**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

PAULO ANDRÉ DE LACERDA ALVES

**Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de
subjetividades**

**Ribeirão Preto
2011**

PAULO ANDRÉ DE LACERDA ALVES

Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de subjetividades

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientador: Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

ALVES, Paulo André de Lacerda

Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de subjetividades
101 p.

Dissertação de Mestrado apresentada junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para fins de obtenção do título de Mestre junto ao programa de Pós Graduação em enfermagem psiquiátrica – Nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e ciências Humanas, 2011.

Orientadora: Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello e

1. Saúde Mental, 2. Reabilitação Psicossocial, 3. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Alves, Paulo André de Lacerda

Título: Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de subjetividades

Dissertação apresentada Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências, Programa
de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, na exclusão e diferença, trilham o caminho em busca do devir
liberdade, traçando no mundo, novas linhas de fuga para a existência e construção do porvir.

AGRADECIMENTOS

A minha Orientadora **MARIA CONCEIÇÃO** por toda a força e doçura com que me acolheu, ensinando, orientando e doando sempre com amizade, paciência e amor.

Aos **AMIGOS** e **COMPANHEIROS** de caminhada que de uma maneira ou outra contribuíram na construção deste trabalho, apoiando e incentivando.

Aos amigos e mestres: **FÁTIMA, BERNARDINO, SILVIA MATUMOTO, BERNARDETE, ADRIANA KÁTIA, CINIRA FORTUNA, LEINER REZENDE, ZEZÉ BISTAFÁ** e **HAROLDO**. Pessoas que participaram com acordes de inspiração, amor e companheirismo na composição da minha caminhada acadêmica.

Aos professores **JORGE LUÍS PEDRÃO** e **TOYOKO SAEKI** que trouxeram contribuições importantes por ocasião da qualificação.

Ao amigo e mestre **JORGE ANTÔNIO NUNES BICHUETTI**, por inspirar e nortear tantas descobertas importantes.

A meus pais: **FRANCISCO GERALDO ALVES** e **MÁRCIA LACERDA ALVES** e meus irmãos **ADRIANA, ADOLFO, ALEXANDRE** e **CHARLES PIERRE**. Amores inestimáveis.

A **CAPES** pelo auxílio financeiro.

Ao **CAPS MARIA BONECA** pela abertura do espaço e acolhida nos momentos de pesquisa.

A **ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO** e todos seus funcionários pela amizade e compromisso com o trabalho.

RESUMO

ALVES, Paulo André de Lacerda. **Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de subjetividades**. Ribeirão Preto, 2011. 101 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo exploratório, realizado no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS “Maria Boneca” em Uberaba MG e tem por objetivo refletir a respeito de como se dá a vida social dos usuários do referido serviço tendo em vista a busca pela inclusão social dos mesmos. Este estudo tem como pressuposto que o CAPS influencia positivamente no processo de reabilitação psicossocial e, conseqüentemente, na inserção social das pessoas em sofrimento psíquico / usuários de seus serviços. A pesquisa foi realizada com (13) usuários do CAPS, sendo todos participantes enquadrados no regime não intensivo de tratamento, mas que passaram pelos regimes intensivo e semi intensivo. Esse critério procurou selecionar sujeitos que tenham sido acompanhados pelo CAPS por um maior período de tempo. Os participantes passaram por entrevista não estruturada, sendo interrogados a respeito de suas vidas no âmbito domiciliar, familiar e social. As informações coletadas foram organizadas e analisadas segundo o método da análise de conteúdo, na vertente da análise temática. A discussão apoiou-se sobre os conceitos da reabilitação psicossocial, colocados por Saraceno e sobre o conceito de desinstitucionalização, presente na influência da psiquiatria democrática italiana. Do processo de análise e do referencial teórico utilizado neste estudo, emergiram (3) três pré-categorias principais, sendo a primeira *subjetividade no habitar*, a segunda, *Trocas Materiais, Contratos Sociais* e a terceira, *Trocas Afetivas: inclusão e exclusão*. Da análise das informações coletadas emergiram as conquistas e as dificuldades ainda enfrentadas pelos usuários do CAPS no caminho em busca da reabilitação psicossocial. O lar apareceu como melhor opção frente à vida no cárcere manicomial, a intimidade do lar também se mostrou um espaço para o exercício da subjetividade e convivência familiar. No tocante às trocas materiais, as possibilidades de trabalho permanecem distantes da realidade dos participantes, surgindo na discussão, formas alternativas de inserção no mercado de trabalho e o avanço dos participantes na capacidade de realizarem trocas materiais por meio de outras fontes de renda. A rede social formada com as pessoas de fora da família se mostrou empobrecida em comparação com os vínculos familiares. O CAPS surge também como espaço alternativo na facilitação das trocas afetivas dentro e fora da família. Apesar das dificuldades ainda presentes, diversos aspectos essenciais à inserção social e busca pela cidadania foram evidenciados como conquistas dos participantes da pesquisa.

Palavras Chave: reabilitação psicossocial, saúde mental, enfermagem

ABSTRACT

ALVES, Paulo André de Lacerda. **Social life of the CAPS: rebuilding subjectivities**. Ribeirão Preto, 2011. 101 p. Thesis (MA) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

This research is characterized as an exploratory descriptive study, conducted at the Psychosocial Community Center - CAPS "Maria Boneca" in Uberaba MG and aims to reflect on how is the social life of the users of that service and their pursuit of social inclusion. This study assumes that the CAPS has a positive influence in the process of psychosocial rehabilitation and, consequently, social inclusion of people in psychological distress, users of its services. The survey was conducted with (13) thirteen users of the center, all of them framed in non-intensive treatment scheme, but that had passed through the intensive and semi-intensive systems. This criterion tried to select subjects who were followed by CAPS for a longer period of time. The subjects were submitted to a non-structured interview, being asked about their lives in home environment, family and society. The data were organized and analyzed by the method of content analysis, on thematic analysis strand. The discussion is supported on the concepts of psychosocial rehabilitation, placed by Saraceno and the concept of deinstitutionalization, present in the influence of the Italian democratic psychiatry. (3) Three main pre-categories emerged from the analysis process, being: the first, Subjectivity in the Dwelling; the second, Material Exchanges - Social Contracts and the third, Affective Exchanges - inclusion and exclusion. From the information collected, emerged the achievements and difficulties still faced by users of CAPS in pursuit of psychosocial rehabilitation. The home appeared as the best option facing life in the prison of a psychiatric ward, the intimacy of the home was also a room for the exercise of subjectivity and family life. With regard to material exchanges, employment opportunities remain distant from the reality of the subjects, emerging in the discussion, alternative forms of labor market insertion and the progress of the subjects, in the ability to perform material exchanges through other sources of income. The social network formed with people outside the family proved to be impoverished in comparison to family ties. The CAPS has also emerged as an alternative space in the facilitation of emotional exchanges within and outside the family. Despite the difficulties still present, several essential aspects to the pursuit of social inclusion and citizenship were seen as achievements of the subjects of this research.

Keywords: psychosocial rehabilitation, mental health, nursing.

RESUMEN

ALVES, Paulo André de Lacerda. **Vida social de usuarios de un CAPS: la reconstrucción de subjetividades**. Ribeirão Preto, 2011. 101 p. Dissertación (MA) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

La presente investigación se caracteriza por ser un estudio descriptivo exploratorio, realizado en el Centro de Atención Psicosocial - CAPS "Maria Boneca", en Uberaba MG y tiene como objetivo reflexionar sobre cómo es la vida social de los usuarios de dicho servicio con el fin de buscar la inclusión social de los mismos. Este estudio tiene como presupuesto que el CAPS tiene una influencia positiva en el proceso de rehabilitación psicosocial y, en consecuencia, inserción social de las personas en sufrimiento psíquico usuarios de sus servicios. La investigación he sido realizada con (13) usuarios de los CAPS, siendo todos los participantes encuadrados en el régimen no intensivo de tratamiento, pero que pasa por los regímenes intensivos y semi-intensivos. Este criterio procuró seleccionar sujetos que fueron acompañados por el CAPS durante un período más largo de tiempo. Los participantes pasaran por entrevista no estructurada, siendo interrogados al respecto de sus vidas en el ámbito domiciliar, familiar y social. Las informaciones recolectadas fueron organizadas y analizadas según el método de análisis de contenido, en la vertiente del análisis temático. La discusión se apoyó sobre los conceptos de la rehabilitación psicosocial, puesto por Saraceno y sobre el concepto de desinstitucionalización, presente en la influencia de la psiquiatría democrática italiana. Del proceso de análisis y del referencial teórico utilizado en este estudio, surgieron tres (3) pre categorías principales, siendo la primera *subjetividad en el habitar*, la segunda, *Cambios Materiales, Contratos Sociales* y la tercera, *Cambios afectivos: inclusión y exclusión*. A partir del análisis de las informaciones recogida han emergido las conquistas y las dificultades aún enfrentadas por los usuarios del CAPS en el camino en busca de la rehabilitación psicosocial. El hogar apareció como mejor opción frente a la vida en cárcel manicomial, la intimidad del hogar también se mostró un espacio para el ejercicio de la subjetividad y convivencia familiar. Con respecto a los cambios materiales, las posibilidades de empleo siguen siendo distantes de la realidad de los participantes, emergiendo en la discusión formas alternativas de inserción en el mercado de trabajo y el progreso de los participantes en la capacidad de realizar cambios materiales a través de otras fuentes de renda. La red social formada con las personas que no son de la familia se he mostrado pobres en comparación con los lazos familiares. El CAPS ha surgido también como un espacio alternativo en la facilitación de los cambios afetivos dentro y fuera de la familia. A pesar de las dificultades aún presentes, varios aspectos esenciales a la inserción social y la búsqueda por la ciudadanía fueron evidenciados como conquistas de los participantes em la pesquisa.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, salud mental, enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dispositivos de saúde da rede da cidade de Uberaba.....	45
Tabela 2	Características gerais dos participantes do estudo: CAPS Maria Boneca, Uberaba/MG, 2011.....	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 O MANICÔMIO, A CRÍTICA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS BASES TEÓRICAS	22
2.1 A proposta de Saraceno e Sua Base Teórica.....	23
2.2 Algumas Experiências Reabilitadoras no Brasil	32
2.3 O CAPS como espaço reabilitador	40
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	42
3.1 Tipo de estudo.....	43
3.2 Local do estudo.....	43
3.3 Atenção Básica: estratégia de saúde da família	45
3.4 O Fluxo da rede de Saúde Mental em Uberaba.....	46
3.5 Cenário de coleta de dados: CAPS Maria Boneca.....	47
3.6 Sujeitos do estudo.....	48
3.7 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	48
3.8 Aspectos Éticos.....	49
3.9 Método para coleta dos dados	49
3.9.1 A Entrevista.....	49
3.10 Imersão no Campo.....	51
3.11 Análise dos dados.....	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES.....	97
ANEXO.....	100

APRESENTAÇÃO

Saúde Mental: atravessamentos da infância e juventude

Meu primeiro contato com o mundo da saúde mental aconteceu na infância. Morava perto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Maria Boneca de Uberaba-MG, e havia alguns amigos de minha família que lá trabalhavam, permanecendo até hoje. Ia frequentemente ao CAPS acompanhado de meus pais por um motivo ou outro. Observava as pessoas reunidas naquela casa; algumas inquietas, irreverentes, outras cabisbaixas em seus solilóquios. O que mais me inquietava era que a porta da casa estava sempre aberta e ninguém saía correndo, a dar trabalho nas ruas.

Em datas especiais, o CAPS promovia jantares beneficentes e muitos dos usuários os frequentavam. Eu ia a muitos desses jantares na minha adolescência e pude ver os usuários interagindo comigo e com as outras pessoas normalmente. Apesar de algumas vezes visivelmente diferentes dos convidados, pelo modo de vestir, de falar, de se comportar, os usuários sempre se relacionavam muito bem com as pessoas que não frequentam habitualmente o CAPS. Então, me perguntava como que o “doente mental” que eu criei em minha mente, causador de confusões, agressivo, “maluco” em crise, podia ali viver bem, sem estar dopado e entorpecido de remédios? Foi assim, a minha primeira visão da saúde mental, uma visão ingênua de um dispositivo que trazia tantos benefícios na vida de seus usuários, e vi neste espaço, desde muito jovem, médicos, psicólogos e enfermeiros muito ativos na luta pelo ideal antimanicomial.

