

XII CONLAB

Título:

Livro de Atas do 1º Congresso da Associação Internacional
de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa 2015,

Isabel Corrêa da Silva, Marina Pignatelli e Susana de Matos Viegas (Coord.)

Capa, revisão e paginação: Leading Congressos

1ª edição: janeiro de 2015

ISBN: 978-989-99357-0-9

GT 11

Instituições psiquiátricas nos países lusófonos (séculos XX e XXI): modelos, heranças e reformas

Saúde Mental e Atenção Básica: Análise da implementação de ações de saúde pela perspectiva dos usuários

Maria Inês Badaró-Moreira

e-mail: mibadaro@gmail.com

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP Baixada Santista

Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva

Co-autor: Rosana Teresa Onocko-Campos

Filiação institucional: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Resumo: Dentre tantos desafios no campo da saúde mental no Brasil, o mais expressivo tem sido a efetivação de um plano de cuidados ao sofrimento psíquico nos serviços de atenção básica à saúde. A constituição das redes de atenção psicossocial instituiu um desenho modelar para o cuidado de pessoas pautadas por ações realizadas prioritariamente em espaços coletivos com ampla inserção dos usuários e seus familiares de forma articulada. Este estudo evidenciou diferentes desafios na implementação de ações de saúde mental na atenção básica e em diferentes pontos da rede de atenção à saúde, pela perspectiva dos usuários. Dentre tantos desafios relatados pelos usuários pode-se perceber a articulação, a efetivação de planos de cuidados ao sofrimento psíquico nos serviços, o planejamento do cuidado, a vida em comunidade, a dificuldade de manutenção de suas redes sociais e também a elaboração de projetos terapêuticos construídos com a participação da equipe, dos usuários e dos familiares.

Palavras-chave: saúde mental, atenção básica, rede de atenção psicossocial, reabilitação psicossocial, saúde coletiva.

1. As transformações na atenção à Saúde Mental no Brasil

A proposta atual da assistência em saúde mental no Brasil é a de produção de plano de cuidados comunitários com a inserção dos portadores de sofrimento psíquico nos diferentes espaços sociais. Vários serviços substitutivos à internação psiquiátrica foram implantados nos municípios brasileiros, resguardando a atenção em saúde mental em liberdade em uma rede loco-regional de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde destacou a necessidade de estruturar uma ampla rede de atenção em Saúde Mental: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os leitos em Hospitais Gerais, as Residências Terapêuticas, os Centros Comunitários e as Cooperativas Sociais (BRASIL, 2004).

Pelos dados do Ministério da Saúde, houve uma sensível retração de leitos hospitalares - de 120 mil para 40 mil nos últimos 10 anos - e de efetiva expansão do tratamento centrado na comunidade - de 180 para mais 1700 CAPS nos últimos 10 anos- (BRASIL, 2010). Esta vertiginosa curva de abertura de novos serviços revela que do ponto de vista da estruturação dos serviços, inverteu-se a direção de aplicação de recursos com a criação de novos serviços abertos. Os serviços substitutivos à internação, os chamados CAPS se tornaram espaços responsáveis por uma região e por integrar as demais ações de saúde, atendendo aos postulados de acessibilidade e qualidade do sistema de saúde implantado. Se em 1990, havia 12 CAPS em funcionamento; cinco anos depois, eram 63; em 2000 havia 208; em 2012 já somavam 1.742 CAPS funcionando no território nacional. A rede de CAPS tem 822 CAPS I, 431 CAPS

II, 63 CAPS III, 149 CAPSi (infantil) e 272 CAPSad (para atendimento de usuários de álcool e drogas), presentes em todos os Estados da Federação.

Além disso, nos últimos anos, há uma evidente preocupação com a integração das ações em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, com equipes matriciais para dar suporte ao trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como necessidade de abertura de Centros de Convivência (CC). Nesta conjuntura, cada vez mais, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III vem se tornando importante articulador do cuidado em saúde mental e não mais um agente absoluto neste cenário (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009). Com este novo modo de funcionamento e organização dos serviços da Saúde Mental o usuário é inserido como ponto central e suas necessidades de saúde devem nortear as ações territoriais.

Desde 2001, as discussões sobre um plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica vêm se avolumando e se constituindo em propostas sobre a articulação/integração das estratégias de saúde da família com as ações de saúde mental. Dentre as propostas pode-se destacar a qualificação da escuta e compreensão da dinâmica familiar no contexto das ESF, a incorporação da promoção em saúde mental nas ações voltadas a grupos específicos, acompanhamento de usuários dos CAPS, construção de intervenções terapêutica de forma personalizada, construir novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade, dentre outras ações que visam a manutenção do sujeito em seu espaço existencial (Brasil, 2011).

