninguém dormir. Ficamos alguns dias até acertar o remédio. O jeito de o funcionário falar, ficar perto, explicar ajuda a entender o que é necessário naquele momento.

Os profissionais sabem quando é preciso ficar no leito-noite. Às vezes a gente recusa, vai embora e piora: não consegue dormir. Quando percebemos que estamos mal, pedimos ajuda. E quando percebemos que estamos melhores, fazemos tudo para ir embora.

Sabemos que não é o leito-noite que resolve nossos problemas. Ficar na casa da gente é muito melhor. Ficar com a família, chorar, perambular um pouco recupera melhor.

A noite no CAPS é solitário, de dia é mais alegre, tem mais gente.

Quando o CAPS não tem leito e temos que usar o leito de outro CAPS, a solidão é igual a do hospital. Não temos confiança e aí recusamos o tratamento.

Ter uma crise é passar mal, ter vontade de quebrar tudo. Em alguns momentos já dá pra pedir ajuda antes de acontecer. Nesses momentos até já solicitamos contenção.

Às vezes, quando quebram coisas no CAPS, a gente faz uma caixinha para repor.

A Assembléia é um espaço onde se coloca ordem no CAPS, fala do que está ruim para melhorar, conseguem-se coisas: como voltar um grupo que acabou, algumas reformas.

Tem participação de todos os funcionários: coordenador, médico, faxineiras.

Em alguns CAPS, essa organização está mais fraca: pouca gente participa, não vai médico nem coordenador. Acabou até sumindo o livro ata, onde dia muitas idéias boas.

Tem CAPS que os coordenadores estão junto o tempo todo, em outros, até assumem coisas que não são para fazer. Mas precisam de ajuda, tem CAPS onde são muito sozinhos.

Conselho Local de Saúde poucos sabem o que é.

Quem já participou diz que tem eleição e quem ganha tem que correr atrás de coisas que o CAPS precisa e de melhorar o que tem de errado lá dentro.

Às vezes faltam coisas básicas como o papel higiênico. Mas nos CAPS do Cândido Ferreira não falta nada, até sobra. Então precisamos ver se está indo para outro lugar.

Temos críticas quanto a alguns funcionários que se preocupam mais com seus problemas do que com os problemas dos usuários, de algum horário de alimentação quanto às portas trancadas de alguns espaços para mantê-los limpos e organizados.

Apesar de reconhecermos que às vezes tem mal uso: fumar dentro do quarto, fazer sexo lá, o banheiro não dá pra ficar trancado..

Para nós, o CAPS ideal seria feito de pessoas de fibra, com empatia, que sabe da dor do outro onde dói. Que sabe da ansiedade da gente em já ter feito tanta coisa. Pessoas maduras, responsáveis, com estudo. Que respeitem e gostem de estar ali.

O espaço também é importante. Quem tem esquizofrenia se sente sufocado, tem que ter espaço aberto. Deveria ser maior.

Há um desejo de cura: despertar para a vida, ser ativo, ser útil para a sociedade.

Algumas vezes achamos que estávamos curados, que não precisava tomar remédio. Mas, cura não tem. Tem melhora: estar num bom ritmo, saber administrar a vida, a família, se sentir mais dono do próprio corpo, isso é um voto de cura. O remédio ajuda a aliviar os maus pensamentos.

Da Luta Antimanicomial, achamos que tem pouca participação.

E da Reforma Psiquiátrica, entendemos que é o tratamento não dentro do hospital: enjaulado, sofrendo lá dentro. É o tratamento no CAPS, livre.

Não dá pra melhorar preso.

Quando se tem uma crise em casa e é de dia, a perua do CAPS vai nos buscar. Se for a noite, vem a ambulância do SAMU para ajudar.

No CAPS dá para passar pra outras pessoas o que você sabe, fazer trabalhos.

A sociedade é a mente vazia. As oficinas ajudam a gente a melhorar, por mais que seja difícil.

O CAPS mudou nossa relação com a doença, com o sofrimento.

Antes o mundo parecia uma coisa só. Hoje sabemos administrar melhor nossa vida, o que temos que fazer e o que não temos.