Ingressei tempos depois, no curso de enfermagem, tendo a oportunidade de entrar em contato com os conceitos de saúde/doença por meio de um raciocínio crítico, levando-me a um melhor entendimento dos problemas de saúde existentes no sistema brasileiro. Quando voltei ao CAPS, ao cursar disciplinas ligadas à saúde mental no curso de graduação, estava munido de um olhar mais crítico, e pude questionar de forma mais sistematizada o modo de funcionamento e os problemas daquele serviço. Conheci outros lugares que acolhiam os “loucos” da cidade, como o Sanatório, local de internação integral, dispositivo asilar que, mesmo em uma tentativa de humanizar seu modo de tratamento, mantinha-se com portas trancadas e pessoas em sofrimento psíquico visivelmente mais agressivas, tristes, em surtos e mal tratadas. Assim, comecei a perceber que a forma como o CAPS funcionava era

uma maneira diferente do tratamento desumano encontrado no manicômio. As portas abertas, música, liberdade de expressão, terapias ao ar livre, dança, leitura, amigos e, no fim do dia, o veículo que levava para casa todos eles. Isso era apenas o começo de um trabalho árduo de reabilitação. O estereótipo de doente mental que eu havia criado durante minha vida começou então a se transformar, quebrando aos poucos a imagem distorcida do indivíduo “ameaçador” para a sociedade. No quinto período do curso de graduação em enfermagem, comecei a estudar de forma mais intensa temas da saúde mental e conceitos importantes da área. Desde então optei por realizar o Trabalho de Conclusão de Curso, estudando uma temática da área. Assim o meu trabalho intitulou-se: “Reforma Psiquiátrica: o CAPS sob a ótica do paciente”. O trabalho teve como objetivo relatar a opinião dos usuários do CAPS sobre a qualidade do serviço lá oferecido e sobre as mudanças de vida após iniciar as atividades no CAPS. Conversei com os pacientes durante coletas de dados, levantei as dúvidas que tinham a respeito do serviço e comecei a ler sobre um tema inesgotável: a reabilitação psicossocial. Enquanto estudava sobre esta temática, percebi que ainda muito se luta para oferecer meios à cidadania do paciente, mas que esta caminhada apenas se iniciava, sendo o mundo da saúde mental fora do CAPS, cheio de problemas a serem resolvidos e o próprio CAPS, local de muitas metas não alcançadas e problemas a serem superados. Tal vivência levou-me a refletir sobre diferentes pontos como, o significado de reabilitação para os usuários do CAPS, a satisfação dos usuários com sua vida extramuros e as reais possibilidades de contribuição social dos CAPS. Nesse ínterim, permanece uma questão para ser refletida: como se dá a vida social dos usuários do referido serviço tendo em vista a busca pela inclusão social dos mesmos?

O atual trabalho foi organizado de forma a possibilitar ao leitor uma compreensão da trajetória vivida pelo pesquisador. Na Apresentação, foi descrita a inserção do pesquisador na área de saúde mental, a qual justifica a escolha do tema; na Introdução delimitou-se o tema do estudo propriamente dito, ao situar o leitor com um breve resgate histórico sobre a loucura e o contexto atual. Em seguida, foi traçado o Objetivo que norteia esta investigação. No Referencial Teórico, desenvolveu-se um panorama geral acerca dos temas que levam à compreensão do objeto de estudo: a vida social dos usuários do CAPS. Em seguida, foi descrita a Trajetória Metodológica que orientou as etapas de execução da presente investigação. Os Resultados e Discussão foram apresentados trazendo

três categorias temáticas configuradas a partir da análise dos dados. Na primeira categoria, estão reunidas informações a respeito da vida no lar. Na segunda categoria, estão reunidas informações sobre as trocas materiais realizadas pelos participantes da pesquisa. Na terceira e última categoria estão reunidas informações a respeito das trocas afetivas tanto familiares quanto fora da família.

Finalmente foram traçadas as Considerações Finais sendo apresentadas algumas reflexões sobre o tema estudado.

A loucura vivenciou anos de segregação, nos quais o equipamento hospício marginalizava a, gerando cronificação e exclusão social. O louco era então dito como pueril perigoso e improdutivo (FOUCAULT, 1999). Era uma lógica de normatização restritiva do espaço urbano, a partir do paradigma biomédico dominante que deu à loucura um caráter patológico e a enquadrou em um regime disciplinar, por nela ver a falta de razão, paixões desenfreadas e vontades descontroladas (PESSOTTI, 1996). Na idade média era vista sob a ótica da religião, por momentos uma bênção, por outros uma maldição, (os endemoniados).

Como um fato socialmente condicionado, a loucura culminou em uma lógica pertinente ao momento histórico de confirmação do capitalismo. Dentro da conformidade capitalista e suas cidades, a loucura passa a ser motivo de exclusão. Sujeitos pouco interessantes ao coletivo permanecem alienados, asilados e paralelos à sociedade. Ao longo do tempo, a crescente tomada do processo de cura biológica normatiza a loucura como doença, colocando a no patamar de um mal que supostamente deveria e poderia ser curado (BASAGLIA, 2005).

Com o decorrer do tempo as patologias foram classificadas e investigadas, frutificando em terapias farmacológicas e até mesmo físicas que utilizam as mesmas lógicas ao longo de anos (SARACENO, 1999). A proposta da instituição biomédica era a cura, contudo, o mais marcante, foi o seu funcionamento como instituição total, local de “troca zero”, onde não havia espaço para o desenvolvimento e manifestação do homem em sua subjetividade (ROTELLI, 2000).

No Brasil, os mais variados relatos retratam uma mesma realidade: os manicômios são fétidos, repletos de funcionários carcereiros e com uma arquitetura peculiar que cerceia a identidade do louco (AMARANTE, 1994).

Esse contexto se encarregou ao longo de décadas de perpetuar e piorar o quadro geral dos “pacientes”. A lógica manicomial fundou então o ciclo vicioso da inabilidade do louco para a vida, gerando cronificação, tornando real a imagem do *esquizofrênico de asilo, um trapo humano* (GUATTARI, 1981).

Os horrores vivenciados no hospício geraram denúncias e dispararam um processo de mudança. Com o advento da Reforma Sanitária no Brasil, houve uma concomitante insurgência dos profissionais de saúde mental, rebelados contra as condições desumanas de tratamento oferecidas nestes serviços, iniciando a construção do movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Essa reforma tem como característica o tratamento da pessoa em sofrimento psíquico realizado com o sujeito em liberdade. A reforma psiquiátrica brasileira tem como norte a busca pelo resgate dos direitos de cidadania do paciente, até então cerceados. Inicialmente, busca-se o homem e sua história, depois, define-se como objeto de trabalho o próprio sofrimento mental (ROTELLI, 2000; SARACENO, 1999).

A reformulação da abordagem à loucura é embasada pelo importante conceito de desinstitucionalização.

A desinstitucionalização não significa apenas a alta hospitalar ou a constante redução de leitos de internação nos hospitais psiquiátricos, mas sim um processo gradativo de superação do nível de dependência da pessoa em sofrimento psíquico, da instituição psiquiátrica, seja esta instituição hospitalar ou não (SARACENO, 1999).

Diferentemente da desospitalização que apenas relega a pessoa que estava no abandono do hospital psiquiátrico ao abandono das ruas, a desinstitucionalização deve processar um trabalho de habilitação da pessoa em sofrimento psíquico para que esta re/torne ao convívio social (SARACENO, 1999).

A desinstitucionalização se dá pelo aumento gradativo das possibilidades de estabelecer vínculos afetivos, contratos materiais (entendendo, até este momento, por contratos materiais a capacidade de desenvolver atividades laborais e mesmo de gerenciar aspectos financeiros da vida por meio do fortalecimento das habilidades já existentes na pessoa em sofrimento psíquico) e fortalecer sua singularidade como integrante de uma sociedade (ROTELLI, 2000).

O conceito de desinstitucionalização é reforçado e complementado pelo conceito de emancipação, que é a integração não só física, mas política e social, permitindo o fortalecimento da singularidade da pessoa em sofrimento mental.

A emancipação exime o paciente da idéia utópica de cura e reforça o trabalho de habilitação, autoconfiança e aceitação na sociedade. É evidente que quando um modelo de trabalho vai de encontro aos paradigmas retrógrados vigentes, o mesmo encontra diversos desafios ao seu estabelecimento. A Reforma Psiquiátrica, ao guiar os novos conceitos da saúde mental, encontra um sistema de saúde moldado nas antigas propostas, com grandes centros de internação espalhados pelo país e profissionais com perfil de trabalho centrado na remissão de sintomas e sinais, tendo como foco único psicopatologias. Tais obstáculos nada

mais são do que irregularidades no cumprimento dos direitos de cidadania do paciente (SARACENO, 1999).

Como já citado, diante dos imperativos da reforma psiquiátrica, os serviços de saúde mental de caráter asilar parecem ser incipientes. Não conseguem ofertar de forma completa as condições humanizadas de tratamento e vida citados acima. Ao ser considerado “caso-problema” ou apenas mais uma parte do sistema fechado do hospício, o paciente fica desprovido de cuidados e da possibilidade de desenvolver atividades que permeiem a construção de sua subjetividade de forma laboriosa, tanto no campo individual, quanto no familiar, estendendo-se à sociedade, trazendo a possibilidade de ser e se sentir útil. O encarceramento do hospício apenas consegue, ao invés de trazer a prometida “cura”, gerar o sentimento de exclusão, uma forma punitiva de cerceamento da liberdade (FOUCAULT, 1999). Por fim, pode-se inferir que o paciente enclausurado perde seu senso de identidade, torna-se parte de um equipamento hospício, sistema excludente e responsável por um ciclo interminável no qual uma vez paciente, o indivíduo é encarado como problema e perigo para a sociedade.

O momento vivido atualmente na reforma é de defesa, tanto no discurso teórico quanto na própria reinvenção da clínica, de que é preciso “fazer o louco caber na sociedade” (BEZERRA, 1994). Diante dessa meta, os novos dispositivos de saúde mental buscam o processo chamado Reabilitação Psicossocial, que tem como objetivo agenciar possibilidades do indivíduo viver em comunidade, com intensificação da sua capacidade de troca e de expressão afirmativa da sua singularidade.

Após refletir sobre alguns aspectos da trajetória das políticas em saúde mental no Brasil, suas lutas e reformulações é esperado que surjam algumas inquietações. É preciso que fiquem mais claros quais benefícios este processo de mudanças na saúde mental trouxe para as pessoas em sofrimento psíquico.

Se os modelos anteriores de saúde mental não conseguiram conferir liberdade e capacidade de inserção social, então quais mudanças ocorreram na vida das pessoas portadoras de sofrimento psíquico após a reforma psiquiátrica e as conseqüentes mudanças nos dispositivos de assistência à saúde mental?

Parece-nos que a vida social dos portadores de sofrimento psíquico seja um ponto norteador para refletir a respeito das mudanças ocorridas e das possibilidades de reabilitação/inserção social.

A partir da investigação da vida dos usuários do CAPS, acredita-se que será possível compreender um pouco mais sobre as melhorias que surgiram na saúde mental e quais problemas ainda permanecem à espera de novas discussões e estratégias.

Não pretendemos com essa discussão tirar o enfoque da vida dos usuários e do diálogo sobre a possibilidade de inserção social; mas é preciso ter consciência que a inserção social e as possibilidades de vida social dos usuários possuem um grau de ligação com o acompanhamento ofertado pelos dispositivos de saúde mental, não sendo possível assim separar de forma reducionista os dois assuntos (COSTA-ROSA, 2000).

Em uma contextualização da loucura na atualidade, é preciso refletir a respeito das imposições que a sociedade coloca para que se possa participar dos seus meios de vivências, das instituições e então lograr o seu reconhecimento. É preciso também problematizar as dificuldades vividas pelos grupos que não se enquadram no modo de pensar da maioria das pessoas, os que não conseguem vivenciar o jogo competitivo na corrida pelo dinheiro e os que por todos estes fatores acabam destituídos de sua cidadania, de seus direitos “legalmente” garantidos.

A conquista da cidadania no modelo de sociedade ocidental passa por diversos caminhos, principalmente no caso das minorias como os portadores de sofrimento psíquico.

O louco no mundo contemporâneo, ao renunciar “*o mundo de vendedores e vencedores*”, perde a possibilidade de participar das relações sociais e das trocas concernentes à sua comunidade. O homem, já explorado como meio de produção, quando deixa de se enquadrar nos padrões capitalistas, perde ainda mais valor perante a sociedade (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Diante disto, fica claro que o avanço dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico deve acontecer em concomitância com o avanço dos direitos de toda a sociedade (COSTA-ROSA, 2000).

A política do estado brasileiro gera contrastes sociais e uma competição entre as pessoas, para que possam se estabelecer financeiramente. Aos ditos “desabilitados”, estes contrastes tornam-se mais acentuados.

Dentro deste diálogo, a luta da reforma psiquiátrica é nova se comparada à história da loucura. Muitas transformações ainda deverão acontecer no campo social para a conquista de uma sociedade que produza de forma mais justa, com

menos exploração e desvalorização da cultura, individualidade e valores dos diversos grupos sociais. Na verdade Foucault nos aponta que a psiquiatria está em reforma desde seu nascimento (FOUCAULT, 1999).

