SANDRA REGINA ROSOLEN SOARES

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

Como o usuário vivencia o cotidiano do serviço

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica – Mestrado e Doutorado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Inserida na linha de pesquisa *“Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”*.

Orientadora: **Prof. Dra. Toyoko Saeki**

Ribeirão Preto

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Soares, Sandra Regina Rosolen

Centro de Atenção Psicossocial: como o usuário vivencia o cotidiano do serviço. Ribeirão Preto, 2005.

146f. : II. 30cm

Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP — Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Saeki, Toyoko

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Serviços comunitários de saúde mental. 4. Reabilitação psicossocial

Dedico este trabalho

A **Júnior**, meu amor nesta vida, meu querido marido e companheiro, por sua compreensão, partilha dos sonhos e realizações da vida, pelo apoio incondicional, cumplicidade e solidariedade irrestrita.

À minha amada filha **Ana Luiza**, meu pedacinho de gente e que, apesar de tão pequena, ensinou-me a suportar as ausências. A você, meu amor eterno...

A **Antonio**, meu pai, que não pôde partilhar comigo desta conquista. Querido pai, dedico a você esta tarefa cumprida e lhe agradeço por ter me dado a vida e me ensinado, com muito amor, dedicação e dignidade, os verdadeiros valores. Minha saudade constante...

À **Maria**, minha mãe, amiga e companheira de todos os momentos, obrigada por sua dedicação e carinho, e por caminhar ao meu lado, incentivando-me sempre.

Aos **usuários** do CAPS “Espaço Vivo” que me ensinam, cotidianamente, o valor da criatividade, da diferença, do respeito e da liberdade... E, em especial, aos **usuários participantes deste estudo**, minha gratidão e respeito a vocês que confiaram e compartilharam comigo suas histórias.

Agradeço

A **Deus**, por todas as oportunidades que me tem concedido e por ter-me dado forças para vencer os obstáculos e chegar ao fim desta jornada.

Aos meus queridos irmãos **Nádia** e **Júnior** pelo afeto, carinho, paciência, disponibilidade e compreensão. Divido com vocês esta conquista!

Aos meus cunhados **José**, **Marco**, **Jeane** e à minha querida sobrinha **Carol**, agradeço a todos pelo apoio incondicional.

Aos meus sogros, **Maria** e **Loverssi**, minha eterna gratidão pela presença e apoio constante, estando ao meu lado nos momentos difíceis.

À Prof. Dra. **Toyoko Saeki**, minha querida orientadora que, com sua dedicação, paciência e serenidade, compartilhou comigo a elaboração desta dissertação.

Às Prof. **Dra. Maria Conceição** e Dra. **Vânia Moreno**, pela amizade, apoio e disponibilidade em colaborar para a realização deste estudo.

Aos **trabalhadores** do CAPS “Espaço Vivo”, que me ajudaram com sua compreensão e colaboração. E, em especial, agradeço à **Ana Guilhermina**, amiga e chefe, por sua disponibilidade, paciência e compreensão. Mais que colegas de trabalho, vocês são companheiros de um projeto e de muitos sonhos. Este trabalho é uma forma de agradecimento e retribuição.

À Direção do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos, em especial à **Marly**, que colaborou para que este estudo pudesse ser realizado.

Em especial, à sempre amiga, **Fernanda**, por sua amizade leal, por sua cumplicidade nesse caminho e por ter compartilhado comigo dos momentos alegres e difíceis.

RESUMO

SOARES, S.R.R. **Centro de atenção psicossocial**: como o usuário vivencia o cotidiano do serviço. Ribeirão Preto, 2005. 146f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido considerados experiências inovadoras no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Estes dispositivos territoriais organizam suas práticas em pressupostos da Reforma Psiquiátrica devendo transpor as práticas tradicionais da psiquiatria. Esta pesquisa visa analisar o Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” localizado em um município do interior paulista, enquanto um dispositivo que apresenta-se como intermediário à internação psiquiátrica e cujo eixo institucional tem se baseado nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial. Para a realização deste estudo, primeiramente, descrevi a estrutura e dinâmica do CAPS e, em um segundo momento, pretendi entender como o processo terapêutico oferecido pelo serviço é percebido pelos usuários atendidos. Para a apreensão do proposto trilhei o caminho da pesquisa qualitativa, realizando um estudo de caso, descritivo e analítico. Para a coleta dos dados foram realizadas observação participante e entrevistas semi-estruturadas com os usuários atendidos pelo serviço, totalizando onze pacientes. Os dados colhidos foram submetidos à análise temática. Os resultados apresentados na pesquisa foram estruturados por meio de três grandes temas emergidos dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa. O primeiro deles foi **A influência organicista no cuidado prestado pelo serviço**. A partir deste recorte foi analisado e discutido como os usuários têm percebido as práticas terapêuticas no serviço. Sendo assim, surgiram outros subtemas vinculados a esta questão: a valorização do profissional médico, a ênfase na terapêutica medicamentosa e a importância da abordagem terapêutica sobre os sintomas apresentados pelos usuários. O segundo tema que emergiu durante a análise foi **O CAPS enquanto cenário favorecedor da rede de relações sociais**. Neste, discuti como o espaço do CAPS tem se conformado dentro das ações terapêuticas, nas relações usuário/serviço e usuário/profissional, a formação do vínculo, e, também, como os usuários têm percebido e utilizado do CAPS. O último tema apresentado é o que traz a emergência do **Trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário**. Nele, foram abordadas as dificuldades e facilidades dos usuários em enfrentar os desafios da vida cotidiana e como as práticas terapêuticas do serviço têm se conformado nesta direção. Constatei que a ação cotidiana do serviço acontece em terreno contraditório, uma vez que foi possível apreender práticas ainda ligadas ao modelo tradicional da psiquiatria mas, também, ações inovadoras e que vão ao encontro da reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial. Ao final deste estudo pretendo colaborar nas reflexões sobre o trabalho em saúde e, também contribuir para a organização dos serviços de saúde mental, a fim de melhorar o cuidado oferecido aos usuários que passam por uma experiência de sofrimento psíquico.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; serviços comunitários de saúde mental; reabilitação psicossocial

ABSTRACT

SOARES, S.R.R. **Psychosocial care center**: how the user experiences the service daily life. Ribeirão Preto, 2005. 146 f. Dissertation (Master's Degree). Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo.

In Brazil, the Psychosocial Care Centers (CAPS) have been considered to be innovative experiences in caring for people who have psychiatric sufferings. These territorial facilities organize their practices in principles from the Psychiatric Reformation and must go beyond the traditional psychiatric practices. This research aim to analyze the Psychosocial Care Center “Espaço Vivo” located in a city in the countryside of São Paulo state, as an apparatus which is presented as an intermediate way to the psychiatric hospitalization and whose institutional axis has been based in the Psychosocial Rehabilitation principles. For this study to be carried out, firstly, I described the structure and dynamics of CAPS and, in a second moment, I intended to understand how the therapeutic process offered by the service is experienced by the users served by it. For the apprehension of this purpose, I followed the path of qualitative research, performing a case study, descriptive and analytical.. For collecting the data, participating observation and semi-structured interviews with the users helped by the service were used, making a total of eleven patients. The collected data were submitted to theme analysis. The results presented in the research were structured by three large topics coming from the testimonials of the research subjects. The first topic was **The organicist influence in the care provided by the service**. From this idea, the way the users have been experiencing the therapeutic practices in the service could be analysed and discussed. This way, other subtopics came from this question: the medical professional value, the emphasis in the medicine-based therapeutics and the importance of the therapeutic approach on the symptoms presented by the users. The second topic which came from the analysis was **The CAPS as a helping scenario in the social relations network**. On this topic, I discussed how the CAPS space has been conforming within the therapeutic actions, in the user/service and user/professional relations, the bonding formation, and also, how the users have experienced and used the CAPS. The last presented topic is the one which brings the **Therapeutic work towards the user's daily life**. In this topic, the difficulty and readiness of the users in facing the daily life challenges and how the service therapeutic practices have been conforming in this direction were approached. I concluded that the daily action of the service happens in a contradictory area, once it was possible to apprehend practices which are still connected to the traditional psychiatric model but also innovative actions which go towards the psychiatric reformation and psychosocial rehabilitation. In the end of this study, I intend to be helpful in the reflexions on the health work and, also to be able to contribute in the mental health service organization, in order to improve the care offered to the users who pass through a psychiatric suffering experience.

Key words: mental health; psychiatric reformmental; health community services; psychosocial rehabilitation.

RESUMEN

SOARES , S.R.R. **Centro de atención psicosocial**: como el usuario vivencia lo cotidiano del servicio. Ribeirão Preto, 2005. 146f. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

En Brasil, los centros de Atención Psicosocial (CAPS) han sido considerados experiencias innovadoras en el cuidado a las personas en sufrimiento psíquico. Estos dispositivos territoriales organizan sus prácticas en teorías de la Reforma Psiquiátrica debiendo transpasar las prácticas tradicionales de la psiquiatría. Esta encuesta visa analizar el Centro de Atención Psicosocial “Espacio Vivo” ubicado en un poblado del interior paulista, mientras un dispositivo que se presenta como intermediario a la internación psiquiátrica y cuyo eje institucional se ha basado en las teorías de la Rehabilitación Psicosocial. Para la realización de este estudio, primeramente, describí la estructura y dinámica del “CAPS” y en un segundo momento, pretendí entender como el proceso terapéutico ofrecido por el servicio es percibido por los usuarios atendidos. Para la aprensión de lo propuesto seguí el camino de la encuesta cualitativa, realizando un estudio de caso, descriptivo y analítico. André. Para la colecta de los datos fueron realizadas observación participante y entrevistas semi-estructuradas con los usuarios atendidos por el servicio, totalizando once pacientes. Los datos recogidos fueron sometidos a un análisis temática. Los resultados presentados en la encuesta fueron estructurados por medio de tres grandes temas emergidos de las declaraciones de los sujetos de la encuesta. El primer tema fue **La influencia organicista en el cuidado prestado por el servicio**. A partir de este recorte fueron analizadas y discutidas como los usuarios han percibido las prácticas terapéuticas en el servicio. Siendo así, sugieron otros subtemas vinculados a esta cuestión: La valorización del profesional médico, el énfasis en la terapia medicamentosa es la importancia del abordaje terapéutico sobre los síntomas presentados por los usuarios. El segundo tema que surgió durante el análisis fue **El CAPS, mientras el escenario favorecedor de la red de relaciones sociales**. En este tema, discutí como el espacio del CAPS se ha conformado dentro de las acciones terapéuticas, en las relaciones usuario/servicio y usuario/profesional, la formación del vínculo, y, también, como los usuarios han percibido y utilizado del “CAPS”. El último tema presentado es el que trae la emergencia del **Trabajo terapéutico dirigido a la vida cotidiana del usuario**. En este tema fueron abordadas las dificultades y facilidades de los usuarios en enfrentar los desafíos de la vida cotidiana y como las prácticas terapéuticas del servicio se han conformado en esta dirección. Costaté que la acción cotidiana del servicio sucede en terreno contradictorio, una vez que fue posible aún conectadas al modelo tradicional de la psiquiatría, pero también acciones innovadoras y que van al encuentro de la reforma psiquiátrica y rehabilitación psicosocial. Al final de este estudio pretendo colaborar en las reflexiones sobre el trabajo en salud y, también contribuir para la organización de los servicios de salud mental, a fin de mejorar el cuidado ofrecido a los usuarios que pasan por una experiencia de sufrimiento psíquico

Palabras claves: salud mental; reforma psiquiátrica; servicios comunitarios de salud mental; rehabilitación psicosocial.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO	10
 2. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	 23
 3. PERCURSO METODOLÓGICO	 37
3.1 Tipo de Estudo	37
3.1.1 Sujeitos entrevistados	41
3.2 O Trabalho de Campo	43
3.2.1 Entrevistas.....	43
3.2.1 Os Bastidores das entrevistas.....	47
3.2.2 Observação	48
3.3 Análise dos Dados	50
3.4 Campo Empírico	52
3.4.1 O Local de Estudo	52
3.4.1.1 O município de Botucatu – uma breve história	52
3.4.1.2 Botucatu – aspectos gerais	56
3.4.1.3 O Sistema de Saúde	59
3.4.1.4 O Sistema de Saúde Mental	61

4. CAPS “ESPAÇO VIVO”	64
5. DISCUSSÃO DOS DADOS	81
5.1 Caracterização dos usuários entrevistados	82
5.2 A influência organicista no cuidado prestado pelo serviço	90
5.3 O CAPS enquanto cenário favorecedor da rede de relações sociais.....	98
5.4 Trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário	110
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
7. REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES	139
ANEXOS	143

“Porque eu não construo nada sozinho, tropeço a cada instante com os limites do outro e os meus próprios, na construção da vida, do conhecimento, da nossa história”
(Madalena Freire)

1. INTRODUÇÃO

Para delimitar o ponto de partida desta investigação, faz-se necessário relembrar minha prática profissional, meus caminhos e vivências enquanto estudante e enfermeira em saúde mental. Neste percurso, as vivências cotidianas compuseram motivações, despertando-me à busca de novos conhecimentos.

Assim, o interesse nasceu da aprendizagem, ainda na Graduação, na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, em 1992. Esta disciplina ampliou os horizontes do cuidado de enfermagem e do papel da enfermeira, levando-nos a um outro aspecto do cuidado, desta vez, mais subjetivo e singular. Tarefa difícil, estávamos acostumadas ao cuidado clínico-orgânico e a proposta da disciplina não era esta. Aprendemos sobre as proposições teórico-práticas da reforma psiquiátrica, mas, sobretudo, aprendemos que o doente mental era um ser humano e que, apesar de seu sofrimento, tinha partes sadias que deveriam ser consideradas no cuidado de enfermagem.

Chegamos ao campo de estágio, no hospital psiquiátrico, com receios, inseguranças e, apesar do conhecimento teórico, não podíamos dimensionar o sofrimento vivenciado por aquelas pessoas - os pacientes - a voz

calada, o espaço recluso, o estigma da des-razão¹ e da incompetência: os alienados. E, conforme assinala Amarante (2000), sendo alienados, estão inerentes à questão da privação de liberdade, da perda do livre-arbítrio.

A partir daí, vimos, sentimos e aprendemos que era preciso negar o que estava posto, era necessário reinventar outras relações, outro cuidar. Transformar a prática segundo os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Cabe dizer que a assistência psiquiátrica do município centrava-se na internação integral no hospital, que também era responsável pelo atendimento da região. Situação compartilhada por muitas outras cidades do Brasil, onde os recursos financeiros são em grande parte destinados a este tipo de instituições (MELMAN, 1998).

Como instrumento da proposta de singularização do cuidado e de mudança, neste período do estágio, realizamos o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente² para disponibilizarmos outras ofertas terapêuticas dentro do espaço hospitalar.

Após o estágio no Hospital, saí marcada pela existência de um lugar tão inóspito, mas também fascinada pelas inúmeras possibilidades de um novo fazer. Acreditava que era possível reconstruir novos caminhos para a saúde mental e para a enfermagem psiquiátrica.

Novos questionamentos começaram ao iniciar minha trajetória profissional. Retornei, em 1993, ao hospital psiquiátrico onde passara como aluna.

¹ Segundo Amarante (2000), a alienação dizia respeito à condição de estar fora de si mesmo, de perda da consciência de si e das coisas. Assim, os alienados eram desprovidos, mesmo que parcialmente, da razão.

² Princípios trazidos por Hildegard H. Peplau (1990). Esta autora fez relevante contribuição à enfermagem psiquiátrica formulando a Teoria das Relações Interpessoais. Com estes conhecimentos a assistência de enfermagem pôde valorizar a singularização, a ajuda mútua entre enfermeiro e paciente, ocupando o enfermeiro, um papel de terapeuta.

Entretanto, agora era a única enfermeira do *Psicopata*³ e, assim permaneci por seis meses até que outros enfermeiros foram contratados. O hospital, da rede pública e com 240 leitos, mantinha-se como a única oferta terapêutica de muitas cidades circunvizinhas e de muitos pacientes.

Quando assumi a função de enfermeira e deparei-me com esta situação, questionei-me inúmeras vezes sobre esta instituição psiquiátrica. Chamava-me a atenção o papel da enfermeira, voltado às atividades administrativo-burocráticas contrapondo-se à importância de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico, em espaços abertos. Minhas expectativas eram de que a enfermeira pudesse estar presente no cuidado e atuante na assistência.

Mesmo frente às dificuldades organizacionais havia tentativas isoladas, propostas terapêuticas idealizadas e viabilizadas por profissionais que acreditavam em um novo assistir e que trabalhavam de outro modo. Havia a Equipe de Alcoolistas e a Equipe de Crônicos Femininos. Inseri-me na Equipe de Alcoolistas e coordenava um grupo operativo semanal com os pacientes alcoolistas internados no hospital. As discussões focalizavam-se nas tarefas cotidianas da enfermagem, as dificuldades em enfrentar a dependência e planos pós-alta.

Nesta época, durante os contatos com os pacientes, escutava de muito deles perguntas sobre os motivos da internação, sobre seu afastamento do convívio familiar e sentimentos de abandono e saudades de casa. A estas perguntas cabiam respostas técnicas, mas as minhas indagações internas continuavam e a elas eu não tinha resposta. Era preciso encontrar novos caminhos no cuidado, novas possibilidades do fazer.

³ Nome popular dado ao hospital. A origem desta denominação deve-se a colocação do nome como destino final do ônibus que trafegava até lá levando e trazendo os funcionários.

O hospital começava a passar por transformações que modificariam as práticas terapêuticas. Assim, o ano de 1993 marcou o início de um processo de mudança instituído com o objetivo de “melhorar a qualidade do atendimento do paciente do Hospital e melhorar as condições de trabalho do corpo funcional” (FUNDAP, 1993).

Este processo contou com a assessoria da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), no período de agosto a outubro de 1993.

Para o desenvolvimento desta mudança os funcionários do Hospital participaram de Grupos de Trabalho envolvendo quarenta pessoas, com o intuito de refletir sobre o perfil da população atendida, os objetivos do hospital e as condições para melhorar o atendimento dos grupos assistidos.

A partir desta reflexão socializada chegou-se à conformação de cinco grupos de pacientes, com similaridades de perfil capazes de formar um projeto comum de atendimento. Por conseguinte, visualizou-se a formação de cinco Equipes de Atendimento, a fim de formalizar os respectivos projetos terapêuticos.

Segundo as discussões desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho, os grupos de pacientes tiveram, inclusive, similaridade no perfil sócio-econômico⁴, carência afetiva, abandono familiar e social e a estigmatização da doença mental na sociedade.

A fim de formular um novo projeto de atendimento, os seguintes grupos foram categorizados: Alcoolistas; Psicóticos Agudos e Subagudos; Oligofrênicos Crônicos; Crônicos Asilares com Maior Dependência e Crônicos Asilares com Menor Dependência.

⁴ Pacientes provenientes das classes menos favorecidas, marginalizadas, carentes e de atividades rurais e/ou braçais (FUNDAP, 1993)

Estas mudanças, que trouxeram uma nova lógica na organização do trabalho no hospital, eram apoiadas no reconhecimento das necessidades comuns dos cinco grupos de pacientes, sendo necessário viabilizar um atendimento de qualidade, além de objetivar práticas de ressocialização e de reinserção social; e, no reconhecimento de um trabalho em equipe, diferenciado do praticado até então, recuperando-se a criatividade e a cooperação dos profissionais (FUNDAP, 1993).

Na prática, o processo de mudança iniciou-se com a alocação dos profissionais nas Equipes de Atendimento desvinculando a departamentalização por categoria profissional⁵. Além disso, também ocorreu a reorganização das dependências de uso dos pacientes⁶.

Após estas primeiras transformações, os Grupos de Atendimento passaram a discutir sua articulação interna, os papéis a serem desempenhados pelos profissionais nesta nova lógica e a formalização dos respectivos Projetos Terapêuticos.

O percurso das primeiras modificações ocorridas no hospital foi permeado por avanços e retrocessos, pontuando o processo contínuo inerente à construção de novas práticas e saberes e redefinindo novos rumos. Desta maneira, a denominação Equipe de Moradores Masculino e Feminino, substituiu a Equipe de Oligofrênicos e Crônicos Asilares. A modificação do termo: Crônicos Asilares para Moradores seguiu a orientação da Secretaria de Estado da Saúde em São Paulo, obedecendo às deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992. Os oligofrênicos deixaram de ser internados em hospital psiquiátrico, uma

⁵ Os primeiros profissionais a serem divididos em equipe foram os psicólogos e assistentes sociais. Com o decorrer do tempo, outros profissionais foram sendo incorporados. O Corpo de Enfermagem foi a última categoria profissional inserida nesta nova organização de trabalho.

⁶ Os pacientes foram realocados segundo o Grupo de Atendimento a que faziam parte. Assim foram estabelecidas nas Unidades Masculina e Feminina, enfermarias para alcoolistas, agudos e crônicos.

vez que se entendeu não haver a necessidade de procedimento hospitalar nestes casos.

Assim também, a Equipe de Psicóticos Agudos e Subagudos foi renomeada como Equipe de Psicóticos Femininos e Masculinos. A Equipe de Alcoolistas, por conseguinte, também passaria por mudanças, incluindo no seu Projeto de Atendimento os usuários dependentes de outras drogas e, assim redefiniu-se como Equipe de Dependentes Químicos. Neste período, assumi a Coordenação da Equipe de Moradores Masculinos e discutíamos internamente o Projeto de Atendimento a esta clientela.

Frente às mudanças realizadas no hospital, enquanto enfermeira deparava-me com questões relacionadas à limitação de conhecimentos na área da saúde mental que pudessem embasar as atividades assumidas neste novo caminho. Assim, busquei no Curso de Especialização - oferecido pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - conhecimentos mais aprofundados sobre o campo da atenção em saúde mental. Novamente, como aluna, pude ter contato com autores diversos e instigantes, dentre eles, Paulo Amarante (1995), Franco Basaglia (1985), Benedetto Saraceno (1994, 1996, 1998), Ana Pitta (1996) e assim, refletir sobre as práticas e os serviços de saúde mental. Os textos de Saraceno sobre Reabilitação Psicossocial impulsionaram a discussão, com outros profissionais do hospital, para a inserção destes pressupostos no modelo de atenção do serviço.

Em 1998, externamente a este processo, o Serviço de Saúde Cândido Ferreira, em Campinas, elaborou um projeto propondo assessoria técnica à Secretaria de Estado da Saúde e três Unidades Hospitalares Psiquiátricas aceitaram, sendo elas, Santa Rita do Passa Quatro, Ribeirão Preto e Botucatu

(informação verbal)⁷. Desta maneira, o Hospital Cantídio iniciava uma nova trajetória institucional, alicerçando tecnicamente, fortalecendo o trabalho em Equipe e instrumentalizando os profissionais com novas ferramentas para o processo de trabalho.

As reuniões de assessoria técnica objetivavam a discussão dos projetos terapêuticos pelas Equipes, a discussão das dificuldades no cotidiano da Equipe e a sensibilização dos profissionais para o novo caminho que se propunha.

As Equipes de Moradores Masculinos e Femininos realizavam as assessorias, conjuntamente, com intuito de uma primeira aproximação dos profissionais das diferentes unidades, facilitando a comunicação, o intercâmbio e garantindo a discussão coletiva do Projeto de Atendimento, uma vez que tínhamos a mesma clientela.

No transcorrer deste percurso, os profissionais da Assessoria e o Grupo de Coordenação – formado pela Diretoria Técnica do Hospital, Coordenadores das Equipes e Chefes da área administrativa – identificaram a necessidade de capacitar os Coordenadores das Equipes e a área administrativa frente às mudanças propostas. Desta maneira, formalizou-se o Curso de Capacitação Gerencial, abrangendo não só os Coordenadores, mas também, vários trabalhadores dos Programas e da área administrativa.

Neste Curso, os profissionais das equipes e, em especial, da Equipe de Moradores, tiveram contato com várias ferramentas de trabalho como o Projeto Terapêutico Individual (PTI)⁸, a Responsabilização, o Vínculo⁹ entre outras, e com o

⁷ Informação fornecida por Thieghi (Terapeuta Ocupacional, atualmente é diretora do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos) em Botucatu, em 2004.

⁸ Segundo Furtado (1998), instrumento fundamental para o processo de reabilitação psicossocial.

⁹ Instrumentos usados no modelo de Defesa da Vida. Para Campos (1997), este modelo é o eixo estruturante de práticas de saúde.

texto de Goffman (2001), que faz referência às Instituições Totais¹⁰ e aos efeitos negativos que os hospitais psiquiátricos exercem sobre as pessoas em sofrimento psíquico. O contato com esta literatura proporcionou reflexões de que as práticas em saúde mental deveriam ser norteadas pelos pressupostos da reabilitação psicossocial, garantindo às pessoas em sofrimento psíquico um modelo pautado no cuidado, na defesa da vida e não no dano, na seqüela, tampouco na doença.