A família às vezes fica até preocupada, porque começamos a experimentar outras coisas do que eles fazem, como mudanças em relação à religião.

Ainda sentimos por exemplo a sensação de ter uma cabeça que não é a nossa. Mas agora somos mais donos dela.

Tem que ter paciência, demora para sair do CAPS.

Temos desejo de sair, mas não nos sentimos prontos ainda.

Sentir que não sara, leva a tentar se matar. Mas essas tentativas deixam marcas, vários se machucaram muito. E foram mal tratados em hospitais por funcionários que zombaram dessa tentativa.

E quem garante o que tem depois da morte? Vai que é pior?

Poesia sabemos o que é, temos poetas entre nós:

Poesia é uma expressão artística do sentimento humano da angústia, da dor.

APÊNDICE 3

EIXOS PARA DISCUSSÃO DO 2º GRUPO FOCAL

1. Rede de serviços: acesso – saúde – intersetoriais
2. Benefícios - de que forma auxiliam
3. Grupos – qual impacto?
4. Compreensão da dimensão do social – resgate em que aspectos?

APÊNDICE 4

NARRATIVA CONSTRUÍDA A PARTIR DO SEGUNDO GRUPO FOCAL

USUÁRIOS DOS CAPS DE CAMPINAS

A não identificação do nome de cada um na pesquisa não faz sentido para nós. Pelo contrário, nosso nome é algo sagrado e tem muito valor. O que tiver que falar, nós falamos.

Só nós sabemos quem somos. Somos usuários dos CAPS.

Quando começa o adoecimento, quem tem não percebe.

Alguns de nós tínhamos uma vida comum até ter um choque: experimentar uma realidade muito diferente, que provocou complexo de inferioridade e sensação de ser perseguido.

Outros fomos marcados desde a infância pela fome e pela miséria. Tem traumas da infância que nos perseguem pela vida e viram doença mental.

O desemprego também provoca a doença.

Temos nossas histórias marcadas pelas perdas e nossos corpos marcados, algumas vezes por nós mesmos.

Chegamos ao CAPS depois de agressões, abandono.

Alguns de nós vivenciamos trabalhar em troca de um prato de comida, sem dignidade. Mas hoje já tem leis que garantem direitos.

No trabalho, quando adoecemos as pessoas não reconhecem.

Alguns de nós fomos abandonados pela família, outros contam com seu carinho. Mas acreditamos que eles têm dificuldade para entender o tratamento do CAPS.

Tivemos muitas internações, conhecemos todos os hospitais. Neles nossa experiência foi de ficar fechados, amarrados.

Mesmo tendo as coisas básicas: comida gostosa, horários, rotina, no hospital a experiência é de tristeza e solidão. Fica fechado por meses, até anos, sem o convívio da casa.

A diferença entre os hospitais é que os ruins são fechados, com muros e grades, e com funcionários que parecem ser treinados para tratar de animais.

Os bons hospitais são aqueles mais abertos, o que permitiu a todos nós fugir deles.

Algumas fugas foram punidas com quarto - forte. E outras nos fizeram experimentar pessoas nos olhares como lixo, como loucos.

Acreditamos que loucos existem nos hospitais, não nos CAPS. Aqui, até o pior paciente consegue se controlar mais.

Nossa família usou do tempo da internação para nos abandonar – disseram que se internasse ficavam junto, e quando internamos, foram embora.

Por vezes, quebrávamos coisas na tentativa de sermos colocados para fora. Mas, pelo contrário, além de ficarmos marcados pelas cicatrizes, ou aumentava nosso tempo de internação ou alguns profissionais ameaçavam nos mandar para hospitais piores.

Parece que no hospital a única coisa que importa é o remédio, ninguém tem paciência, não conversam. Achamos que dopam os pacientes para não darem trabalho.

Sentimos algumas vezes, que o remédio no hospital era pra piorar, e fingir que tomava era a única saída para ter alta.

Durante a internação a gente se acha imprestável e quando sai, sai sem direção. Pouco tempo depois piora.