O respeito à singularidade da pessoa em sofrimento psíquico, ao serem valorizadas suas habilidades e possibilidades de estabelecer contratos sociais, faz parte da caminhada rumo à conquista da cidadania não só pelos grupos minoritários, mas sim pela sociedade. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Com o intuito de conhecer melhor a vida dos usuários acompanhados pelo centro de atenção psicossocial e refletir a respeito das possibilidades e evidências de inserção social, traçamos o seguinte objetivo para esta pesquisa:

- Investigar como se dá a vida social dos usuários do CAPS, como eles constroem sua subjetividade, tendo em vista a perspectiva da reabilitação psicossocial.

2 O MANICÔMIO, A CRÍTICA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS BASES TEÓRICAS

2.1 Propostas Teóricas Para a Desconstrução Manicomial

A culminância histórica de tempos anteriores até o patamar manicomial pode ser explicada por meio do papel social tomado pelo louco. Ao manifestar-se, o louco torna-se o porta voz, bode expiatório do meio em que vive: família e sociedade. O louco expressa por meio de seu reflexo, a situação vivida pelos meios familiar e social que, ao renunciarem o reconhecimento de sua própria loucura mergulham em um papel de negação (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

Como sujeito emergente, este louco representa não só sua própria situação, mas a das pessoas próximas que, em um princípio de negação, agem por meio da segregação do indivíduo. O manicômio, neste momento assume o papel de possibilitar o afastamento desse indivíduo de seu meio familiar e também de restaurador da sanidade mental. Porém, a proposição manicomial busca a reabilitação através da repressão às manifestações e comportamentos, formatando a subjetividade humana e matando, na negação da situação, as possibilidades de reconstrução emocional e psíquica da pessoa em crise. Como uma “doença perniciosa”, a loucura então é normatizada e adaptada aos padrões sociais repressivos. Negam-se os direitos à expressão, sem antes buscar entender o sentido das manifestações desses sujeitos, sendo consideradas como falta de virtude e de razão (COSTA-ROSA, 2001).

Nesse contexto, a instituição manicomial formata o louco, desapropriando-o de sua singularidade, eliminando suas possibilidades de compartilhar com a sociedade, sua forma de pensar. A restrição do espaço, medicações excessivas, propostas de intervenção biológica e a alienação do mundo social, não só tentam evitar a sociedade de se confrontar com a loucura, como almejam a transformação por meio da repressão (AMARANTE, 1994).

O insucesso do modelo manicomial fica evidente ao percebermos que a instituição de saúde mental, foca em princípios meramente biológicos, uma condição complexa, de caráter biológico, psicológico e social, permeada ainda por um amplo contexto político.

Em uma análise conjuntural da saúde mental no Brasil, percebe-se que pessoas em sofrimento psíquico, mesmo vivendo fora da instituição manicomial, não

conseguem participar dos contratos sociais inerentes ao mundo contemporâneo. Ao considerarmos a contratualidade social atual, as possibilidades de gozar de uma vida relativamente plena se dão apenas aos seres hígidos, fortes e socialmente amparados (BASAGLIA, 2005).

Logo, as pessoas em sofrimento psíquico, bem como outras minorias, permanecem na sociedade de forma alijada. Sem possibilidades de conquistar trabalho, lar e vínculos afetivos por não se enquadrarem no modelo social de contratos que têm como princípio a força, a higidez física e mental e o poder aquisitivo inerente ao seu meio (SARACENO, 1999).

A luta pela igualdade de direitos movimentou ao longo de gerações a transformação social, que irrompe no mundo contemporâneo com discussão das formas e meios de conquista da cidadania. Surge como novo paradigma da inserção social as possibilidades inerentes à reabilitação. No campo da saúde mental, a reabilitação psicossocial vem guiar os novos modelos de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde no Brasil (AMARANTE, 1994; SARACENO, 1999). Porém, para um entendimento mais amplo da forma como se configuraram esses novos princípios legais no Brasil, é necessário recorrer aos movimentos predecessores, que influenciaram esse processo de transformação.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve fortes influências da reforma psiquiátrica Italiana. Liderada por Franco Basaglia, a desinstitucionalização da loucura na Itália decorreu da percepção mais ampla de que havia uma transformação nos princípios sociais e nas respostas institucionais, em constante construção que permitiam, ao louco não ser vítima do processo de reprodução da lógica manicomial e sim um sujeito da transformação social (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, em 1978, conhecida como Lei 180, permitiu por meio de direitos, conflitos e até mesmo contradições, a constante reconstrução da assistência à saúde mental. Reformas no âmbito jurídico, substituição de modelos de assistência e transformações conceituais no campo social fizeram com que a reforma Italiana lograsse significativos avanços na saúde mental, tendo como premissa que: uma vez que cada pessoa em sofrimento psíquico possui suas peculiaridades diante da sociedade e do estado, a assistência deveria sempre levar em conta a singularidade, tendo o serviço de saúde como um transformador social, que não se fixa em um modelo estável, mas permanece

dinâmico e em constante transformação (LANCETTI, 2008).

Esses preceitos não garantiram que os serviços de saúde fossem perfeitos, mas permitiram que as contradições criadas no âmbito familiar, social, pessoal e institucional, gerassem conflitos benéficos para as possibilidades de transformação. Portanto a Reforma Psiquiátrica Italiana caracteriza-se melhor como um processo contínuo do que como marco estático de mudança (LANCETTI, 2008).

A Reforma Psiquiátrica brasileira ocorre em contemporaneidade com a reforma sanitária envolvendo propostas de mudança nos modelos de atenção e gestão da atenção em saúde, equidade na oferta de serviços e a participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e de suas políticas de saúde. Porém com princípios próprios, as mudanças do campo da saúde mental, iniciam-se com o movimento dos trabalhadores de saúde mental e da comunidade contra a violência asilar (AMARANTE, 1994).

Articuladores da Reforma Psiquiátrica Italiana como Franco Basaglia, Franco Rotelli e Benedetto Saraceno influenciam sobremaneira o processo de transformação da atenção à saúde mental no Brasil, culminando na criação da Lei Paulo Delgado que, no fim da década de 1990, propõe a extinção progressiva de manicômios no País e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

Como já comentado anteriormente, a reforma psiquiátrica brasileira se apoiou no importante conceito de desinstitucionalização, que permanece gerando contínua transformação no cenário brasileiro da saúde mental.

A partir do delineamento de alguns aspectos históricos, fica mais fácil compreender o trajeto entre o modelo de reabilitação manicomial já citado, e o modelo de reabilitação psicossocial pretendido diante da reforma psiquiátrica brasileira.

Benedetto Saraceno desponta no Brasil como operacionalizador do ideário da reforma psiquiátrica no campo das intervenções. Cria um modelo de reabilitação psicossocial, visando emancipação da pessoa em sofrimento mental em conexão com o social, propondo um fluxo entre reabilitar, cuidar e inserir.

O termo “reabilitação psicossocial” é um nome provisório utilizado para designar o processo de inserção ou reinserção do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade. Mais do que uma busca pela reformulação de nomes, a luta antimanicomial e reabilitadora é parte de uma linha histórica que busca resgatar a

cidadania do doente mental. Por se apoiar nos princípios derivados da psiquiatria italiana, que prega como princípio a desinstitucionalização, guia os dispositivos e influencia o processo de reforma psiquiátrica brasileiro, este trabalho tem seu eixo teórico nas ideias defendidas por Benedetto Saraceno¹.

No livro **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**, Saraceno (1999) faz uma crítica ao modelo biomédico e às instituições totais. Fixa ainda três eventos históricos importantes que justificam grande interesse pela reabilitação psicossocial no mundo contemporâneo. O primeiro evento foi a diminuição do número de leitos para internação em hospitais psiquiátricos. Esse fato gerou um grande deslocamento de internos para as respectivas famílias ou para as ruas. Famílias despreparadas e o desamparo da rua geraram um grande problema relacionado à saúde mental na população. O segundo motivo foi que mesmo com essa diminuição de leitos, a briga pelos direitos dos portadores de transtorno também refletiu sobre os pacientes internados. Chegou-se à convicção de que é imprescindível humanizar o atendimento nos hospitais psiquiátricos restantes, conferindo assim aos seus tutelados, o máximo de dignidade e cidadania possíveis. Como último fato influenciador, vários estudos epidemiológicos comprovaram, ao contrário do que se pensava, que a esquizofrenia não tem sempre uma evolução desfavorável e muito menos ubiqüitária. Segundo Saraceno (1999), estes estudos mostram que ao longo do mundo, casos de esquizofrenia não tratados anteriormente, obtiveram melhoras significativas ao longo do tempo, essa melhora parecia estar atrelada às variáveis do contexto social do indivíduo como: qualidade de vida do país em questão, homogeneidade da rede social (partilha dos mesmos valores sociais), boa estruturação familiar, dentre outros. São muitos os fatores, diante da estagnação evolutiva do modelo biomédico de saúde mental, que levam os estudiosos do assunto a focalizar a reabilitação psicossocial.

A atual pesquisa se apóia nos conceitos elucidados por Saraceno, devido suas ideias sobre a reabilitação como ferramenta que leva à cidadania ser a forma de pensamento que mais se aproxima do modelo adotado pelo CAPS, atual campo de estudo em questão.

¹ Benedetto Saraceno, psiquiatra italiano, trabalhou com Franco Basaglia em Trieste, tendo dirigido em Milão uma comunidade terapêutica. Por dez anos foi diretor do Laboratório de Epidemiologia e Psiquiatria Social do Instituto Mario Negri, de Milão, Presidiu a Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial até 1996. Ajudou a organizar a conferência de Caracas, de 1991, tendo trabalhado em vários países Latino-americanos como consultor da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O modelo proposto por Saraceno (1999) coloca três fatores como essenciais para que o usuário esteja “reabilitado” e alcance a cidadania relativa ao contexto da comunidade em que vive:

A construção da subjetividade por meio do habitar: um espaço onde se possa exercitar a intimidade, vivenciar os contratos dos hábitos cotidianos e os afetos.

A subjetividade pode ser entendida como um processo de construção de formas de viver que se dão na interação do homem com o mundo, nesse contexto, o homem é entendido como um ser inacabado e em constante formação. O movimento de produção da subjetividade não é unilateral, está presente na influência das instituições sobre o comportamento, mas também nos movimentos de ruptura com o pensamento institucional vigente (AMARANTE, 2001).

Na sociedade, o ser humano constrói sua subjetividade partindo de uma teia de relações e das suas próprias percepções a cerca do mundo. É preciso considerar que o mundo atual ainda se configura no campo político social como um campo de conquista e dominação. O domínio por parte dos mais aptos se dá pelo poder e pela força, gerando exclusão e submissão das minorias fragilizadas, entendendo aqui as minorias não de um ponto de vista numérico, mas como uma parcela social que não se enquadra no modelo de vida preconizado pela parcela dominante e seu contexto social (BOFF, 1997; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

No campo da saúde mental, as minorias existentes são submetidas à exclusão e submissão física, social e psicológica. Em um processo massivo, o mundo exclui o diferente de possíveis teias de relação, reduz seu meio a um espaço de clausura que, quando não física, se configura como clausura social. Como consequência, mesmo que não esteja cativo, o ser rejeitado não tem forças e muitas vezes vontade de interagir com o mundo. Esse “negar” da construção da subjetividade é inerente à formatação causada pelas instituições psiquiátricas e pela sociedade (ROTELLI, 2000).

O processo de re/construção do ser humano se dá então no desenrolar das diversas experiências vividas, ocorrendo durante toda a vida o exercício de apropriação dos espaços sociais, da convivência, do desfrute dos valores pessoais e da troca de valores em conexão com o meio. Durante esse processo, têm-se riscos

e momentos turbulentos como as frustrações e os fracassos, mas também conquistas como a amizade, o amor, as experiências produtivas e o amadurecimento (BOFF, 1997).

Ao longo dessa trajetória, o indivíduo carrega consigo uma bagagem ampla, de objetos e significados relativos à sua percepção e interação com o mundo (SARACENO, 1999).

O local que abriga física e emocionalmente essas bagagens é habitação. Não só abriga as lembranças como permite, no seio da intimidade, desenvolver aspectos da singularidade humana que não cabem nos costumes públicos.

Para Saraceno a subjetividade tem no habitar e na moradia um ponto de apoio. No lar a personalidade se reflete através de sua intimidade, das relações afetivas e de vestígios materiais, objetos que refletem a relativa riqueza das vivências experimentadas pela pessoa. A singularidade também deve ter espaço dentro da moradia que é, além de espaço físico, um lugar para por meio de uma expressão mais liberta, fortalecer a identidade (SARACENO, 1999).

A realização de trocas materiais em comunidade, ou seja, o indivíduo passa a ter seu valor no meio social por meio de sua contribuição para o meio em que vive, por meio de um emprego nos moldes formais, ou em algum outro tipo de sistema que possibilite a participação trabalhista do indivíduo.