No Brasil são consideráveis os movimentos no sentido de construir e consolidar um sistema de saúde que se mostre universal, equânime e integral de fato. Desses movimentos nasceu, nos anos 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988. De lá pra cá, os desafios se avolumam, contudo, o SUS vem se expandindo notavelmente ao longo dos anos (Lyra, 2007). Os avanços desse trajeto resultaram na adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), surgida em 1994, como base estruturante do SUS, possibilitando maior acesso da população aos cuidados de saúde, a composição da rede assistencial de atenção básica, a reafirmação dos princípios e a consolidação destes (Lyra, 2007; Dalla Vecchia e Martins, 2009).

Em 1994, o Brasil instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) e em 2006 adotou um desenho específico para a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 1994 e Brasil, 2006). Os números revelam o crescimento da Atenção Básica em Saúde no território nacional e com isso o Ministério da Saúde (MS) reafirma a centralidade da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, ao definir que a acessibilidade e equidade devem ser ordenadas pela atenção primária, desde que considerada a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo (Brasil, 2011).

Como subsídio para a constituição das redes de atenção à saúde no SUS, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS/MS, 2011) reiterou a estratégia de complexas redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária como princípio essencial para enfrentar o cenário contemporâneo das necessidades de saúde, e acabar com a fragmentação que enfraquece a maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil. Em consequência disso, o MS instituiu a centralidade para a Atenção Primária como ordenadora de toda rede de assistência (Brasil, 2011).

Para Mendes (2011) a maior complexidade de atenção em saúde deve recair sobre a Atenção Primária em atender 85% dos problemas de saúde, Este ponto da rede deve empreender maiores esforços e tecnologias de cuidar além de promover mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde. Nesse contexto, o arranjo organizacional para o trabalho em saúde com de equipes de referência e apoio matricial podem produzir uma cultura que estimule compromisso das equipes nos processos de trabalho e nos territórios em que trabalham (Campos & Domitti, 2007). No que diz respeito à assistência em saúde mental esse trabalho tem o intuito de potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na atenção básica, permitindo trocas de saberes entres os trabalhadores e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários.

Em pesquisa sobre a construção de indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do Estado de São Paulo (Onocko-Campos; Furtado, 2011) evidenciou significativa diversidade nas condições e maneiras em que as equipes relatam o cotidiano do processo de trabalho no serviço. A pesquisa revelou pelos relatos dos trabalhadores a dificuldade de articulação entre os pontos da rede. Notou-se também que não há consenso na compreensão das ações que um serviço específico, no caso, o CAPS III deveria realizar, além disso, os

trabalhadores destacaram forte divergência sobre a clínica necessária para os usuários mais graves, uma vez que as situações de crise e urgência dominam o cotidiano do processo de trabalho, não dando tempo necessário para se articular com demais pontos ou planejar o adequado cuidado para os usuários mais graves.

Deste ponto de vista, em seus aspectos técnicos e organizacionais, o processo de desinstitucionalização brasileiro vem avançando consideravelmente. Entretanto, importa neste momento dirigir o olhar para o fluxo desta rede e, sobretudo, para como o usuário percebe a articulação entre as redes de atenção à saúde. Esta pesquisa constituiu um olhar cuidadoso sobre o cotidiano da assistência à saúde mental a partir da remodelagem das RAPS/RAS, para além do encantamento com o aumento de serviços abertos em busca de uma análise necessária do que se tem produzido na atualidade no atendimento ao sofrimento psíquico assistido em liberdade. Em vista disso convocamos os próprios usuários para dizer como as mudanças na política têm incidido sobre suas vidas. Com estes resultados esperamos contribuir com um olhar sobre a direção que a reforma psiquiátrica está seguindo e oferecer subsídios do cotidiano para efetivação de necessárias transformações, por meio de avaliação dos serviços pela perspectiva daqueles que melhor pode falar sobre eles: seus usuários.

2. Método

A noção de participação em pesquisa em saúde é bastante polissêmica e tem se ampliado desde a Constituição de 1988, sobretudo no que concerne ao vínculo entre participação e políticas públicas, destacando-se no setor saúde. Já existe uma tradição e acúmulo em compartilhamento especialista e não especialista nas pesquisas, que ocorrem por meio da pesquisa-ação e pesquisa participante (Brandão e Streck, 2006; Thiollent, 2006). Neste estudo, a análise dos serviços, tem característica de uma pesquisa avaliativa em que se tem acrescido o interesse pela inserção de não especialistas (Minayo et al, 2005; Avritzer, 2011), no nosso caso, o interesse, se voltou especificamente para os usuários dos serviços.