A clientela moradora do hospital era o retrato do abandono, da ineficácia e da falência do modelo vigente. Havia muito a ser desmontado e construído pela Equipe de Moradores. Desta maneira, começamos a trabalhar utilizando ferramentas de um novo processo de trabalho e propondo, a princípio, a humanização, o resgate da singularidade, tendo como foco atividades de socialização.

A Equipe de Moradores Masculinos e Femininos estabeleceram parceria que visava a construção de um novo Projeto, único, pautado na concepção da Reabilitação Psicossocial.

As Equipes de Moradores - feminina e masculina - permaneceram durante dois anos em unidades diferentes. No final de 1998, decorrente de um processo de reorganização institucional, alocou-se em um dos prédios, os moradores e no outro, a enfermaria de psicóticos em surto agudo. Assim, os moradores mudaram-se para o prédio das moradoras e tivemos que reconstruir um novo fazer, já mais complexo e dinâmico, com novos espaços de negociações e trocas. O pressuposto teórico era sempre a Reabilitação Psicossocial, entendida e

¹⁰ Para o autor, os hospitais psiquiátricos são considerados instituições totais em função de seu caráter de reclusão, mortificação do eu; carreira moral, sempre com o objetivo de controle social.

assumida pelas Coordenadoras como possibilidade de respeito, de participação do sujeito, de sentido e de caminhos novos.

Entretanto, propor reabilitação dentro de uma instituição psiquiátrica teve suas dificuldades e entraves, as relações burocráticas eram desgastantes e os serviços administrativos não conseguiam acompanhar a dinâmica que este processo impulsionava. Buscávamos, enquanto equipe, a reconstrução dos laços comunitários, por meio de parcerias e da inserção dos moradores como consumidores no comércio local. Sendo assim, o hospital não supria as demandas emergidas pelo processo reabilitador.

As práticas em saúde mental também estavam se transformando, embasadas pelo processo da reforma psiquiátrica que fervilhava no país, ampliando as ofertas terapêuticas e a participação dos usuários (ZERBETTO; ALENCASTRE; SAEKI, 1998).

Neste cenário, também insere-se o Movimento da Luta Antimanicomial que, a partir de 1987, tornou-se um importante movimento de participação social e sinalizando a necessidade de uma ação ampla, estabeleceu um diálogo com a população sobre a loucura, na tentativa de reconstruir as relações entre a sociedade e os loucos. Processo articulado entre os vários atores sociais, abrangendo dimensões políticas, culturais, técnicas, jurídicas, institucionais e éticas (AMARANTE, 1995).

Em 1998, concomitantemente a Equipe de Atendimento à Pacientes Psicóticos e a Diretoria Técnica do hospital começaram a buscar mudanças na forma de tratar o portador de sofrimento psíquico. Para eles, existia uma demanda que não era absorvida pelos ambulatorios de saúde mental e que, necessariamente,

não precisava de uma internação integral, discutindo-se, portanto, a necessidade de se constituir um serviço substitutivo à internação hospitalar.

Surge então, a idéia de se montar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Botucatu. Esta idéia foi amadurecendo e cada vez mais ficava evidente a necessidade de um serviço desta natureza. Assim, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) "Espaço Vivo", foi inaugurado em setembro de 2000. Houve um processo seletivo interno, para a realocação dos funcionários do hospital a este novo serviço que se abria e, assim, fui contratada.

Os Centros de Atenção Psicossocial espalhados pelo país têm sido alicerçados em uma nova concepção do trabalho em saúde mental: novas relações com os usuários, novas atuações dos profissionais e em espaços mais dinâmicos e democráticos, exigindo assim, maior investimento técnico, parceria com a comunidade e intervenções mais abrangentes (AMARANTE, 2003; PITTA, 1994; GOLDBERG, 1994).

Assim, com a possibilidade de se trabalhar em um serviço substitutivo abriam-se, juntamente, vários desafios: como trabalhar em um novo modelo, a vivência de cuidar de um usuário em surto agudo, e principalmente, o desafio de se fazer Reabilitação Psicossocial em um novo espaço, no espaço comunitário, com outros atores e em outro cenário: a família e a comunidade. Nesta época, também, revivi meus questionamentos e sentimentos de quando ingressei no hospital, indagações sobre o papel do enfermeiro, sobre a exclusão do doente mental e sobre uma outra forma de atendê-lo.

No CAPS "Espaço Vivo", a equipe tem caráter interdisciplinar e assim, pude desenvolver papéis mais amplos e ricos, como atividades de Núcleo de

Competência¹¹ - o ser enfermeira - e no Campo de Atuação¹², exercendo atividades de acordo com minhas habilidades e potencialidades.

Com a experiência na docência, entre os anos de 2002 e 2003, no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista - UNESP - Botucatu, como professora substituta, na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, e mantendo meu vínculo com o CAPS, foi possível por meio de um pequeno distanciamento promover novos questionamentos relacionados ao serviço em como as práticas terapêuticas embasadas na reforma psiquiátrica poderiam estar sendo percebidas pelos usuários e como eles têm entendido o tratamento oferecido no CAPS.

Assim, nasceu o interesse em pesquisar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Espaço Vivo”. Desta maneira, começou a ser delimitado o tema desta investigação: como um serviço substitutivo à internação psiquiátrica, no caso este CAPS, tem sido utilizado como importante ferramenta na construção de novas práticas, como um instrumento de produção de saúde. O recorte desta pesquisa, o objeto de estudo, será o processo terapêutico do serviço sob a ótica dos usuários.

Como a proposta deste serviço está alicerçada nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial, faz-se necessário considerar esta vertente, como pano de fundo na construção do processo de trabalho do serviço.

Frente a inúmeros atores envolvidos neste processo, como por exemplo, familiares, comunidade, trabalhadores, associações de bairro e várias

¹¹ Segundo Furtado (2001, p.52) “é o conjunto do saber e de atribuições específicas de cada profissão ou especialidade que marca as diferenças entre os membros de uma equipe”.

¹² Ainda, segundo Furtado (2001), o Campo de Atuação é marcado por “saberes e responsabilidades comuns e confluentes às várias profissões” (p.53).

outras, o universo empírico desta investigação dar-se-á com os usuários acompanhados por este serviço.

Apesar das discussões sobre a reforma psiquiátrica que vêm sendo travadas no país a partir do final da década de 1970, e do surgimento de experiências ancoradas no processo da reforma, têm sido publicados trabalhos que privilegiam os novos serviços de saúde mental enquanto objeto de estudo, apesar destas experiências no Brasil serem relativamente recentes e estarem em permanente processo de construção; o primeiro CAPS criado no país, na cidade de São Paulo, tem pouco mais de quinze anos.

Desta maneira, escolher o CAPS “Espaço Vivo” como local para a realização deste estudo tem algumas implicações, entre elas, a tentativa de contribuir para o debate sobre o processo de mudança teórico-prática da atenção em saúde mental, como também refletir sobre as práticas dos novos serviços e, em especial, segundo o enfoque da Reabilitação Psicossocial.

Assim, com o decurso desta investigação, busco contribuir para melhorar a assistência aos usuários que passam por uma experiência de sofrimento psíquico.

O objetivo desta pesquisa é analisar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Espaço Vivo” do município de Botucatu (SP), enquanto um serviço que se apresenta como intermediário à internação psiquiátrica e cujo eixo institucional tem-se baseado nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial.

A realização deste objetivo geral requer o desenvolvimento dos seguintes **objetivos específicos**:

- **Descrever a estrutura e a dinâmica deste CAPS**

- **Apreender como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS é percebido pelos usuários atendidos no serviço**

Para o delineamento desta pesquisa, no capítulo **A construção do campo da atenção psicossocial e a reabilitação psicossocial**, abordo, primeiramente, a emergência de novos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica e a construção do campo de atenção psicossocial e da reabilitação psicossocial ligadas a estes dispositivos.

Em um segundo momento, apresento o **Percurso Metodológico** trilhado neste estudo: o tipo de investigação, os sujeitos entrevistados, o trabalho de campo realizado para a coleta e, o tratamento dos dados. E, a fim de contextualizar o serviço, busquei trazer, brevemente, a história do município e suas características geográficas, bem como, pontuar como o município tem organizado seu sistema de saúde e de saúde mental.

No capítulo, **CAPS “Espaço Vivo”**, apresento a construção do objeto de estudo desta pesquisa, suas raízes, seus pressupostos e objetivos de trabalho, sua estrutura e funcionamento cotidianos.

No capítulo quinto, apresento a caracterização dos sujeitos entrevistados e os resultados da investigação, com a identificação e análise dos três grandes temas encontrados: **A influência organicista no cuidado prestado pelo serviço, O CAPS enquanto cenário favorecedor da rede de relações sociais** e o **Trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário**.

Por fim, nas **Considerações Finais** aponto sinteticamente as principais questões presentes na pesquisa.

*“Disse a flor para o pequeno príncipe: é preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as borboletas”
(Antoine de Saint-Exupéry)*

2. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Para apresentar o caminho da construção da atenção psicossocial, apresento um breve recorte da história da psiquiatria no Brasil, pontuado a partir da reforma psiquiátrica. Acredito que a reforma foi o estopim para as transformações nas práticas e para a constituição dos novos serviços em saúde mental.

No Brasil, a psiquiatria foi constituída em 1852, centrando sua prática na internação dos doentes em grandes hospitais. Este tipo de atendimento baseava-se na proposta de retirar o doente de seu meio social, para que assim, pudesse ser tratado. Nesta tradição, segundo Aranha e Silva (1997, p.36), o hospital psiquiátrico ocupa “o lugar de intervenção, descobrimento e execução do saber médico por excelência”.

Antes deste período, as pessoas tidas como loucas andavam pelas ruas e somente sofriam algum tipo de intervenção, quando perturbavam a ordem. Se isso ocorresse, eram recolhidos em casas de detenção, sendo tratados como presos comuns. (RESENDE, 1987).

E, no Brasil, durante o século XIX, a loucura passou a ser considerada doença, merecendo cuidados médicos. Amarante (1995) aponta esta questão:

Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura inscrita no universo da diferença simbólica, se permita um lugar social

reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo de saber teórico/prático (p. 23).

Neste modelo, chamado manicomial, a loucura encontra-se proibida de se expressar em linguagem e ação: a pessoa é antes de tudo, um doente sem direitos, submetido ao poder da instituição, que o afastou e o exclui da sociedade (BASAGLIA, 1985).

Ainda em 1930, o atendimento do doente mental mantinha-se restrito ao interior do asilo, com exceção da experiência pioneira de Ulisses Pernambucano que, “rompendo os limites do hospital psiquiátrico, criou ambulatório em serviço público e escola especial para deficientes mentais, introduzindo o interesse pelo conhecimento da psicologia e da sociologia [...]” (MEDEIROS apud BARROS, 1996, p.20).

No decorrer do tempo, percebeu-se que os hospitais psiquiátricos, ao invés de tratar, muitas vezes cronificavam os doentes, institucionalizando-os. Em algumas situações, os hospitais eram verdadeiros “depósitos de doentes mentais” e o tratamento prestado se caracterizava por ser desumano e cruel (RIBAS; BORENSTEIN, 1999).

Assim, no Brasil, em fins da década de 1950, a situação encontrada nos hospitais, relatada por Resende (1987, p.55) era de “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase 100 anos antes”.

Mesmo diante desta constatação, após o golpe militar de 1964, a política oficial na área da saúde mental mantinha o investimento no aumento dos

leitos psiquiátricos, multiplicando a rede privada contratada, em um momento em que o mundo inteiro se movia em direção à desospitalização. Desta forma, a internação psiquiátrica consolidou-se como praticamente a única alternativa de atenção em saúde mental no país, recurso de saúde administrado majoritariamente pela iniciativa privada, sem nenhum tipo de controle societário (ARANHA e SILVA, 1997).

No final da década de 1970, os trabalhadores buscaram alternativas mais adequadas técnica e politicamente para o tratamento do doente mental, visando melhores condições de tratamento e de trabalho. A visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1979) e o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado em São Paulo (1979) foram dois marcos históricos da discussão das Políticas de Saúde Mental no Brasil (ARANHA e SILVA, 1997).

É neste cenário que surge, o Movimento da **Reforma Psiquiátrica**¹³, que baseando-se no processo de redemocratização do país, formulou críticas ao saber e às instituições psiquiátricas, e também, ao aparato manicomial.

Em contrapartida, o Estado incorporando estas críticas ao seu aparelho, organizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987, como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Neste mesmo ano, em Bauru (SP), aconteceu o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ratificando as mudanças dos princípios ético-teóricos da assistência psiquiátrica e criando o Movimento da Luta Antimanicomial sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

¹³ Conforme Amarante (1992), este Movimento no Brasil adota os conceitos da Psiquiatria Democrática Italiana. O objetivo principal é humanizar o atendimento aos doentes mentais, melhorar as condições dos trabalhadores de saúde mental, criar uma rede de serviços extra-hospitalares, substitutiva ao hospital-manicômio, e rever saberes e práticas excludentes.

A partir daí, o Movimento de Luta Antimanicomial formado por vários atores sociais - os usuários, familiares, trabalhadores e intelectuais – sinalizou a necessidade de uma estratégia política de ação mais ampla, estabelecendo um diálogo com a população sobre a loucura e seus aspectos, com o intuito de reconstruir as relações entre os loucos e a sociedade (VILELA, 2002).

O Movimento de Luta Antimanicomial apontou como premissa fundamental a reorganização dos serviços e práticas de saúde mental. Assim, a questão norteadora não era a modernização das instituições, mas a criação de novos espaços, com outras abordagens.

No campo legislativo, a mobilização da sociedade civil, aliada à sociedade política, fez tramitar no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 3.657/89 (BRASIL, 1997), do deputado federal Paulo Delgado, que discorre sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (Hospitais-Dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial - NAPS e CAPS, Lares Protegidos). Este projeto, sancionado e tornado a Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004b), amparado numa compreensão progressista de assistência, é um dispositivo utilizado pela sociedade organizada na busca da reforma da legislação psiquiátrica e consolida o processo de discussão sobre a doença mental e as instituições psiquiátricas.

A Lei citada, relaciona os direitos dos portadores de doença mental, reforçando a inclusão social do sujeito e regulamentando uma nova política de assistência psiquiátrica no país.

Amarante (1995) já ressaltava a importância de fatos como este ao concluir que

a partir deste projeto muitas experiências de transformação são revistas ou iniciadas, e as políticas públicas de saúde mental passam

a ser do conhecimento de consideráveis segmentos da sociedade brasileira ou a fazer parte de suas preocupações (p. 90).

Em 1992, realiza-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com a participação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, onde foram discutidas questões como a municipalização da assistência e a cidadania dos doentes mentais e ratificada a crítica ao modelo hospitalocêntrico no enfoque ético, técnico e político (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, 1994).

Em dezembro de 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que, em seu Relatório Final, reafirmou as conquistas das conferências anteriores e as portarias do Ministério da Saúde que regulam a assistência em saúde mental no Brasil e assim, consolidou a estratégia de serviços comunitários (CAPS) como equipamentos prioritários de organização da atenção em saúde mental.

Nesta direção, ocorreu a regulamentação e reorganização institucional de novas práticas, com a publicação da Portaria de nº 336/GM (BRASIL, 2004c), de fevereiro de 2002, que estabelece a distinção entre os CAPS, classificando-os segundo sua complexidade e abrangência. Assim, os CAPS são definidos como serviços estratégicos de substituição ao hospital psiquiátrico.

Desta maneira, os serviços abertos surgiram em contraponto às instituições fechadas tendo como objetivos “romper com a tendência carcerária da ideologia manicomial; manter os usuários o menor tempo possível na instituição; estimular a permanência dos usuários no núcleo familiar e social; e viabilizar um

projeto de vida compatível com as potencialidades de cada indivíduo” (CAMAROTTI, 1997, p. 34).

Entretanto, no decorrer dessa trajetória, frente à importância de seus acontecimentos e de suas inovações, apresentam-se os novos problemas. Um deles propõe que o fato de um serviço ser externo ou aberto, não garante a sua característica não manicomial, cabendo pesquisar sobre a estrutura dos serviços, as ações dos profissionais frente à assistência ao doente mental para diagnosticar resquícios ou não manicomiais (AMARANTE, 1995).

Neste ponto vale destacar as noções de “atenção” e “psicossocial”. Estas novas proposições pretendem transformar a prática, construindo a mudança a partir de novos olhares, abordagens e relações com o portador de sofrimento mental.

Assim, o conceito de **atenção**, trazido à cena, diz respeito a uma nova dimensão para o cuidado em saúde mental. Um cuidado que

não visa exclusivamente à remissão do sintoma psicopatológico, mas que se propõe a compreendê-lo como algo que é parte de um sujeito particular que precisa ser considerado (VENÂNCIO; LEAL; DELGADO, 1997, p. VII)

Para os mesmos autores, a noção - **psicossocial** - deve ser entendida enquanto instrumento fundamental para o cuidado. Nesta abordagem, deve-se

tentar lidar com duas dimensões de nossa moderna existência, numa tentativa incessante de vê-las de modo mais complexo, de reintegrá-las uma à outra e de conceber o sujeito como uno: a dimensão psíquica, que passa a ser comprometida de modo definitivo com a questão da subjetividade e da criatividade (estética, artística); e a dimensão social, que é ampliada para além da sua identificação exclusiva com a família, o trabalho ou a idéia inespecífica de ‘sociedade’ passando a contemplar espaços importantes como o do lazer (VENÂNCIO; LEAL; DELGADO, 1997, p. VIII).

Neste sentido, cabe destacar o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), em Santos-SP e o Centro Comunitário de Saúde Mental “Nossa Casa”, em São Lourenço do Sul-RS, como um dos precursores desta modalidade de atenção em saúde mental.

Inaugurado em 12 de março de 1987¹⁴, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira enfrentou dificuldades na implantação do serviço. Yasui (1999) retrata o período apontando a situação vivida naquela época:

desarticularam-se ações, afastaram-se profissionais que coordenavam trabalhos, instituíram-se regras e normas autoritárias em alguns locais. Procurou-se, nas palavras de um diretor de um complexo hospitalar, ‘restabelecer a ordem’ (p.187)

Para este autor, o serviço baseava suas práticas enquanto um dispositivo intermediário e buscava inscrever-se no cenário da assistência psiquiátrica como uma unidade entre a maior e a menor complexidade.

O serviço passou por discussões e embates internos sobre a organização do trabalho e os cuidados oferecidos à população. O contato cotidiano com a loucura

nos impulsionava na direção de uma posição ética que privilegiava uma atenta escuta ao acontecer cotidiano. Havia uma tensão vital constante no ar, que nos fazia despertar toda a vez que o sono da inércia burocrática ameaçava instituir-se (YASUI, 1999, p. 193).

¹⁴ Segundo Yasui (1999), esta data marcou a inauguração oficial. Na verdade, os atendimentos iniciaram-se em julho de 1987.

Entre os anos de 1989 e 1990, foram ampliadas as atividades e o trabalho foi reorganizado. Foram formados três núcleos (terapêutico intensivo, projetos especiais e ensino e pesquisa).

Para Yasui (1999), o CAPS

configurava-se como uma unidade que produzia uma transformação no campo teórico-assistencial que se refletia imediatamente na construção de uma inovadora experiência no campo técnico-assistencial ao propor-se um trabalho que privilegiava o encontro, o cotidiano, o detalhe das relações como critérios de uma clínica geradora de possibilidades (p.204).

E o conceito de reabilitação psicossocial foi incorporado ao projeto do serviço aos poucos, quando já estava em funcionamento. Segundo Pitta (1994, p.654), o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira “constitui-se num espaço paradigmático de reabilitação psicossocial onde a ética presente está a serviço da ampliação de direito de vida e liberdade dos que ali transitam”.

O Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) em Santos nasce em setembro de 1989, em meio a um contexto de transformação da assistência na cidade, após a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta. Segundo Batista e Silva (2004, p.109), constitui-se de serviço territorial e buscava, segundo o autor, “implementar práticas no sentido do atendimento integral, participação da comunidade e descentralização da gestão”.

Diferentemente do que ocorre com o CAPS,

o NAPS tem como eixo ‘a desconstrução do manicômio’ produzindo um novo projeto de saúde mental que se constitua numa instituição que não segregue e não exclua. [...] Este é um ponto-chave no NAPS que visa superar a lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde (AMARANTE, 2001, p. 29-30).

Com relação à proposta de atendimento, os NAPS foram colocados como serviços que substituem o modelo antimanicomial, conforme aponta Amarante (2001), com “funcionamento integral, isto é, de funcionamento de 24 horas, 7 dias na semana, com um conjunto de recursos que incluem a existência de seis leitos” (p.31).

A experiência de São Lourenço do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, também foi precursora na constituição de serviços comunitários de saúde mental. É neste município que em 1988, foi inaugurada a “Nossa Casa”, o Centro de Reabilitação de Doentes Mentais. Naquela época, visava à “diminuição das transferências dos doentes mentais para hospitais psiquiátricos de Pelotas [...] desta forma os pacientes ficarão em sua comunidade e somente serão transferidos em casos graves” (HIRDES, 2001, p.112).

Atualmente, o Centro Comunitário de Saúde Mental é formado pelo Ambulatório de Psicologia e Psiquiatria; A “Nossa Casa” cadastrada como um CAPS; Unidade Psiquiátrica da Santa Casa de Misericórdia; “Nosso Lar”, caracterizado como um lar protegido; Centro Comunitário da Criança e do Adolescente e Oficinas Integradas.

No Brasil, atualmente, está em funcionamento uma rede ampla de ofertas terapêuticas, objetivando a substituição do modelo hospitalocêntrico, tais como centros de atenção psicossocial, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência, cooperativas de trabalho, residências terapêuticas, entre outros. De maneira geral, esses novos serviços se caracterizam pela utilização de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas a manter a pessoa na comunidade (MELMAN, 1998).

Várias experiências do Brasil, no campo da atenção psicossocial, têm sido divulgadas com o intuito de consolidar esta nova proposta teórico-prática (CAVALCANTE; SILVA; RODRIGUES, 1997; CARNEIRO et al., 1997; DELGADO, 1997).

O compromisso ético em garantir aos portadores de transtornos mentais uma assistência de qualidade baseada em pressupostos como a singularidade, o direito à saúde e a uma vida digna, têm impulsionado projetos inovadores, rompendo com o modelo de reclusão. Entre estes projetos, encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) experiências em construção, atualmente espalhadas pelo país afora e que devem se constituir em serviços inovadores, garantindo um “espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde” (AMARANTE, 2003, p. 61).

Neste contexto histórico, insere-se, também, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Espaço Vivo” de Botucatu, funcionando desde 2000. Este serviço tem como uma de suas finalidades, implementar os princípios da reforma psiquiátrica alicerçando suas práticas no respeito às singularidades e a defesa da vida (BOTUCATU, 2005b). Focaliza nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial o eixo institucional norteador de suas intervenções não entendido como um conjunto de técnicas, mas como uma “exigência ética” (SARACENO, 1996, p.13).

A Reabilitação Psicossocial pode estar permeada nestes espaços dinâmicos e flexíveis se a consideramos como uma estratégia que promova relações e que possibilite ao usuário, a recuperação de sua capacidade de gerar sentido e valor social, restabelecendo sua contratualidade como cidadão (SARACENO, 1998).

O conceito de Reabilitação Psicossocial no seu “sentido ortopédico” foi empregado para nomear, tradicionalmente, práticas de atenção terciária, com o intuito de recuperar as habilidades perdidas e adaptar o sujeito às exigências sociais.

A Organização Mundial de Saúde (1997) define Reabilitação Psicossocial (RPS) como um processo que facilita oportunidades para que os indivíduos com disfunções e/ou incapacitados alcancem um nível ótimo de funcionamento independente na comunidade. A RPS envolve vários setores e níveis desde hospitais psiquiátricos à moradia e local de trabalho.

Atualmente, em uma nova forma mais ampliada de tratamento, a Reabilitação não é entendida como um fim, mas como um componente do processo terapêutico e, concebida como um corpo de conhecimento que versa sobre a organização dos serviços.

Com esta compreensão, para Freitas (1998), o programa de RPS deve conter, enquanto estratégia metodológica, a desmontagem e a reconstrução dos contextos interativos patológicos, visando a desinstitucionalização; o desenvolvimento dos agentes sociais nos contextos de tempo e de espaço cambiante e a reativação de redes sociais de solidariedade e de justiça disponíveis: comunidade, setor, território.