Para entender a forma como deve ser trabalhada a troca material na busca da cidadania por parte da pessoa em sofrimento psíquico, é preciso contextualizar essas trocas na configuração do mundo capitalista e os entraves enfrentados pelas pessoas que nele não se encaixam.

Segundo Marx, o trabalho é uma das chaves para o entendimento das trocas materiais no mundo moderno, pois é ele o meio pelo qual o homem interage com a natureza, regulando assim suas relações com ela de forma benéfica ou maléfica. Como sinal distinto da evolução, o trabalho diferencia o homem dos outros animais. Evidente que animais como as aranhas, por exemplo, executam atividades laborais, como a construção de uma teia. Porém, o homem ao contrário da aranha, antes de construir algo, já tem o projeto se sua obra em sua mente, ele subordina a matéria a sua vontade e aplica por meio de seu corpo, as transformações desejadas (MARX, 1996).

Com processo de transformação da sociedade, a interdependência se tornou essencial. A partilha dos bens produzidos na sociedade proporcionou o suprimento daquilo que se necessita para a manutenção da vida.

Assim, no capitalismo, os detentores dos meios de produção, tornam-se os ditadores da forma como o trabalho se configura no mundo contemporâneo. O trabalho passa a ser um meio de exploração por meio da mais valia.

O psicótico, por renunciar tal realidade, acaba por renunciar também a lógica do mundo capitalista, não se enquadrando nas possibilidades de trabalho. Por ter sua singularidade negada, não suporta as condições de seu meio e acaba excluído (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

É de vital importância para o processo de inserção social, a valorização da capacidade laboral da pessoa em sofrimento psíquico, através do fortalecimento de suas habilidades e de estratégias que permitam uma relativa aproximação a atividades que lhe permita realizar contratos sociais de ordem material (SARACENO, 1999).

Como visto, o trabalho é inerente à condição humana. É com o trabalho que o homem diferencia-se dos outros animais e constitui sua família, comunidade e desfruta das possibilidades de vida no meio social (MARX, 1996).

Para a conquista da cidadania, o trabalho é ao mesmo tempo ferramenta e propósito. Mesmo em um contexto complexo, a valorização da pessoa em sofrimento psíquico permite que suas diversas qualidades sejam destinadas a um trabalho produtivo, que o inclua na sociedade (ROTELLI, 2000).

Trocas afetivas: segundo o modelo de Saraceno é imprescindível que portador de transtorno mental consiga relacionar-se com as pessoas do meio de forma harmônica, conseguindo estabelecer laços afetivos.

O envolvimento afetivo é ponto de partida essencial para uma boa relação social interdependente. Os seres humanos estão conectados por suas culturas e necessidades pessoais. Não há como viver isolado porque o homem necessita do alimento plantado, colhido e manufaturado, da educação escolar, do aprendizado cultural intrínseco à família e à sociedade, dentre outras formas de troca entre as pessoas (BOFF, 1999; SARACENO, 1999).

Portanto, as trocas afetivas não se resumem às relações amorosas entre

casais ou entre pais e filhos. Há diversos aspectos das trocas afetivas que acabam por permear todos os momentos da vida (SARACENO, 1999).

Devido a diversos fatores já descritos, a dinâmica social atual se apóia em alguns conceitos de certa forma renunciados pela pessoa em sofrimento psíquico: a posse, a inveja, competição e a busca desenfreada pelo sucesso e pelas aquisições em detrimento de outras reflexões sobre possíveis formas de se viver (ROTELLI, 2000).

Esse funcionamento da sociedade está instituído por meio do capitalismo, das formas de produção e da desvalorização do ser humano. Os valores morais, como reflexo da forma de pensar de um povo, estão tomados por este paradigma que impede novas formas de sociabilidade mais produtivas e que valorizem o desenvolvimento do coletivo, aglutinando pessoas, porém preservando individualidades (NICÁCIO, 1989).

Atrelado ao conceito de afeto, temos a noção de cuidado. O cuidado, segundo Boff (1999), é o que se opõe ao descuido e ao descaso. No processo de desconstrução de formas de vida excludentes, as trocas afetivas suscitam a necessidade de criar novas sociabilidades através da solidariedade, generosidade e do cuidado que, visto de uma forma mais ampla, representam um modo de ser. Este modo de ser engloba uma visão mais empática para com o outro. Mais compreensiva (BOFF, 1999; SARACENO, 1999).

Esta visão não é apenas uma visão mais generosa, mas sim a consequência de entender a importância do outro, de seus valores e qualidades perante a sociedade. Em síntese, essa forma de enxergar a sociedade, pelo cuidado e pela noção de interdependência, permite trocas afetivas menos dominadoras, excludentes, mais solidárias, acolhedoras e produtivas na vida das pessoas (BOFF, 1999).

Para Saraceno (1999), estes três pontos anteriormente descritos são imprescindíveis para que o ser humano conquiste o meio em que vive e busque por si mesmo o reconhecimento sócio-político. Ao conseguir ser respeitado em seus direitos legais, políticos e sociais o portador de transtorno mental está mais perto de usufruir da cidadania que sua comunidade desfruta.

Mais do que uma técnica ou um novo modelo de tratamento, a reabilitação psicossocial é um processo contínuo que reúne vários relatos de experiências e “formas” de se processar a re (inserção) social. Esta inserção pode ter sido perdida,

ou mesmo inexistida, seja pela cronificação de um transtorno enfrentado na instituição asilar, seja pelas diversas formas ineficazes de enfrentamento que o ser humano toma diante da vida. Não há fórmulas padrões quando o objeto de trabalho é a subjetividade humana. Todas as experiências vividas no contexto antimanicomial mostram formas de buscar, na construção da subjetividade, a resposta para o entendimento do que se passa com os usuários. A assistência nos dispositivos de saúde consoantes com a proposta reabilitadora se mostra em constante metamorfose para lidar com a vivência do mercado de trabalho, a afetividade, o meio familiar e, em uma visão mais abrangente, o universo do qual o usuário faz parte (PITTA, 1996).

Todo modelo e teoria que visam uma transformação no cenário da saúde, não só levam em conta, como dependem das políticas públicas desenvolvidas no país. O processo de romper paradigmas perpassa por diversas características socioeconômicas e culturais (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Ao propor ideias acerca do processo de reabilitação psicossocial, Saraceno se vale da experiência vivenciada no modelo de reforma psiquiátrica italiano, liderado por Franco Basaglia. Este processo de adaptação de um modelo italiano no Brasil ainda gera uma série de mudanças que visam à convergência das transformações com as possibilidades oferecidas pelos diversos fatores sociopolíticos e econômicos estabelecidos no país. Saraceno contempla, em suas reflexões, tanto as imposições capitalistas que dominam a atualidade, como a necessidade humana de reconhecimento afetivo e social. Ao refletir de forma geral os requisitos necessários à busca da cidadania, Saraceno oferece uma base para a reconstrução e a constante recriação da inserção-reabilitação psicossocial.

Por este motivo, elencamos a seguir, experiências no campo da saúde mental e discutimos sob a luz da reabilitação psicossocial que, formulam e embasam novas formas de pensar, criando adaptações constantes às transformações do sujeito, seguindo sempre o processo de busca pela reabilitação psicossocial.

2.2 Algumas Experiências Reabilitadoras no Brasil

As diversas experiências reabilitadoras formaram um corpo de conhecimento prático, subsidiando as iniciativas institucionais porvindouras. Cada contexto possui diferentes aspectos, exigindo alternativas de trabalho que levem em consideração o universo do indivíduo, sua história e suas possibilidades de fazer uma reconstrução positiva de sua vida.

Entendemos que desta maneira é possível vislumbrar formas de trabalhar a reabilitação psicossocial, criadas dentro da clínica, sobre a base dos preceitos da luta e clínica antimanicomial, as quais constroem formas sempre em mutação, de fortalecer a pessoa com sofrimento psíquico, buscando possibilidades para a conquista da cidadania (LANCETTI, 2008).

As experiências aqui apresentadas são fragmentos interpretados a partir de relatos expostos na literatura científica sobre o tema. A luta antimanicomial brasileira iniciou-se há mais de duas décadas, logo, os relatos aqui descritos são um recorte temporal que contempla alguns períodos deste longo processo. Por uma questão didática, a exposição do material foi organizada de forma cronológica com relação à época em que foi publicado. Assim, fica mais evidente a idéia de transposição de dificuldades, o aparecimento de novos problemas e, ao mesmo tempo, tem-se a diversidade de conceitos e formas de trabalhar, devido às distâncias geopolíticas e contextuais entre os cenários destas colocações apresentadas.

Os relatos e idéias aqui apresentados mostram de forma sucinta, algumas das diversas tentativas de contornar adversidades inerentes ao meio, trabalhar com os recursos individuais e facilitar à pessoa em sofrimento psíquico, sua participação e fortalecimento no meio social:

- **Um estudo sobre o CAPS Fernando Diniz, localizado na zona norte do Rio de Janeiro**, mostra uma iniciativa de inserção social, por meio da ocupação de espaços públicos. O CAPS em questão atende um território com uma população de aproximadamente 620.000 habitantes. Sua equipe atual é composta por assistentes sociais, enfermeiros, médicos psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais,

além de estagiários de diversas áreas. O CAPS tem como proposta a reorganização da rede de saúde mental local, e a mobilização dos profissionais para que atuem criando oportunidades de socialização dos usuários do serviço, nos espaços de vida cotidiana. A oficina da Praça é uma atividade que demonstra esta proposta do CAPS. Com o objetivo de aumentar a independência e ampliar as relações sociais dos usuários realizam-se encontros semanais em uma praça localizada próxima ao CAPS. O local é arborizado, possui um parque com brinquedos além de quadras de jogos. Antes de irem para a praça, os usuários reúnem-se no CAPS e planejam como será realizado o encontro, incluindo, por exemplo, os materiais a serem utilizados e as atividades a serem desenvolvidas. O envolvimento grupal na tomada de decisões e a interação com a comunidade são exemplos importantes de ganho de confiança e cidadania através do exercício da autonomia e da cidadania através da ocupação dos espaços sociais (CASTRO; MAXTA, 2010).

- Kantorski (2008) cita em **pesquisa realizada nos CAPS I e II localizados na área de abrangência da terceira coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul** que “(...) O modo psicossocial, como um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar, tem como características a interdisciplinaridade; a relação com o usuário, suas implicações subjetiva e sociocultural; a consideração deste como o participante principal de seu tratamento; o incentivo a que a família e a sociedade assumam a parte do seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico; a ênfase à reinserção social e à recuperação da cidadania. (...)”. Nessa mesma pesquisa, a autora verificou que os processos de trabalho coletivos desenvolvidos no CAPS, deixam de ter como objeto central de trabalho a doença e passam a englobar um sujeito de desejos, contradições e contextualizado em um determinado grupo familiar e social. Cita ainda que “(...) Em relação às práticas de trabalho que passam a se utilizar das oficinas, grupos, assembleias que, apesar de englobar as práticas individuais como psicoterapias, manejos, psicofármacos, as toma em relação ao todo do sujeito como ser social, numa perspectiva ampliada incluindo a atenção à família, incorporando atividades de lazer e interfaces com a atenção básica (...)”

(KANTORSKI; MIELKE, 2008).

- Em pesquisa realizada no **primeiro CAPS gerenciado pela Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro**, identificou-se que diversas atividades terapêuticas são realizadas conjuntamente com os familiares, os quais possuem uma associação. A proposta de trabalho do CAPS foi estudada pela ótica da “ego-ecologia”, teoria fundamentada nas representações sociais. Essa teoria segue o princípio de que o indivíduo é ser ativo de seu mundo e busca entender como um ambiente exterior (cenário social) organiza-se em um ambiente interior (indivíduo). Os resultados dessa pesquisa demonstraram falas de profissionais, familiares e usuários do serviço, entre elas, o tema mais encontrado foi reabilitação psicossocial, (40,2%). Esses relatos denotaram os três grupos de entrevistados, referindo-se ao trabalho do CAPS, de forma correlata aos princípios da atual política de saúde mental. Profissionais se mostraram satisfeitos com as possibilidades clínicas do CAPS, usuários aliviados por não participarem mais de um ciclo de internações e familiares alegaram o benefício do CAPS às suas sobrecargas, tendo o CAPS, nesse último tópico, ajudado não só ao cuidar do usuário, como também ao realizar grupos de apoio aos familiares. Mesmo de forma sucinta, sem o aprofundamento na especificidade do trabalho do CAPS, fica evidente que, mesmo com limitações e problemas a ser resolvido, o CAPS permanece como melhor alternativa ao confinamento do tratamento asilar no paradigma biomédico (MELLO; FUREGATO, 2008).
- Em **um estudo etnográfico na cidade de Passo Fundo, RS**, um jovem psicótico mostrou através de seus diversos trajetos, construções alternativas de vínculos afetivos, identidade e contratos sociais. Com um histórico de recorrentes internações, intercalados com tempos conturbados no meio familiar, o jovem em questão passava a maior parte de seu tempo nas ruas. Em seus trajetos confusos e diversos, cada espaço urbano servia como meio para construção de vínculos afetivos com a comunidade e até mesmo, de contratos de trocas materiais. Fazia pequenos serviços de entrega os quais lhe eram pagos em dinheiro. Responsabilizava-se, de certa maneira, pelo bem-estar da comunidade, colocando-se no papel de vigia dos locais públicos,

denunciando às autoridades locais, cenas de crime e uso de drogas. A comunidade identificava-se com o modo de vida do rapaz, o qual criou ao longo de seus trajetos, formas alternativas de ser cidadão e se sentir parte de sua comunidade. O não enquadramento nas formas aceitáveis pela sociedade capitalista não o impediram de conquistar recursos com sua capacidade de trabalho, formar vínculos afetivos com pessoas da sociedade e, em um panorama mais amplo, emancipar-se, podendo desfrutar de relativa cidadania, a qual não lograra dentro dos limites manicomiais. O reconhecimento familiar veio com o tempo, denotando que os vínculos e contratos sociais estabelecidos, lhe conferiram um lugar de maior aceitação na estrutura familiar. Esse jovem, ao contrário do pensamento manicomial, não representava um perigo para as outras pessoas. Mesmo tendo momentos delirantes, nos quais seu imaginário construía alguns de seus desejos, ele fazia parte da comunidade não trazendo prejuízos para os outros que desfrutavam de seu convívio, sendo aceito pelo seu valor nos lugares em que circulava (DALMOLIM; VASCONCELLOS, 2008).