Furtado e Onocko-Campos (2008) destacam a necessidade de constituir novas formas de participação direcionadas aos processos de produção de conhecimento e avaliação das políticas públicas. Neste sentido, a orientação de uma proposta de avaliação participativa deveria propiciar a inclusão de diferentes pontos de vistas e valores dos envolvidos com os serviços; viabilizar e ampliar a utilização dos resultados; considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e em particular, da pesquisa avaliativa e deveria também prever o trabalho de empoderamento dos grupos/pessoas envolvidas com os serviços avaliados, possibilitando que se apropriem dos conhecimentos gerados durante a realização da avaliação (Guba & Lincol, 2011; Furtado, 2012).

As pesquisas avaliativas com metodologias participativas em pesquisas na área de saúde mental confirmam sua necessidade nas transformações decorrentes da estruturação do SUS e no convite à participação dos movimentos sociais em diversas instâncias no âmbito da saúde pública neste campo específico. Diferentes processos avaliativos com metodologias participativas vêm demonstrando sua importância e é notável a contribuição destes estudos para a constante transformação dos serviços. A avaliação participativa realizada por Laperrière et al (2007) superou processos comuns em que há evidente desnível entre os sujeitos/participantes de pesquisas, ou a utilização dos “colaboradores” apenas como fornecedores de informações e consequentemente ampliou as maneiras de olhar para os participantes de pesquisas de um modo a incluí-los em diferentes momentos do processo.

Avançando ainda mais, nesta perspectiva participativa, a pesquisa qualitativa sobre o a construção de indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III, realizada no estado de São Paulo, evidenciou importantes questões ligadas ao cotidiano destes serviços tendo os profissionais e gestores como principais informante-participantes (Onocko-Campos, 2010). A equipe envolvida nesta extensa pesquisa produziu um exercício dialógico contínuo com os participantes para compartilhamento de saberes a fim de elaborar um conjunto de possíveis indicadores para avaliação em saúde mental. Desenhou-se um complexo processo de pesquisa-intervenção em que os participantes-trabalhadores foram envolvidos em um processo formativo enquanto participavam da pesquisa e assim se produziu forte massa crítica nos próprios serviços (Furtado et al, 2013).

Este processo formativo em uma pesquisa com metodologia participante chamou a atenção para a possibilidade de também buscar entre os usuários aqueles que pudessem trazer reflexões sobre a saúde pública e que já tivessem olhar crítico sobre a política pública de saúde e que, por conseguinte, apresentavam algum interesse ou curiosidade sobre o desenvolvimento de um processo de pesquisa.

Deste modo, optou-se por contatar possíveis participantes para esta pesquisa em espaços externos aos equipamentos e também aos serviços, a partir de contatos diretos em eventos reivindicatórios e de mobilizações sociais em que usuários de saúde mental estivessem presentes. A partir deste contato, os usuários foram incentivados a convidar outros possíveis participantes a debater esta temática voluntariamente, em sistema de *snowball*, que é uma técnica em que os participantes iniciais passam a indicar os novos participantes, que por sua vez indicam novos e assim sucessivamente esta prevê uma amostra inicial que utiliza cadeias de referência, em uma rede de indicações (Baldin; Munhoz, 2011).

Com esta construção da amostra constituímos um grupo aberto de debate livre com frequência oscilante de mais de 18 participantes de diferentes Núcleos de Atenção Psicossocial, de duas cidades localizadas no litoral de São Paulo, Brasil. Destes, doze participantes se mantiveram mais frequentes e se reuniram semanalmente durante seis meses em uma sala de aula da Universidade Federal de São Paulo na cidade de Santos.

Após a apresentação da pesquisa, os encontros iniciais serviram para construção de vínculos e levantamento de temáticas do grupo. Neste período de apresentação dos pontos da pesquisa, os temas centrais eram apresentados ao grupo que debatiam livremente sobre cada um deles. A seguir os encontros se constituíram a partir das demandas de assuntos dos próprios usuários que se originaram nos encontros iniciais e permearam diversos assuntos, tais como acolhimento ao usuário, abordagem em situação de crises, hospitalidade, plano terapêutico singular, apoio à família, apoio da família, rede afetiva, apoio social, cotidiano na comunidade, dentre outros assuntos de interesse do grupo.

Todos os encontros foram gravados e transcritos. No início de cada encontro, o relato anterior era apresentado aos participantes para adequação, revisão e validação do seu conteúdo. Esta analítica exigiu a compreensão dos itinerários e das redes pessoais dos usuários tal como indica Ricouer (1988), se afastando claramente do que se pretende em uma interpretação dos dados coletados. Sendo assim a análise dos relatos produzidos nos encontros se constituiu em material fundamental para uma analítica que foi apresentada no início da reunião seguinte. Este processo permitiu que os próprios usuários apontassem os temas mais relevantes, assim como o caminho analítico para a sua melhor compreensão.