Os tempos atuais de crise paradigmática, de deterioração do sistema de saúde e da extrema desigualdade social, exigem práticas que expressem novas utopias [...]. Na sociedade utópica deve-se acolher o desconhecido, conviver com a diversidade, compreender que desordem não é não-ordem e defender a verdade a serviço da liberdade e da solidariedade (OLIVEIRA, 1999, p. 61).

Saraceno (1996), aponta que as variáveis que estão relacionadas e determinam os resultados da reabilitação podem ser distribuídas em dois extremos: no micro e no macro. O contexto micro está relacionado à afetividade, à continuidade, ao vínculo real estabelecido entre paciente-profissional e ao tempo gasto nesta relação. Já o nível macro está ligado à organização do serviço, se está aberto vinte quatro ou doze horas, a sua relação com a comunidade e a satisfação de sua clientela.

Para este autor, os aspectos micro e macro é que determinam se as técnicas, independente de quais forem, estão funcionando ou não. Assim, conclui que as variáveis que influem na melhora ou piora dos pacientes não são as técnicas em si, mas o programa, o serviço e os trabalhadores do serviço.

Outra questão importante para a Reabilitação Psicossocial diz respeito à palavra **entretenimento**. Saraceno (1999) faz uma crítica, expondo que entretenimento refere-se à principal característica da psiquiatria: manter dentro.

Entretido, no sentido de posto dentro de um sistema de tratamentos que são administrados com um grau notável de casualidade, de falta de previsões, de ausência de avaliações, 'à espera de' ... e quando a espera é premiada com a melhora, essa será a 'prova' da eficácia do tratamento (p.17).

Assim, Saraceno acredita que a Reabilitação Psicossocial é a ruptura do entretenimento, a 'quebra' da cultura do manter dentro, a não-reprodução da lógica da enfermidade.

E conclui, conceituando Reabilitação Psicossocial.

A ruptura do entretenimento não é portanto, uma simples renúncia passiva à prática psiquiátrica mas, ao contrário, é uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos para se operar micro-rupturas da miríade de micro-entretenimentos, descobrindo a miríade

de fontes de recursos e modos de operar que confluam para a reconstrução de cidadania plena do paciente psiquiátrico. A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível (SARACENO, 1999, p.18).

A ruptura deste entretenimento deverá ocorrer, cotidianamente, no interior dos diferentes contextos: do hospital psiquiátrico ao serviço de atenção diária. Entretanto, a atenção em reabilitação permanece muito limitada se apenas basear-se na substituição de disfunções por habilidades, por meio de processos de tratamento ou treinamento específicos, mas sim, em um conjunto de estratégias que visam aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos.

Saraceno (1999) coloca três eixos para a construção no aumento da contratualidade dos pacientes psiquiátricos: morar, trocar identidade, produzir e trocar mercadorias e valores.

Para o autor, “a reabilitação tem muito a ver, seja com a idéia de casa, seja com aquela de morar” (p. 114). E, nesta perspectiva, existem diferenças entre estar e habitar uma casa. **Estar** expressa a pouca ou nenhuma propriedade, material ou simbólica do espaço relacionado ao poder de decisão.

Saraceno (1999) exemplifica esta situação apontando que

o manicômio (como o cárcere) é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar. Tudo isso explica por que a questão da psiquiatria é caracterizada pela idéia contínua e obsessiva da residência dos doentes: o manicômio como residência coagida, controlada, expropriadora, mas residência; sair do manicômio, como percurso através de graus diversos de proteção da residencialidade até a residência autônoma ou reentrar na própria casa originária (p.114-115).

Já a questão do **habitar** suporia a apropriação do espaço, garantiria um poder contratual relacionado ao espaço físico, a organização material e simbólica dos objetos e a divisão afetiva com os outros.

O eixo da **troca de identidades** está marcado pela possibilidade de estar em ambientes que proporcionem a troca social, isto é, em situações em que é possível conversar sobre o cotidiano, fazer parte de uma rede social e conforme coloca Saraceno (1999), “a participação dessa troca ou da invenção dos lugares nos quais a troca seja possível é a rede social” (p. 123).

A desabilitação dos pacientes psiquiátricos é relacionada inclusive ao empobrecimento da rede social. O reconhecimento de uma rede social gera questões importantes, como a família. Saraceno (1999), aponta que “intervenções que melhorem o ‘setting’ familiar geram também expansões da rede ampliada” (p.123).

O último eixo diz respeito ao **produzir e trocar mercadorias e valores**. Para Saraceno (1999), é necessário aprofundar esta temática inclusive com relação ao sentido do trabalho para pacientes psiquiátricos severamente desabilitados.

A questão é o quanto o trabalho seja um meio de sustento e o quanto seja um meio de auto-realização. E isso é obviamente relacionado com o sentido e com o valor que uma sociedade atribui ao trabalho. E de quanto o trabalho seja componente de um projeto para o indivíduo (p.126-127).

Assim, é importante que no contexto do processo de reabilitação, nos serviços de atenção em saúde mental, os profissionais reflitam sobre o sentido que têm atribuído ao trabalho nas práticas cotidianas.

*“Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que
precisarás passar, para atravessar o rio – ninguém, exceto tu”
(Nietzsche)*

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa, pela especificidade de sua temática, coloca em evidência a relação permanente entre a objetividade-subjetividade, presentes no processo de tratamento dos usuários frente a um serviço substitutivo em saúde mental e, neste sentido, a opção metodológica do pesquisador deve ter como pressupostos a sensibilidade de aceitar e respeitar os valores de cada sujeito entrevistado.

Por isto, busquei nesta pesquisa uma metodologia capaz de operacionalizar a intenção de explicitar o CAPS “Espaço Vivo” a partir da fala do próprio usuário, o que requer uma verdadeira intenção de relacionar-se com este sujeito.

Para tanto, optou-se pela pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2002, p.15) analisa a realidade social que “é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante”. Ao fazer esta análise “ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações” (MINAYO, 2002, p. 15).

Desta maneira, o método de investigação utilizado foi o estudo de caso, pois o mesmo pode proporcionar uma visão mais detalhada e focalizada do

contexto estudado e por ser uma abordagem de pesquisa que tem como objetivo, analisar profundamente uma unidade (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, o estudo de caso “reúne informações tão numerosas e tão detalhadas quanto possível com vistas a apreender a totalidade da situação” (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1991, p.224).

Apesar da investigadora estar atuando há vários anos no atendimento a usuários neste serviço, este estudo possibilitou investigar como as pessoas em sofrimento psíquico têm percebido seu cuidado.

Lüdke e André (1986) enumeram sete características fundamentais do Estudo de Caso:

- **“Os estudos de caso visam à descoberta”**. O pesquisador pode iniciar sua investigação a partir de alguns pressupostos teóricos básicos, entretanto deve estar atento à busca de novas respostas e indagações no avanço de seu trabalho.
- **“Os estudos enfatizam a *interpretação em contexto*”**. Para a elaboração de um estudo, é importante apreender do objeto de estudo o contexto em que ele se situa.

Assim, para compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionadas à situação específica onde ocorrem ou à problemática determinada a que estão ligadas (p.18-19).

- **“Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda”.** O investigador busca desvelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, focalizando-o como um todo.

Esse tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes (p.19).

- **“Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação”.** O pesquisador, ao desenvolver seu trabalho, deve coletar os dados em diferentes momentos, com uma variedade de situações e de tipos de informantes.
- **“Os estudos de caso revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas”.** Com este tipo de estudo, o investigador procura relatar suas experiências no transcorrer da pesquisa, buscando, assim, que o leitor possa fazer questionamentos como: “o que eu posso (ou não) aplicar deste caso em minha prática?”. Para os autores, a generalização naturalística,

ocorre em função do conhecimento experiencial do sujeito, no momento em que este tenta associar dados encontrados no estudo com dados que são frutos de suas experiências pessoais (p.19).

- **“Os estudos de caso procuram representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes em uma situação social”.** O objeto de estudo pode provocar opiniões divergentes, o investigador busca trazer à pesquisa esta discordância de opiniões, revelando o seu próprio ponto de vista. Assim, caberá aos leitores concluir sobre estes aspectos contraditórios. O fundamento desta orientação, segundo os autores, está no fato de que,

[...] a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a mais verdadeira (p. 20).

- **“Os relatos do estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa”.** Os relatos são elaborados de forma clara e bem articulada, visando à aproximação com a experiência pessoal do leitor.

O caso é construído durante o processo de estudo; ele só se materializa enquanto caso, no relatório final, onde fica evidente se ele se constitui realmente num estudo de caso (p. 20).

Após ter pontuado estas características do estudo de caso, esclareço que esta pesquisa visa a aproximação entre a vivência dos usuários em sofrimento psíquico e o seu entendimento sobre a terapêutica oferecida em um serviço de saúde mental. Assim, busca-se conhecer em profundidade o objeto estudado, não desconhecendo que esta aproximação se faz de forma incompleta e suas conclusões são provisórias.

Entretanto, o estudo de caso favorecendo o conhecimento de uma realidade delimitada, permite que seus resultados possam formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1987).

Também Minayo (2000) pontua esta questão, ressaltando que

numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (p. 102).

Esta pesquisa, também, assume caráter descritivo, pois objetivou a observação, registro, análise e a correlação entre fatos e fenômenos sem manipulá-los. Assim, a pesquisa descritiva procura descobrir as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, abordando os dados que merecem ser estudados e cujo registro não consta de documentos (CERVO; BERVIAN, 2002).

3.1.1 Sujeitos entrevistados

Os sujeitos selecionados para esta investigação foram formados por onze usuários adultos – cinco homens e seis mulheres - com faixa etária entre 20 e 50 anos¹⁵ e em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Espaço Vivo” do município de Botucatu.

Após a decisão de realizar a pesquisa no serviço, entrei em contato

¹⁵ A caracterização detalhada dos usuários entrevistados será tratada na Discussão dos Dados.

com a equipe para informar e fornecer o projeto de pesquisa e, posteriormente, obteve liberação, garantindo a continuidade dos trabalhos.

Para obter as informações necessárias, participaram da pesquisa:

- Usuários que estavam em acompanhamento no CAPS que já haviam passado pelo regime intensivo¹⁶ e, no momento da coleta dos dados, estavam no regime semi-intensivo¹⁷.
- Usuários apresentando condições de comunicar-se e de ter entendimento sobre a pesquisa.
- Usuários que tinham um familiar ou acompanhante para serem informados sobre a pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza como método o estudo de caso, a amostragem foi definida a partir do critério de representatividade, buscando abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2000).

Uma explicação preliminar foi fornecida ao usuário sobre a pesquisa, e a entrevista foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

¹⁶ Proposta terapêutica destinada a usuários que necessitam de acompanhamento diário no serviço.

¹⁷ Proposta destinada a acompanhamento freqüente, mas que não necessitem estar diariamente no CAPS.

3.2 O trabalho de Campo

Na pesquisa qualitativa, a interação entre investigador e os sujeitos pesquisados é essencial. Assim, o trabalho de campo possibilita que o pesquisador, a partir desta interação, encontre um novo e confrontante produto, tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, em um processo mais amplo de construção de conhecimentos (MINAYO, 2000).

O processo de coleta de dados, em uma pesquisa qualitativa, revela-se fundamental, principalmente, pela participação efetiva do pesquisador como um dos elementos do fazer científico.

Para a realização desta investigação foram utilizadas a **entrevista** e a **observação**, enquanto técnicas para a coleta dos dados.

3.2.1. Entrevistas

A entrevista é considerada um instrumento privilegiado de coleta de dados, pois por meio da fala, são revelados as “condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos” (MINAYO, 2000, p. 109).

Para Cruz Neto (2002), a entrevista consiste no procedimento mais comum do trabalho de campo e por meio dela, o investigador procura dados nas falas dos sujeitos pesquisados.

Entretanto, o mesmo autor ressalta que a entrevista, enquanto coleta de dados, necessita ser realizada, por meio de critérios estabelecidos porque

não significa uma conversa desprestenciosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (p. 57).

Foram realizadas **entrevistas semi-estruturadas** a fim de obter as informações desejadas dos sujeitos e como a opção mais adequada para a coleta de dados. A escolha desta modalidade deveu-se ao fato de que a mesma permite detectar a questão da subjetividade.

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é entendida como

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (p.146).

A entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um guia com algumas questões capazes de orientar a conversa, “visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa” (MINAYO, 2000, p. 99).

A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que com ela o pesquisador capta, de maneira imediata e corrente, a informação desejada. Além disso, esta técnica pode permitir o tratamento de assuntos de natureza complexa e de escolhas nitidamente individuais (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Inicialmente, propiciamos condições para o estabelecimento de uma interação efetiva, uma aproximação. Para o desenvolvimento da entrevista foi elaborado um roteiro com algumas questões sobre o tema, deixando que o usuário falasse livremente sobre elas (Apêndice B).

Primeiramente, foram realizadas quatro entrevistas-piloto para avaliar a pertinência e adequação das questões aos objetivos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo”, no período de 10 de janeiro a 20 de abril de 2005. Época que houve a necessidade de serem retomadas três entrevistas para um melhor aprofundamento dos conteúdos nos depoimentos, pois algumas questões precisavam ser melhor detalhadas.

As entrevistas foram agendadas previamente com os usuários e realizadas em uma sala, com garantia da privacidade, no serviço. Os usuários convidados a participar da pesquisa o aceitaram prontamente, não apresentando resistências.

Desta maneira, as entrevistas foram norteadas pelas seguintes questões: Qual o motivo que trouxe você a vir para o CAPS? Como foi o começo, quando você veio para cá? Depois que você veio para o serviço, você percebeu alguma modificação na sua vida? O que é o CAPS para você? Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Antes de proceder às entrevistas foram fornecidas aos usuários e familiares responsáveis, explicações acerca da pesquisa, seus objetivos e sobre a garantia de sigilo.

Foram entrevistados onze usuários do serviço, identificados com nomes fictícios e que serão apresentados no capítulo da Discussão dos Dados. As

entrevistas foram interrompidas a partir desse número, pois houveram repetições dos conteúdos dos depoimentos.

As entrevistas, ocorridas com os usuários, tiveram duração média de vinte minutos, foram gravadas em fita cassete com a anuência dos sujeitos da pesquisa, armazenadas pela investigadora e, posteriormente, foram transcritas e o material submetido à análise.

Seguindo os procedimentos metodológicos, após a transcrição das fitas pela pesquisadora, emergiram três temas: **A influência organicista no cuidado prestado pelo serviço; O CAPS enquanto cenário favorecedor da rede de relações sociais e O trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário.**

Com o objetivo de caracterizar o objeto de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial, também foi realizado levantamento de prontuários, na busca de dados referentes ao tempo de seguimento no serviço, motivo do encaminhamento, número de internações anteriores e o período de tratamento psiquiátrico.

Desta maneira, cabe ressaltar que, pelas características do projeto, envolvendo diretamente seres humanos, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97. Esta pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina - UNESP (Anexo A).

Assim, foram garantidos aos entrevistados o acesso aos dados coletados, como também garantia quanto ao sigilo, privacidade e anonimato.

É importante destacar que por obter dados, de maneira formal, a respeito de determinado assunto, a entrevista deve ser incorporada a “seu contexto

e vir acompanhada, complementada ou como parte da observação participante. Desta forma, além da fala mais ou menos dirigida, captam-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano” (MINAYO, 2000, p 120).

3.2.1.1 Os Bastidores das entrevistas

Acredito ser importante abordar neste pequeno recorte, o transcorrer das entrevistas. Ao eleger os usuários do serviço como sujeitos desta investigação não percebi a complexidade que este processo adquiriria.

Primeiramente, por ser trabalhadora do serviço, acreditava que como já estávamos familiarizados (usuários e eu), a coleta dos dados transcorreria de maneira tranqüila. Entretanto, a experiência que trazia era a de trabalhadora e não como pesquisadora e assim, pusemo-nos a enfrentar este desafio.

Nos contatos iniciais, expliquei-lhes o motivo da entrevista, os requisitos éticos da pesquisa, o recurso de gravação e agendamos uma data. Os usuários atenderam prontamente.

O recurso de gravação foi um detalhe peculiar. Alguns pacientes incomodaram-se, inicialmente, com o gravador, achando ‘estranho’ este objeto ficar tão próximo a eles, mas depois de manuseá-lo e ouvirem as próprias vozes, encantaram-se. Queriam ouvir a entrevista toda.

No decorrer das entrevistas, muitos deles abordavam outros temas. Contavam suas histórias, as dificuldades cotidianas, o relacionamento familiar às vezes conturbado e também seus desejos.

Como pesquisadora anseava-me manter o foco da investigação, ou seja, abordar as questões relacionadas aos objetivos do trabalho. E assim, ao retomar as indagações pertinentes à pesquisa, os usuários respondiam, muitas vezes, com frases curtas estando muito relacionadas com a concretude do seu cotidiano.

Ao perceber que as entrevistas, também, podiam ser permeadas por estes pequenos ‘encontros’, espaços de escuta e palco de trocas, decidi assegurar que este cenário fosse mantido.

Assim, em seguida, foi necessária a retomada de três entrevistas a fim de aprofundar algumas questões.

Neste momento, cabe pontuar a outra técnica utilizada nesta investigação: a observação.

3.2.2 Observação

A palavra observar tem como significado “destacar de um conjunto algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características” (TRIVINÕS, 1987, p. 153).

Desta maneira, para que esta técnica de investigação tenha um caráter válido e fidedigno, faz-se necessário que seja controlada e executada de forma sistemática. Para isso, há a implicação de um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do observador (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Este instrumento de coleta possibilita ao pesquisador um contato pessoal e estreito com o fenômeno a ser investigado.

A observação direta permite também que o observador chegue mais perto da ‘perspectiva dos sujeitos’, um importante alvo nas abordagens qualitativas. Na medida em que o observador acompanha *in loco* as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.26).

O campo empírico desta investigação, o Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” de Botucatu, constitui-se no campo de trabalho da pesquisadora há cinco anos, assim é importante destacar que há vínculos e relações estabelecidas com os usuários, profissionais e familiares, caracterizando a dualidade do pesquisador, ou seja, a necessidade de “estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado” (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p.62).

Diante destas colocações e dentre as várias modalidades de observação, a pesquisadora assumiu a condição de observador participante.

A **observação participante** realiza-se quando pesquisador (observador) e fenômeno se envolvem (CERVO; BERVIAN, 2002).

Desta maneira, tem-se a seguinte formulação que descreve esta técnica de coleta de dados:

[...] um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados, e ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por

este contexto (SCHWARTZ; SCHWARTZ apud MINAYO, 2000, p. 135).

O registro das informações observadas, de natureza descritivo-reflexiva, foi realizado em diário de campo, constando as observações e reflexões da pesquisadora. Assim, procedi à observação da estrutura física, da organização dos espaços e da utilização dos espaços coletivos. Também foram registradas a mobilidade dos usuários no serviço.

Como o campo da pesquisa constitui-se no local de trabalho da pesquisadora, as observações foram efetuadas em período diferente do horário de trabalho.

3.3 Análise dos Dados

Para analisar os dados de uma pesquisa deve-se atingir três finalidades, que são:

estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, além de ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte (GOMES, 2002, p. 69).

Por meio da análise também é possível estabelecer classificações, agrupando elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de compor as informações analisadas (GOMES, 2002).

Inicialmente, após a coleta e transcrição das entrevistas, as mesmas

foram analisadas segundo a técnica da **Análise Temática** que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2000, p. 209).

Para que esta análise obtivesse sucesso, fez-se necessário completar três etapas: a pré-análise; exploração do material; e, tratamento dos resultados obtidos seguindo, por fim, a interpretação segundo o quadro teórico-conceitual da pesquisa (MINAYO, 2000).

A fase de **Pré-Análise** compreendeu a escolha do material a ser analisado objetivando os pressupostos inicialmente estabelecidos.

Na operacionalização desta fase, foram necessárias a realização de três tarefas como, a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação de hipóteses e objetivos.

Com a leitura flutuante do material, por meio do contato exaustivo com ele, o pesquisador impregna-se pelo seu conteúdo. Procedimento que pode progressivamente “[...] suscitar interpretações pelo relacionamento de elementos de diversos tipos” (MICHELAT, 1987, p.204-205).

A tarefa de constituição do corpus da pesquisa consistiu na organização do material de forma a permitir sua validação por meio da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

E, por fim, a formulação de hipóteses e objetivos. Assim, mesmo que já tenham sido construídos no início do trabalho, não invalidam sua reformulação e a possibilidade do surgimento de novas hipóteses.

Uma segunda fase da Análise Temática consistiu na **Exploração do Material**, realizado através da codificação, ou seja, a transformação dos dados

brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Como última etapa da Análise Temática, teve-se o **Tratamento dos Resultados Obtidos e sua Interpretação**, momento em que o pesquisador coloca em relevo as informações obtidas e propõe inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico.

Por fim, cabe destacar que a Análise Temática guia-se pela formalidade, baseando sua crença na significação da regularidade (MINAYO, 2000).

3.4 Campo Empírico

3.4.1 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Espaço Vivo”, situado no município de Botucatu, localizado na região centro-sul do estado de São Paulo. Para descrever este serviço, apresento o contexto histórico em que se insere, situando o município de Botucatu, a atenção em saúde e saúde mental na cidade.

3.4.1.1. O município de Botucatu – uma breve história

A urbanização no Brasil, durante a segunda metade do século XIX conviveu com a manutenção da estrutura de produção colonial – trabalho escravo e latifúndio – e também com as modernas transformações – desenvolvimento de

ferrovias, imigração e incipiente industrialização. Neste cenário, particularizado pela denominada “conquista do sertão paulista”, inseriu-se também a cidade de Botucatu (AGUIAR, 2001).

Naquela época, Botucatu era apenas uma área inóspita e pouco valorizada e sua origem esteve vinculada a estas transformações pontuadas por conflitos sobre a delimitação da propriedade das terras.

E assim, nos tempos das capitanias, existia uma rota de índios, um caminho com extensão de duzentas léguas, com largura de oito palmos, ligando São Vicente até o Peru, chamado Peabiru. A ocupação do município realizou-se entre os anos de 1719 e 1721, no Alto da Serra. Neste local localizava-se a fazenda dos jesuítas: as fazendas Guareí e Botucatu, com a doação de sesmaria e início da ocupação jurídica da região.

A fazenda constituía-se em referência para aqueles que quisessem viajar para diversas regiões como Mato Grosso e Goiás. Por isso, Botucatu é considerada pelos historiadores a “boca do sertão”. O relevo de sua Cuesta¹⁸ colaborou para esta função e foi fator importante para o desenvolvimento da cidade, pois muitos bandeirantes passavam por esta região à procura de índios e metais preciosos.

Em 1760, as fazendas foram confiscadas, obedecendo a uma ordem do Marquês de Pombal expulsando todos os jesuítas do país.

¹⁸ A Cuesta de Botucatu é caracterizada por uma formação geológica ímpar, apresentando um paredão abrupto (front) que tem a sua face voltada à leste seguido de um leve declínio que se estende à oeste até a margem do Rio Paraná. O front da Cuesta possui uma extensão de 80 Km. no município, e hoje se apresenta protegida pela APA (área de proteção ambiental) Corumbataí-Tejupá-Botucatu. Por ser uma região de solo frágil, principalmente arenito-basáltico, o cuidado com a manutenção das matas deve ser redobrado, evitando desmoronamentos e formação de erosões. Devido ao seu solo poroso existe, no município de Botucatu um importante ponto de recarga do aquífero Guarani (BOTUCATU, 2005a).

Segundo Delmanto (1990, p.13) “as benfeitorias (currais e ranchos rústicos), os escravos (13), as 440 cabeças de gado e os 43 cavalos dos padres ficaram como a mostrar que a fazenda tinha vida própria”. Assim, a cidade de Botucatu teria se originado de uma grande fazenda jesuítica sendo os padres da Companhia de Jesus, os fundadores.

Ao firmar-se como “boca do sertão”, a região de Botucatu, foi atraindo compradores e especuladores de terra e levando à fixação de população neste território.

Aguiar (2001), aponta que para o desenvolvimento da cidade houve influência também de um outro fator: o comércio de mulas, principal meio de transporte de mercadorias na época. Para o autor, este dado justifica-se em razão de que

o trajeto tradicionalmente utilizado por comerciantes saía do Rio Grande do Sul, passava pela destacada feira de Sorocaba e chegava a Minas Gerais e Mato Grosso. Constituíam-se em negócio altamente lucrativo, mas onerado por altos impostos cobrados pelos governos provinciais. Para livrar-se dos impostos, muitos tropeiros resolveram mudar de caminho e a serra de Botucatu começou a ser mais utilizada. Com os poucos ranchos existentes, havia a possibilidade de descanso e abastecimento (p.27).