- Em **pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial da região sul do Rio Grande do Sul**, cinco usuários desse serviço foram entrevistados, sendo interpelados acerca dos benefícios do CAPS em suas vidas. A análise de suas falas geraram algumas categorias expressivas como: espaços geradores de subjetividade, espaços geradores de "empoderamento"; espaços de interlocução com o território; espaços de reconhecimento do sofrimento; espaços de troca, ensino e aprendizagem; espaços de reconquista da autoestima. Essas categorias tratam de estratégias diversas do CAPS para a inserção dos usuários no meio social. Alguns exemplos são significativos no tocante à apropriação dos espaços urbanos: um ginásio cedido pelo 8º batalhão da polícia militar serve de espaço para a prática de esportes como futebol, vôlei, basquete, dentre outras atividades. São realizadas olimpíadas desportivas nas quais os usuários se relacionam e desenvolvem trabalho de equipe, cooperação e atividades físicas diversas. As atividades desenvolvidas pelos usuários nesse universo são, de forma efetiva, uma maneira de interagir com a comunidade (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

- Em outro estudo de caso, o autor relata sobre um paciente manicomial, psicótico, com delírios de grandeza e grande dificuldades de aceitação dentro da família. Após longos períodos de internação, passou a ser acompanhado pelo CAPS de sua cidade. Não tinha o apoio dos familiares que alegavam não conseguir cuidá-lo considerando suas dificuldades. Ao iniciar o tratamento no CAPS, não conseguia aderir às atividades propostas, nas consultas sua fala não tinha conexão com a realidade e mantinha discurso delirante. Fica evidente que, para conseguir a aceitação das pessoas à sua volta e de si mesmo negava por meio do discurso, diversos aspectos de sua vida, como as internações pregressas, sua etnia entre, outros fatos. Segundo Boff (1999), o cuidado tem papel essencial na construção de novas sociabilidades, tendo como palavras chave deste processo de reabilitação a solidariedade, a ternura, a compaixão, a cumplicidade dentre outras. Para este usuário em questão, a intervenção do CAPS mostrou-se importante no fortalecimento de habilidades que lhe dessem confiança para, em um processo gradativo, sem presença da repressão e da violência, assumir outro olhar para si mesmo, fortalecendo sua identidade, de forma a conseguir estabelecer vínculos afetivos reais e contratos que lhe permitissem desfrutar do meio familiar e da sociedade. Com o passar do tempo, sem a necessidade de medicação excessiva, o jovem começou a aceitar diversos aspectos inerentes à sua vida, encorajado a buscar novas alternativas, passou a formar novos contratos sociais, estabelecer vínculos afetivos e consolidar sua identidade em conexão com seu lar e sua família. Neste caso, é possível observar que o acompanhamento do CAPS foi essencial no processo de reabilitação e gradativa conquista do reconhecimento social e da possibilidade de desfrutar dos direitos inerentes a um cidadão (SCHMID, 2007).
- Maia e Pirim (1997) Citam o **acompanhamento terapêutico como uma forma de produzir a clínica dinâmica**. O acompanhante terapêutico usa de sua bagagem pessoal para lidar com o sujeito, acompanha nas ruas, em casa, coabita os espaços com a pessoa em sofrimento mental e auxilia através de um *setting* dinâmico, o manejo e fortalecimento das vivências de uma forma geral. Com o impositivo de um olhar mais holístico, a possibilidade

do terapeuta estar próximo permite uma fusão da clínica com o usuário, trazendo uma nova ferramenta na reorganização da vida. O acompanhamento terapêutico permite o manejo das diferentes situações vividas no dia a dia pelo indivíduo, facilitando o processo de entendimento e “digestão” das crises, traumas e problemas em geral enfrentados.

- No que tange à construção da nova clínica, diferenciada, é válido relatar um pouco da trajetória do **CAPS Rubens Corrêa**, da cidade do Rio de Janeiro. Este dispositivo foi planejado e criado buscando atender à clientela sob os ditames de uma nova assistência psiquiátrica, de acordo com os preceitos da reabilitação psicossocial. Apesar da “empolgação” dos profissionais engajados em contemplar os meandros teóricos, técnicos, clínicos e institucionais, a meta proposta não era algo fácil de alcançar. A única coisa certa era a imprevisibilidade do dia-a-dia. Diante da falta de serviços apropriados na rede de articulação municipal e a necessidade de, nesse contexto, manter a busca pela desinstitucionalização dentro da própria instituição, o serviço vem buscando diversas alternativas. Primeiro, a definição da clientela a ser atendida: pessoas com histórias de longas e reincidentes internações psiquiátricas que não conseguissem estabelecer vínculos duradouros com outros dispositivos assistenciais, como os ambulatorios. Em seguida o estabelecimento de contatos com os equipamentos sociais da região, associação de moradores e centro de cidadania. Todo este processo de movimentação da clínica mostra que é possível buscar a atenção ideal em saúde mental, levando sempre em conta as seguintes premissas: a construção da clínica diferenciada é incessante. Imprescindível se faça também, a revisão constante das “verdades”, relativizadas na lida diária com o usuário. Logo, a clínica que se propõe a tal intento, deve ter sempre em mente que o risco e a constante reavaliação do trajeto percorrido, fazem parte desta caminhada (DELGADO, 1997).
- Dentre estratégias de reinvenção do espaço manicomial, fica como exemplo a **experiência “Desmontando por Dentro”** que é um projeto de reinserção social dos usuários residentes da Casa de Saúde Volta Redonda. Este hospital psiquiátrico possui 40% de seus leitos ocupados por residentes.

Motivos como a indigência ou mesmo a não aceitação dos usuários por parte dos familiares fazem com que estas pessoas “cristalizadas”, na lógica excludente do manicômio limitem a sua subjetividade ao modelo em questão. Com o processo de transformação da atenção em saúde mental, a inadequação do hospital levou à sua interdição. Na busca por melhoria dos serviços, as equipes envolvidas no trabalho decidiram elaborar um projeto que, aproximando dos preceitos reformistas, proporcionasse mais liberdade e qualidade de vida aos “pacientes” ali enclausurados. O objetivo deste trabalho foi desenvolver ações, tendo em vista a reabilitação da população residente da casa de saúde volta redonda. O projeto conta com três programas de proposta reabilitadora: programa de saída livre, programa de autonomia financeira e resgate dos direitos civis e por último o programa dos apartamentos abrigados (SANTOS, 1997). O primeiro programa tem como proposta a liberação dos pacientes para transitarem nos limites externos ao hospital, pessoas com comprometimentos graves teriam, inicialmente, a ajuda de equipes para reaprender a ocupar espaços fora do hospital. O programa de autonomia financeira e de direitos civis prevê a emissão de documentos necessários ao resgate da identidade daqueles que são indigentes e o estímulo ao trabalho e resgate das possibilidades de ganho financeiro. Os apartamentos abrigados são moradias externas que poderiam estimular a subjetividade e identidade pessoal dos pacientes, incentivando o convívio com um núcleo familiar e fortalecendo o gerenciamento de problemas cotidianos. Mesmo ainda tímida, e com algumas dificuldades financeiras e burocráticas, a iniciativa se mostra promissora e também como espécie de um “gatilho”, disparador de novas idéias que possam resgatar a cidadania das pessoas ali residentes, bem como dos indivíduos que passam por longas e reincidentes internações neste hospital.

- Goldberg (1996), ao contar a história do **CAPS Luís Cerqueira - SP**, relata o avanço da clínica sobre o paradigma do monopólio na prática médica como solução terapêutica, salientando a necessidade de buscar o tratamento individualizado, perante a insatisfação à clínica estática (que não se adapta de forma dinâmica à singularidade de seus acompanhados). Ao solidificar estratégias terapêuticas mais efetivas, a reabilitação aparece no CAPS em

busca de entender melhor o usuário e seu mundo, estabelecendo o melhor investimento institucional, valorizando sua fala e pessoa desde o primeiro contato com o dispositivo. Ao entender o processo de reconstrução ou estagnação que se passa na subjetividade do usuário, o serviço consegue abordar melhor esse indivíduo, estabelecer vínculos contratuais e acompanhar sempre o processo de reconstrução da personalidade fragilizada.

- Kynoshita (1996), ao **defender a reabilitação através do fortalecimento do poder contratual**, avalia a situação da pessoa em sofrimento psíquico de maneira bem simples: se considerarmos o valor social do indivíduo atrelado à sua capacidade de realizar trocas, seu poder contratual será inerente às seguintes habilidades: troca de bens, de mensagens e de afetos. Segundo Kynoshita (1996), a negatividade do indivíduo com transtorno mental se expressa na sua incapacidade: seus bens são suspeitos; suas mensagens incompreensíveis e seus afetos desnaturados. Reabilitar seria então reconstruir esses valores aumentando o poder contratual do usuário. Produzir dispositivos para que o desvalor quase absoluto passe por mediações e experimentações que adjudiquem valores aptos para o intercâmbio. Em resumo, migrar do desvalor quase absoluto para uma situação de valor possível.

A diversidade das experiências e reflexões citadas acima mostra a importância dos dispositivos de saúde mental “singularizarem” seu modo de atendimento. Ao pensarmos na reinserção social, as estratégias de ocupação dos espaços sociais, bem como o acompanhamento humanizado e a proximidade familiar são essenciais.

O hospital psiquiátrico, mesmo que vivencie um processo de reformulação do espaço e da forma de atendimento tem um sistema de funcionamento asilar que parece não conferir de forma mais ampla a aproximação do usuário à sociedade. O CAPS como proposta de acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico, parece adequar-se melhor às necessidades de buscar saídas para essa questão.

2.3 O CAPS como espaço reabilitador

A caracterização do CAPS é de grande relevância, pois esse é um dispositivo de cuidados em saúde mental que tem, como atribuição legal, trabalhar com os preceitos da reforma psiquiátrica. O CAPS aborda a pessoa em sofrimento psíquico a partir do paradigma da reabilitação psicossocial com uma visão ampliada, levando em consideração, além do processo patológico, o contexto social, pessoal e familiar. O CAPS tem caráter substitutivo ao modelo hospitalocêntrico (MIELKE et al., 2008).

Segundo a portaria 336/GM de 2002 do Ministério da Saúde, o CAPS é um serviço de saúde ambulatorial de atenção diária que deve funcionar segundo a lógica territorial que ele abrange. Os CAPS poderão se constituir nas modalidades CAPS I, II e III, os quais deverão estar capacitados para atender prioritariamente usuários com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial. O regime de tratamento é dividido em intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Dentro das modalidades existentes, há CAPS específicos para lidar com Crianças e adolescentes (CAPS i) e, também, para o tratamento de usuários de álcool e drogas (CAPS AD). Este serviço assume um papel central no processo de articulação da rede de saúde mental dentro do SUS. Não só é o regulador da porta de entrada do usuário, como também coordena, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidade psiquiátricas no âmbito de seu território (BRASIL, 2002).