3. Resultado e análise

O Estado de São Paulo tem o maior número de serviços de saúde mental na modalidade de CAPS III inscritos no Ministério da Saúde. A rede de Caps no Brasil (BRASIL, 2012) evidenciada pelo MS é bastante ampla, nela pode-se observar que, até maio de 2010, havia 62% de cobertura, considerando o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes. Pesquisa sobre a construção de indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III, tendo como colaboradores os gestores e trabalhadores dos serviços, realizada nesse estado evidenciou questões ligadas ao cotidiano destes serviços no estado (Onocko-Campo, 2010) e que foram retomadas agora na perspectiva dos usuários.

A Baixada Santista é uma região litorânea composta por 9 municípios e viveu grande transformação no redirecionamento das ações em saúde mental, decorrentes do fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em meados de 1990 (Braga-Campos; Henriques, 1997), uma vez que o fechamento desta instituição estimulou a implantação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva à internação em toda a região. Atualmente as cidades desta região mantêm uma rede de serviços de saúde, ainda que enfrentem os mesmos desafios que outras regiões no país. Esta região vem vivendo nos últimos anos, desvalorização e descaracterização dos serviços de saúde mental que foram desviados de seus fins, entretanto as estruturas não foram desmontadas, os serviços continuam funcionando, ainda que não continuem o projeto inicial de saúde mental para o qual foram planejados (Luzio; L'Abbate, 2006).

Os participantes desta pesquisa desenharam **percursos de chegada** bastante diferentes nos serviços de saúde

mental da região. Os mais velhos, como La., por exemplo, relembra que ficou vários períodos internada em “manicômios” de diferentes cidade, antes de ser encaminhada ao serviço de saúde da região. Acrescentou ainda que, quando internada, era por longos períodos, nos quais “ficava trancada, sem ver a rua e mantendo pouco contato com as pessoas”. Assim como La., J.A. passou por várias internações em diferentes lugares.

T. e E. tem hoje aproximadamente 50 anos e relatam um longo percurso na saúde mental, desde a juventude. Ambos passaram pelo Hospital Anchieta, no período inicial da intervenção e de lá foram para os recém-inaugurados serviços substitutivos da cidade. Como viveram em momentos distintos nos serviços antes da reforma psiquiátrica e os arranjos da rede pós-reforma trazem ricos relatos com reflexões importantes, resguardando o olhar crítico que lançam ao modelo de clínica que se tem hoje. Além disso, indicam a mudança dos efeitos colaterais na própria medicação que segundo eles “antes os remédios eram mais fortes, impossibilitando as pessoas de realizarem suas atividades normalmente... antigamente ficava travado com os remédios, possuíam muito mais efeitos colaterais”. Ao apontar as mudanças também relatam que “o tratamento era diferente, antes era mais rude, pautado na cobrança pela melhora, como se a pessoa deveria ocupar a mente para melhorar, ter força de vontade para sair da crise, enquanto hoje o tratamento busca maior compreensão do sujeito”.

Os mais jovens relatam percursos diferentes apontando para um desenho de rede de serviços tal qual se configura atualmente no indicativo do Ministério da Saúde. D. iniciou tratamento com psiquiatra em um antigo ambulatório de saúde mental e depois foi para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com auxílio de seu irmão. Le. e L.F. não tiveram internações em hospitais psiquiátricos, chegando diretamente ao CAPS de sua cidade, quando este foi instalado. C. também iniciou tratamento com psiquiatra particular, que posteriormente, a encaminhou ao serviço. H. e A. migraram do plano de saúde particular para a assistência e atividades no serviço público. AC passou por internação em leito de hospital geral antes de chegar ao CAPS.

Inicialmente, os usuários foram migrando de internações para os serviços que se instalavam pela cidade. Aqueles que vivenciaram modelos distintos do cuidado, o modelo hospitalocêntrico e o modelo atual, evidenciam as diferenças e conseguem destacar os avanços que são visíveis. Além disso, por conhecerem diferentes momentos, estes usuários lançam um olhar crítico para os atuais serviços por entenderem que os CAPS têm tentado trabalhar em parceria com a atenção básica, mas que ainda sentem a necessidade de maior articulação no plano de cuidado que seja de fato construído para os territórios em que eles vivem. Apontam diversos dilemas do fazer clínico atual, e ainda sentem “existem privilégios para aqueles com maior poder contratual e conhecimento dentro dos serviços e que aqueles que não compreendem seus direitos ficam percorrendo sozinhos, os serviços em busca de atendimento ou qualquer outro tipo de ajuda”. Confirmando e seguindo além, em estudo avaliativo de CAPS em uma cidade de médio porte, Onocko-Campos et al (2009) destacam que no discurso dos usuários transparece solidão e desamparo quando o serviço não oferece respostas para situações em que deles demandam.