Em 1835, a região denominada Alto da Serra estava posseada e dividida em quatro fazendas principais: Fazenda Monte Alegre, Rio Claro, Fazendas Boqueirão e Pulador (reunidas em uma só propriedade) e a Fazenda Bom Jardim.

Em 19 de fevereiro de 1846, o povoado é elevado à Freguesia pois assim, criando um posto de controle, o governo tentava evitar o contrabando de mulas.

No dia 14 de Abril de 1855, foi promulgada a Lei nº 506 que elevou a Freguesia à categoria de Vila. Tal processo deu-se em função dos moradores acreditarem que Botucatu tornando-se vila, contribuiria com um considerável número de eleitores para a província. Segundo Aguiar (2001), havia na época, 504 eleitores e nesta época erguiam-se, ao redor da Matriz, 83 casas.

Em 20 de abril de 1866, foi votada a Lei nº 61, criando a Comarca de Botucatu. Surgiram melhoramentos, desenvolvendo-se política e economicamente a Vila de Botucatu. A 16 de março de 1876, por meio da Lei nº 18, eleva-se à categoria de cidade.

Em 1871, descobre-se no Município, pés de café com características diferentes das já conhecidas. Era o café amarelo de Botucatu, que se tornou famoso em todo o país.

Na passagem do século XIX, Botucatu era a mais progressista cidade do interior paulista, chamada "Princesa da Serra". Nesta época, o município considerado um corredor importante de escoamento da produção cafeeira, possuía um importante entroncamento ferroviário, a Ferrovia Sorocabana, Paulista e Norte do Paraná.

Em 1908, criou-se a Diocese de Botucatu. A década seguinte marca um acelerado desenvolvimento no campo educacional, tornando-se a cidade sede de importantes órgãos administrativos regionais.

A palavra Botucatu, segundo Aguiar (2001) possui três interpretações. A mais aceita é a que parte da separação silábica de Botucatu: *botu* significaria “vento”, “hálito da terra” e, *catu* “bem ou bom”. Desta maneira justificaria o significado de “bons ares” ligado à cidade. A segunda explicação para o nome da

cidade seria “serra grande”. A terceira e última, e a mais polêmica, tem caráter místico e significaria na língua suméria “Templo da Serpente”.

3.4.1.2 Botucatu – aspectos gerais

A cidade de Botucatu, que no passado chegou a representar $\frac{1}{4}$ da extensão territorial do Estado de São Paulo, está localizada na região centro sul paulista, ocupando hoje uma área de 1.522 km², dista a 224,8 km da Capital do Estado e a 898 km da Capital Federal.

O município faz limites com as cidades de Anhembi, Bofete, Pardinho, Itatinga, Avaré, Pratânia, São Manuel, Dois Córregos e Santa Maria da Serra (figura 1). É conhecida como cidade dos bons ares, pelo excelente clima que se respira, vindo da Cuesta. A cidade encontra-se em franco desenvolvimento. Levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) aponta uma população de 108.306 habitantes, sendo 52.876 homens e 55.430 mulheres, densidade demográfica de 72,40 habitantes/km².

O Marco Zero está localizado na Praça Emílio Pedutti (Bosque). Botucatu é marcado por clima ameno (temperaturas médias de 22° C) e altitude relativamente elevada, que varia de 756 m na baixada (antigo matadouro) a 920 m no Morro de Rubião Júnior (ponto mais alto).

Figura 1 – Botucatu, localização e limites geográficos.

Em 1997, Botucatu foi elevada à condição de cidade turística, contando com belas paisagens, cachoeiras e extensas áreas verdes. Assim, vinte e seis por cento (26%) do seu território é preservado pela Área de Proteção Ambiental. Entre os eventos culturais, destacam-se o Festival de Inverno de Botucatu, que reúne, anualmente, atrações musicais nacionais e internacionais, e o Festival do Saci, cuja proposta é resgatar as lendas e tradições brasileiras.

Segundo o Centro das Indústrias do Estado de São Paulo (CIESP), Botucatu possui atualmente 210 indústrias, oferecendo cerca de seis mil empregos diretos. O CIESP tem uma de suas diretorias regionais no município de Botucatu, abrangendo 41 cidades. O município apresenta uma saudável diversificação no seu desenvolvimento industrial. Três segmentos indicam uma vocação futura e

sustentável para o município: os setores de transporte, tecnológico e o pólo moveleiro.

No campo industrial do transporte, o município conta com empresas do ramo aeronáutico, destacando-se a NEIVA e outras empresas satélites acompanhando o franco desenvolvimento da EMBRAER. A cidade de Botucatu é sede de indústria de ônibus rodoviários e seus componentes, através da INDUSCAR/CAIO, IRIZAR, HIDROPLÁS e uma dezena de outras empresas do segmento.

O município de Botucatu volta-se para o pólo moveleiro no estado de São Paulo, contando com uma grande base florestal e concentrando 40% da produção nacional de madeira reconstituída (DURATEX e EUCATEX). A vantagem proporcionada por este fato, aliados à excelente malha rodoviária (Rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon) e, também, à ferroviária, por meio da Ferrovia Bandeirante (FERROBAN), seguramente proporcionam maior competitividade às indústrias do ramo.

A cidade de Botucatu, enquanto setor tecnológico, concentra o maior campus da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) “Júlio de Mesquita Filho” do Estado, com as Faculdades de Medicina, Enfermagem, Biologia, Agronomia, Engenharia Florestal, Medicina Veterinária, Zootecnia e Nutrição. Conta ainda com Fazendas Experimentais, Centros de Estudos e Desenvolvimento e um sofisticado Instituto de Biociências.

Conta, também com uma universidade privada, a Associação de Ensino de Botucatu - Faculdades Integradas de Botucatu (UNIFAC) que oferece os cursos de Serviço Social, Letras, Pedagogia, Educação Física, Administração de Empresas, Ciências Contábeis e Turismo.

Com a instalação da Faculdade de Tecnologia (FATEC) está-se abrindo a oportunidade para um importante pólo de pesquisa, desenvolvimento e produção de alta tecnologia.

Também estão em fase de instalação, o Instituto Toledo de Ensino (ITE) com a Faculdade de Direito e a Pontifícia Universidade Católica (PUC) com cursos de pós-graduação.

Terminado este recorte, cabe agora situar a questão da saúde no município.

3.4.1.3 O Sistema de Saúde

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Botucatu, na década de 1980, decorreu não somente de transformações institucionais e políticas municipais, mas inclusive, em função do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com seus avanços e retrocessos, refletindo a evolução política e econômica do país (MACHARELLI, 1995).

Desta forma, em 1983, foi criada a Coordenadoria Municipal de Saúde (CMS), iniciando a estruturação do “Setor Saúde” na cidade, com a incorporação dos princípios da universalização, eqüidade, hierarquização e descentralização como compromissos políticos municipais. Anteriormente à implantação destas mudanças, as questões da saúde municipal eram coordenadas pelas esferas federal e estadual, no que se refere ao atendimento público. Assim, o município fora dividido em duas áreas programáticas, cabendo ao Centro de Saúde Escola (CSE), da Faculdade de Medicina – UNESP e ao Centro de Saúde I da

Secretaria de Estado da Saúde, a responsabilidade pela atenção primária do município (OIKAWA, 2001).

A partir da criação da Coordenadoria Municipal de Saúde, em 1983, realizou-se um mapeamento municipal, alicerçado nos critérios de acessibilidade e população (8 a 12 mil habitantes). Com isso, foi possível mensurar as necessidades tanto de recursos físicos, como humanos e materiais (OIKAWA, 2001).

Com a assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde, em 1984, o município implantou a Comissão Interinstitucional Municipal (CIMS) e a ampliação da rede básica de saúde.

Em 1987, ocorreu a municipalização dos serviços de atenção primária em saúde, cabendo ao setor municipal o gerenciamento destas unidades. O Centro de Saúde Escola “Achilles Luciano Dellevedove” da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e o Ambulatório Regional de Especialidades do Escritório Regional de Saúde (ERSA-24), excetuaram-se desta programação.

Com a criação do Conselho Municipal de Saúde, em 1991, era garantida à população sua participação e representatividade no planejamento e acompanhamento do setor saúde em Botucatu.

Em 1995, os serviços de saúde na cidade de Botucatu (Anexo B), estavam organizados “... em três sub-setores de gerenciamento: a Prefeitura Municipal, a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Estadual Paulista, aos quais se subordinavam as unidades de suas respectivas competências” (OIKAWA, 2001, p.24).

A II Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1996, recomendou avanço no processo de municipalização da atenção em saúde.

Segundo dados do IBGE, em 2000, o município contava com três hospitais, totalizando uma oferta de 663 leitos. E em 1999, a cidade tinha doze Centros de Saúde e vinte uma Unidades Ambulatoriais.

Atualmente, Botucatu conta com uma rede de serviços em saúde diversificada e integralizada, constituindo-se em um dos pólos da Direção Regional de Saúde (DIR XI), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, responsabilizando-se por trinta cidades da região (Anexo C).

O município tem sistema de gestão semiplena, mas em fase de implantação da gestão plena. Também está em fase de implantação o Programa de Saúde da Família (PSF).

3.4.1.4 O Sistema de Saúde Mental

A atenção em saúde mental em Botucatu inicia-se no final da década de 1960, com a inauguração do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos (HPCMC), unidade de internação estadual. No espaço hospitalar funcionava o Ambulatório de Saúde Mental, o que favorecia o encaminhamento dos usuários para internação.

No início da década de 1970, criou-se o serviço ambulatorial de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Logo após, em 1979, foram implantados o Hospital-Dia e o Serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola, em 1983, ambos ligados à Faculdade de Medicina de Botucatu.

Em 1992, houve a transferência do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Cantídio para o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA) de Botucatu, onde compõe uma das especialidades.

A transferência deste serviço permitiu que se pudessem priorizar no espaço extra-hospitalar ações preventivas, uma vez que as internações eram realizadas por meio do Ambulatório (MORENO, 1995).

O sistema de emergência psiquiátrica é realizado no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, em atendimento contínuo, nas 24 horas.

Atualmente, o Hospital Professor Cantídio de Moura Campos, instituição psiquiátrica regional, dispõe de cento e oitenta leitos SUS, dos quais quarenta e seis são destinados a usuários em crise aguda, dez leitos a usuários dependentes químicos e os cento e vinte e quatro restantes são ocupados por usuários moradores da instituição.

A rede de saúde mental de Botucatu conta, ainda, com uma Oficina Terapêutica “Estação Girassol”, inaugurada em 2001. Os recursos humanos e materiais deste serviço são mantidos pelo Hospital Cantídio. A Oficina oferece atividades a pessoas em sofrimento psíquico, vinculadas ou não a outros serviços de saúde. Esta proposta insere-se na reformulação das práticas em saúde mental, uma vez que assegura uma nova forma de lidar com a loucura.

Outros recursos também compõem esta rede como a Associação “Arte e Convívio”, uma organização civil formada por usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental e a Associação de Amigos e Moradores do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos (AAMOR), fundada em 1996, e que tem por

finalidade a promoção do exercício da cidadania do usuário morador, por meio de atividades sociais, econômicas, políticas e culturais.

Além dos já citados serviços, insere-se neste contexto o Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo”, que será descrito a seguir.

*“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”
(Antoine Saint-Exupéry)*

4. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II “ESPAÇO VIVO”

O Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo”, foi inaugurado em 1998, a partir de questionamentos e reflexões dos trabalhadores do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos.

Assim, no ano de 1995, profissionais do Hospital Cantídio, frente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica buscaram, a partir do espaço intra-hospitalar, novas formas de cuidar dos portadores de sofrimento psíquico, proporcionando a essas pessoas um atendimento que extrapolasse os muros da Instituição.

Surge, então, como idéia a construção de um novo espaço, mais dinâmico, um novo serviço que pudesse subsidiar as ações deste novo-fazer. A proposta de se montar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi ganhando forma e, cada vez mais, legitimidade.

Apesar de contar com poucos recursos (financeiros, humanos e físicos) foi proposto pela Diretoria Técnica do Hospital, redimensionar um número mínimo de profissionais para que houvesse a possibilidade de se garantir, a princípio, recurso humano para iniciar o atendimento no CAPS.

A partir desta negociação, a Direção Regional de Saúde (DIR XI), cedeu o espaço físico, o segundo andar do Ambulatório de Especialidades. Assim, a princípio, o CAPS estabeleceu parcerias com o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA) que era quem cedia o espaço físico e, com a Prefeitura Municipal, para o fornecimento da alimentação diária.

Em 1999, após um processo seletivo dentro do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos, a equipe de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial foi composta por duas enfermeiras, duas assistentes sociais, dois psiquiatras, três psicólogos, duas auxiliares de enfermagem e quatro auxiliares de serviço de saúde.

Esta equipe propôs, junto aos membros da banca examinadora do processo seletivo, a realização de supervisões para que pudesse ser construído o projeto terapêutico do serviço, subsidiando práticas alicerçadas na reforma psiquiátrica, na desinstitucionalização e nas premissas da reabilitação psicossocial.

Em fevereiro de 2000, iniciou-se o atendimento e a inauguração oficial ocorreu no dia 22 de setembro daquele ano, recebendo o nome de “Centro de Atenção Psicossocial ‘Espaço Vivo’ ”.

O CAPS “Espaço Vivo” é um serviço tipo II, conforme a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, cadastrado no Ministério da Saúde, e que atende pessoas em sofrimento psíquico, que necessitem de atenção intensiva e contínua¹⁹. A população adscrita no serviço é composta pelos residentes nos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde - DIR XI (Anexo D).

O serviço tem como objetivos (BOTUCATU, 2005b):

- Atender aos usuários portadores de sofrimento mental, evitando ao máximo as internações psiquiátricas;
- Desenvolver trabalho interdisciplinar que permita aos usuários e profissionais potencializarem suas capacidades;

¹⁹ As vagas para atendimento do CAPS obedecem a normatização estabelecida conforme a Portaria nº 336. Assim, são 45 em regime intensivo, 75 para semi-intensivo e 100 para não-intensivo.

- Oferecer à clientela uma proposta terapêutica alicerçada no respeito às suas singularidades;
- Atuar frente à comunidade, possibilitando melhorar a compreensão da doença mental, sensibilizando-a para as novas práticas de assistência;
- Integrar-se à rede de serviço de saúde de Botucatu e região atuando como um serviço de referência e contra-referência;
- Oferecer campo para pesquisa, ensino e aprimoramento profissional.

A proposta de trabalho do CAPS “Espaço Vivo” fundamenta-se em um tripé, que subsidia as abordagens e as práticas do serviço, são elas, a Interdisciplinaridade, a Família e o Projeto terapêutico individual (PTI).

Com a interdisciplinaridade, o enfoque sobre sofrimento psíquico ganha uma dimensão de fenômeno complexo. Sendo assim, as formas de acesso devem ser as mais diversificadas possíveis ou entendida como a “capacidade de orquestrar esforços na construção de um texto único, escrito a várias mãos” (OLIVEIRA, 2000, p.588).

A família é inserida no acompanhamento do usuário, uma vez que o conhecimento desta dinâmica pode auxiliar no estabelecimento de metas de intervenções que poderão ser importantes para o usuário. Outro enfoque fundamental é o apoio e a orientação para aqueles que fazem parte do convívio da pessoa com sofrimento psíquico.

O projeto terapêutico individual (PTI) é uma ferramenta importante e necessária, uma vez que parte das necessidades de cada usuário, estabelecendo junto com eles, novos projetos baseados nas habilidades e potencialidades dos sujeitos.

O Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” caracteriza-se por ser um serviço aberto, funcionando de segundas às sextas-feiras, das 08:00 às 18:00 horas. Às sextas-feiras, a equipe de atendimento realiza discussões de casos, reuniões administrativas ou supervisão, não sendo, portanto ofertadas atividades aos usuários neste dia. Entretanto, a equipe está disponível para atendimentos em casos emergenciais.

Os encaminhamentos para o CAPS podem dar-se por meio de outros serviços de saúde do município ou da região, desde que seja respeitada a área adscrita atendida pelo CAPS (Apêndice C). Além desta forma de encaminhamento, o serviço também atende à demanda espontânea, ou seja, pessoas que procuram o CAPS sem terem sido encaminhadas ou mesmo matriculadas em outros serviços.

No momento da triagem, este encaminhamento é atendido por um técnico (profissional de nível superior) responsável por avaliar se a pessoa necessita ser acompanhada no CAPS, aí se estabelece o primeiro contato. Caso não seja necessário o atendimento no serviço, o profissional se encarrega de encaminhá-la para outro serviço que melhor atenda sua demanda.

Uma vez admitido na triagem, o usuário participará de um programa de Recepção, de forma a integrá-lo na dinâmica do CAPS, apresentando-o às pessoas do serviço, objetivando o acolhimento.

Os usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” são acompanhados por um Profissional de Referência. Ambos, usuário e profissional elaboram o Projeto Terapêutico Individual (PTI)²⁰, de acordo com as necessidades expressas pelo usuário e de acordo com as suas potencialidades e

²⁰ No serviço, esta ferramenta de trabalho é percebida enquanto potencializadora de novas formas de cuidado. Conforme Furtado (2001), o PTI tem por objetivo singularizar a atenção oferecida aos usuários, contrapondo-se às ações estabelecidas no manicômio.

habilidades. Assim, dentre as atividades oferecidas pelo CAPS, são ‘escolhidas’ aquelas que possibilitem, no seu percurso institucional, a ajuda necessária e que lhe gerem sentido.

Cabe ressaltar a importância da participação familiar no acompanhamento deste usuário, responsabilizando-se por vir aos grupos de familiares, atendimentos ou, mesmo, para receber suportes do serviço.

O CAPS “Espaço Vivo”, como foi referido anteriormente, ocupava o segundo andar do Ambulatório de Especialidades do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA) de Botucatu, desde a sua inauguração, em 2000. Entretanto, em face do aumento de sua clientela, o espaço tornou-se pequeno e insuficiente para a realização das atividades propostas.

A equipe sempre buscou que o CAPS funcionasse em uma casa, ocupando um espaço exclusivo e inserido no território.

O crescimento nos atendimentos propiciou que a equipe começasse a negociar a mudança do CAPS para um outro local, enfim, uma casa, garantindo inclusive o acesso dos que possuíam algum grau de deficiência e com um espaço maior, assegurando a realização das atividades.

Em outubro de 2003, o CAPS mudou-se para uma casa, cedida pela Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP), vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Desta maneira, o serviço, localiza-se no centro da cidade, ao lado de um dos hospitais mais antigos, a Misericórdia Botucatuense, sendo de fácil acesso.

É importante destacar que no início de 2004 foi realizado um estudo por Pinheiro (2004), sobre a caracterização da clientela atendida no CAPS, desde a

sua inauguração, como também o levantamento de alguns indicadores do trabalho da equipe.

O trabalho acima citado, apontou para um crescimento no número de usuários atendidos, que em 2000 era de 20 e em 2004²¹ já totalizava 87. A maior demanda fica por conta do sexo feminino (60% em 2000; em 2004 é de 65,5%). Quanto ao regime de atendimento, durante os anos pesquisados, houve um aumento do número de usuários inseridos em regime parcial, que em 2004 respondia por 67,8% dos casos.

Ainda, segundo o estudo de Pinheiro, no ano de 2001 foram estabelecidos indicadores do atendimento do serviço como alta, abandono, internação psiquiátrica efetuada e encaminhamentos. “Nesse período entendia-se que a alta do tratamento era o encaminhamento a outro serviço”, já o encaminhamento era entendido como demanda não absorvida pelo CAPS após a realização de uma triagem.

Sendo assim, os dados apresentados pela mesma autora, revelam que o indicador alta evoluiu de 1,75 dos usuários (em 2001) para zero em 2004. Os encaminhamentos passaram de 0,17 em 2001 para 2,33 em 2004.

Estes dados colaboram para a discussão sobre o processo de trabalho do serviço, bem como apresentam o perfil do usuário atendido na instituição.

Outro fator importante a ser considerado na descrição do serviço diz respeito a sua área física, traçada a seguir.

O CAPS possui uma ampla sala de televisão e recreação, sendo também utilizada para as Assembléias e para grupos que comportem muitas

²¹ Esta pesquisa considerou em 2004 os meses de janeiro, fevereiro e março.

peessoas. Conta, ainda, com uma sala para a equipe, duas salas para atendimento, três banheiros, um refeitório, uma cozinha.

Em um dos corredores estão alocados os armários, onde os usuários guardam suas bolsas e outros pertences. Este corredor dá acesso a uma sala, em piso superior que, construída em cima da garagem, é utilizada para ouvir música, para atividades grupais ou para descanso. Nesta sala, há uma porta dando acesso a um pequeno espaço, utilizado para guarda de materiais.

A casa possui duas garagens. A primeira delas, é utilizada para a realização da Oficina de Artesanato e, lá encontram-se mesas, cadeiras e armários, além de materiais apropriados para a realização das atividades. Já a outra garagem, é usada para o Grupo de Alfabetização, constando de uma pequena lousa e carteiras escolares. Nos fundos há também uma pequena sala, onde funciona o Salão de Beleza, com móveis e materiais próprios.

Em um dos cômodos, no fundo da casa, está o posto de enfermagem. Neste local são dispensados os medicamentos para os usuários, e realizados outros procedimentos de enfermagem como: a coleta de exames laboratoriais e a administração de medicamentos injetáveis.

As salas para atendimentos são utilizadas conforme a necessidade, sendo usadas para atendimentos individuais, em grupos, ou mesmo para a realização de triagens. São privativas e dispõem de cadeiras e, em uma delas, há uma cama e uma mesa.

O CAPS tem boa iluminação natural e ventilação com amplas janelas, com exceção da garagem que, possuindo uma porta e um portão, não garante estes quesitos.

A limpeza era realizada por uma servente de serviços gerais, remanejada do Hospital Cantídio para o CAPS, entretanto, atualmente, fica a cargo de uma empresa terceirizada que disponibiliza uma funcionária, em regime de oito horas, para a limpeza das dependências do CAPS.

Existe ainda, no CAPS, uma varanda e um jardim onde fica um banco e um pequeno quintal, nos fundos. Estes locais abertos fazem parte do fumódromo²². Neles, há caixas de areia para que os fumantes possam jogar as bitucas de cigarro.

O serviço oferece aos usuários três refeições diárias, o café da manhã, o almoço e o lanche da tarde. O almoço era fornecido, diariamente, pela Prefeitura Municipal, por meio de parceria formalizada desde a inauguração do serviço. Porém, atualmente, o Hospital Cantídio tem garantido as refeições. Para o café da manhã e o lanche da tarde, o Hospital Cantídio também fornece os ingredientes. A organização desta atividade fica a cargo dos próprios usuários, em acordo pré-estabelecido e respeitando suas habilidades.

Atualmente, a equipe do Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” baseia seu trabalho na interdisciplinaridade. A jornada é de trinta horas semanais, conforme regulamenta a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A equipe técnica (profissionais de nível superior) é formada por duas assistentes sociais, duas enfermeiras, três psicólogas e dois psiquiatras.

A equipe de apoio (profissionais de nível médio) é composta por cinco auxiliares de serviço²³, sendo uma delas com formação em Serviço Social e um funcionário responsável pela área administrativa (secretário). E, quatro auxiliares

²² Espaço, decidido em Assembléia, como o local onde as pessoas podem fumar. As pessoas que ali ficam, fumantes ou não, utilizam estes espaços para trocarem experiências e conversarem.

²³ Trabalhadores alocados em atividades de oficinas, grupos, recreação, conforme a necessidade do serviço.

de enfermagem, sendo que três delas concluíram o curso de Técnico em Enfermagem, e uma está matriculada em um curso de Graduação em Enfermagem. Além disso, uma delas também tem formação em Serviço Social.

Às sextas-feiras, são realizadas as discussões de casos. A reunião administrativa que acontecia mensalmente - para discussões sobre o funcionamento e organização do serviço - atualmente, tem sua periodicidade, também semanal. Este período também é utilizado para as supervisões orientadas à equipe.

O Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” fornece vales-transporte para os usuários munícipes que moram distantes do serviço, dependentes do transporte coletivo e que não dispõem de Carteira de Passe Livre²⁴. Os vales-transporte também são entregues aos familiares que necessitem vir ao CAPS para atendimento, ou mesmo, como acompanhantes dos usuários.

Os usuários que moram em outras cidades atendidas pelo serviço têm seu transporte garantido pelas Prefeituras Municipais da região.