Acreditamos que a diferença da internação no hospital é que os médicos não avaliam sua saúde, mas o seu comportamento, o que você diz. E você quer sair, e se esforça ao máximo para demonstrar que você ta bom, ta se controlando.

Você passa a ser passivo, como se estivesse representando um personagem. Representando a idéia que o médico quer ter de você.

Já no CAPS, você é cuidado, tem o seu histórico. Se você está doente, você é avaliado por aquilo que está passando.

No CAPS tem mais chance de ficar melhor. Você não precisa forçar a alta porque quando sai da crise continua fazendo seu acompanhamento lá. Vem todos os dias, uma vez por semana, conforme ficar marcado. São períodos mais curtos de internação.

Quando vamos ao CAPS, nos colocamos no lugar do outro que está em crise, sabemos que em outros momentos nós é que estávamos assim. Percebemos que melhoramos.

Acreditamos que dá pra cuidar da crise no CAPS. O difícil é a primeira vez. Depois que conhece a pessoa, dá pra controlar melhor.

Às vezes vemos alguns usuários quebrando coisas no CAPS e achamos que é uma questão de ter mais consciência, cuidar do espaço que está tão bom.

E depois que estamos no CAPS apenas um de nós ainda precisou internar.

Alguns médicos que conhecemos nos hospitais, hoje também estão nos CAPS.

Nos tratamos no CAPS de depressão, falta de ânimo, de não nos cuidar, agressividade, perda de controle, tentativas de suicídio, maus pensamentos, cabeça atormentada, da sensação de não ser você, de ver pessoas te perseguindo, de esquizofrenia e de problemas de humor: ficar muito alegre ou triste demais. Tem também o álcool, que com a depressão mistura tudo.

Começamos a melhorar depois que viemos para os CAPS, chegamos lá muito ruim, sem enxergar quase nada.

No CAPS temos atenção, a equipe sabe do que nós precisamos, confiam em nós. Os CAPS nos devolveram a vida. Passamos a enxergar muito mais.

Fizemos nossos amigos lá. Essas relações foram pra fora do CAPS, já deu até casamento.

Consideramos os usuários e funcionários de lá como nossa família. Sentimos muita falta quando não vamos para lá. No CAPS nos sentimos tranqüilos.

No CAPS tem equipe: médico, psicólogos, terapeutas, enfermeiros, que lutam por nós, nos tratam bem, não amarram. Têm amor pelos pacientes.

Alguns de nós já fomos ajudados em questões materiais como cesta básica em momentos difíceis. Mas muitas vezes, ter alguém para nos ouvir lá, já basta. Acreditamos que cuidam de nós de várias formas, não só da saúde, mas da vida da gente. Preocupam-se em saber como estamos.

Quando começamos a produzir algumas coisas, os funcionários são os primeiros a comprar, valorizam o que a gente faz. Num natal, uma de nós fez uma carta de agradecimento à equipe, e eles acharam que era uma carta de despedida. Estão sempre atentos.

Não precisamos ajudar a equipe. Mas já ajudamos vários colegas em crise, que nem a equipe estava conseguindo ajudar.

Um problema que acontece é que quando a gente conta do CAPS, todo mundo quer correr pra se tratar lá. Mas não é assim, tem que precisar. Ir no posto de saúde e o médico ver se precisa.

Alguns de nós passamos a maior parte no CAPS, tratando, ajudando, fazendo amigos. Até sabemos de atividades fora do CAPS, como grupo de terceira idade, por exemplo, mas nunca fomos. Vamos também para a igreja e ficamos com a família, mas é mais nos finais de semana.

Outros já vamos menos ao CAPS porque a cabeça voltou a funcionar. Alguns de nós estamos fazendo nossa própria comida e não nos alimentamos mais lá. Outros viramos cuidadores de familiares ou trabalhamos para fora, e temos algum lazer sem precisar do CAPS.

Antes do CAPS, sentíamos que ficamos afastados da sociedade. Hoje estamos na sociedade de novo: recuperamos a dignidade. Algumas de nossas famílias voltaram, outras continuam tendo uma relação ruim, mas hoje temos respeito dentro de casa.