A participação e a perspectiva dos usuários são fundamentais quando se prevê uma análise cuidadosa sobre a política pública de saúde no país. Diferentes trabalhos trazem a **participação de usuários** como importante avanço nos debates, para além das assembleias nos serviços. O Comitê cidadão vem demonstrando que existe um efeito que se estende a outros aspectos da vida, em que ao participar na gestão de pesquisa verificou-se a estimulação da cidadania como reconhecimento como sujeito capaz de produzir a si mesmo (Passos et al, 2013). Por outro lado, entendemos que a experiência deste comitê tem sugerido outras aberturas possíveis para a participação em diferentes espaços da vida acadêmica.

O ponto central deste estudo foi trazer a análise do usuário para contribuir com o desvelamento dos desafios enfrentados por eles no cotidiano. O que para estes não era comum, uma vez que relataram jamais terem lhes direcionado perguntas sobre como percebiam o trabalho, os serviços, as redes de atenção psicossocial ou o modo como eles vão construindo seus percursos no plano de cuidados desenhado ou por desenhar.

Nota-se que com a participação real do usuário na pesquisa, tem aumentado seu poder contratual e participativo em geral, uma vez que desafia a ser mais ativo diante da proposta desta pesquisa. Além disso, a presença e participação dos usuários ajudam a induzir mudanças nos métodos tradicionais de intervir e teorizar neste setor. No nosso caso, já o ponto inicial que diferenciou para os usuários foi o fato de eles mesmos convidarem outros participantes, uma vez que este ato de protagonismo de chamar alguém para envolver-se em uma pesquisa inserida no âmbito da Universidade Federal marcou definitivamente a pesquisa desde o ponto inicial.

O desenho desta pesquisa previa duas vias distintas de participação dos usuários, pois enquanto se levantava e produzia informações sobre a temática central deste estudo, no caso: redes psicossociais e ações de saúde mental na atenção básica, também se abriu espaço para produção de novos conhecimentos e formação dos participantes quanto às diferentes temáticas tratadas na pesquisa, em um modelo de metodologia de grupos de formação foi inspirada no modelo de Grupo de Apreciação Partilhada – GAP já realizado em pesquisa anterior (Furtado et al, 2013). A primeira via que pareceu fundamental, foi conhecer os diferentes espaços na vida acadêmica, tais como a função da universidade, os trabalhos realizados, os fluxos para a produção de conhecimento científico entre outros assuntos pertinentes. A partir deste conhecimento deu-se início ao compartilhamento de conhecimentos dos diversos temas por eles sugeridos.

A participação dos usuários nos GAP se deu a partir de temas relevantes do cotidiano, assim partilham seus conhecimentos e são inseridos novos conhecimentos a partir de estudos referentes aos mesmos temas. Deste modo, assim como aprendem novos conhecimentos, ensinam sobre eles também, por meio de suas expertises. Os usuários constroem longas narrativas de vida, com lembranças e histórias vividas de internação, diferentes modos de cuidar, situações que consideram que houve sucesso no modo de funcionamento da rede e aqueles que eles consideram que a rede não funcionou de modo favorável ao bem-estar dos mesmos.

Pode-se notar que para alguns destes participantes, há conhecimento do que é ou foi a Reforma Psiquiátrica e as consequências destas mudanças no seu cotidiano. No entanto para outros, observa-se grande distanciamento sobre o que se espera ou pode-se esperar dos serviços nos quais são atendidos. Como consequência do desconhecimento de do que se deve exigir dos serviços, se posicionam de modo grato a toda e qualquer “ajuda” que obtém dos profissionais. Com os debates nos GAPs percebeu-se que o conhecimento possibilitou maior compreensão de seus direitos e esclarecimentos sobre sua reivindicação ou participação mais ativa no cuidado em liberdade.

Durante todo o processo de produção de informação desta pesquisa, os GAPs também estavam abertos à participação da comunidade acadêmica o que gerou forte intimidade com todos os participantes, usuários de serviços de saúde mental ou não. Quando do início desta pesquisa era notório que usuários-participantes estavam chegando um lugar desconhecidos para eles e que os mesmos aos poucos foram se apropriando do espaço acadêmico lentamente a cada dia de encontro. Assim, foram ficando mais a vontade, circulando no ambiente acadêmico, circulando entre os alunos dos diferentes cursos da graduação e da pós-graduação, convívio mais do que necessário para ambas as partes.

Os usuários também elevaram a reflexão sobre a **ética de pesquisa** ao debaterem sobre a participação dos usuários em pesquisas acadêmicas, com apontamentos que levam a uma série de reflexões, tais como a participação em pesquisas com alunos e professores, sem que os mesmos recebessem um retorno acerca do resultado destas investigações, da mesma forma como não entendem qual a importância de sua participação nas pesquisas que são realizadas.