Devido às possibilidades atribuídas legalmente e à proposta de trabalho representada pela reforma psiquiátrica brasileira, o CAPS possui ferramentas reabilitadoras e norteadoras do trabalho em saúde mental. O trabalho é desenvolvido por equipes multiprofissionais, rompendo com a forma das relações sociais usual dos hospitais psiquiátricos, na qual há maior hierarquização das classes profissionais e divisão dos saberes em especialidades. No CAPS, são oferecidas práticas diversificadas como atendimentos individuais, em grupo e familiar, oficinas terapêuticas e de criação, visitas domiciliares, atividades comunitárias, desenvolvimento de ações inter setoriais, principalmente com áreas da assistência social, educação e justiça, além da medicação (MIELKE et al., 2008). É local de intervenção profissional, universo de socialização do usuário com familiares profissionais e pessoas de outros segmentos que transitam nesse espaço (SILVA;

FONSECA, 2002).

Nesse contexto, tendo em vista o objetivo deste estudo, será apresentada a trajetória metodológica que permitiu o acesso às experiências dos usuários do CAPS Maria Boneca de Uberaba – MG.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório descritivo. A escolha do método parece adequar-se melhor aos objetivos propostos no presente trabalho. Ao lidar com a subjetividade humana, a pesquisa qualitativa envereda em uma realidade não quantificável, que lida com valores culturais, significados e crenças intrínsecos às relações sociais de uma forma complexa (MINAYO, 1993).

Conforme Gil (2002), o estudo exploratório é essencial para alcançar uma maior familiaridade com o problema estudado, tornando-o mais explícito. Esta aproximação permite um melhor delineamento do objeto de estudo. É uma forma de se aproximar do objeto estudado de maneira mais apropriada e que, no contexto desse trabalho, facilitou a analogia entre os conceitos teóricos e a realidade do campo de pesquisa.

Segundo Triviños (1987), o foco principal dos estudos descritivos é conhecer a comunidade, as peculiaridades inerentes ao seu povo, sua gente dentre outros caracteres. O estudo descritivo se propõe a reunir uma série de informações que possam subsidiar o delineamento do objeto de estudo proposto e seu universo. Este tipo de estudo exige uma precisa delimitação de técnicas métodos, teorias e modelos que orientem a coleta e interpretação de dados.

3.2 Local do estudo

Município de Uberaba: breve histórico da cidade e apresentação da estruturação da rede de saúde

Ao lançar o olhar ao passado, a Vila de Santo Antônio de Uberaba é elevada à categoria de cidade no dia 02 de maio de 1856. O crescimento revolucionário da cidade está relacionado inicialmente às rotas comerciais e a sua localização estratégica para passagem das tropas brasileiras que se dirigiam ao Mato Grosso durante a guerra do Paraguai. Grande parte daqueles soldados

estabeleceu-se na cidade. A abolição da escravidão, em 1888, e a proclamação da república, em 1889, contribuíram fortemente para o desenvolvimento de uma cidade situada no caminho obrigatório para São Paulo, Goiás, São João Del Rei e, de lá, para o Rio de Janeiro. Ao final do século XIX, os trilhos do trem já estendiam sua malha em Uberaba, Irmãs Dominicanas criavam seu educandário e vários jornais “nasciam” na cidade da farinha podre (PONTES, 1992). Todo esse processo levou à consolidação de um município amplo e economicamente forte, dominado pela pecuária, agricultura e suas atividades adjacentes. Nos dias atuais, a história de Uberaba conta com diversos aspectos relevantes no cenário brasileiro. A cidade onde o médium Francisco Cândido Xavier viveu a maior parte de sua vida tornou-se famosa na contribuição religiosa para a comunidade cristã. A arquitetura da cidade preserva diversos casarões e mantém como uma fotografia do passado, grandes prédios e carros modernos contrastando com igrejas seculares, charretes e carroças a circularem pelas ruas e avenidas. O clima ameno das sete colinas que cercam a parte mais antiga da cidade caracteriza a sensação de viver em um local que ainda consegue balancear as facilidades de morar em uma cidade mais populosa, com um clima de cidade pequena. Obviamente com o desenvolvimento, diversos problemas sociais evidenciaram-se sobremaneira na vida real e nas estatísticas de Uberaba. Problemas estes consoantes com a realidade da região Sudeste, e em um foco mais amplo, consoantes com o cenário brasileiro de uma forma integral.

No tocante à saúde, um fato importante foi a criação da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, no ano de 1953, atual Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A criação desta escola permitiu o desenvolvimento na saúde através da formação de profissionais em diversas áreas e também na criação do Hospital Escola, atual Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O atendimento em saúde na cidade tornou-se centro de referência de diversas cidades da região. A partir desse marco e de toda a história da reforma sanitária e do sistema de saúde no país, Uberaba passou a contar, na atualidade, com diversos núcleos de saúde, centros comunitários e hospitais de grande porte.

Uberaba possui uma população de 296.259 mil habitantes e uma taxa anual de crescimento estimada em 1,3%, (IBGE, 2009). Com relação ao saneamento básico a cidade possui rede de esgoto para 94,7% da população, 95,2% da população possui abastecimento de água através da rede geral. A coleta de lixo abrange 96,4% do município. A rede assistencial de saúde no município se

define pelos seguintes números:

Tabela 1 - Dispositivos de saúde da rede da cidade de Uberaba

Rede Assistencial (serviços públicos e privados)	Número de Unidades
Hospitais Gerais	06
Hospitais Especializados	05
Central de Regulação de Serviços de Saúde	02
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	01
Centro de Atenção Psicossocial	04
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	51
Policlínica	09
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/ Emergência	01
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	34
Consultório Isolado	127
Unidade de Vigilância em Saúde	01
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	25
Cooperativa	01
Farmácia Medicação Excepcional e Programa Farmácia Popular	02
Posto de Saúde	02
Secretaria de Saúde	01
TOTAL	272

Fonte: DATASUS, 2009

3.3 Atenção Básica: estratégia de saúde da família

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2009, a cidade de Uberaba, possui uma cobertura de 50,6% da população através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa porcentagem significa a contemplação de 149.807 pessoas até o ano de 2009 pelos programas desenvolvidos na ESF. Os dados estatísticos com relação à cobertura aumentaram pouco mais de 10% do ano de 2006 até 2009. Outros dados como, prevalência da desnutrição, número de crianças com esquema vacinal em dia, média mensal de

visitas por família, taxa de mortalidade por diarreia, dentre outros, oscilam; denotando potencialidades e fragilidades desse sistema de assistência dentro do município.

Com relação aos serviços de saúde mental, a cidade possui os seguintes serviços:

- Um hospital psiquiátrico: Sanatório Espírita de Uberaba
- CAPS AD: voltado ao atendimento de pacientes dependentes químicos, esse serviço é oficialmente classificado como CAPS II, mas já oferece diversos recursos inerentes ao CAPS III.
- CAPS II Maria Boneca: é o único CAPS da cidade e funcionar com recursos de uma organização não governamental. Seu órgão de fomento é a Fundação Gregório Barembliitt.
- CAPS II Dr. Inácio Ferreira
- CRIA: CAPS II (Centro de Referência da Infância e Adolescência).

3.4 O Fluxo da rede de Saúde Mental em Uberaba

O trajeto percorrido pelo usuário dos serviços de saúde mental de Uberaba é descrito em um fluxo, que vai desde a crise até o processo de acompanhamento ambulatorial.

Quando a pessoa entra em crise, o SAMU fica responsável por dar o pré atendimento. A pessoa é levada então à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada no Bairro Boa Vista, conhecida ainda por muitos como Centro de Atendimento Médico (CAM). Na UPA, há psiquiatras plantonistas e leitos destinados às pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental. A partir desse ponto, a pessoa em sofrimento psíquico pode ser encaminhada para três destinos diferentes: em casos menos graves, quando a crise cede, ou a dificuldade apresentada pode ser trabalhada com intervenção menos intensa, o indivíduo em sofrimento psíquico é referenciado às unidades básicas de saúde dos bairros Boa Vista e São Cristóvão, que contam com psiquiatras e psicólogas fazendo consultas em esquema de agendamento. Em alguns casos, para acompanhamento em nível secundário, a

pessoa pode ser encaminhada a um dos CAPS, de acordo com suas necessidades, incluindo aí os CAPS II, CAPS AD (no caso de envolvimento com álcool e drogas) e o CRIA, que recebe jovens de até dezessete anos.

Dependendo da indicação dos médicos psiquiatras da UPA, a pessoa pode ser encaminhada também para a internação no Sanatório Espírita de Uberaba, a qual pode ter uma duração máxima de 45 dias. No CAPS, a pessoa encontra as portas abertas, e não segue o mesmo esquema de alta das outras instituições, pois, nesse serviço, entende-se a doença como o reflexo de um processo psíquico, esse processo é o principal foco de atuação dos serviços antimanicomiais. Já nos outros serviços, o sistema de tratamento se refere mais ao modelo biomédico, onde o principal foco é a patologia.

3.5 Cenário de coleta de dados: CAPS Maria Boneca

Criado em 1991 em uma iniciativa de psicólogos, um assistente social, um psiquiatra e um atendente, o CAPS Maria Boneca surgiu como uma ONG que, por não estar vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), contava com a colaboração da comunidade e dos próprios funcionários para manter-se ativa. Em 1994, a instituição foi credenciada pelo SUS, apesar de já figurar como um dispositivo de saúde mental da cidade de Uberaba; o primeiro desse tipo no Estado de Minas Gerais e na região. Idealizado sob os princípios da reforma psiquiátrica italiana, a casa trabalha segundo os princípios da cidadania, do direito à liberdade e à diferença (CUNHA, 2003).

Funciona em uma casa espaçosa que possui dois consultórios, uma sala de enfermagem adequada, cozinha, refeitório, uma varanda para atividades diversas e um quintal adequado para abrigar atividades festivas e maiores eventos. O dispositivo se situa no Bairro Abadia, próximo ao centro da cidade; facilitando o acesso e sua localização (CUNHA, 2003).

O CAPS Maria Boneca atende pessoas em situação de sofrimento psíquico. Tem como área de abrangência as cidades de Água Comprida, Conceição das Alagoas, Delta, Veríssimo e Campo Florido. Acompanha pessoas maiores de idade, atendendo diariamente mais de 70 pessoas. Colaboradores da luta

antimanicomial, os integrantes do CAPS proporcionam, aos usuários, uma construção processual de reinvenção da vida.

3.6 Sujeitos do estudo

O CAPS Maria Boneca – Uberaba MG atende em média 80 usuários em regime intensivo, 77 em regime semi-intensivo, e 100 em regime não intensivo; sendo que os usuários em regime intensivo freqüentam a instituição todos os dias, os de regime semi-intensivo freqüentam a instituição de duas a três vezes por semana e os de regime não intensivos freqüentam a instituição três vezes ao mês ou menos.

3.7 Critérios de Inclusão

Considerando o objetivo de investigar a vida dos usuários do CAPS a partir dos aspectos da reabilitação psicossocial, infere-se que o CAPS favorece o processo de inserção social.

Para tanto, ao investigar esse aspecto foi preciso que os sujeitos da pesquisa tivessem passado por uma vivência significativa no CAPS. Logo, foram selecionados para a presente pesquisa, usuários que tendo vivenciado ou não internações psiquiátricas, iniciaram seus cuidados no CAPS no regime intensivo, passando ao regime semi-intensivo até alcançarem o regime não intensivo.

Vista esta faceta do atendimento no CAPS e o seu aspecto social na vida do usuário, incluímos como sujeitos do estudo, os usuários não intensivos do serviço que já apresentam maior tempo de convivência na sociedade, mas que também passaram pelos regimes intensivos e semi-intensivos.

Assim, conseguimos selecionar usuários que, em um primeiro momento, tiveram apoio diário do serviço de saúde mental, participando das atividades do CAPS, em um segundo momento, gradativamente abordaram de forma mais autônoma suas vidas na sociedade, e em um último momento passam ao regime não intensivo, favorecendo cada vez mais o processo de enfrentamento da vida no

âmbito familiar, social e laboral. Foram investigados ao total (13) sujeitos usuários não intensivos do CAPS e maiores de 18 anos.

3.8 Aspectos Éticos

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e aprovado pelo mesmo, conforme Protocolo nº 1119/2010. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi assinado pelo entrevistado no momento da entrevista. O mesmo foi elaborado em duas vias, ficando uma com o usuário entrevistado, de acordo com a Resolução 196/96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3.9 Técnica para coleta dos dados

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista não estruturada contendo um roteiro norteador (Apêndice B), que buscou atender ao objetivo proposto para este estudo. A entrevista foi gravada quando permitido pelos sujeitos. As fitas foram arquivadas e permanecerão por um período de cinco anos, após o qual, serão destruídas.

3.9.1 A Entrevista

Como técnica de coleta de dados ou como simples encontro entre duas ou mais pessoas, a entrevista sempre foi uma importante ferramenta para a informação. Na pesquisa social, a entrevista figura como uma das mais importantes ferramentas para entender um pouco mais a subjetividade humana: sentimentos, pensamentos, impressões, vivências, dentre outros (LAKATOS, 2007).