A equipe de trabalho do CAPS, seguindo a portaria nº 336/02, desenvolve as seguintes atividades terapêuticas:

- Atendimento Individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em Grupos (psicoterapia, operativo, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, dentre outras);
- Atendimentos Domiciliares;
- Atendimento Familiar;

²⁴ A Secretaria Municipal de Assistência Social providencia este documento, garantindo aos usuários o acesso gratuito ao transporte coletivo. Entretanto, para o fornecimento desta Carteira, a Assistente Social realiza avaliação da renda familiar.

- Atividades Comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção social;

Apresento aqui as atividades elencadas no projeto terapêutico do serviço²⁵. Entretanto, vale ressaltar que, em função da dinâmica do CAPS, algumas atividades não estão sendo ofertadas no momento. Na grade, (Apêndice D) é possível conhecer as atividades oferecidas atualmente.

1. Abordagens Grupais

1.1 Grupo de Família

Diante das reformulações na nova forma de tratar as pessoas com sofrimento psíquico, a equipe realiza atendimento às famílias de seus usuários e abre um espaço para discussões, troca de idéias e orientações que se fizerem necessárias, oferecendo em sua grade de atividades o Grupo de Família, visando atingir as famílias dos usuários deste serviço.

Este grupo é realizado, às quartas-feiras de manhã, com duração de uma hora e meia e é coordenado por uma assistente social, uma psicóloga e uma auxiliar de serviço de saúde.

O Grupo de Família tem por objetivos:

- Oferecer às famílias um espaço de acolhimento.

²⁵ As atividades elencadas pelo serviço assumem linhas diversas, de acordo com a formação dos profissionais. Acredito que as intervenções tornam-se mais ricas a partir da diversidade de saberes de uma equipe interdisciplinar. A multiplicidade do enfoque e a soma dos olhares podem contribuir para a integralidade da atenção ofertada.

- Proporcionar aos familiares uma troca de experiência e vivências, que até então eram únicas, possibilitando aos mesmos, obter sugestões para lidar com o transtorno psíquico em suas casas.

1.2 Grupo de Acolhimento aos usuários

O grupo é realizado às segundas-feiras no período da manhã, com uma hora de duração, sob a coordenação de um psicólogo e um psiquiatra. O objetivo é receber os usuários no início da semana e discutir os possíveis problemas e angústias ocorridas no final de semana, além de promover a troca de experiências vividas, o que possibilita a cada usuário lidar com seus conflitos.

1.3 Grupo Operativo

Por meio da participação de um grupo de usuários que tem como objetivo comum otimizar a realização de tarefas estabelecidas, o grupo operativo tem como proposta encorajar cada membro, de acordo com suas capacidades individuais, a explicitar e enfrentar as atividades.

A importância deste grupo também está na transposição, por parte do usuário, das experiências adquiridas no trabalho em grupo para o seu cotidiano.

As reuniões acontecem às segundas-feiras à tarde, com duração de uma hora, sob coordenação de um enfermeiro e dois auxiliares de serviço de saúde, sendo que a divisão de tarefas ocorre, diariamente, sob orientação de um dos membros da equipe que estiver presente no período.

1.4 Grupo de Relaxamento

Tem como objetivo melhorar a percepção e o contato corporal, proporcionar relaxamento físico e mental como também, estimular o aprendizado de técnicas de relaxamento para utilização cotidiana pelos usuários. É realizado às terças-feiras à tarde, com duração de uma hora e é coordenado por uma psicóloga e dois auxiliares de serviço de saúde.

1.5 Grupo de Alfabetização

Objetiva alfabetizar o usuário, de acordo com suas necessidades e capacidades individuais, possibilitando uma integração maior na sociedade por meio da leitura, ampliando seu universo cultural e formulando discussões. É coordenado por duas auxiliares de enfermagem com formação pedagógica, realizando-se às segundas-feiras à tarde, tem duração de uma hora.

1.6 Grupo de Alongamento

Proporcionar aos usuários a realização de atividades físicas que privilegiem o alívio de tensões musculares e a educação postural, bem como estimular a superação do sedentarismo, por meio de exercícios facilmente realizáveis no dia-a-dia. É coordenada por uma psicóloga e realizada às segundas e quintas-feiras pela manhã, com duração de quarenta minutos.

1.7 Grupo de Egressos

Participam os usuários que estão melhorados do ponto de vista sintomatológico e que tenham atingido um grau maior de autonomia e estejam inseridos em regime não-intensivo.

Visa à verificação e discussão dos sintomas, do adoecimento e a orientação quanto à utilização dos medicamentos e possíveis alterações.

Acontece na última quinta-feira de cada mês e é coordenado por um médico e uma psicóloga.

1.8 Grupo de Apoio

O grupo é coordenado por uma psicóloga e uma assistente social, e é realizado semanalmente, às segundas-feiras pela manhã, com duração média de uma hora e com, no máximo, doze usuários.

Tem por objetivos desenvolver as capacidades do equilíbrio preexistente e integrar as potencialidades que foram prejudicadas. Trabalha sobre a doença, a aceitação da mesma, alívio dos sintomas e reestruturação do ambiente.

Para que o usuário participe deste grupo é necessário, como requisito básico, algum grau de motivação e capacidade para formar aliança terapêutica.

2. Oficinas

2.1 Oficina Expressiva

Visa melhorar a interação e socialização, usando desenhos e pinturas como forma de expressão, incentivando a criatividade, a imaginação e a auto-estima. Ocorre às terças-feiras, no período da manhã com duração de uma hora à uma hora e meia, sob coordenação de uma psicóloga e uma auxiliar de serviço de saúde.

2.2 Oficina Culinária

Tem como objetivo ajudar os usuários em suas limitações cotidianas para atividades de culinária, visando estimular sua participação e desenvolvimento nesta área, levando-se em conta aspectos higiênicos, aproveitamento dos alimentos, custo, escolha dos produtos utilizados, entre outros. Acontece às quartas-feiras, durante as manhãs, sob coordenação de uma auxiliar de enfermagem e com número limitado de cinco usuários.

2.3 Oficina de Música

Proporciona um espaço que permite desenvolver a criatividade artística, facilitar e implementar a comunicação entre os usuários por meio da música, valorizando o conhecimento musical que o usuário possui, de modo a melhorar sua auto-estima e ajudar na reintegração social. É realizada às quintas-feiras, no período da tarde, tem uma hora de duração, sob coordenação de uma enfermeira.

2.4 Oficina de Teatro

Visa melhorar a integração e socialização, aumentar a diferenciação entre fantasia e realidade, levar à percepção de si e dos outros, desenvolver a criatividade, melhorar a comunicação e expressão dos sentimentos. É coordenada por uma psicóloga, uma auxiliar de serviço de saúde. Tem lugar às terças-feiras no período da tarde, com uma hora e meia de duração.

2.5 Oficina de Salão de Beleza

Tem como objetivo proporcionar um ambiente descontraído, onde os usuários possam conversar, trocar idéias sobre suas aparências, estimulando uns aos outros para cuidados de higiene pessoal, visando a recuperação da auto-estima. Ocorre às quintas-feiras, no período da manhã, com agendamento e é coordenada por duas auxiliares de serviço de saúde.

2.6 Oficina de Artesanato

Tem por objetivo criar um espaço onde os participantes possam envolver-se em uma atividade que promova a socialização, além de proporcionar uma fonte de renda para o usuário no seu dia-a-dia. O grupo é coordenado por uma assistente social, uma psicóloga, duas auxiliares de enfermagem e três auxiliares de serviço de saúde. A oficina atende às segundas-feiras à tarde, terças-feiras de manhã, quartas-feiras à tarde, e às quintas-feiras, nos períodos da manhã e tarde. As atividades têm duração de uma hora e os profissionais envolvidos revezam-se durante a semana, garantindo a continuidade das atividades.

2.7 Oficina de Fuxico²⁶

A oficina é realizada, semanalmente, às segundas-feiras à tarde e tem duração de uma hora. É coordenada por uma psicóloga e uma auxiliar de serviços de saúde. Objetiva que o usuário possa, por meio do trabalho manual, recuperar a auto-estima, a integração grupal, incentivar a participação de todo o processo da atividade (início, meio e fim), como a escolha do tecido, realização do

²⁶ Atividade artesanal que utiliza pequenas sobras de tecidos coloridos, em formatos circulares. A técnica visa coser os panos formando trouxinhas e, a partir da criatividade dos participantes, elaborar peças de acessório, decoração, vestuário.

fluxo e a peça final. Isto possibilita o exercício para a realização de outras atividades da vida diária.

2.8 Oficina de Vídeo

Tem por objetivo propiciar aos usuários a oportunidade de conhecer filmes do cinema brasileiro e internacional, em uma atividade de lazer e convívio. Acontece às terças-feiras no período da tarde e é coordenada por um auxiliar de serviço de saúde.

3. Assembléia

As assembléias têm por objetivo discutir questões relacionadas à organização do espaço físico onde acontecem as atividades; a troca de informações, incentivando o usuário a inserir-se na dinâmica de trabalho, a questionar sobre as atividades desenvolvidas e a formular críticas e sugestões sobre o serviço. Coordenada por uma assistente social, ocorrendo às quartas-feiras, com duração de uma hora, com a participação de toda a equipe técnica e usuários do serviço.

4. Outras Atividades

4.1 Externas

Têm por objetivo inserir o usuário ao meio social, oferecendo oportunidades de contatos e sendo um facilitador no enfrentamento dos preconceitos e estigmas.

Esta atividade compreende passeios a exposições culturais, festas da comunidade, teatro, recreações, esportes entre outros. Ocorre às quartas-feiras ou de acordo com a programação de eventos. É coordenada por dois auxiliares de serviço de saúde.

4.2 Festivas

Têm por objetivo incentivar as relações e o convívio social, além de resgatar tradições. Estas atividades são planejadas pela Comissão de Festa, composta por três auxiliares de serviço de saúde e um auxiliar de enfermagem, que apresentam suas propostas em assembléia para aprovação e divisão de tarefas entre os usuários e profissionais do serviço.

4.3 Acompanhamento Terapêutico

É determinado pelo Profissional de Referência do usuário de acordo com seu Projeto Terapêutico Individual (PTI). O acompanhante poderá ser qualquer membro da equipe de profissionais que atuará junto ao usuário como um ego auxiliar e o ajudará no enfrentamento das mais diversas situações até que o mesmo tenha estrutura psíquica para, gradativamente, lidar com elas.

Além destes recursos internos, o CAPS propõe-se a utilizar os recursos externos ao serviço como: Oficinas Terapêuticas da Associação de Usuários, participação em feiras, eventos culturais e artísticos, além de outros que fazem parte da vida e do cotidiano da comunidade.

PSICOCIRANDA²⁷

*Eu adoeci, e apesar de ter enlouquecido, não deixei de amar,
De ter desejos, de sentir, de existir, de viver...
Não deixei de ser gente, e gente quer ter o direito de ir e vir
Quer ter o direito de ser respeitado, quer ter o direito de participar da vida,
De participar do cotidiano da sociedade,
Participar do meu tratamento...
Tratamento que não precisa trancar,
Tratamento que não precisa excluir,
Tratamento que possa entender que tenho sonhos, apesar dos pesadelos,
Que tenho talento apesar da desorganização, que posso ser pai, mãe, filho,
Que posso trabalhar apesar da falta de apoio...
Tratamento que entenda que posso ser feliz,
Apesar da realidade ser muito difícil... E não é só pra mim...
Tão difícil que tenho que romper, gritar, delirar, inventar, alucinar...
Não... Não preciso ser excluído, não preciso ser trancado...
Preciso de um tratamento como este do CAPS...
Onde eu posso me sentir inserido... Com apoio, amor
Onde eu posso concordar e discordar... Com respeito
Onde eu possa abrir a porta e entrar, abrir à porta e sair... Com confiança
Posso sair, passear, sem perder a esperança,
Posso sair e pagar contas... Com solidariedade,
Posso chegar triste e me sentir acolhido... Com afeto e carinho,
Posso piorar porque existe recomeço,
Posso estar aqui neste teatro, neste momento, querendo falar do preconceito...
Querendo mudar a história, querendo que seja doce,
Que seja doce a esperança,
Que seja doce a lembrança,
Que seja doce este momento...
E todos mais que possam vir*

²⁷ Texto extraído da peça teatral “Psicociranda” encenada por usuários e trabalhadores do CAPS “Espaço Vivo” nas comemorações do dia 18 de maio, Dia da Luta Antimanicomial, em 2001.

Esta produção foi colocada a título de epígrafe do capítulo - Discussão dos Dados.

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo exponho os dados que serão analisados e discutidos enfocando o processo terapêutico no CAPS “Espaço Vivo”, sob a ótica do usuário atendido pelo serviço.

Primeiramente, apresento a caracterização dos usuários envolvidos neste estudo e a escolha dos nomes trazendo, para isso, um breve recorte da história do CAPS “Espaço Vivo”.

5.1 Caracterização dos usuários entrevistados

No início do ano de 2001, os usuários do CAPS começaram a discutir nos espaços coletivos, questões relacionadas ao preconceito relativo ao doente mental, o papel do hospital psiquiátrico enquanto espaço de exclusão, a garantia de novos serviços, mais abertos e dinâmicos que pudessem oferecer tratamento territorial, a garantia de acesso ao mercado de trabalho, as dificuldades enfrentadas no cotidiano, entre outras. Então, a partir do Grupo de Teatro, houve uma mobilização dos usuários e profissionais para colocar à comunidade em geral, a nova experiência que um serviço aberto adquiria ao lidar com o sofrimento psíquico, possibilitando assim a discussão coletiva em torno da reforma psiquiátrica.

Dentro deste grupo, os usuários organizaram-se e decidiram encenar uma peça teatral que pudesse expressar a vivência desta nova experiência, enfocando as questões levantadas.

A peça intitulada “**Psicociranda**” foi escrita por um usuário. Ela conta a história de um homem, chamado Mário que depois de uma crise, fora

internado em um hospital psiquiátrico, sofrendo preconceito dos vizinhos e amigos. Após a internação foi encaminhado a um serviço de atenção diária, sendo acolhido pelos profissionais e demais usuários, e assim com novas possibilidades, novos caminhos.

Os usuários e profissionais do CAPS deram vida aos personagens. Todos no serviço acabaram-se envolvendo com a proposta, participando como atores ou atrás das cortinas, na elaboração e confecção dos figurinos, dos convites, dos cenários, da divulgação e até da filmagem.

A peça contou com a participação de um voluntário, com experiência teatral para direcionar os ensaios, orientar os personagens e dirigir as cenas. E, também, de um grupo de dança formado por adolescentes do “Projeto Crescer”, uma Organização Não Governamental (ONG) da cidade.

Em maio de 2001, a peça foi apresentada à comunidade, gratuitamente, no Teatro Municipal de Botucatu, nas comemorações do dia 18 de maio, Dia da Luta Antimanicomial. Estiveram presentes autoridades locais, usuários de outros serviços de saúde, familiares, trabalhadores e população em geral.

Após a apresentação, que foi muito aclamada, abriu-se espaço para a discussão sobre a reforma psiquiátrica.

Este acontecimento deixou marcas no serviço, trazendo à tona lembranças importantes de sua história. História pontuada pelo compromisso em incluir no debate da saúde mental outros atores e a participação da comunidade, bem como em levar esta discussão a novos cenários. Além disso, o trabalho propiciou o reconhecimento da autonomia da clientela, suas habilidades e potencialidades.

Pelos motivos apresentados, optei por identificar os onze usuários envolvidos na pesquisa com os nomes dos principais personagens desta peça teatral. São eles, Mário, Nero, Camargo, Michel e Chefe. As mulheres foram identificadas como, Adelaide, Normalina, Júlia, Dementina e Loucura.

A caracterização dos usuários fornece subsídios importantes para estudar o processo terapêutico porque, por meio deles, foi possível identificar como se efetivou o contrato de cuidados a partir das necessidades e potencialidades, além de informar como deu-se a relação usuário/profissional, usuário/serviço.

Apresento a seguir os entrevistados, descrevendo idade, estado civil, grau de escolaridade, ocupação profissional, tempo de sofrimento psíquico, internações anteriores, motivos do encaminhamento para o serviço e o tempo de permanência no CAPS.

Mário tem 35 anos, é solteiro, completou os estudos até o ensino fundamental, trabalhou como operário. Chegou ao serviço, por meio de demanda espontânea, apresentando quadro de depressão e pensamentos suicidas. Mora com os pais, duas irmãs, um cunhado e um sobrinho. Sua renda, proveniente do auxílio-doença, que recebe do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), é responsável por grande parte do custeio da família.

Mário teve dezenove internações anteriores em hospital psiquiátrico, e há quinze anos submete-se a tratamento psiquiátrico. Permaneceu no serviço por cinco anos, e neste período não teve nenhuma internação.

Nero tem 30 anos, é solteiro, estudou até o ensino médio, chegou a inserir-se no mercado formal de trabalho, ocupando a posição de operário. Há dois anos mantém-se financeiramente, graças ao auxílio-doença fornecido pelo INSS.

Nero mora com os pais e um irmão e sua renda é importante para o custeio das despesas familiares.

Apresenta seis internações psiquiátricas anteriores à sua chegada ao serviço e após seu seguimento no CAPS, não foi mais internado. Foi inserido no CAPS no ano de 2002, após alta da internação psiquiátrica e foi encaminhado ao serviço em função da dificuldade em aderir ao tratamento psiquiátrico oferecido pelo Ambulatório de Saúde Mental. Tem dez anos de tratamento psiquiátrico.

Camargo tem 29 anos, é solteiro, possui o terceiro grau incompleto e faz tratamento psiquiátrico desde o ano de 1997. Ele não possui renda, é custeado por um familiar, e atualmente, mora sozinho em uma kitchenette. Veio ao serviço encaminhado por um hospital psiquiátrico, para seguimento e tratamento e está inserido no CAPS desde 2003.

Michel tem 50 anos, é separado, tem um filho e mora com a mãe e um irmão. Completou os estudos até o ensino médio e trabalhou como vendedor autônomo. Atualmente, não tem renda, sendo custeado pela família. Foi encaminhado ao CAPS pelo Ambulatório de Saúde Mental em decorrência da dificuldade em aderir ao tratamento.

Submete-se a tratamento psiquiátrico há dezesseis anos, tendo passado por acompanhamento no hospital-dia e no ambulatório. Está no serviço desde o ano de 2003, e, neste período, teve uma internação psiquiátrica.

Chefe tem 20 anos, é solteiro, estudou até o ensino médio e mora com a mãe, o padrasto e um irmão mais novo. Não possui renda e não chegou a se inserir no mercado formal de trabalho, sendo sustentado pela família.

Ele faz tratamento psiquiátrico há três anos, foi admitido no CAPS em 2004 e possui uma internação psiquiátrica anterior, com duração de quatro meses. Foi encaminhado ao serviço pelo hospital para prosseguir seu tratamento.

Adelaide tem 28 anos, é separada e tem uma filha, menor de idade, que fica sob seus cuidados. Atualmente, as duas moram em uma casa alugada. Não possui vínculo empregatício, sua renda é adquirida por meio da pensão que recebe do ex-marido e, assim, custeia as despesas da casa.

A mesma completou os estudos até o ensino médio. Começou a fazer tratamento psiquiátrico há seis anos e já sofreu duas internações psiquiátricas. Chegou ao serviço, por meio do Ambulatório de Saúde Mental, para favorecer a sua aderência ao tratamento psiquiátrico e está no CAPS desde o ano de 2004.

Normalina tem 42 anos, é separada e tem três filhos. Completou os estudos até o nível fundamental e chegou a trabalhar como operária em uma fábrica, mas ao adoecer perdeu o emprego.

Os filhos, maiores de idade, não residem na cidade e mantêm pouco contato com ela. Não possui renda, tendo sido abrigada por uma Casa de Repouso. Atualmente, o serviço tem investido na possibilidade de conseguir, junto ao INSS, o Benefício de Prestação Continuada para melhoria de sua qualidade de vida.

Ela faz tratamento há doze anos, possui duas internações psiquiátricas e está no CAPS desde 2003, tendo sido encaminhada pelo Serviço Social de uma cidade vizinha em decorrência de sua dificuldade em aderir ao tratamento ambulatorial.

Júlia tem 50 anos, é separada e mãe de quatro filhos. Completou os estudos até o ensino médio. Atualmente, mora com a mãe, um irmão e o padrasto.

Durante o tempo em que permaneceu casada, Júlia chegou a inserir-se no mercado formal de trabalho, como secretária em uma empresa, assumindo sozinha as despesas domésticas, entretanto após seu adoecimento perdeu o emprego. Atualmente, mantém suas despesas com a aposentadoria que recebe.

Chegou ao serviço em 2004, encaminhada pelo Ambulatório de Saúde Mental, a fim de prosseguir seu tratamento psiquiátrico de maneira mais intensiva.

Ela possui seis internações psiquiátricas, sendo que, duas delas foram realizadas pelo CAPS e desde os trinta anos submete-se a tratamentos psiquiátricos.

Michele tem 45 anos, é separada e mãe de três filhos. Completou os estudos até o ensino fundamental. Mora na casa da irmã, desde janeiro de 2004, pois os filhos não conseguiram oferecer suporte ao seu tratamento e esta irmã assumiu a responsabilidade do cuidado com ela.

Ainda quando casada, trabalhava como diarista, ajudando nas despesas familiares, atualmente não trabalha mais. Mantém-se graças ao auxílio-doença que recebe do INSS e, assim, vem colaborando com a irmã no rateio dos custos domésticos.

Faz acompanhamento no CAPS desde 2003, há dez anos submete-se a tratamento psiquiátrico e já passou por seis internações psiquiátricas, sendo que as duas últimas, foram realizadas pelo serviço.

Dementina tem 45 anos, é casada, tem dois filhos e mora com o marido e os filhos. Completou os estudos até o ensino médio, trabalhou por vários

anos, como autônoma, juntamente com o pai, garantindo uma boa renda à família, atualmente, garante suas despesas domésticas por meio do auxílio-doença do INSS.

Chegou ao CAPS, no ano de 2000, encaminhada pelo Ambulatório de Saúde Mental, em decorrência de agravamento dos sintomas: depressão e ideação suicida. Faz tratamento psiquiátrico há quinze anos e não passou por internação psiquiátrica.

Loucura é uma mulher de 49 anos, amasiada e tem uma filha, fruto do primeiro relacionamento. Completou os estudos até o ensino fundamental.

Anteriormente, trabalhava como diarista, desde o seu adoecimento não consegue manter vínculo empregatício. Atualmente, mora com o amásio e sua renda provém do auxílio-doença que recebe do INSS.

Ela foi encaminhada ao CAPS, em 2003, pelo Serviço Social de uma cidade vizinha, em decorrência da piora de seu quadro. Possui uma internação psiquiátrica ocorrida há dez anos e, desde esta época faz seguimento psiquiátrico.

A partir da apresentação descrita pode-se perceber que os usuários entrevistados começaram a fazer tratamento entre os 17 e 39 anos, caracterizando uma população em idade produtiva. Estes achados também foram confirmados pela pesquisa de Pinheiro (2004) que encontrou no perfil dos usuários atendidos, uma predominância na faixa etária de 18 a 50 anos, ou seja, cerca de 83% dos usuários atendidos.

A partir dos dados apresentados, evidencia-se que o adoecer pode ter atrapalhado o ingresso no mercado de trabalho, ou até mesmo ter prejudicado a manutenção do vínculo empregatício, uma vez que dos onze usuários: cinco estão recebendo auxílio-doença; uma usuária recebe aposentadoria; quatro pacientes não têm renda alguma; e, uma delas mantém-se com a pensão alimentícia do ex-marido.

Com os dados provenientes das entrevistas pode-se notar que, apesar dos entrevistados não estarem formalmente inseridos no mercado de trabalho, a renda dos mesmos, é proveniente do auxílio-doença, aposentadoria ou pensão, a qual tem se conformado como a principal ou uma das mais importantes fontes de renda das famílias, no custeio de suas necessidades.

Os entrevistados desta pesquisa residem com a família, com exceção de Normalina e Camargo, assim como as informações colhidas por Pinheiro (2004), onde cerca de 90,1% dos usuários atendidos moravam com as suas famílias.

Os encaminhamentos de usuários para o CAPS foram muito variados incluindo motivações quanto ao controle dos sintomas apresentados, a falta de aderência ao tratamento e inclusive demanda espontânea.

Os resultados serão apresentados por meio de três grandes temas que emergiram dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

O primeiro tema foi **A influência organicista no cuidado prestado pelo serviço**. A partir deste recorte foi analisado e discutido como os usuários têm percebido as práticas terapêuticas no serviço. Sendo assim, surgiram subtemas vinculados a esta questão: a valorização do profissional médico, a ênfase na terapêutica medicamentosa e a importância da abordagem terapêutica sobre os sintomas apresentados pelos usuários.