Acrescentam ainda que, na maioria das vezes, os profissionais os entrevistam e ressaltam em seus trabalhos aquilo que é interessante/pertinente ao mundo acadêmico, esquecendo-se do que é relevante ao sujeito que participou do processo. Na opinião deles, “é um tipo de pesquisa falha”, à medida que não envolve, de fato, o usuário, pois a pesquisa não deve ser norteada apenas por relatos “vazios dos usuários” como participantes ou sujeitos de pesquisa.

Por outro lado, a participação de estudantes de graduação e pós-graduação que estão envolvidos em pesquisas cujo tema é saúde mental vem demonstrando que estes jovens pesquisadores se dizem mais comprometidos em retornar aos participantes de seus estudos para que os mesmos tomem conhecimento do que estudaram. Os mesmos relatam que se sentiram surpresos e “empolgados com a maturidade e o grau de compreensão que os usuários tem sobre as pesquisas, principalmente por ser difícil ver encontros entre usuários fora dos equipamentos, em espaços que os mesmos podem se expressar livremente”.

Sobre o fluxo da rede, os usuários trazem diferentes itinerários por eles percorridos, uma vez que apenas um dos participantes mantém uma rede com maior circulação, no entanto em sua maioria relatam uma vida contida em poucos espaços de trocas sociais. Curioso pensar que em pesquisa anterior realizada há mais de dez anos atrás em contexto bastante diferente, os usuários de um serviço substitutivo em cidade mineira de médio porte, também relataram experimentar restrições e desafios devido ao estigma do diagnóstico que passaram a

carregar após a vivência de uma internação (Badaró-Moreira; Andrade, 2003). Naquele tempo, ao descrever a rede do SUS, os usuários contavam apenas com percursos entre os equipamentos que costumavam frequentar: serviço de saúde mental, policlínicas, posto de Saúde, pronto socorro, hospital. Neste grupo atual, passados anos, retorna-se o verbo frequentar, remetendo ao modo de quem frequenta uma praia, um restaurante, um clube. Referem-se a um modo de viver, repleto de equipamentos, porém pobre em vida e relações para além de trabalhadores e serviços. Houve grande dificuldade, por parte dos participantes, em dizer onde mais a vida acontecia para além dos equipamentos. O relato abaixo exemplifica este reconhecimento por parte dos usuários:

“É só inserção no Serviço de saúde mental. Estamos cronificando, lá. Não é culpa dos profissionais, mas chega uma hora que não faz mais sentido para a pessoa, mas ela não tem outros espaços e fica só ali. Eu penso nisso... eu penso naquilo que faço todo dia. Que é ir para serviço de saúde mental – casa – serviço de saúde mental. Casa-serviço de saúde mental. Serviço de saúde mental–casa. Casa-serviço de saúde mental. Não vou a lugar nenhum” (T.).

Frente a reflexão que fazem sobre os espaços restritos de trocas sociais e de vida fora dos serviços, S. relata que sua vida também acontece fora do serviço de saúde, enquanto ele cuida de sua mãe, se relaciona com outras pessoas. T. acredita que a vida também acontece muito mais em casa, quando ela está com sua mãe, indica suas trocas sociais na banca de jornal, onde encontra alguns amigos do bairro, inclusive o dono da banca, passa horas conversando com eles. A. afirmou que sua vida acontece entre os serviços de saúde mental e a Sessão de Reabilitação Profissional que também é um setor da secretaria de saúde responsável pela reinserção ao mundo do trabalho.

Este questionamento sobre o cotidiano, no sentido de onde a vida acontece, trouxe também a reflexão sobre as diferentes dimensões da vida, ampliando a compreensão de rede, como a família, as amizades, o trabalho, lazer, educação e tudo mais que compõe esta rede. Tendo em vista que, a vida não deve acontecer apenas dentro dos equipamentos de saúde, cumpre dizer, é de suma importância a garantia de acesso a saúde em liberdade, para que possam se relacionar com a sociedade, a comunidade em que vivem e construir uma rede de relações em suas vidas. L. respondeu que tem compromissos no equipamento todos os dias, e afazeres na casa onde mora (trata-se de um quarto, com banheiro coletivo). Já E. vai à praia com certa frequência e gosta de assistir televisão em casa; D. pratica exercícios físicos em uma academia, frequenta grupos de oração e ginástica funcional; L.F. escreve poesias e as lê no encerramento de cada encontro.

Os itinerários desenhados pelos participantes destacam que para a rede que os envolve ainda restrita aos serviços de saúde, em que muitas vezes, o CAPS se mantém na centralidade de suas trocas. Distante do que seria seu papel como articulador das diversas possibilidades de existir na comunidade a que pertence, não se restringindo como único espaço de trocas sociais de seus usuários e, portanto, a vida destes participantes nos tem se expandido ao território, as ações dos profissionais neles inseridos. Por outro lado, o cotidiano destes serviços é tomado pela imprevisibilidade contida no dia a dia de seus usuários, o que leva a equipe, em sua grande maioria das situações, a trabalhar em situações pontuais com resoluções de tarefas em que tudo passa a ser urgência a ser respondida e o planejamento ou o cumprimento do que se planejou perde importância na dinâmica de “apagar fogo” do serviço.