Nossos CAPS são diferentes: têm atividades e espaços diferentes. Têm alguns que são do Cândido Ferreira, outros não.

Às vezes, quando quebram coisas, em alguns CAPS, a gente faz uma caixinha para repor. Alguns de nós valorizamos a participação prestando serviços e levando utensílios para o CAPS, como forma de gratidão ao que foi conquistado naquele serviço.

Mas se o CAPS for do Cândido Ferreira, os usuários não tem que por a mão no bolso, não. Qualquer coisa que precisar para as atividades é só pedir.

Não sabemos bem o que é projeto terapêutico, mas parece que um usuário fala, o funcionário fala, e vai se formando.

O tratamento funciona com funcionários que querem saber como você está, orienta os remédios, vê se tem que ir até a família, até o nosso meio.

Alguns vão ao CAPS todos os dias, têm “passe livre” ou se esquecem de tomar o remédio. Outros têm dia marcado para ir.

Em alguns CAPS os profissionais definem em reunião entre eles, em quais atividades você vai participar, em outros CAPS os usuários podem escolher entre as atividades de dentro e fora do CAPS que querem participar.

A organização da medicação pelos funcionários é algo que nos ajuda muito. Alguns de nós tivemos experiências muito ruins com grandes quantidades distribuídas pelos postos de saúde.

A frequência de ir ao CAPS é negociada de acordo com a necessidade.

Já tivemos experiência de aumentar o número de dias de ir ao CAPS e isso diminuir a necessidade de ficar no leito.

Tem alguns grupos onde os funcionários querem saber da gente e onde a gente vai saber da vida do próximo.

Tem grupo de referência, passeio, culinária, pintura, jornal, música, corporal, e atendimentos individuais, que tem dia marcado. E alguns estagiários que nos atendem.

Dos atendimentos saímos mais leves, mais alegres, aprendemos coisas.

Acreditamos que os grupos ajudam a compartilhar dificuldades e ver que tem pessoas com problemas maiores. Dá pra ajudar os outros.

Às vezes a vida se concentra no problema e, enquanto o remédio não faz efeito, a gente vai preenchendo o dia com outras coisas.

A terapia ajuda na valorização de cada um, a melhor coisa é você sentir que é útil, sentir que é capaz de fazer alguma coisa. Faz um colarzinho e as pessoas querem saber se foi você mesmo quem fez. Isso traz alegria, satisfação. É a sensação de superar barreiras.

O remédio ajuda a aliviar os maus pensamentos, e têm alguns que dá para mudar: a injeção pode ser opção ao amargo. Mas tem também os efeitos colaterais: mal estar, zonzeira, moleza, que mistura com o tédio de não ter uma ocupação e parece nos manter sem disposição, sem atitude.

Fora do dia de ir ao CAPS, às vezes algumas festas, onde a gente colabora com as coisas que sabe fazer: cozinha, organiza, conserta, consegue doações.

Tem algumas atividades que acontecem fora do CAPS, como o passeio ao shopping, ao cinema, à praia.

Quando chegamos no serviço, importava poder ir para aquele lugar, não importava quem atendesse. Agora, quando pensamos no CAPS, pensamos em algumas pessoas.

Sobre referência, são algumas pessoas, médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeiros. Em alguns CAPS, são as primeiras pessoas que acolheram quando você chegou.

São os profissionais que cuidam mais de você, que se preocupam porque você não veio.

Alguém por quem você procura mais.

É uma equipe responsável por aquele grupo de pacientes.

Quando um enfermeiro que é da sua referência te aplica uma injeção, dá pra ter certeza que deu remédio mesmo.

O leito-noite do CAPS foi experimentado nos momentos de descontrole.

Quando as pessoas tentam suicídio, usam álcool. Já demos muito trabalho. Não deixamos ninguém dormir. Ficamos alguns dias até acertar o remédio. O jeito de o funcionário falar, ficar perto, explicar ajuda a entender o que é necessário naquele momento.

Os profissionais sabem quando é preciso ficar no leito-noite. Às vezes a gente recusa, vai embora e piora: não consegue dormir. Quando percebemos que estamos mal, pedimos ajuda. E quando percebemos que estamos melhores, fazemos tudo para ir embora.