O segundo tema que emergiu durante a análise foi **O CAPS enquanto cenário favorecedor da rede de relações sociais**. Neste tema, discuti como o espaço do CAPS tem se conformado dentro das ações terapêuticas, nas relações usuário/serviço e usuário/profissional, a formação do vínculo, e, também, como os usuários têm percebido e utilizado do CAPS.

O último tema apresentado enfatizou a emergência do **Trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário**. Neste tema foram abordados as dificuldades e facilidades dos usuários em enfrentar os desafios da vida cotidiana e como as práticas terapêuticas do serviço têm se conformado nesta direção.

5.2 A influência organicista no cuidado prestado pelo serviço:

Neste tema estão elencados: a concepção que os usuários têm sobre o adoecer, a valorização do uso dos medicamentos, o controle dos sintomas, a participação dos profissionais no cuidado prestado e os efeitos esperados no tratamento.

Estes temas remetem a uma reflexão sobre a trajetória da história da psiquiatria, buscando apreender como estes conceitos influenciam os relatos dos usuários.

Em um primeiro momento, cabe destacar que o caminho trilhado pela psiquiatria foi marcado por influências conceituais alicerçadas em uma visão organicista da etiologia, no manejo dos sinais e sintomas e no prognóstico das doenças mentais. Assim, suas ações eram focadas nestes aspectos e, conforme aponta Rocha (1992, p.87) “as alterações de comportamento consideradas como determinadas por alterações subjacentes, a nível somático”.

Estes conceitos foram trazidos à prática psiquiátrica a partir do século XX, uma vez que durante o século anterior, o corpo humano, em seus detalhes, era praticamente desconhecido. Com o avanço da medicina científica foi

possível compreender os processos fisiológicos, atentando assim para partes cada vez menores da máquina humana (CAPRA, 2002).

No final da década de 50, houve a introdução de diversos psicofármacos na terapêutica psiquiátrica como os antidepressivos tricíclicos e os benzodiazepínicos “responsáveis indiretos pela integração da psiquiatria dentro da medicina interna” (BUENO, 1988, p.132).

Estas inovações, segundo a ótica biológica, possibilitaram o avanço na área da pesquisa e no tratamento das doenças mentais.

E, conforme Tsu (1991) a doença mental vista sob o enfoque organicista, provém da concepção de que “é algo que ocorre ‘dentro’ do espaço corporal. A subjetividade do indivíduo é descartada, operando-se uma redução que o transforma em objeto danificado” (p.49)

Na contramão deste enfoque devem estar os novos equipamentos de saúde mental, pautados e organizados sob nova lógica, em preceitos da Reforma Psiquiátrica, em propostas de Reabilitação Psicossocial e em equipes interdisciplinares. Entretanto, na literatura há autores que se deparam, nestes serviços, com relatos ainda influenciados por uma visão organicista da abordagem terapêutica no sofrimento psíquico (MOSTAZO; KIRSHBAUM, 2003; RODRIGUES, 2003; PEREIRA, 2001, 2003; PEDUZZI, 1998; MIRON, 1993).

No caso da presente pesquisa, realizada no CAPS “Espaço Vivo”, o relato a seguir exemplifica o reducionismo do sofrimento psíquico atribuído à noção da organicidade, indo ao encontro dos achados na literatura.

Então, o tratamento medicamentoso é assim, é lógico que a gente tem problema psíquico, mas que vêm de diferentes motivos, que é o próprio cérebro da pessoa, falta um líquido do cérebro. Eu não sei explicar direito, mas esses remédios combatem essa deficiência que você tem, essa doença [...] O medicamento ajuda com o que a

peessoa, a substituir a deficiência que a pessoa tem, no nível do cérebro, assim orgânica (Nero).

A entrevista acima demonstra a elaboração que um usuário tece a respeito de seu adoecimento. Pode-se perceber por este relato a influência da visão organicista, aqui colocada, como uma carência cerebral. No caso, esta disfunção é apontada enquanto causadora dos problemas psíquicos.

Conseqüentemente, a opção pela terapêutica medicamentosa é a mais indicada nesta situação, esperando que com ela os problemas sejam solucionados e a deficiência equacionada.

Um segundo aspecto importante a ser destacado nesta entrevista, é que o usuário reproduz o discurso da psiquiatria tradicional. Ou seja, para ele a doença mental é percebida como deficiência, incapacidade e perda. E para tal, cabem aos profissionais e instituições proverem meios de combater estas seqüelas.

Para a psiquiatria tradicional, o doente mental é visto e assistido segundo o signo de incapacitado, de 'não-sujeito', de alienado, necessitando de um tratamento que o possa "regrar novamente, 'dobrar o alienado à razão', numa espécie de ortopedia da alma" (TORRE; AMARANTE, 2001, p.75). O que chama a atenção é que, ainda nos dias atuais, esse discurso esteja arraigado e permeie as falas dos usuários, mesmo estando inseridos em novos serviços, mesmo em dispositivos institucionais inovadores e, teoricamente, constituídos por novas *práxis*²⁸.

Um outro relato apresenta a percepção que uma usuária também tece a respeito do seu adoecer. Nele configura aspectos de cunho reducionista

²⁸ Neste estudo, tomei *práxis* como um fazer transformador superando a assistência biológica. É o cuidado "no qual os outros são visados como seres autônomos" (Castoriadis apud Campos, 2001, p. 100).

trazido pelo enfoque organicista, enfatizado em uma visão dicotomizada de saúde e doença.

Igual o botãozinho que também foi falado: saúde e doença. Não, eu tô aqui na saúde, a doença tá ficando (Adelaide).

A usuária relata que, para ela, o processo do adoecer, conforma-se em duas experiências distintas e separáveis no seu cotidiano. Ao fazer uma metáfora para melhor exemplificar sua idéia, elabora uma imagem que reduz em muito a complexidade do sofrimento psíquico.

Segundo Rozemberg e Minayo (2001), o problema em focar a doença sob o cunho reducionista reside

na pretensão de totalidade e de controle que as correntes de pensamento tendem a advogar para si mesmas e ainda, na **instituição** de uma forma de ver o mundo sob um determinado ângulo, desconhecendo e desqualificando outros olhares (ou até mesmo o nosso próprio em outro momento ou contexto). Tratamos aqui do termo reducionismo exatamente nesta perspectiva, a de pretensão de verdade unívoca (p.117).

Os demais usuários entrevistados também explicam o processo do adoecer psíquico, baseados na identificação de um órgão doente, deteriorado. Sendo assim, a doença mental alojando-se no cérebro danificado, prevê que o tratamento oferecido deva pautar-se neste enfoque, o orgânico. Seguindo esta perspectiva, associam o tratamento ao profissional que consideram mais adequados às ações terapêuticas esperadas, buscando soluções para a doença mental.

Neste caso, os médicos foram os profissionais mais valorizados para o manejo da terapêutica e na abordagem medicamentosa e, sob este enfoque, para o tratamento oferecido pelo CAPS.

A importância do profissional médico e da medicina nas estruturas sociais e aqui transpostas para as instituições, foi sendo construída no Brasil desde o século XIX.

Antes deste período, a medicina estava envolvida com questões de recuperação, ou seja, a produção da saúde não fazia parte de sua competência técnica.

E, segundo aponta Machado (1978), já no século XIX

a transformação do objeto da medicina significa fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde.[...] O ‘médico político’ deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando, ao nível de suas causas, contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem-estar físico e moral. [...] O médico torna-se cientista social integrando à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história; torna-se planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão da saúde; torna-se, enfim, analista de instituições: transforma o hospital – antes órgão de assistência aos pobres – em ‘máquina de curar’; cria o hospício como enclausuramento disciplinar do louco tornado doente mental (p.155).

No Brasil, a constituição da psiquiatria está intimamente relacionada com a construção do saber da medicina social, pois originado no processo de “medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que surge o projeto de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e portanto, medicalizável” (MACHADO, 1978, p. 376).

No campo da literatura encontramos “O Alienista” de Machado de Assis, que, por meio da personagem central – o dr. Simão Bacamarte – apresenta à

discussão, a busca pelas explicações científicas da loucura. A obra publicada em 1882, retrata o período e a importância da medicina na vida social daquela época.

Portanto, a construção do papel da medicina na dinâmica da vida social, e, em consequência, a valorização do médico nas instituições, desde o século XIX, podem ser elementos que expliquem, como ainda nos dias atuais, encontramos relatos de usuários destacando a autoridade deste profissional no cuidado. Segundo Urbach (1978, p.150), isto pode estar relacionado ao fato de que “as pessoas são incitadas a se entregarem ‘àqueles que sabem’; a cura, o equilíbrio físico e psíquico não são mais obtidos através da ‘arte de viver’, ‘da virtude’ e da ‘higiene’ no sentido antigo, mas sim através de constantes intervenções técnicas”.

Capra (2002, p.150), também aborda esta temática ao considerar que, sob o enfoque orgânico, “somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo o conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos”.

Com esta pesquisa pode-se ainda apreender relatos dos usuários que corroboram os achados na literatura, enfatizando a influência do enfoque orgânico, privilegiando assim, as ações médicas.

[...] E também tem o psiquiatra que a gente conversa no CAPS e a cabeça da gente vai voltando no lugar (Mário).

Eu vim tratar aqui com [psiquiatra] Certo? Eu tava tomando Diazepan® e Tegretol®, sem antidepressivo, aí [psiquiatra] receitou Triptanol® e isso me fez acelerar aí [psiquiatra] abaixou e foi pra Equilid®, inclusive hoje acho que eu tô meio agitado (Michel).

Bom, eu gostaria de saber mais sobre o meu tratamento, se eu tô caminhando bem ou não. Gostaria de conversar mais com o médico, o parecer dele. Assim mais pra saber como está indo a minha evolução (Adelaide).

[...] Antes eu fazia tratamento com outros médicos e depois de uns tempos pra cá, eu tô fazendo aqui (*Normalina*).

Nos relatos apresentados, os usuários instituem o médico como o profissional que detém o poder – aqui traduzido enquanto saber – e ainda o vêem apto a estabelecer o critério que divide o normal do patológico.

A premente necessidade da medicação pode dever-se à grande publicidade que os laboratórios farmacêuticos vêm exercendo, na promessa de solucionar todos os males.

Outra explicação, trazida por Felício (2001), pode estar envolvida na

crescente expansão dos conhecimentos em neurobiologia, que possibilitaram a ‘remedicalização’ do sofrimento psíquico, agora classificado pela psiquiatria biológica em listas de sintomas, que constituem grupos de ‘transtornos’ no lugar das antigas ‘doenças’, as ‘neuroses’ e ‘psicoses’, termos estes extirpados das categorias nosográficas já na versão de 1980 do manual diagnóstico da **American Psychiatric Association**, o DSM-III (p.240).

Ainda, com relação à posição do médico, Capra (2002, p. 150) assinala que “A autoridade do médico e sua responsabilidade pela saúde do paciente fazem-no assumir um papel paternal. Ele pode ser benévolo ou um pai ditatorial, mas sua posição é claramente superior à do paciente”.

Entretanto, este mesmo autor aborda a questão da saúde discutindo a complexidade e interação de vários fatores, como sociais, físicos e culturais neste processo e portanto, a categoria saúde não deve ser representada apenas por um parâmetro.

Acredito que a valorização do enfoque médico e o papel atribuído a ele enquanto profissional mais habilitado no manuseio da terapêutica oferecida

possa estar relacionado com a expectativa que o usuário tem sobre sua vinda ao serviço. Segundo os dados coletados, o motivo do encaminhamento ao CAPS incide sobre o controle dos sintomas, a continuidade do tratamento – pois, muito deles saíram do hospital psiquiátrico – e a adesão ao tratamento.

Acredito ainda que o primeiro passo para a vinculação do usuário ao serviço possa passar pelo enfoque medicamentoso. Pois em um novo cenário, dinâmico e acolhedor – como o CAPS – o usuário possa construir uma nova relação terapêutica com o médico.

Nesta direção, encontrei nas entrevistas, um usuário que, ao relatar o tratamento que faz no serviço, menciona sua percepção sobre o enfoque orgânico, aqui no caso mencionado como medicamentoso, mas também refere que no CAPS estão disponibilizadas outras ofertas terapêuticas. Para isso, o usuário tece comparações com o hospital psiquiátrico na tentativa de exemplificar e validar a abordagem medicamentosa enquanto recurso terapêutico, porém somente esta abordagem não responde à complexidade da vida cotidiana.

Esta aparente contradição apresentada a seguir, ilustra a situação

Aqui tem o tratamento medicamentoso, e tem o tratamento terapêutico. [...] Então tanto o tratamento medicamentoso, como o tratamento terapêutico é importante (Nero).

Se fosse só o tratamento medicamentoso, o [Hospital Psiquiátrico] também dá o remédio, você consegue o remédio. Só que você consegue aquele montão de remédio e não adianta nada (Nero).

Assim, o tratamento medicamentoso enquanto única vertente do cuidado não responde às necessidades dos usuários e, tendo sido detectada por

ele, aponta que o caminho trilhado pelo serviço na construção de um processo terapêutico diariamente revisitado, tem-se pautado em novos instrumentos.

Estas questões serão abordadas na segunda temática da presente investigação.

5.3 O CAPS enquanto cenário favorecedor da rede de relações sociais

Neste tema trago à discussão como os usuários têm percebido e utilizado o espaço do CAPS e como este local tem se conformado às ações terapêuticas, nas relações usuário/serviço e usuário/profissional, como também na formação do vínculo.

Os serviços abertos em saúde mental, neste caso os CAPS, foram originados a partir de projetos inovadores que buscavam na prática cotidiana, a ruptura com o modelo asilar. Dentre estes projetos, surgidos no final de 1980, destacam-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos – SP e o Centro Comunitário de Saúde Mental “Nossa Casa” em São Lourenço do Sul – RS.

A partir da divulgação destas experiências houve a discussão, em nível nacional, destas novas ofertas terapêuticas enquanto possibilidade de tratamento aos pacientes da saúde mental. Os trabalhadores, usuários e familiares foram (e continuam sendo) importantes atores sociais impulsionando a construção e solidificação destes novos ideais.

As experiências apresentadas culminaram com a aprovação legislativa no sentido de instituir serviços com estas características. E, assim, novas propostas como estas puderam ser implantadas em outras localidades

O termo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma denominação vinda de Manágua, em 1986. A novidade trazida baseava-se na utilização de profissionais diversificados que possibilitaram experiências criativas de reabilitação de pessoas excluídas do contexto social, por apresentar algum transtorno psíquico. Apesar da precariedade de recursos materiais, esta tarefa prosseguiu cuidando com responsabilidade de pessoas com problemas psiquiátricos severos (PITTA, 1994).

Desta maneira, o trabalho desenvolvido em instituições como os CAPS pressupõem mais competência, disponibilidade e criatividade da equipe do que o realizado pelo modelo de psiquiatria tradicional, em que as ações terapêuticas são pré-determinadas e cristalizadas. Conforme Amarante (2003), o serviço de atenção psicossocial deve ser

espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde (p.61).

Nesta modalidade complexa²⁹ de atendimento, o lidar cotidiano com situações novas e conflitantes coloca a necessidade da construção de projetos não-normatizados rigidamente. A partir da complexidade, instituída no cuidado, abrem-se

²⁹ Utilizo o conceito de Complexidade, segundo Amarante (2003), entendido como a oposição “à naturalização/objetualização da noção de doença. Esta deixa de ser um objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um processo saúde/enfermidade” (p.53).

campos para os vínculos, incertezas, espaços de negociações, conflitos e relações sociais.

O processo de supervisão institucional vivenciado pelos profissionais do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, aqui trazido por Yasui (1999), ilustra estas questões e demonstra a necessidade da disponibilidade dos profissionais em inventar possibilidades de cuidados não previstos anteriormente.

Pudemos naquele espaço: desatar o nós institucionais; recontar a recente história do CAPS, para dela nos apropriarmos; explicitar e debater as questões e posições teóricas, técnicas e políticas; refletir sobre as limitações que a nossa prática nos impunha; marcamos as diferenças, enfrentamos as contradições (p.191).

O CAPS “Espaço Vivo” também é cenário de contradições, conflitos, incertezas e negociações de usuários e equipe. Estão presentes cotidianamente reflexões e debates sobre o fazer e como-fazer.

O relato de **Camargo**, a seguir, mostra a discussão ainda atual em torno da psiquiatria, seu papel na organização social, e sobretudo sobre as instituições relacionadas na assistência psiquiátrica. Acredito que o discurso do usuário do CAPS pode também ser compartilhado por muitos outros usuários, familiares e trabalhadores, atores de um processo em movimento

O CAPS é uma proposta de desospitalização. Fora da sociedade ninguém sobrevive porque o ser humano, ele precisa das outras pessoas pra sobreviver. Então o CAPS seria legal se tivesse aqui o CAPS III também, se fosse suprimida as vagas, se fosse fechado o hospital psiquiátrico. Porque o hospital psiquiátrico teve uma utilidade em outras épocas, em regimes de governo que tinham outra mentalidade, mas nessa mentalidade democrática seria necessário que tivesse mais um CAPS para atender a demanda (Camargo).

O relato acima pontua os objetivos e limites do CAPS, além de apontar a presença marcante do hospital psiquiátrico no cenário assistencial, fortalecido pelo seu papel segregador e excludente. E foi realmente o que ocorreu no período selado pela ditadura no Brasil no início de 1964. Período em que a instituição psiquiátrica, ou seja, o hospital psiquiátrico, conforme assinala Gradella Jr. (2002, p. 99) foi utilizado para “aprisionar o discordante e impedir manifestações do diferente e das diferenças”.

Ainda, segundo o depoimento, o CAPS coloca-se como contraponto ao hospital, como um serviço funcionando à desospitalização. Na verdade, os CAPS originaram-se enquanto serviços intermediários, ou melhor dizendo, como instituições cuja complexidade intermediava os hospitais psiquiátricos e a comunidade, atendendo a pacientes no momento da alta hospitalar, para a passagem à vida comunitária ou evitando a internação. O projeto CAPS aceita, ainda que de forma provisória, o hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1997).

O mesmo usuário entrevistado estipula a diferença no cuidado ofertado pelo CAPS ao compará-lo com a psiquiatria tradicional. Conseqüentemente, sob este enfoque os papéis também são mudados garantindo nova atuação no contrato de cuidados.

Então o CAPS é essa proposta de liberdade de tratamento sem aquela mortificação do tratamento antigo. Mas um tratamento livre, onde o próprio usuário é agente do seu tratamento (Camargo).

No discurso, **Camargo** percebe sua participação no contrato de cuidados colocada de maneira ativa. Sente-se *agente* na perspectiva do processo terapêutico, responsabilizando-se por sua própria vida. Nesta perspectiva, os

profissionais também reconhecem nos usuários, sujeitos no processo do cuidado. Este relato faz-nos refletir sobre a noção de poder contratual do usuário frente aos cenários do campo social.

Segundo Kinoshita (1996, p.56), os serviços que pressupõem projetos embasados na reabilitação psicossocial devem produzir dispositivos que restituam o poder contratual dos usuários, ou seja, “criar as condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma maneira participar do processo de trocas sociais”. E, conseqüentemente, aumentar a sua autonomia.

Este autor, também acrescenta que este processo varia conforme a relação estabelecida entre os profissionais e usuários. Sendo assim, os profissionais podem aumentar ou diminuir o poder do usuário, dependendo da capacidade de estabelecer projetos e ações práticas focadas nas situações concretas de vida.

Goldberg (1994) ressalta a importância dessas questões no cotidiano de um serviço embasado em novos pressupostos. Ao descrever o caminho percorrido pelo CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, o autor aponta como objetivo das práticas terapêuticas: o aumento da autonomia, da capacidade de gerenciamento de si e de escolha. Assim, para ele, o projeto do serviço deve “impelir o paciente a coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento de sua vida” (p.140).

Por mais elaborado e estruturado que se possa apresentar um programa reabilitativo, esse deve estar articulado com as dimensões reais dos serviços e da vida das pessoas envolvidas. Ou seja, necessita de um “pano de fundo”. Necessita da cidade, do bairro, dos moradores deste local, das relações e interações que estabelecem com os portadores de sofrimento psíquico daquele lugar. Ou seja, os modelos e técnicas precisam estar articulados e contextualizados

para que sejam atingidos os objetivos propostos. E a equipe deverá estar, permanentemente, em alerta para romper com os seus próprios “entretenimentos” (Saraceno, 1999).

A liberdade, colocada por **Camargo** também é mantida por meio da utilização de novos instrumentos no cuidado como a garantia das portas abertas. Abertas para a rua, para a vida, para tomar um café na lanchonete do outro lado da rua, para sentar na praça, para beber um refrigerante, comprar cigarro. Abertas também para o sentido inverso, como entrada à comunidade, interlocução com outros serviços e equipes e às ONGs.

Mesmo em situações em que um usuário necessite de cuidados especiais, a porta mantém-se aberta e sempre há um funcionário ou mais garantindo a continência humana.

Cada profissional tem características assistenciais próprias, tem sua subjetividade, o que transforma a prática do vínculo diferente para cada um. Mas o que foi comum a todos foi a apresentação pessoal dizendo o nome e a profissão ao usuário antes de começar o dia ou mesmo para aqueles que chegam ao serviço, chamando o usuário pelo nome. Estes aspectos são valiosos para iniciar a formação do vínculo do usuário/profissional/serviço de saúde.

Pude perceber, durante a observação, que o serviço recebe pacientes vindos do hospital psiquiátrico. Até aqui, nenhuma novidade, mas o que chamou à atenção foi que alguns destes nos contatos com os trabalhadores, os chamavam de “tios” ou “tias”, pediam coisas aos demais, pegavam ou mesmo pediam cigarros das pessoas. Os comportamentos destoavam da grande maioria dos usuários e haviam ali, nos espaços informais, conversas que visavam, de

maneira prática, melhorar a relação do usuário com os demais. Trabalho cotidiano da equipe, e que, gradativamente surtiram efeito.

Segundo Goldberg (1994), este processo também já fora vivenciado pelo CAPS Luiz Cerqueira e a ele referiu-se como institucionalismo.

Acredito ser esta uma das “heranças” deixadas pelo modelo hospitalocêntrico, cabendo agora aos serviços de atenção psicossocial, cotidianamente, o resgate da singularidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Além disso, no CAPS “Espaço Vivo” os encontros entre trabalhadores e usuários acontecem nos grupos, em espaços informais, nas festas, comemorações, passeios, ou seja, na convivência diária das pessoas no serviço.

Este processo começa na triagem onde são levantadas não só os sintomas apresentados e considerados graves como os delírios, as alucinações, o embotamento afetivo, os rituais, e outros; mas também a preocupação do serviço em relação à dificuldade do usuário em sair de casa, no suporte familiar, nas atividades cotidianas, nas relações sociais, no acolhimento e na formação do vínculo com o serviço.

Sendo assim, o usuário começa a freqüentar o CAPS diariamente para que possa ser envolvido pelo serviço, apropriar-se dos espaços, escutado e acolhido pelos profissionais e recebido por outros usuários e, desta forma, ter um projeto específico.

Uma ferramenta de trabalho utilizada pelo serviço, é o Profissional de Referência³⁰. Este novo papel, utilizado enquanto tecnologia, contribui para a

³⁰ Profissional da Equipe que, independentemente, de sua formação tem o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo terapêutico. Diferentemente do que acontece em outros serviços, no CAPS “Espaço Vivo” os profissionais de nível médio também respondem por esta atribuição, entretanto dividem estes papéis com um profissional de nível superior.

efetivação do contrato de cuidados, assegurando maior autonomia e singularização do cuidado.

No caso do CAPS “Espaço Vivo”, a Assembléia, de caráter democrático, realizada semanalmente, às quartas-feiras, constitui também como um dos espaços de interlocução, de usuários e trabalhadores e, assim, a partir das questões cotidianas levantadas, poder viabilizar o debate em torno dos papéis de cada um e dos objetivos e limites do serviço.

Concordo com Melman (1992), que o espaço de Assembléia favorece as relações sociais e a socialização dos usuários, como também promove o exercício da negociação e sua progressiva autonomia.

Para ele, a Assembléia deve ser encarada como um

espaço de troca, de participação, de elaboração das contradições do real. Lugar onde é possível experimentar novos arranjos nas relações de poder entre os atores institucionais (p.57).

Com relação à atuação dos profissionais, os entrevistados percebem nos trabalhadores uma postura de escuta e acolhimento do sofrimento. Este papel é valorizado enquanto instrumento no processo terapêutico.

Vocês dando apoio pra mim na hora que eu mais precisei foi uma boa, naquela época. Agora eu estou bem melhor (Loucura).