Assim o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que deveria ser um articulador estratégico em trabalho conjunto aos demais equipamentos de acesso à diferentes espaços aparecem novamente como único espaço de expressão para estas pessoas. É fundamental que, ao compreender o CAPS como lugar de articulação e de manutenção do indivíduo em seu território, deve-se também trazer o que vem se revelando no cotidiano ao considerar outros tantos desafios na construção de plano de cuidado que evite alguma nova forma de cronicidade.

Podemos sugerir que subjacente às trajetórias relatadas pelos participantes, também devemos considerar que para além da rede de assistência que apontaram, está a concepção e o paradigma clínico assumido nestas equipes. Estamos diante de paradigmas que enclausuram e paradigmas que libertam estendendo a vida a outros espaços. E diante de um debate sobre exclusão e inclusão, estes participantes problematizam esta diáde e refletem sobre os desafios pessoais mesclados nos desafios dos serviços, como na fala abaixo:

“Eu sinto que preciso andar com caneta e papel, que as vezes vem uma inspiração e

eu esqueço completamente. Por exemplo, isso que estamos falando, tá me lembrando aquela musica, tem no meu celular. É do Arnaldo Antunes e Maria Bethania canta. Fala assim: de baixo d'agua. Mas tinha que respirar.. de baixo d'agua era tudo que há de bom, mas só que precisava respirar. Mas tinha que respirar todo dia... todo dia... Então para mim é assim, que debaixo d'agua para mim é o serviço de saúde mental, onde é tudo legal, debaixo d'agua, lá, mas só que temos que respirar. Tem que sair de lá e respirar [...] Veja bem, não é uma culpa do serviço. E essa musica tem muito a ver, tem que entender essa música, ela é profunda. Debaixo d'agua é como o serviço de saúde, salva, sem pecado, mas tinha que respirar. Eu sinto que lá onde tudo é tão confortável como debaixo d'agua. Eu estou com problema na cabeça agora, que semana que vem é feriado, quinta e sexta é feriado. O que eu vou fazer, sem ir pra lá? Que eu vou fazer? Sem ir? Pois lá há uma proteção. Eu me sinto protegida” (T).

Relatos como este indicam que há um longo caminho a ser percorrido, pois em diversas falas, os usuários confirmam que a nosologia ainda sustenta o desenho de seu plano e o que mantém ligado unicamente ao Caps. Caso contrário, corremos o risco de vivermos uma nova cronificação na saúde mental em que todas as trocas para os indivíduos se deem no espaço dos serviços, lugares em que há oficinas terapêuticas, oficinas para geração de renda, oficinas de lazer, oficinas de criatividade, oficinas de música, oficinas de tapetes, oficinas de teatro, sessões de cinema etc. Restringindo as trocas possíveis entre humanos aos espaços limitados dos CAPS, para nós seria mais uma maneira de confinamento, seria um novo modelo para encapsular a vida, ou a “capsização” da contratualidade (Kinoshita, 2001) que só se dá nas trocas sociais.

Ao finalizar a análise dos dados, os usuários trouxeram novos objetos de estudo para que o grupo seguir pesquisando, assim como desenharam uma linha de ações dos usuários nas diferentes frentes de formação universitária: ensino, extensão e pesquisa.

Outro ponto fundamental foi a discussão sobre a produção do conhecimento gerado neste grupo que decidi que além dos produtos acadêmicos gerados a partir da reflexão no mundo acadêmico, também definiu uma publicação em linguagem mais acessível para que pudessem usar ao falar sobre os dados da pesquisa com outros usuários de diferentes serviços. Com isso decidi se participar dos debates sobre aspectos éticos das pesquisas em saúde mental, e participação em painéis de tomadas de decisões sobre novos temas a serem pesquisados, além disso, lançaram novas perguntas e objetos de estudo para o grupo.

O trabalho desenvolvido neste estudo indicou que para além de um processo de avaliação participativa, esta pesquisa demonstrou o avanço em uma metodologia emancipatória. Este grupo mostrou que sua experiência é também um conhecimento a ser partilhado, atingindo os preceitos de reciprocidade, ganho e capacitação requeridos por uma pesquisa que se pode considerar emancipatória.