Sabemos que não é o leito-noite que resolve nossos problemas. Ficar na casa da gente é muito melhor. Ficar com a família, chorar, perambular um pouco recupera melhor.

A noite no CAPS é solitário, de dia é mais alegre, tem mais gente.

Quando o CAPS não tem leito e temos que usar o leito de outro CAPS, a solidão é igual a do hospital. Não temos confiança e aí recusamos o tratamento.

Ter uma crise é passar mal, ter vontade de quebrar tudo. Em alguns momentos já dá pra pedir ajuda antes de acontecer. Nesses momentos até já solicitamos contenção.

Com o tratamento, vieram também alguns benefícios como o cartão de Transporte Intermunicipal, Programa de Volta para Casa, Benefícios do INSS, Auxílio Doença, Transporte Coletivo Gratuito (FUI), Bolsa Família e a própria alimentação oferecida no CAPS.

Esses benefícios ajudam a aumentar os lugares que a gente pode conhecer, aumenta a nossa auto-estima: pela primeira vez pudemos colocar próteses dentárias, comprar materiais para confeccionar produtos para vender, comprar roupas, presentear a família no natal.

Os funcionários prestam contas à prefeitura, à Secretaria de Saúde e ao SUS.

Achamos de deveriam ser melhor remunerados, porque a saúde mental é barra feia, damos trabalho! Os profissionais têm que ser capacitados.

Alguns de nós achamos difícil avaliar os CAPS, por já não freqüentar o serviço diariamente.

Outros temos críticas quanto a alguns funcionários que se preocupam mais com seus problemas do que com os problemas dos usuários e achamos que é nossa responsabilidade levar ao conhecimento da coordenação do CAPS para providências.

Alguns se queixam do horário de alimentação e quanto às portas trancadas de alguns espaços para mantê-los limpos e organizados.

Apesar de reconhecermos que às vezes tem mal uso: fumar dentro do quarto, fazer sexo lá, o banheiro não dá pra ficar trancado.

Quem freqüenta diariamente e faz uso do leito-noite se queixa dos constantes sumiços de roupas e outros pertences pessoais. O serviço não se responsabiliza por isso.

Outra queixa é quando temos cigarros guardados no CAPS e alguns funcionários dão para outros usuários, sem nossa permissão e sem a menor consideração. Achamos isso muito ruim.

Alguns CAPS tem o “cigarro da casa” e deveriam dar desses e não os de quem tem dono.

Uns acham que tem usuários privilegiados no CAPS, outros acham que todo mundo acaba sendo privilegiado em algum momento.

Alguns de nós utilizamos os Centros de Saúde para fazer acompanhamento, exames de rotina, acompanhar familiares. Outros, só quando o médico do CAPS encaminha. E uma de nós vai tanto ao CAPS que se acha sem tempo de ir ao Centro de Saúde

Para nós, o CAPS ideal seria feito de pessoas de fibra, com empatia, que sabe da dor do outro onde dói. Que sabe da ansiedade da gente em já ter feito tanta coisa. Pessoas maduras, responsáveis, com estudo. Que respeitem e gostem de estar ali. O espaço também é importante. Quem tem esquizofrenia se sente sufocado, tem que ter espaço aberto. Deveria ser maior.

A Assembléia é um espaço onde se coloca ordem no CAPS, fala do que está ruim para melhorar, conseguem-se coisas: como voltar um grupo que acabou, algumas reformas. Tem participação de todos os funcionários: coordenador, médico, faxineiras. Em alguns CAPS, essa organização está mais fraca: pouca gente participa, não vai médico nem coordenador. Acabou até sumindo o livro ata, onde dia muitas idéias boas. Mas achamos que é um espaço que vale a pena participar para definir as diretrizes.

Tem CAPS que os coordenadores estão junto o tempo todo, em outros, até assumem coisas que não são para fazer. Mas precisam de ajuda, tem CAPS onde são muito sozinhos.