Ajudou na atenção que eles dá pra mim, tudo dá pra mim [...] Ah, na atenção, que eu ‘se’ sentia sozinha [...] Eu tava precisando ficar junto com algumas pessoas, por não tá ainda com a minha irmã (Michele).

Que eu precisava, às vezes, desabafar e não conseguia. Apesar de me desabafar muito com outras pessoas, mas não era a mesma coisa de um profissional (Adelaide).

Os usuários relatam sentirem-se apoiados, atendidos e escutados e utilizam os encontros com os profissionais como espaços para o desabafo, para o alívio. **Michele** credita a sua melhora no suporte que o serviço manteve, enquanto a sua rede social não estava fortalecida. Na época sentia-se sozinha e utilizou o CAPS como um espaço de encontro e convivência.

Nos relatos, os entrevistados não definem em quais atividades ou 'lugares' acontecem estes 'encontros', onde as trocas e as redes são estabelecidas. Sendo assim podemos pensar que os espaços têm sido permeáveis e oferecem suporte às necessidades dos usuários.

Os depoentes enfatizam também que o processo terapêutico e o acolhimento não estão vinculados ao encontro entre os trabalhadores e usuários, mas também se estabelecem na relação usuário-usuário, na identificação com o outro, na construção de uma rede solidária entre eles.

Então você acaba arrumando amigos, porque você acaba compartilhando do mesmo sofrimento, você acaba dando conselho, recebendo conselho, tanto de um amigo como de outro e, principalmente dos terapeutas. Então você tem um respaldo, o que mudou foi isso, um apoio (Nero).

Segundo Bueno e Merhy (2005) o acolhimento na saúde, enquanto relação entre profissionais e usuários deve ir além da "recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho".

Assim, entendem que o acolhimento

passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo.

Componentes fundamentais para um re-inventar a qualidade da assistência.

Após o encontro destes atores, acontece a negociação, a fim de identificar suas necessidades buscando a produção de vínculo e favorecendo a autonomia.

Os relatos trazidos, mostram que os usuários têm utilizado o serviço como uma primeira aproximação, a relação estabelecida permanece na instância da atenção, do apoio. Entretanto, esta aproximação tem sido feita gradualmente e há outros relatos que demonstram que o processo terapêutico tem caminhado para atender às necessidades dos usuários.

Transposta a aproximação, usuários e profissionais estabelecem um novo patamar de contato, por meio da convivência diária, da construção do vínculo. A usuária a seguir, nomeia como “porta aberta” a possibilidade de poder voltar ao serviço, mesmo quando inserida em outro serviço de saúde. A formação do vínculo ultrapassa os “muros” do CAPS, transcende a responsabilização pelo cuidado aos usuários adscritos; a relação do serviço com os usuários é estendida ao acompanhamento singular de cada sujeito, na sua existência-sofrimento.

O relato de **Dementina** ilustra esta questão

Que pra mim o CAPS é um... Sei lá, um coração de mãe. E eu sei, um dia eu vou sair daqui. É lógico que eu posso sair e continuar tomando o meu remédio, vindo só pegando o remédio, voltando, eu sei, porque eu não vou passar a vida inteira aqui. Mas eu sei também que o dia que eu sair, mas o dia que eu precisar, sei que a porta vai estar aberta pra mim. Então o CAPS me ajudou sim, me ajudou em bastante coisa (Dementina).

Outra questão trazida por esta usuária diz respeito à temporalidade do cuidado prestado em serviços de atenção diária, como os CAPS. **Dementina** traduz em pequenas palavras a discussão que tem sido colocada aos CAPS. Segundo Pitta (1994), os Centros de Atenção Psicossocial devem trabalhar a questão da alta dos usuários, acreditando que é importante para os serviços estabelecerem-se enquanto redes provisórias no cuidado, favorecendo a autonomia dos sujeitos. As propostas terapêuticas para os usuários devem contextualizar a dimensão da vida concreta destas pessoas, no enfrentamento da vida cotidiana.

No CAPS “Espaço Vivo” os projetos terapêuticos individuais não têm utilizado a alta como critério, ou mesmo “pano de fundo”, para determinar as ações práticas. Entretanto, nos espaços formais e informais, a relação entre usuários/serviço tem sido pautada por estas discussões, como por exemplo, na ampliação das relações e laços sociais, no vínculo a outros serviços quando da melhora e no viver cotidianamente.

Houve relatos de usuários sobre a vivência de um surto em um serviço não hospitalar. Experiência nova para muitos deles, pois tinham somente na internação psiquiátrica o circuito da assistência nesses casos.

Creditam no vínculo que estabeleceram com o serviço a mudança neste caminho, que uma nova estratégia de manejo é possível ser construída.

As pessoas tentam contornar os problemas aqui mesmo e foi o que aconteceu comigo. Eu tava acelerado, completamente acelerado e eu acabei desacelerando e voltando a pessoa normal de novo e na minha vida (Nero).

Agora mudou uma outra perspectiva, que eu possa me tratar num lugar que não seja tão radical como o [hospital psiquiátrico]. Eu tenho uma certa segurança, porque mesmo que eu peça alta do CAPS, agora ou daqui uns tempos aí, quando o CAPS me der alta, eu vou ter um respaldo do CAPS, que é o que o [hospital psiquiátrico] não

dá, entendeu ? [...] vou continuar tendo um respaldo do CAPS, ao contrário do [hospital psiquiátrico], que quando solta, abriu o portão não tem mais nada a ver com o assunto, entendeu? [...] que eu posso ter um tratamento fora do [hospital psiquiátrico], ou do hospício (Nero).

Acredito que os usuários teceram comparações entre os serviços – hospital psiquiátrico e CAPS – em função destes primeiros, ainda estarem muito presentes na assistência psiquiátrica e no contexto histórico da cidade, e também porque dos onze usuários entrevistados apenas um não passou por esta experiência.

O hospital psiquiátrico é muito presente nas conversas do fumódromo. No CAPS “Espaço Vivo” o fumódromo é um local peculiar. É o espaço do encontro e da espera. Encontro das pessoas e a espera, entre uma atividade e outra. É um agradável “bate-papo informal”: pequeno local, mas grande cenário. Lá são contadas e recontadas as histórias de cada um, algumas divertidas, algumas tristes, mas são histórias. O fumódromo reserva espaço para assuntos dos mais variados, desde jogos de futebol, conflitos familiares, até a internação psiquiátrica.

Percebo que nestas conversas diárias, acontecem também reencontros. Muitos deles encontram-se no CAPS após terem saído da internação, ou mesmo, já se conheciam desde internações passadas. Falam sobre o contexto hospitalar e as dificuldades que lá passaram. Percebo também que a partir daquele ‘lugar’, as experiências vivenciadas fortalecem o grupo, a rede de solidariedade e ajuda mútua entre eles.

Enfim, o espaço do CAPS, conforma-se em oportunidade para agir novamente no mundo. Para estes usuários, retirados dos processos produtivos, e na diminuição ou até mesmo na ausência de vínculos sociais, a participação no serviço

e a entrada em uma rede de solidariedade e apoio possibilita a retomada dos laços sociais em situação na qual esses laços são ainda mais necessários.

5.4 Trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário

Neste campo são abordadas as dificuldades e facilidades dos usuários em enfrentar os desafios da vida cotidiana e como as práticas terapêuticas oferecidas pelo serviço têm se conformado nesta direção.

Os aspectos enfrentados no viver cotidiano remetem à questão do cuidado sobre a pessoa e não em uma somatória de sintomas ou classificações diagnósticas. É a partir do contexto do dia-a-dia que emergem sua singularidade e subjetividade no campo do cuidado. Desta maneira, as abordagens devem estar imbuídas de ações terapêuticas voltadas a estes aspectos do ser humano, com suas dificuldades e habilidades em enfrentar os desafios diários.

Como expressa Francisco (2004):

lidar com o cotidiano é sempre intervenção que exige um lidar com a concretude do homem, esse movimento de múltiplas relações. O cotidiano não é rotina, não é a simples repetição mecânica de ações que levam a um fazer por fazer. **O cotidiano é o lugar onde buscamos exercer nossa atividade prática transformadora, é o social; é o contexto em que vivemos** (p.76, grifo meu).

Conforme citado pela autora, as práticas cotidianas não podem ser reduzidas a ações rotineiras, meras atividades diárias reguladoras entre o normal e patológico, encaradas enquanto critérios de adaptação, de capacidade-

incapacidade, ou ainda, como provedoras de treinamentos funcionais; mas sim, devem inserirem-se em um contexto maior e mais dinâmico: o lidar com a vida.

Acredito que, a partir do contexto-cotidiano, emergem no cuidado, as situações conflituosas, os temores, as dificuldades, as habilidades, as situações concretas da vida. E, por meio delas, é que vão sendo costurados os fios do processo terapêutico. Assim, usuário e serviço trabalham juntos na busca das reais necessidades e desejos, no sentido do tratamento.

Melman (1992), em seu trabalho sobre a trajetória institucional do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo, demonstra a importância do cuidado sob o prisma da complexidade do ser humano e que esta deve ser trabalhada diariamente.

Assim,

quando o intuito é a apreensão do homem que sofre em todas as suas dimensões, sem reduzir sua complexidade, parece que o convívio íntimo e cotidiano com este homem é uma atitude sensata. Creio que optamos em construir um saber a partir desta intimidade. Não se tratava de afirmar a neutralidade, mas a possibilidade de deixar aparecer livremente as demandas desse sujeito (p.56).

O trabalho terapêutico focado em ações no cotidiano do usuário é também valorizado por Hirdes (2001) como uma das ferramentas da reabilitação psicossocial.

Segundo a autora, a centralidade nesta questão faz do serviço importante dispositivo inovador no cuidado em saúde mental.

As práticas da vida cotidiana são consideradas, neste contexto, como componentes essenciais para a reabilitação psicossocial dos usuários. E, através dela, a consequente obtenção de cidadania. A diferenciação entre tratar pessoas com suas necessidades próprias, sua subjetividade aparece como um diferencial importante em relação à centralização no tratamento da doença (p.124).

Nas falas dos usuários do CAPS “Espaço Vivo” foi possível apreender situações e acontecimentos vividos e enfrentados que contaram com o suporte do serviço. Por meio das entrevistas, surgiram relatos que apontam para práticas terapêuticas que têm apoiado o usuário a enfrentar as dificuldades no cotidiano.

Os depoimentos, a seguir, trazem a importância desta temática enquanto suporte para a melhora, na apropriação de si, no gerenciamento de sua vida³¹.

E agora eu tô tentando mais tomar conta de mim mesmo [...] Hoje eu consigo trabalhar, fazer um esporte, ajudar a minha mãe na casa, lavo a louça, limpo a casa. Consigo fazer tudo (Chefe).

Que você tem o que fazer na vida, você acaba achando um trabalho [...] Então você chega em casa e tem o que fazer. Não vai ficar sem o que fazer na casa, entendeu? [...] Você tem o que fazer e não fica totalmente inseguro em casa (Nero).

Então isso é muito importante porque quando a gente tá em crise, a gente não toma banho, não se arruma, você não faz nada, fica largada lá na cama. Eu já passei várias vezes por isso, nem pra beber água você levanta, então precisava falar ‘vai fazer isso, vai fazer aquilo’. Agora, não. Hoje eu comando sozinha, eu consigo fazer tudo que eu não fazia mais (Adelaide).

[...] Desde as coisas mais simples, varrer, no fazer as coisas do dia-a-dia, até negócios. Obrigação, compromisso, horário, ajuda muito. Porque eu tava tendo dificuldades assim, em horários, eu tinha trocado o dia pela noite, eu não conseguia fazer o que eu faço aqui e, já de dez meses pra cá, eu já tô conseguindo já. Não é de um dia pro outro. Mas eu já tô conseguindo ajudar a livrar a minha filha de um peso, uma responsabilidade muito forte pra ela (Adelaide).

³¹ Aqui utilizo gerenciamento de sua vida com o mesmo sentido de autonomia, conceito explicado por Kinoshita (1996) “como a capacidade de um indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (p.57).

Hoje eu consigo ir lá na cidade, comprar o que eu quero, eu... se tem uma conta, eu vou lá e pago a conta [...] Agora lá em casa se tem uma cozinha, eu já vou arrumar a cozinha, já ajudo mais a minha filha, limpar uma casa, assim... o que eu posso eu tô fazendo. Eu acho que isso já me ajudou muito (Dementina).

Então eu tava traumatizada a ponto de não chegar a sair, andar pela rua, sair sozinha, eu perdi toda a noção da minha vida e já a vinda pro CAPS foi quando eu cheguei e falei isso pro [profissional do Ambulatório] que eu não tinha chão. E [profissional do Ambulatório] me mandou pro CAPS e essa foi minha vinda pro CAPS, foi uma vinda dolorosa, cheia de espinho porque eu tava totalmente perdida no mundo, eu não sabia mais contar os dias, números, horas e foi aqui que eu consegui me recuperar (Júlia).

Em uma leitura inicial e superficial, as situações aqui trazidas, poderiam ser consideradas pequenas, ou mesmo banais, mas para os pacientes foram grandes dificuldades que tiveram de enfrentar e que atrapalhavam o seu dia-a-dia, comprometendo sua autonomia.

Propor atividade de reabilitação psicossocial inclui também avaliar o grau de habilidades e desabilidades que o usuário apresenta para as atividades de vida diária³² e atividades de vida prática³³.

Para Nascimento, Souza e Pitta (1997), o fator mais importante para determinar o nível de gravidade do usuário são os dados mais atuais, principalmente quando ocorre uma crise, ainda que também devam ser consideradas a sua história de internações e crises anteriores.

Por meio das falas, pode-se perceber que o trabalho terapêutico inicia-se a partir das dificuldades instaladas e relacionadas ao desempenho de atividades diárias. Nos relatos, é possível também apreender que o processo

³² Estas atividades dizem respeito ao autocuidado e manutenção direta da vida, como alimentar-se cuidar da própria higiene (banho, cuidados pessoais, roupas e pertences pessoais de higiene).

³³ Estão relacionadas à execução de atividades voltadas ao trabalho ou uma ocupação (remunerada ou não), a assumir compromissos sociais e cuidar de sua vida financeira.

terapêutico - que começa nos aspectos do cuidado com o corpo – passa, a seguir, a aumentar a complexidade das intervenções, enfocando atividades do cotidiano, ainda em um espaço protegido, no caso o CAPS. Mais tarde, estas atividades são transpostas para os respectivos espaços reais, no contexto-cotidiano de cada um.

Os usuários entrevistados percebem o desenvolvimento de tarefas domésticas como um alcance a patamares maiores de autonomia e também como atividades importantes na relação com os familiares.

Assim, **Adelaide** relata que sua melhora também repercutiu na diminuição da “responsabilidade” que estava delegando para sua filha.

Já **Dementina** percebe que sua melhora foi no sentido de dividir com a filha os encargos domésticos. Para **Chefe** e **Nero**, as atividades domésticas são encaradas enquanto propiciadoras de ocupação e menores responsabilidades dos familiares.

O CAPS “Espaço Vivo” dispõe em sua grade, atividades que são desempenhadas pelos usuários, como o café da manhã e o lanche da tarde. A atividade – da manhã ou da tarde - é compreendida por vários preparativos: como cortar os pães, colocar os copos e talheres, fazer o café, esquentar o leite, cortar os frios, “bater as toalhas”, varrer o chão e lavar os utensílios. Cada etapa do processo é negociada com os pacientes, por meio de “reuniões” diárias, e dependem das habilidades e desabilidades de cada um.

Pude observar, em uma das “reuniões”, o receio que um usuário apresentava em preparar o café, dizendo não saber fazê-lo e temendo que seu café não ficasse bom. Um dos pacientes - mais experiente neste ofício - prontificou-se a ajudá-lo explicando as medidas de cada ingrediente e prepararam juntos a tarefa. Ele aceitou preparar, dizendo-se mais seguro e confiante.

Neste dia, o trabalhador do serviço³⁴, que coordenava a atividade, percebendo a situação, apontou ao grupo a importância de uma rede solidária e de ajuda mútua entre eles e ressaltou que o trabalho conjunto é importante instrumento de fortalecimento e autonomia das pessoas.

Na convivência cotidiana, nos espaços informais, existem espaços para questionamentos, campos de negociação e apoio mútuo. Uma situação que ilustra esta questão diz respeito à experiência que o serviço teve em não dispor, durante um período de tempo, de um profissional para cuidar da limpeza. Esta condição foi levada à Assembléia onde todos, puderam discutir os problemas relacionados a esta questão. Assim, os trabalhadores e usuários traçaram um plano para enfrentar a situação. Todos no serviço estiveram imbuídos em manter e colaborar com a limpeza, garantindo que o serviço continuasse suas atividades.

Assim, acredito que as “rotinas” que o serviço dispõe, também constituem-se como instrumentos para que os pacientes possam organizar-se internamente possibilitando externalizar novas atitudes e relações familiares.

O depoimento de **Adelaide** ilustra a situação

Assim, desde o café, desde a arrumação, desde esperar tomar o café, isso, esperar tomar o remédio, isso, esperar o grupo ou outro tipo de coisa que possa haver. Então desde o portão pra dentro daqui, é... Diferente, assim, ajuda muito porque é um coletivo, é uma casa. Então tem tudo que uma casa tem, assim entre parênteses (risos). Que tem as outras dependências, mas colabora muito no fazer o café, um leite, o pão. A gente deixa de lado, às vezes, na casa, pula e vai pro almoço e vai na correria e aqui não. Aqui tem a hora, tem tudo certinho que ajuda a gente em casa. Porque quando eu morava com a minha mãe, eu não fazia. Agora em casa já me ajuda muito, porque junto com meu sistema que é diferente do dela. Então colaborou muito pra mim esse sistema aqui. Então me ajuda em casa e na rua também (Adelaide).

³⁴ Estas “reuniões” são coordenadas, preferencialmente, por Auxiliares de Serviço de Saúde, participantes do Grupo Operativo. A discussão sobre as atividades na vida diária dos usuários e as dificuldades enfrentadas é realizada durante o Grupo Operativo que já foi descrito na grade de atividades do serviço, no capítulo anterior.

Um outro ponto a ser destacado nos relatos diz respeito à questão da auto-estima. **Adelaide** e **Mário** retratam que, quando em crise, não conseguiam cuidar de si mesmos. Assim, por meio das entrevistas, foi possível perceber que, no cotidiano, também estão presentes não somente as situações a serem enfrentadas mas, sobretudo, os aspectos internos, do autocuidado.

O que me ajudou também foi à preocupação em si dos profissionais em levantar a auto-estima, aqui dentro perdida, a aflorar [...] Hoje eu gosto de ser bonita, recuperei até a minha letra, que eu não conseguia escrever direito. É isso... (Adelaide).

Já fiz bastante apresentações e ajudou na minha depressão, a sarar dela, deu mais auto-estima, deu mais vontade de viver outra vez (Mário).

Por fim, acredito que a busca em alcançar patamares maiores de autonomia, vestir-se, inserir-se em grupos sociais, passa a ser perseguida como um indicador de obtenção de qualidade de vida.

Entretanto, concordo com Saraceno (1999) que a autonomia não pode ser encarada como critério de seleção dos pacientes a quem devem ser investidos os cuidados, ou mesmo, trabalhados na reabilitação psicossocial. É claro que, algumas pessoas podem não conseguir atingir estes patamares, mas, poderão alcançar outros graus satisfatórios de autonomia. Para isso, devem ser estabelecidas metas desejáveis, que possam ir ao encontro das expectativas reais dos sujeitos e não dos operadores. Assim, os projetos terapêuticos não podem constituir-se de “camisas de força”, mas sobretudo, estarem continuamente em movimento.

O CAPS “Espaço Vivo” também tem como clientela, usuários com longa história de sofrimento psíquico e internações psiquiátricas, pacientes crônicos, apresentando maiores dificuldades no seu dia-a-dia. Para eles, são estabelecidas e trabalhadas questões como o autocuidado e o ir e vir.

A integração com outros lugares, externos ao contexto do serviço, ou melhor, “extra-muros”, são objetivos da reabilitação psicossocial. Segundo Saraceno (1999), os amplos cenários onde se dão as intervenções são variáveis mais relevantes do que somente as características clínicas. Assim, acredito que, cabe ao serviço, enquanto estratégia política, buscar novos cenários que possam ser incorporados aos cuidados.

Pude observar que o serviço tem buscado interagir com os espaços comunitários. Semanalmente, são realizados passeios com os usuários até o centro da cidade. Entretanto, penso que a apropriação do espaço público não deve se resumir a execução destas atividades, mas sim, a demandas maiores, no engajamento à comunidade local.

Analisando estes achados, pude apreender que o serviço tem enfocado o seu trabalho nas práticas cotidianas. O processo terapêutico está baseado em um cuidado responsável, valorizando as habilidades e dificuldades dos sujeitos e suas necessidades. O resultado do contrato terapêutico é percebido, pelos usuários, como a melhora na qualidade de vida e na autonomia. À medida que são valorizadas e trabalhadas estas questões, o serviço aproxima-se de pressupostos da reabilitação. Entretanto, ainda estão presentes em cena abordagens organicistas, como as já analisadas anteriormente. A contradição aqui presente pode ser inerente ao processo da construção diária de novos serviços, onde cotidianamente, há dilemas e enfrentamentos no lidar com o sofrimento psíquico.

*“Creio que há uma coerência que passa
por todas as minhas aparentes incoerências.
Assim como há na natureza uma unidade que permeia as
aparentes diversidades”
(Mahatma Gandhi)*

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao terminar esta pesquisa, teço algumas considerações preliminares. Em primeiro lugar, acredito que a realidade é sempre mais complexa e dinâmica do que a pesquisa e este estudo podem abarcar, bem como, seu produto final, sempre provisório. As considerações que faço aqui, buscando apreender esta realidade, assumem quase a dimensão de uma fotografia: imagem congelada de um momento. Situação que pode não ser a mesma quando encerro o ponto final.

Tenho consciência, inclusive, de que enquanto pesquisadora, ao deparar-me com esta realidade meu olhar teve um viés, partiu de um determinado lugar, de acordo com as minhas próprias subjetividades.

A motivação para estudar este tema decorre de minha trajetória como estudante que apaixonou-se pela área. Naquela época, busquei, com a orientação da professora, encontrar novos caminhos para o cuidado, pequenas mudanças que pudessem ser oferecidas, mesmo em terreno tão inóspito como um hospital psiquiátrico. Enquanto profissional, tive oportunidade de trabalhar em uma estrutura hospitalar de saúde mental e percebi que pode existir distância entre as práticas diárias no contexto real, e os saberes, as idéias e, também, os desejos.

Como enfermeira do serviço pesquisado tive a oportunidade de conhecer novos desafios e propostas para a assistência. Posso dizer que esta foi uma dificuldade que tive de enfrentar no percurso deste estudo, ou seja, buscar o

distanciamento possível para poder pesquisar. Situação desconfortável, muitas vezes debatida e refletida com minha orientadora.

Entretanto, minhas inquietações nasceram justamente do ofício. Repensar sobre a prática de serviços como os CAPS. Estes, têm sido colocados em cena como dispositivos importantes na consolidação da Reforma Psiquiátrica. Mas será que na prática diária isso tem realmente se efetivado? Como tem sido construída, cotidianamente, esta relação? Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial são incorporados à prática? Inquietava-me saber até que ponto estes discursos estavam presentes na labuta diária ou se apenas, constituíam-se em debates utópicos, concentrados na esfera teórica.

Assim, busquei a partir das dúvidas, apreender como o Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo”, local de meu ofício e pesquisa, estava produzindo cuidados. Eram também cuidados coerentes com a Reforma Psiquiátrica? Ou mesmo com a Reabilitação Psicossocial?

O projeto terapêutico do serviço aponta para práticas e cuidados oferecidos alicerçados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e na Reabilitação Psicossocial.

Para o delineamento desta pesquisa, vários atores poderiam ser escutados, porém, voltei meus olhos para aqueles que considero como os principais envolvidos na esfera do cuidado: os usuários do serviço.

Na trajetória da psiquiatria, os pacientes psiquiátricos foram excluídos e segregados do contexto social, bem como do debate sobre a prática assistencial e instituições. A clientela psiquiátrica era considerada desprovida de recursos que pudessem contribuir para as transformações na saúde mental.

Entretanto, com vários atores em cena – trabalhadores, usuários e familiares – a história seguiu novos rumos e, atualmente, o campo da atenção psicossocial tem destacado a importância destas pessoas no cenário das trocas sociais. Colocado aqui como atual exercício cotidiano: serviços e usuários construindo novas relações e novos cuidados. Ambos, sem história e muita experiência na função, vêm-se agora como atores sociais. Agentes do processo terapêutico, parceiros no contrato de cuidados e, enfim, sujeitos desta nova história.