Exemplo disso foi a construção de projetos futuros realizado pelo grupo em que se inseriram em uma proposta bianual de trabalho para além do que já decidiram no campo da pesquisa. Assim, definiram que como participação na pesquisa, querem continuar como informantes, também desejam sugerir temas, coletar os dados discutir os resultados e produzir novos textos. No ensino, definiram que poderiam participar das aulas de saúde mental na universidade, mas que desejariam que estas aulas contemplassem espaços abertos fora da universidade que levassem os alunos para fora das salas de aula também. O modo como planejam participar é levando seus relatos de vida, a historia do sofrimento psíquico. Resgate da historia da cidade, debates temáticos sobre arte, direitos humanos, mercado de trabalho, a existência das vozes contínuas que ouvem se isso é um problema, e porque chegaram a este ponto. No âmbito da extensão sugerem estar presentes como participantes e também como oficinairos de atividades nos projetos, poderiam fazer oficinas culturais, artísticas de produção de poesias e textos, sejam culturais e reivindicatórios.

Se o objetivo central desta pesquisa foi desenhar uma metodologia participativa junto aos usuários de diferentes serviços sobre a as perspectivas de rede por eles mesmos, estamos seguindo cada vez mais seguros de que encontramos **um modelo emancipatório** em que os mesmos estão se tornando cada vez mais parceiros em diferentes espaços na vida acadêmica, seja no ensino, nos projetos de extensão e também em novos problemas de pesquisa.

4. Referências

- Avritzer, L. (2011). A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate in Pires, R. R. (org.), *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*, Brasília: Ipea.
- Badaró-Moreira, M. I.; Andrade, A. N. (2001). Ouvindo Loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. *Revista Psicologia Saúde e Doença*, Lisboa, v. 4, n. 2, nov. 2003, Lisboa.
- Badaró-Moreira, M. I.; Castro-Silva, C. R. (2011). Residências Terapêuticas e Comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Revista Psicologia & Sociedade*; 23 (3): 545-553..
- Brandão C, Streck D.R. (2006). *Pesquisa participante*. Apa- recida: Editora Idéias & Letras.
- BRASIL (2004). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Centro de Atenção Psicossocial*.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados : 1998-2005/2006 / Ministério da Saúde*, Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 200 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). [acessado em jun. 2012] disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf
- Brasil (2011). *Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011*. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, 2011, 27 de jun. [acessado 2012 mar]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. *Saúde Mental em Dados – 10*. Ano VII, no. 10 de março de 2012. Brasília. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em 06 de junho de 2012.
- Campos, R. O.; Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do SUS. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v. 22, p. 1053-1062.
- Campos-Braga, F.; Henriques, C. M. (org.) (1997). *Contra a maré, à beira-mar. A experiência do SUS em Santos*. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec.
- Furtado, J. P.; Nakamura, E.; Generoso, C.; Guerra, A.; Braga-Campos, F.; Tugny, A. (2010). Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 14, p. 389-400.
- Furtado, J. P.; Badaró-Moreira, M. I. (2013). Desenvolvimento de questionário dirigido às condições de moradia de usuários de CAPS. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 37, n. 96:62-75, jan-mar.
- Guba, E. G.; Lincoln, Y.S. (2011). *Avaliação de quarta geração*. Campinas: editora da Unicamp.
- Kinoshita, R. T. (2001) Contratualidade e reabilitação Psicossocial. In: Ana Pitta (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª. Ed. Editora Hucitec, São Paulo, 2001. pp. 55-69.
- Laperrière, H. & Zúñiga, R. (2007). Cuando la comunidad guía la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa, *Revista Psicologia & Sociedade*, 19(3):39-45.
- Luzio, C. A. L'Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: São Paulo, Santos e Campinas. *Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez.

- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- Minayo, M. C. S.; S. G. Assis & E. R. Souza (org.) (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Onocko Campos, R (Org.) ; Furtado, J. P. (Org.) ; Passos, E. (Org.) ; Benevides, R. (Org.) (2008). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental - Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade*. 1. ed. São Paulo: Hucitec.
- Onocko Campos, R.; Furtado, J.P.; Passos, E.; Ferrer, A.L.; Miranda, L.; Gama, C.A.P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental, *Revista Saúde Pública* 43 (Supl. 1): 16-22.
- Onocko-Campos, R; Campos, GWS; Ferrer, AL; Correa, CR; Madureira, PR; Gama, CAP; Dantas, DV; Nascimento, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. Ver. *Saude Pública* 46(1)43-50, 2012.
- Onocko-Campos, R., Furtado, J. P.; Badaró-Moreira, M. I.; Trapé, T. (2013). A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(1):102-110, jan.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2011). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [acessado 2012 mar]. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf
- Passos, E.; Otanari, T.; Emerich, B.; Guerini, L. (2013). O Comitê Cidadão como estratégia congestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva 18 (10) 2019-2028.
- Ricoeur, P. (1988). Interpretação e ideologias. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, F. Alves, 1988.
- Roble, O.; Badaró-Moreira, M. I.; Scagliusi, F. B (2012). A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. Revista Interface v.16, n.41, p.567-77, abr-jun.
- Thiollent M.(2004) Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez Editora; 2004.