Cobramos aqui o maior empenho de alguns usuários em fazer mudanças dentro do CAPS, através de rodas, conselho e cartas ao secretário de saúde. Isso já gerou conquistas. Quem não participou de nenhum movimento está saindo do grupo levando essa idéia: união que faz a força para benefício de todos.

Conselho Local de Saúde poucos sabem o que é. Quem já participou diz que tem eleição e quem ganha tem que correr atrás de coisas que o CAPS precisa e de melhorar o que tem de errado lá dentro. Às vezes faltam coisas básicas como o papel higiênico. Mas nos CAPS do Cândido Ferreira não falta nada, até sobra. Então precisamos ver se está indo para outro lugar.

Não conseguimos nem pensar do CAPS não existir. Achamos que estaríamos internados até hoje, os hospitais estariam cheios.

Não temos certeza de quem criou os CAPS: se os primeiros serviram de modelo para a criação de outros, se foi o Paidéia. Abençoado quem inventou!

Há um desejo de cura: despertar para a vida, ser ativo, ser útil para a sociedade. Algumas vezes achamos que estávamos curados, que não precisava tomar remédio. Mas, cura não tem. Tem melhora: estar num bom ritmo, saber administrar a vida, a família, se sentir mais dono do próprio corpo, isso é um voto de cura. A vontade de morrer foi embora, aprendemos ter mais controle sobre nós.

Da Luta Antimanicomial, achamos que tem pouca participação. E da Reforma Psiquiátrica, entendemos que é o tratamento não dentro do hospital: enjaulado, sofrendo lá dentro. É o tratamento no CAPS, livre.

Não dá pra melhorar preso.

Quando se tem uma crise em casa e é de dia, a perua do CAPS vai nos buscar. Se for a noite, vem a ambulância do SAMU para ajudar.

No CAPS dá para passar pra outras pessoas o que você sabe, fazer trabalhos.

A sociedade é a mente vazia e as oficinas ajudam a gente a melhorar, por mais que seja difícil.

O CAPS mudou nossa relação com a doença, com o sofrimento.

Antes o mundo parecia uma coisa só. Hoje sabemos administrar melhor nossa vida, o que temos que fazer e o que não temos.

A família às vezes fica até preocupada, porque começamos a experimentar outras coisas do que eles fazem, como mudanças em relação à religião.

Ainda sentimos por exemplo a sensação de ter uma cabeça que não é a nossa. Mas agora somos mais donos dela.

Assumimos outra postura frente a doença e a vida: isso melhora bastante. É preciso levantar a cabeça, seguir o tratamento.

Tem que ter paciência, demora para sair do CAPS.

Temos desejo de sair, mas não nos sentimos prontos ainda.

Sentir que não sara, leva a tentar se matar. Mas essas tentativas deixam marcas, vários se machucaram muito. E foram mal tratados em hospitais por funcionários que zombaram dessa tentativa.

E quem garante o que tem depois da morte? Vai que é pior?

Hoje conseguimos perceber que não é só o CAPS e o remédio que ajuda a melhorar. A religião dá forças para encarar problemas do dia a dia. Não a igreja, mas a fé.

Alguns de nós acreditamos ter recebido bênçãos: não faltar encomendas no trabalho, diminuição importante da quantidade de medicação que toma.

Nas nossas orações sempre pedimos pelos funcionários do CAPS.

O cinema, a televisão, uma amizade sincera, alguém que confie em nós, também são recursos que percebemos que nos ajuda a melhorar e que usamos quando não estamos bem. Nem tudo precisa correr para o CAPS.

Quando estamos bem conseguimos ajudar os outros, dar conselhos, ensinar coisas. Um de nós experimentou ir com o grupo de pagode do CAPS se apresentar no lar dos velhinhos.

Poesia sabemos o que é, temos poetas entre nós:

Poesia é uma expressão artística do sentimento humano da angústia, da dor.

Quanto à possibilidade de mais encontros propostos como oficinas gostaríamos de discutir os temas: como a sociedade vê o doente mental?; O que pretendem as diversas escolas de psicologia?; conhecer atividades além do CAPS, diferentes culinárias e oficinas de escrita – para contar em detalhes, a história do que sentimos.