Na prática cotidiana das novas instituições, os profissionais devem buscar instrumentos e meios que mediem as relações, tentando romper as vinculações que tutelam os pacientes, que só o reconhecem como indivíduos incapazes e inábeis. O objetivo é a superação desta ligação, buscando no contrato de cuidados e no poder contratual, ajuda no seu sofrimento, nas suas dificuldades dinamizando os recursos de que o sujeito dispõe a fim de participar da rede de relações sociais, construindo, cotidianamente, o gerenciamento de si.

Ao tomar estas colocações como horizonte, busquei nos usuários atendidos pelo serviço, respostas às minhas inquietações. Realizei com onze deles, entrevistas semi-estruturadas e observação de campo. Para também caracterizar os sujeitos entrevistados, fiz um levantamento de prontuários na busca por dados referentes à idade, escolaridade, moradia, renda, internações psiquiátricas anteriores e história de sofrimento psíquico.

Para caracterizar o serviço, também foram utilizados o projeto terapêutico da instituição e uma pesquisa que identificava o perfil da clientela atendida, entre os anos de 2000 a 2004³⁵.

³⁵ O estudo de Pinheiro (2004), considerou apenas os primeiros meses de 2004: janeiro, fevereiro e março.

Por meio dos dados colhidos, teci uma descrição do CAPS “Espaço Vivo”, apresentando seu surgimento no contexto local, o projeto terapêutico, a constituição de sua equipe, as atividades e atendimentos oferecidos à população, além da estrutura física e as características de sua clientela.

No momento inicial da criação do serviço, a equipe buscou – como um grupo de trabalho – discutir conceitos, debater idéias sobre as formas de lidar com o sofrimento psíquico e elaborar um projeto terapêutico na tentativa de não reproduzir no espaço comunitário, o modelo tradicional da psiquiatria, pois ali encontravam-se profissionais que vinham de experiência em hospital psiquiátrico. Assim, foram elaborados treinamentos para a equipe, novos conceitos e pressupostos debatidos.

Desta forma, o CAPS tem procurado atender a clientela de pacientes que tinham na internação psiquiátrica o único recurso terapêutico disponível. Colocando-se enquanto dispositivo intermediário, entre a hospitalização e a comunidade. Pelos relatos, pude perceber que o hospital ainda está, marcadamente, presente no cenário da assistência psiquiátrica local e que o serviço tem disponibilizado a internação como mecanismo terapêutico no cuidado prestado. Este recurso pode estar sendo utilizado de maneira criteriosa, pois nos dados colhidos, houve pouca referência a esta questão.

A análise dos dados foi organizada a partir de três temas: **A influência organicista no cuidado prestado pelo serviço; O CAPS enquanto cenário favorecedor da rede de relações sociais e o Trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário.**

No primeiro tema, procurei discutir e analisar como os usuários têm percebido o cuidado oferecido pelo serviço. Neste recorte, surgiram novas

categorias vinculadas a esta temática: a valorização do profissional médico e práticas voltadas ao enfoque biológico do cuidado.

Os relatos apresentados demonstram que o processo terapêutico está fortemente ligado à concepção orgânica da doença mental e com base nela, é que têm sido organizadas as ações do serviço. Assim, os usuários buscam explicar na teoria orgânica, o adoecer, reduzindo ao corpo a complexidade do seu sofrimento.

Esta pesquisa não aprofundou a problemática envolvida na concepção saúde-doença, não tendo esta questão, sido constituída no escopo da pesquisa. Entretanto, inquieta-me a reprodução, nos relatos dos usuários, de um discurso focado nesta linha. Até que ponto esta concepção fora herdada do modelo tradicional da psiquiatria? Ou será que estas explicações estavam sendo reproduzidas no interior do serviço? Acredito que para estas questões serem respondidas far-se-á necessária uma nova pesquisa. Mas, acredito que colocar este tema em cena poderá desencadear na equipe o estopim para discussões e reflexões sobre o cuidado.

Se o caráter do cuidado ofertado no serviço assume linhas organicistas, os usuários entrevistados elegem o profissional mais capacitado para oferecer assistência no alívio dos sintomas. Nesta perspectiva, o médico ocupa um lugar privilegiado no serviço, determinado pelo saber psiquiátrico. Assim, são percebidas os instrumentos necessários para a execução deste trabalho: a utilização de psicofármacos para o alívio dos sintomas e a consulta médica. O tratamento apresenta-se fortemente ligado a estes aspectos.

Apesar do serviço oferecer uma ampla e diversificada gama de atividades, a questão da utilização de medicamentos faz-se presente nos discursos.

Um outro ponto a ser destacado nesta temática diz respeito aos demais profissionais. A equipe do serviço é constituída por diversas categorias profissionais³⁶, entretanto, na maioria dos depoimentos, estes não estiveram presentes nos relatos.

Pontuo que, deve-se levar em consideração a recente história do serviço. O CAPS “Espaço Vivo” configura no cenário da assistência psiquiátrica local há cinco anos. Antes disso, o único recurso terapêutico intensivo disponível era o hospital psiquiátrico. Assim, acredito que os usuários estejam se acostumando e aprendendo a se tratar nesta nova modalidade. Ambos – serviço e usuários – trilhando um novo caminho.

A história trazida pela escuta, por novos caminhos, novos mapas. Trilhas que possam afastar-se da ausculta, da visão reducionista, polarizada e simplista.

No segundo tema, apresentei relatos que denotam que o serviço tem buscado configurar-se como cenário favorecedor da rede de relações sociais. Nele estão presentes as relações que os usuários estabelecem cotidianamente com o serviço.

Nas falas dos entrevistados, aparece com frequência a postura acolhedora e de escuta presentes nos trabalhadores do serviço. Característica identificada como um estilo de trabalho e prática corrente do serviço: o relacionamento humano, o acolhimento, o respeito, o afeto e o apoio com que são tratados os usuários atendidos. Estes pressupostos que dão suporte às ações da instituição encontram eco na Reforma Psiquiátrica.

³⁶ Os profissionais do CAPS foram apresentados na descrição do serviço.

Os usuários percebem que falar e ser escutado trouxe alívio ao seu sofrimento e o estabelecimento desta relação constitui-se em uma forma de ajuda.

Outro aspecto importante nas relações do usuário com o serviço foi a construção do vínculo. Os entrevistados apontam que os profissionais têm buscado “olhar” para o contexto de vida das pessoas atendidas, estabelecida mesmo na descontinuidade do tratamento. Já a continuidade do tratamento também é considerada como uma maneira de estabelecer o vínculo, fortalecendo a relação de confiança e ajuda.

Assim, as tentativas de aproximação entre tratamento e Reabilitação Psicossocial também são buscadas nas atividades e debatidas nas reuniões de equipe e nas discussões de caso.

As contradições presentes no serviço emergem a partir dos debates e discussões do cotidiano, possibilitando que os profissionais possam refletir sobre os conflitos, o processo terapêutico e repensar novos papéis. Para isso acontecer, é necessário que haja a disposição de se trabalhar menos com as “verdades” e mais com as incertezas, questionamentos e projetos.

O CAPS “Espaço Vivo” tem sido utilizado também como espaço de encontro e convivência pelos usuários. Acredito que o serviço deva ter este papel, em um primeiro momento, quando ainda os usuários estão pouco integrados à dinâmica da vida comunitária ou mesmo, com baixo grau de autonomia. Entretanto, percebi que ainda são incipientes as tentativas de se buscar na comunidade em geral, parcerias que possibilitem uma maior rede social para os usuários.

Esta questão tem sido esperada dos CAPS, de uma maneira geral. Cabem a estes serviços, uma estratégia política, que ao estabelecer interface com

iniciativas comunitárias, possam articular-se com projetos artísticos, culturais e sociais.

No caso do CAPS “Espaço Vivo”, também ainda são recentes na cidade, propostas como o Programa de Saúde da Família. Esta equipe pode constituir-se em dispositivo importante na cooperação e cumplicidade do cuidado, não circunscrito ao local do serviço. A busca por esta articulação poderá trazer para o serviço, formas criativas e estratégicas, novos atores e práticas cuidadosas.

Com o último tema desta pesquisa analisei a importância que os usuários trazem às atividades de vida diária e como o trabalho do serviço também tem se conformado nestes objetivos.

O trabalho terapêutico centrado no cotidiano do usuário não deve resumir-se à realização rotineiras de atividades, facilitando-lhes a adequação social ou a normalização. Mas sim, favorecer a autonomia. Penso que a realização das atividades de vida diária, devem ser inseridas como um dos primeiros objetivos a serem alcançados nos contratos de cuidados e mais amplamente, em projetos de reabilitação psicossocial.

Por meio das falas dos sujeitos entrevistados, percebe-se a importância da realização de conquistas, como o auxílio em tarefas domésticas.

Entretanto, considero que, transpostas estas primeiras necessidades, é preciso que o enfoque seja ampliado para a complexidade do sujeito que sofre, a fim de que ele possa alcançar a concretude de sua vida, de suas relações.

No decurso desta pesquisa, pude apreender que a prática cotidiana do serviço tem se pautado por ações baseadas em pressupostos da reabilitação.

Porém, estas ações constituem-se em primeiras etapas de um processo considerado realmente reabilitatório.

A Reabilitação Psicossocial é mais complexa do que ações e estratégias humanizadoras, prevê práticas e contextos que produzam saúde. Acredito ser este o desafio: o alcance da Reabilitação Psicossocial passa pela aproximação das práticas à realidade, no aumento da qualidade de vida dos sujeitos.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Espaço Vivo” do município de Botucatu (SP), enquanto um serviço que se apresenta como intermediário à internação psiquiátrica e cujo eixo institucional tem se baseado nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial. E os objetivos específicos foram descrever a estrutura e a dinâmica deste CAPS e apreender como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS é percebido pelos usuários atendidos no serviço. Ambos foram alcançados, pois a descrição do serviço serviu como instrumento para analisar seus objetivos e práticas e, por meio das entrevistas e observação, foi possível conhecer o tratamento oferecido na visão do usuário atendido.

Pretendo que esta pesquisa possa contribuir para o debate, reflexão e estudos acerca das práticas em serviços diários de atenção psicossocial. A construção diária de novas práticas e novos caminhos nem sempre é retratada e, também, não é fácil. Compartilho com os profissionais do serviço, as pedras que este caminho impõe. A responsabilidade é inerente aos novos trabalhadores...

“Não pode haver avanço cultural, político e social sem conflito. O conflito é positivo, é democrático, é esclarecedor e é necessário”

David Capistrano Filho

7. REFERÊNCIAS*

AGUIAR, M.A. de. **Botucatu**: imprensa e ferrovia. São Paulo: Arte e Ciência, 2001. 152p.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 45-66.

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. **Saúde em debate**, v.25, n.58, p.26-34, maio/ago. 2001

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 144p.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

_____. (Org.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENS, 1995. 143p.

_____. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M.E.X. (Org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 103-109.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002

ARANHA e SILVA, A.L. **O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida.** 1997. 131f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica *sub judice*.** 1996. 202 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BATISTA e SILVA, M.B. **Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial.** 2004. 180f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BOTUCATU. Secretaria municipal de turismo. **Cuesta.** Botucatu, 2005. Disponível em <<http://www.botucatu.sp.gov.br/turismo>>. Acesso em: 24 set. 2005a.

_____. **Projeto centro de atenção psicossocial – CAPS de Botucatu.** Secretaria do Estado de Saúde. Coordenadoria de Saúde do Interior. Hospital “Professor Cantídio de Moura Campos”. Botucatu, 2005b. 15p.

BRASIL. Projeto de lei nº 3.657/89. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. In: **Trancar não é tratar.** São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 1997. p.49-50.

BRASIL. Secretaria Nacional de Saúde. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Portaria nº 224, 29 de janeiro de 1992. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2004a. p.243-251.

_____. Lei nº10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2004b. p.17-19.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistencial em saúde mental. Portaria nº 336, 19 de fevereiro de 2002. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2004c. p.125-136.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991. 251p.

BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **Os equívocos na NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>> Acesso em: 15 jun. de 2005.

BUENO, J.M. O aspecto da psiquiatria biológica – uma revisão histórica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.37, n.3, p. 127-132, 1988.

CAMAROTTI, M.H. Instituição aberta de saúde mental: um novo paradigma de atendimento. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, v.8, n.4, p. 32-35, out/dez., 1997.

CAMPOS, G W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v.25, n. 58, p.98-111, maio/ago. 2001.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 23.ed. São Paulo: Cultrix, 2002. 452p.

CARNEIRO, G.F. et al. Um processo diário de encontro com a saúde. In: VENÂNCIO, A.T. et al. **O campo da atenção psicossocial**: anais do 1º congresso de saúde mental do estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 109-113.

CAVALCANTE, L.P.; SILVA, R.N.N.; RODRIGUES, A.G. Relato de uma experiência em saúde mental no interior do ceará. In: VENÂNCIO, A.T. et al. **O campo da atenção psicossocial**: anais do 1º congresso de saúde mental do estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 99-108.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 242p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., Brasília, 1992. **Relatório final**. Brasília, Ministério da Saúde, 1994. 46p.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S.(Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 51-66.

DELGADO, S. CAPS Rubens Fonseca: a construção de uma clínica diferenciada. In: VENÂNCIO, A.T. et al. **O campo da atenção psicossocial**: anais do 1º congresso de saúde mental do estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997. p.114-118.

DELMANTO, A. **Memórias de Botucatu**. Botucatu: Vanguarda, 1990. 165p.

FELÍCIO, J.L. Conceitos básicos e evolução da assistência em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 239-242, jul/set. 2001.

FRANCISCO, B.R. **Terapia ocupacional**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 2004. 95p.

FREITAS, F. F. P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.1, p.93-106, 1998.

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP). **A mudança no hospital cantídio de moura campos**. Botucatu, 1993. 15p. (Mimeografado).

FURTADO, J.P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS - estação. In: HARARI, A.; WILLIAMS, V. (Orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.37-58.

_____. **Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos**. Campinas: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 1998. 18p. (Mimeografado).

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. 312p.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. São Paulo: Te Corá Editora, 1994. 168p.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 67-80.

GRADELLA JÚNIOR, O. Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. **Psicologia e Sociedade**, v.14, n.1, p. 87-102, jan./jun., 2002.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim/RS: EdiFAPES, 2001. 208p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **cidades@botucatu-sp**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 26 dez. 2003.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.55-59.

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

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MACHARELLI, C.A. **Mortalidade perinatal em Botucatu, São Paulo 1991/1992**. 1995. 109f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 1995.

MELMAN, J. Centro de atenção psicossocial: a metamorfose como estratégia. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.3, n. 1/2, p. 54-59, jan./dez., 1992.

_____. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. 1998. 212f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M.J. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Editora Polis, 1987. p.191-211.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000. 269p.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-30.

MIRON, V.L. **Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde**. 1993. 106f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

MORENO, V. **O processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem**. 1995. 227f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.11, n.6, p. 786-791, nov./dez., 2003.

NASCIMENTO, A. de F.; SOUZA, R.G. de; PITTA, A.M.F. Resultados dos auxílios na vida diária dos usuários dos núcleos de atenção psicossocial de Santos. In: VENÂNCIO, A.T. et al. **O campo da atenção psicossocial: anais do 1º congresso de saúde mental do estado do rio de janeiro**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 404-413.

NICÁCIO, M.F.S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. 155f - Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

OIKAWA, L.T. **Condições de acessibilidade a uma UBS do município de Botucatu, SP, 1999**. 2001. 86f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2001.

OLIVEIRA, F.B. **Construção dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade**. 1999. 202f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, F.B.; SILVA, A.O. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.4, p. 584-592, out./dez., 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Reabilitação Psicossocial: a favor de um consenso**. Genebra, 1997. (Mimeografado)

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEPLAU, H.H. **Relaciones interpersonales em enfermérica**: um marco de referencia conceptual para la enfermérica psicodinámica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1990. 264p.

PEREIRA, M.A.O; CAIS, D.P. A percepção de familiares de pacientes psiquiátricos a respeito do serviço de saúde oferecido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.22, n.2, p.90-101, jul.2001.

PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v.7, n.12, p.71-82, fev. 2003

PINHEIRO, A.G. de M. **Avaliação do CAPS II Espaço Vivo e a caracterização de sua clientela, Botucatu-SP**. Botucatu, 2004. 20p. (Mimeografado).

PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. 158p.

_____. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.43, n. 12, p. 647-54, 1994.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N. R. (Orgs). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 15-73.

RIBAS, D.L.; BORENSTEIN, M.S. CAPS- Florianópolis: uma experiência de grupos com clientes psicóticos fora dos muros do manicômio, durante dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, p.179-89, 1999.

ROCHA, F.L. A psiquiatria biológica em pauta. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.41, n.2, p. 87-90, 1992.

RODRIGUES, C.R.; FIGUEIREDO, M.A. de C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.8, n.1, p.117-125, jan./abr. 2003.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C. de S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n. 1, p. 115-123, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999. 176p.

_____. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.9, n.1, p.26-31, jan./abr. 1998.

_____. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária**. São Paulo: Hucitec, 1994. 82p.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TSU, T.M.J.A. Vício e loucura: estudo de representações sociais de escolares sobre a doença mental. **Boletim de Psicologia**, v.41, n.94/95, p. 47-55, 1991.

URBACH, S. Medicina e patologia. In: MORAIS, J.F.R. de (Org.). **Construção social da enfermidade**. São Paulo: Cortez, 1978. p.139-155.

VENÂNCIO, A.T. et al. Apresentação. In: _____. **O campo da atenção psicossocial**: anais do 1º congresso de saúde mental do estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997. p. VII-IX.

VIANNA, P.C.de M.; BARROS, S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.8, n.1, p. 165-252, jan./mar., 2004.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

VIEIRA, S. B. A necessidade de contextualização cultural das práticas psi: considerações preliminares. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.3, n.2, p.295-306, jul./dez. 1998.

VILELA, S.de C. **Assistência de enfermagem em serviços abertos de saúde mental**: construindo a prática. 2002. 169f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ZERBETTO, S.R.; ALENCASTRE, M.B.; SAEKI, T. Desinstitucionalização: a experiência do Movimento de Luta Antimanicomial de Ribeirão Preto. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 5., ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 4., 1998, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Scala, 1998. p. 85-91.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico.** 1999. 248f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 1999.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do documento _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: **“Centro de Atenção Psicossocial: como o usuário vivencia o cotidiano do serviço”** que tem como objetivo conhecer como a pessoa em sofrimento psíquico percebe o processo terapêutico oferecido por um serviço de saúde mental. Realizado pela enfermeira Sandra Regina Rosolen Soares e orientada pela Profa. Dra. Toyoko Saeki do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Estou ciente dos critérios que envolvem minha participação, quais sejam:

- A garantia de receber esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros relacionados com a pesquisa.
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo e que não haverá prejuízo do meu acompanhamento no CAPS.
- A segurança de que não serei identificado e será mantido o caráter confidencial da informação relacionado à minha privacidade.

Em caso de não ser respeitado quanto aos critérios acima expostos, poderei procurar Ana Guilhermina de Mello, Assistente Social e Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” de Botucatu.

Sei também que os dados coletados na entrevista gravada em fita cassete serão usados somente para fins científicos com garantia de anonimato.

Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Botucatu, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do usuário

Assinatura do acompanhante

Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com: Sandra Regina Rosolen Soares, rua Tenente João Francisco, 651- Botucatu, fone: (14) 3882-9040. e-mail: san.soares@uol.com.br.

APÊNDICE B

Roteiro para a entrevista

1. Qual foi o motivo que trouxe você vir para o CAPS?
2. Como foi no começo... quando você veio para cá?
3. Depois que você veio para o serviço, você percebe alguma modificação na sua vida?
4. O que é o CAPS para você?
5. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE C

Relação de serviços que compõem a rede para referência e contra-referência
do Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo” de Botucatu (SP)

1. Unidades Básicas de Saúde de Botucatu
2. Programa de Saúde da Família de Botucatu e região
3. Ambulatórios Regionais Especializados (ARE) de Botucatu e Avaré
4. Centro de Saúde Escola, vinculado à UNESP –Botucatu.
5. Hospital Professor Cantídio de Moura Campos
6. Unidades de internação do Hospital das Clínicas da UNESP
7. Hospital - Dia da UNESP
8. Pronto-socorro municipal de Botucatu
9. Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da UNESP
10. Ambulatório de Psiquiatria da UNESP
11. Oficina Terapêutica “Estação Girassol”
12. Associação “Arte e Convívio”
13. Serviços de Saúde dos municípios adscritos da DIR XI

APÊNDICE D

Grade de Atividades do CAPS II “Espaço Vivo”

SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA - FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
Café da manhã G. de Apoio Of. de Relaxamento Almoço	Café da manhã Of. Expressiva Of. Artesanato Almoço	Café da manhã G. de Familiares Passeio Almoço Assembléia	Café da manhã Of. Salão de Beleza Of. de Artesanato Almoço	Reunião de Equipe
G. Operativo G. de Alfabetização Lanche	Of. de Vídeo Lanche	Of. Artesanato Lanche	Of. de Música Of. Artesanato Lanche	Reunião de Equipe

ANEXO A

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.

CEP: 18.618-970

Fone/Fax: (0xx14) 6802-6143

e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

e-mail Presidência: mjbvianna@uol.com.br

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de agosto de 2.002

OF.268/2002-CEP
MJBV/asc

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Vânia Moreno
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª. Vânia,

De ordem da Senhora Coordenadora deste Comitê de Ética em Pesquisa, informo que o Projeto de Pesquisa **“Centro de Atenção Psicossocial: como o usuário vivencia o cotidiano do serviço”**, de autoria de Sandra Regina Rosolen Soares, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer **favorável**, aprovado em reunião de 05/08/2002.

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO B

FIGURA 1 - Esquema Gerencial do Setor Saúde - Botucatu, 1995

* Associação Brasileira dos Hospitais Sorocabana

Fonte: Oikawa, 2001.

ANEXO C

Municípios que compõem a Direção Regional de Saúde (DIR – XI)

Município	Tipo de Gestão
ÁGUAS DE SANTA BÁRBARA	P.Atenção Básica
ANHEMBI	P.Atenção Básica
ARANDÚ	Plena do Sistema
AREIÓPOLIS	P.Atenção Básica
AVARÉ	Plena de Sistema
BARÃO DE ANTONINA	P.Atenção Básica
BOFETE	P.Atenção Básica
BOTUCATU	P.Atenção Básica
CERQUEIRA CÉSAR	P.Atenção Básica
CONCHAS	Plena do Sistema
CORONEL MACEDO	P.Atenção Básica
FARTURA	P.Atenção Básica
IARAS	P.Atenção Básica
ITAÍ	P.Atenção Básica
ITAPORANGA	Plena do Sistema
ITATINGA	P.Atenção Básica
LARANJAL PAULISTA	Plena do Sistema
MANDURI	P.Atenção Básica
PARANAPANEMA	P.Atenção Básica
PARDINHO	P.Atenção Básica
PEREIRAS	P.Atenção Básica
PIRAJÚ	P.Atenção Básica
PORANGABA	P.Atenção Básica
PRATÂNIA	P.Atenção Básica
SÃO MANUEL	Plena do Sistema
SARUTAIÁ	P.Atenção Básica
TAGUAÍ	P.Atenção Básica
TAQUARITUBA	P.Atenção Básica
TEJUPÁ	P.Atenção Básica
TORRE DE PEDRA	P.Atenção Básica

Fonte: GOVERNO DE ESTADO DA SAÚDE. Tipo de gestão. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em 26.12.2003.

ANEXO D

Municípios que compõe a DIR XI – Botucatu (SP)

Segundo a população

<i>Municípios</i>	<i>População (em habitantes)</i>
ÁGUAS DE SANTA BÁRBARA	5.224
ANHEMBI	4.535
ARANDÚ	4.763
AREIÓPOLIS	10.296
AVARÉ	76.472
BARÃO DE ANTONINA	2.794
BOFETE	7.356
BOTUCATU	108.306
CERQUEIRA CÉSAR	15.144
CONCHAS	14.904
CORONEL MACEDO	5.589
FARTURA	15.010
IARAS	3.054
ITAÍ	21.039
ITAPORANGA	14.354
ITATINGA	15.446
LARANJAL PAULISTA	22.145
MANDURI	8.271
PARANAPANEMA	15.510
PARDINHO	4.732
PEREIRAS	6.226
PIRAJÚ	27.897
PORANGABA	6.652
PRATÂNIA	3.950
SÃO MANUEL	36.545
SARUTAÍÁ	3.739
TAGUAÍ	7.468
TAQUARITUBA	21.982
TEJUPÁ	5.336
TORRE DE PEDRA	2.144
TOTAL	496.886

Fonte: IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 26.12.2003.