Neste trabalho, a entrevista teve como objetivo a obtenção de informações do entrevistado em relação a diversos aspectos de sua vida, tanto no âmbito social, quanto afetivo e material.

As entrevistas realizadas durante a execução deste trabalho são do tipo, não estruturada. Há liberdade para o entrevistador desenvolver em cada situação o direcionamento mais apropriado da entrevista, a fim de que consiga obter as informações que necessita. Esta forma de entrevista é um meio de explorar mais amplamente as questões em pauta.

Além de serem não estruturadas, as entrevistas deste trabalho são também focalizadas, O que significa que houve um roteiro de tópicos relativos ao assunto que foi abordado e o entrevistador permaneceu com a liberdade de fazer as perguntas que quis, sondando razões e motivos, dando esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, uma estrutura formal (LAKATOS, 2007).

Os instrumentos de coleta de dados nunca são perfeitos, adequam-se melhor a um ou outro objetivo. É comum a utilização conjunta de dois ou mais instrumentos de coleta de dados, com vistas a aproveitar o máximo dos dois e minimizar alguns de seus inconvenientes. Geralmente instrumentos mais estruturados de coleta dão informações precisas sobre questões objetivas de relevância. Já instrumentos mais livres se prestam melhor a desvendar informações com certo grau de subjetividade (LAVILLE, DIONNE; 2007).

Os participantes foram selecionados por meio de convite, realizado em encontros terapêuticos que reuniam somente usuários não intensivos do serviço. Após uma explicação formal sobre o trabalho, aqueles que manifestaram vontade de participar da pesquisa foram esclarecidos individualmente. A partir de então, foram marcados momentos para a realização das entrevistas, antes das quais sempre era novamente explicado o intento da pesquisa e apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto e setembro do ano de 2010.

As entrevistas foram agendadas com os participantes e realizadas em uma sala privativa do CAPS Maria Boneca após consentimento dos entrevistados e tiveram em média uma duração de 40 minutos.

3.10 Imersão no Campo

O acompanhamento dos usuários do CAPS Maria Boneca durante o mês de março de 2010 foi relevante para entender o funcionamento e as peculiaridades do serviço. Também foi possível neste período a aproximação aos usuários do serviço. No período de 27 de fevereiro a 01 de abril acompanhei as atividades do CAPS, de segunda a sexta, das 08 horas até às 15 horas.

Ao chegar ao local, senti que havia curiosidade por parte dos usuários. Alguns queriam saber se eu era paciente, terapeuta, estagiário ou um novo funcionário. Nos primeiros dias, participei das oficinas de expressão corporal, danças, artesanato e discussão de notícias. Dessa maneira consegui me aproximar e conversar com os usuários, de modo que eles me conhecessem e eu passasse a conhecê-los melhor, dentre eles os sujeitos que participaram da pesquisa. Já no início da segunda semana, comecei a participar como convidado de algumas oficinas. Foi uma experiência singular, pois ao participar das oficinas se consegue mais credibilidade perante os usuários e recebe um pouco mais de atenção, permitindo aprofundar os laços de interatividade e confiança.

O acompanhamento das atividades no CAPS permitiu também uma aproximação com os funcionários, conseguindo entrever a forma de organização do serviço, problemas enfrentados, soluções encontradas e a forma de encarar o dispositivo que cada um construiu ao longo do tempo. Terminei as quatro primeiras semanas de imersão no CAPS com algumas entrevistas piloto, que permitiram experimentar o processo de entrevista não estruturada.

3.11 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada análise de conteúdo, uma das técnicas para tratamento de dados em pesquisas qualitativas.

Segundo Minayo (2006), a análise de conteúdo pode ser interpretada como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

produção/recepção destas mensagens. Dentre as modalidades de análise de conteúdo optou-se pela análise temática.

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos que serve de guia à leitura. É tarefa essencial da análise temática, a apreensão dos núcleos de sentido dos momentos de comunicação. A simples presença ou a frequência desses núcleos é o caminho para o alcance dos objetivos analíticos estabelecidos.

Em termos gerais, a análise temática correlacionou estruturas semânticas, ou seja, significantes, com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articulou a superfície dos textos descrita e analisada, com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Operacionalmente, a análise temática realizada nessa dissertação desdobrou-se nas seguintes etapas:

- a) Pré-análise: segundo Minayo (1993), esse momento consiste na escolha dos documentos que deverão ser analisados, retomada das e objetivos iniciais da pesquisa, reestruturando-as frente aos dados coletados, de modo que seja possível elaborar indicadores norteadores da interpretação final. Nessa fase pré-analítica se determinam a unidade de registro (palavra chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientarão a análise.
- b) Exploração do material: consiste essencialmente na operação de codificação. Consta da transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. A análise temática trabalha essa fase primeira com recortes do texto em unidades de registro que podem ser através de uma palavra, um tema, uma frase, um acontecimento.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: aqui são trabalhadas inferências relacionadas ao quadro teórico proposto e às dimensões técnicas sugeridas pela leitura do material.

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada até o momento em que as perguntas respondidas pelos participantes começaram a tornar se redundantes diante das questões propostas. O principal argumento para constatar uma saturação é de que elementos novos não mais contribuirão para o subsidio da teorização

almejada e os elementos participantes já respondem às proposições existentes nas questões da pesquisa. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Neste estudo, optou-se por construir pré categorias a partir do referencial teórico de Saraceno, compreendendo-o como significativo para a interpretação dos dados. Assim, diante da amplitude do tema estudado, foi possível refletir sobre a vida social dos usuários do CAPS e sua construção de subjetividade sob o espectro das reflexões de Benedetto Saraceno acerca da reabilitação psicossocial. O foco deste estudo são as possibilidades de inserção social por meio do habitar, das trocas afetivas e das trocas materiais. Outros autores, que corroboram com a discussão e análise do tema estudado estão presentes no corpo deste trabalho e na discussão.

A análise das entrevistas foi realizada de modo contínuo, ou seja: à medida que eram realizadas as entrevistas, as mesmas eram transcritas lidas e analisadas em face das questões propostas pela pesquisa. Neste estudo, a interpretação dos dados coletados foi realizada a partir dos conhecimentos científicos produzidos sobre o tema estudado.

No tópico seguinte apresentamos os resultados e discussão dos dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atual estudo buscou investigar como se dá a vida social dos usuários do CAPS Maria Boneca em Uberaba/MG.

O trabalho foi construído tendo como princípio a desinstitucionalização, presente nas influências da psiquiatria italiana no processo de reforma psiquiátrica brasileiro.

Segundo Saraceno (1999) não há, no hospital psiquiátrico, modelos formalizados de reabilitação psicossocial. Este foi um dos fatos que o levou a inferir que o “lugar” é um fator decisivo seja sobre resultados dos procedimentos, seja sobre os resultados do processo de reabilitação.

Segundo Rotelli (2001) e Saraceno (2000), um dos princípios da desinstitucionalização é o reconhecimento de que a patologia não deve ser o foco principal da atenção dispensada ao usuário. A desinstitucionalização pode ser definida como progressiva superação da dependência dos usuários do serviço de saúde mental, das instituições de psiquiatria, hospitalares ou não, e da superação da desospitalização sem o princípio de não abandonar o ser humano que, antes era relegado ao hospital psiquiátrico e na pura desospitalização, torna-se relegado às ruas.

Rotelli (2001) refere ainda, que a realidade do manicômio é de ser um espaço para ocultamento da doença mental, que nesse ínterim se caracteriza como depósito dos problemas não solucionados pelas outras instituições. Logo, o autor define o manicômio como uma instituição que administra “aquilo que sobra” da sociedade, uma instituição residual.

O foco da desinstitucionalização da loucura é a emancipação, que é o aumento das possibilidades das pessoas dentro da sociedade, não mais como parte do manicômio, mas como cidadão emancipado.

É sob essa lógica de pensamento em psiquiatria que discutiremos os resultados da coleta de dados do presente trabalho.

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos que participaram desta pesquisa foram os usuários do CAPS Maria Boneca de Uberaba / MG. Vale ressaltar que são usuários não intensivos do

CAPS, que já passaram pelos processos intensivo e semi-intensivo de acompanhamento, conforme descrito anteriormente na trajetória metodológica deste estudo. A maioria dos usuários entrevistados, já passou pela experiência da internação psiquiátrica, porém, alguns vieram de experiências não asilares, como os que consultavam com profissionais particulares, e os que conheceram, desde o primeiro contato com a saúde mental, o CAPS como serviço de atendimento.

A tabela 2 apresentada a seguir mostra as características gerais dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Características gerais dos participantes do estudo: CAPS Maria Boneca, Uberaba/MG, 2011

Sujeito	Sexo	Estado Civil	Idade	Escolaridade	Situação Profissional
S1	Sexo feminino	Casada	50	Fundamental completo	Aposentada (trabalho informal)
S2	Sexo feminino	Solteira	65	Fundamental incompleto	Desempregada
S3	Sexo masculino	Solteiro	45	Superior	Desempregado
S4	Sexo feminino	Solteira	43	Fundamental completo	Aposentada
S5	Sexo feminino	Casada	50	Fundamental completo	Aposentada
S6	Sexo feminino	Divorciada	39	Médio	Aposentada
S7	Sexo feminino	Casada	46	Médio incompleto	Aposentada
S8	Sexo masculino	Solteiro	30	Médio incompleto	Aposentado
S9	Sexo masculino	Solteiro	38	Superior incompleto	Aposentado
S10	Sexo masculino	Solteiro	38	Médio incompleto	Empregado
S11	Sexo masculino	União estável	32	Médio	Aposentado
S12	Sexo masculino	Solteiro	34	Superior completo	Empregado
S13	Sexo masculino	Solteiro	28	Médio	Aposentado

Do total de 13 sujeitos participantes do estudo, pode-se perceber a diversidade e a predominância de algumas características dos usuários participantes da pesquisa. Com idades variando de 28 a 65 anos, prevalência do estado civil solteiro, mas também com presença de indivíduos casados, divorciados e em união estável. O nível escolar se mostrou bastante variado e o número de participantes do sexo masculino e feminino se mostrou equilibrado.

As características encontradas entre os participantes deste estudo subsidiam uma parte importante da discussão deste trabalho. Segundo Silva et. al.(2010), os fatores sócio demográficos estão associados de forma significativa ao “ajustamento social” de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Logo, fatores como: baixa escolaridade, estado civil solteiro, divorciado ou viúvo e o desemprego, influenciam o processo de inserção social.

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes está desempregada e/ou aposentada e são solteiros, salientando ainda que a maioria está em idade produtiva. Dentre os entrevistados, nenhum dos participantes do sexo masculino é casado, enquanto três participantes do sexo feminino referiram estar casadas. Este dado converge com as informações encontradas na literatura a respeito do tema. Segundo Silva et al. (2010), mulheres casam mais jovens e têm o início de transtornos psíquicos mais tardiamente em relação ao seu papel cultural, além de não necessitarem de tanta iniciativa para o início de relacionamentos em comparação aos homens.

No tocante à escolaridade, a maioria dos entrevistados possui o ensino fundamental completo ou mais. Estes dados não compactuam com os achados da literatura, onde a maioria das pessoas em sofrimento psíquico possui baixa escolaridade.

Em estudo realizado por Gomes et al. (2002), em uma instituição de internação psiquiátrica, de uma amostra de 1494 indivíduos, apenas 7,6% dos participantes possui ensino fundamental completo, sendo a maioria destes, (50,6%), analfabetos.

As informações obtidas foram analisadas de forma sistemática, resultando destas as três seguintes categorias principais: **A subjetividade no habitar; Trocas materiais e contratos sociais e Trocas afetivas: o CAPS como participante na história de inclusão/exclusão.**

Os trechos das entrevistas, as observações da aproximação do campo e a correlação com os referenciais teóricos utilizados foram articulados de maneira a dar sequência ao entendimento do significado dessas categorias diante das questões propostas para este estudo:

➤ **A subjetividade no habitar**

Esta categoria emergiu a partir das falas dos usuários a respeito de sua vida dentro do lar. As perguntas em torno desse assunto buscaram investigar sobre como se dá a vida dos usuários do CAPS dentro de seus lares, que, segundo Saraceno (1999) é um espaço essencial no processo de reabilitação/inserção social. O lar surge nesse contexto como uma alternativa melhor em relação ao abrigo manicomial. As falas e os momentos relatados que compõem esta categoria trouxeram pontos importantes para refletir a respeito da importância do lar como local de construção da subjetividade do usuário do serviço de saúde mental.

A categoria *A subjetividade no habitar* foi dividida nas seguintes subcategorias:

- Atividades cotidianas: a singularidade no dia-a-dia;
- Memórias: fatos e objetos guardados na intimidade;
- Família: vínculos afetivos no lar.

➤ ***Atividades cotidianas: a singularidade no dia-a-dia.***

Nesta subcategoria, o cotidiano e suas vivências surgem como um momento importante no processo de inserção social dos usuários.

Com autonomia dentro de seus lares para gerenciar sua rotina, os usuários falaram sobre suas possibilidades na escolha dos horários para dormir e acordar, modos de organização da casa e da vida no lar de acordo com as obrigações diárias, facilidades e limitações, como se pode visualizar nas falas seguintes:

Hoje, o meu dia a dia é ótimo. É muito bom, é um dia normal. Porque eu consigo fazer as minhas coisas de casa né? Arrumar minha casa, lavar a minha roupa, passar, fazer comida, cuidar dos meus filhos - (S1).

Eu faço comida, passo as roupas, faço minhas obrigações dentro de casa, limpo casa varro, quando as meninas não dão conta de fazer. Jogo água fora, lavo roupa, faço comida. Arrumo minhas coisinhas. Tudo que tem prá fazer e de tarde vou descansar um pouco, vou deitar e vou dormir - (S2).

Meu dia cotidiano é assim: eu levanto cedo, faço a marmita do meu marido, que é às cinco horas da manhã e volto prá cama prá dormir. (...) Eu levanto, dou uma arrumadinha na casa, mais ou menos e vou dormir de novo. Aí, à noite tomo remédio, pelas oito horas e acordo quatro horas em pontinho. Todo dia- (S7).

Ah, em casa fico lendo. Lendo livro, assistindo televisão, gosto de programa de televisão, sabe? - (S13).

Existem também outros fatores a influenciar na autonomia da pessoa em sofrimento psíquico. A medicação, por exemplo, aparece como uma parte do tratamento que interfere na vida diária dos usuários do CAPS. Segundo Borba, (2008), por causarem sonolência, alguns psicofármacos interferem de maneira negativa nas atividades laborais dos usuários.

Logo, a capacidade de lidar com as tarefas e afazeres diários fica prejudicada, como exemplifica a fala a seguir:

Eu durmo demais, ela (medicação) faz um efeito muito forte e eu durmo demais. Aí eu acordo no máximo seis horas, né? E como o galo fica cantando eu acordo com o canto do galo, né? (...) A casa fica fechada o dia inteirinho, só de noite que eu vou lá, entende (...). – (S4)

No trecho seguinte, o sujeito expressou gostar mais agora da sua casa como local para viver do que em tempos passados. A maioria dos participantes em algum momento da entrevista relatou a funcionalidade da vida no lar como uma possibilidade maior de expressão do seu direito de gerenciar como preferirem seus horários, obrigações diárias e o lazer:

Eu melhorei muito. Eu gosto mais da minha casa, eu não gostava (...). – (S6)

Nos depoimentos anteriores, alguns participantes relataram partes de suas atividades diárias. Os sujeitos apontam autonomia para gerenciar o tempo diário, de acordo com suas facilidades e limites. Relatam acordar no momento onde acreditam ser mais apropriado para dar início às suas próprias atividades e/ou de seus familiares. A organização da casa, escolha da mobília entre outras atividades

corriqueiras denotam também essa autonomia e produção de subjetividade.

A definição de autonomia no contexto da saúde mental é bastante delicada e complexa, devido às constantes transformações paradigmáticas e conceituais pertinentes à “construção” da reforma psiquiátrica. Neste trabalho, recorremos a Santos (2000), situando a autonomia da pessoa em sofrimento psíquico como a gradual capacidade do sujeito de lidar com suas dificuldades, requerendo cada vez menos a intervenção dos dispositivos de saúde mental.

Essas colocações mostram um aspecto importante da reabilitação psicossocial defendida por Saraceno (1999), que é o habitar como um conceito de propriedade, não só material do lar, mas também de apropriação do espaço por meio de um alto grau de contraturalidade em relação à organização material e simbólica dos objetos que compõem esse lar.

O habitar como espaço de produção da inserção social fica ainda mais destacado ao lembrarmos na citação de Saraceno (1999), do manicômio como uma residência coagida, controlada, expropriadora, não um habitar, mas um *estar*, pois não há a apropriação deste espaço e nem a sua relação com o a sociedade.

Ainda sobre a singularidade do dia a dia, alguns usuários fazem alusões diretas e indiretas à internação em hospital psiquiátrico como um espaço que impossibilita a livre expressão de suas vontades. Palavras significativas como: “desesperado”, “sozinho”, “preso” e “trancado” evidenciam o caráter punitivo e repressivo da experiência de internação psiquiátrica, como se pode observar nos trechos destacados a seguir:

Imagina só, você entra num lugar, o lugar pode ser gigantesco, grandioso, mas não tem ninguém lá dentro, então não adianta você ir lá. Por que você fica sozinho - (S3).

É que lá no sanatório você fica trancado, né? E aqui no CAPS você vem de casa pra cá e daqui pra casa. É mais livre. - (S2)

(...) aí eles abriram um portão de ferro lá, e me jogaram lá dentro. Eu fiquei desesperado, eu bati ‘me tira daqui, me tira daqui!’ e já a noite, eu tava cansado, aí eu procurei um corredor lá, tinha um banheiro do lado esquerdo, aí um rapaz (interno) falou ‘não, pode deixar que eu vou cuidar de você’. - (S8)

Ah, foi ruim. Por que não pode sair prá lado nenhum, né? Fica preso. (...) só fica preso. (referia-se à internação). - (S10)

Para Basaglia (1985), a instituição psiquiátrica de internação tem um caráter controlador, coercitivo e autoritário, anulando a liberdade do seu tutelado. Como alternativa, o autor fala da relação terapêutica conservando uma margem de reciprocidade, entre indivíduo em sofrimento psíquico e o profissional de saúde mental, mantendo uma correlação com o poder contratual do primeiro.

Afonso (2001, pag. 31) descreve o sistema asilar como um processo excludente que vai além da contenção física através dos muros instituídos:

“em vez de ser apenas uma construção física onde os doentes são isolados, o asilo é melhor caracterizado como uma dialética do asilo, isto é, uma prática social que sustenta uma dialética da exclusão daqueles que foram estigmatizados, por esta ou aquela razão. Contam não apenas os muros físicos, mas também os muros simbólicos, alicerçados na burocracia, na política, ou em estereotípias e preconceitos culturais”.

Levando em consideração os dados encontrados, o lar aparece como uma possibilidade dos usuários exercitarem seu poder contratual de acordo com os imperativos das suas atividades sociais.

➤ **Memórias: fatos e objetos guardados na intimidade**

Aqui surgem reflexões sobre a singularidade da vida dos sujeitos pesquisados, evidenciada nas memórias, objetos guardados no lar, ou carregados com eles.

Estes objetos remetem os usuários às diversas experiências vividas: são fotos, pinturas, lembranças de viagens, relógios, álbuns, móveis, dentre outros, que foram relatados nas entrevistas como simples recordações da riqueza das experiências da vida, conforme sinalizado nas falas:

Eu tenho uma coisa, assim, é... Que eu gostava muito de escrever, então eu tenho uma coleção de canetas, muitas! Eu devo ter mais ou menos umas 400 canetas. E tenho também o livro da sabedoria que eu ganhei eu ainda não tinha ficado doente. E esse livro eu carrego comigo direto. Pra onde eu vou ele tá dentro da minha bolsa, não tiro, porque as vezes eu fico meio angustiada meio aflita. Eu pego ele abro e leio, e fico mais tranqüila, então são duas coisas que me lembra o

outro lado da minha vida. - (S1)

Eu tenho fotos de festas de final de ano, com a família que era da minha mãe, que na época a família era toda unida e hoje a gente não tem isso mais, as festas, todas reunidas. É de várias ocasiões, assim. - (S5)

(...) quando eu vinha todo dia, tinha a Débora que era a enfermeira chefe aqui, da Fundação. Era muito legal... A gente fazia, brincava com tinta, né? Pintar... esqueci o nome do material lá. Escrevi o meu nome, pus 'Léo', meu apelido, desenhei o arco-íris aí ta lá. Mas não tem muitas coisas que me lembra essa época, não...(S8).

Ah, eu gosto de guardar relógio meu, guardado. Gosto de guardar relógio (S13).

Os entrevistados relatam, nos trechos citados anteriormente, momentos e histórias que fazem parte de suas vidas. A diversidade dessas vivências, positivas e/ou negativas foi expressa nos discursos, por meio de objetos que remetem a memórias e à singularidade construída ao longo de suas histórias.

Interessante observar que esses objetos não se mostraram como objetos de apego para vivências passadas que não mais se processaram durante a vida, visto que outros trechos das entrevistas relatam a continuidade das experiências de suas vidas. Tais objetos se mostram como sinais do resgate da história do indivíduo por meio das memórias e da constante construção dessas.

Compreende-se que esses objetos estão intimamente ligados à noção de casa a qual Saraceno e Sternay (1987, apud. Saraceno, p. 116. 1999[†]) referem-se nos seguintes termos:

“Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de re aquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de visitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades...”.

Grande parte dos usuários relatou, nas entrevistas, a presença destes objetos e de memórias atreladas em suas vidas.

Pareceu-nos claro que a não internação, a existência de um lar e a

[†] Saraceno B., Sternay E., “Questioni de riabilitazione” Rivista sperimentale di Freniatria, 111, 1987, pp. 1507-1517.

possibilidade de ser acompanhado pelo CAPS, como alternativa ao tratamento psiquiátrico de internação, permitiu a estes usuários, manter vínculo com sua história de vida, suas raízes.

➤ **Família: vínculos afetivos no lar**

Na terceira e última subcategoria, o foco ainda é o lar como espaço habitado pelos usuários do CAPS, ao invés do “estar” internado em uma instituição psiquiátrica e a noção de casa surge um como espaço importante na consolidação de vínculos afetivos.

Sendo pano de fundo para as relações familiares, a casa surge como instituição onde laços de inclusão ou exclusão podem determinar a maneira como os usuários do CAPS irão lidar com as suas trocas afetivas.

Segundo Basaglia (1985), não é a família e o lar como instituições que irão garantir o princípio do resgate da identidade, mas sim as dinâmicas de inclusão/exclusão vivenciadas nesses espaços e na sociedade como um todo.

Alguns usuários do CAPS denotaram em suas falas a importância do habitar como espaço para o acontecimento de vínculos afetivos acolhedores, como descrito a seguir:

Hoje sei o que é que eu tenho, qual é a minha doença. Mas hoje então, tudo ficou mais fácil. Minha família hoje me entende, às vezes na hora que eu estou nervosa eles já sabem, me deixam mais quieta no meu canto tal, eu procuro fazer alguma coisa pra eu não quebrar nada porque eu já quebrei muita coisa. Procuro fazer alguma coisa pra distrair a minha mente pra eu não ficar tão nervosa da maneira que é pra ficar. E com o medicamento também ajuda muito, o medicamento é... 60%. Porque um pouco a gente tem que ter também a vontade - (S1).

No trecho anterior a fala do participante evidencia a forma como o vínculo afetivo familiar influenciou positivamente na melhora de seu comportamento. O entendimento a respeito da doença aparece como algo positivo, tanto para o participante quanto para a forma de lidar da família. A entrevistada relata ainda a importância da medicação, neste momento, como algo positivo.

Nos relatos a seguir a participante fala da solidão no lar. Os trechos também descrevem os esforços da participante e de seus familiares no intento de

buscar fortalecer os vínculos afetivos:

Tem mais ninguém, não. Eu moro sozinha e Deus. – (S4)

(...) que eu tenho parente que mora no Volta Grande... Sobrinha, né? Aí eu vou, né? De vez em quando dá vontade de ir lá, aí eu pego o coletivo. – (S4)

(...) quando a minha irmã telefona, que eu tô com saudade, ela telefona e fala “aparece aqui, que nós ta aqui pelejando com os meninos, nós não tem muito tempo de ir aí”. – (S4)

Outra entrevista mostra também, como as vivências afetivas dentro do lar podem ter um caráter opressivo e de exclusão. A seguir, a participante fala das dificuldades de convivência com o marido e da forma como lida com a situação:

Quando ele tá fora da bebida, ele é uma pessoa. Conversa normal, sem gritar... Mas quando ele bebe, ele começa a gritar, e começa por defeito nas coisas que eu faço, às vezes ele xinga eu de “(...) vagabunda, não faz nada..”, não sei o quê... Eu falo assim, que eu faço muito mais, por que tem muita gente que toma medicação, que toma remédio, não consegue levantar da cama, por que toma remédio todos os dias e não consegue fazer nada... Que eu já vi muitos assim - (S7).

Para o sujeito seguinte, a possibilidade de viver com o filho foi um estímulo para sua recuperação, conseguindo estabelecer um vínculo filial em seu lar. Além da convivência com o filho, S8 também relata as alegrias e momentos de dificuldade na história familiar de seus pais:

Minha mãe abandonou nós. Abandonou assim, ela deixou a gente. Ela queria que eu fosse com ela e deixasse meu pai sozinho, só que eu sempre fui muito amigo do meu pai apesar desses problemas que teve com ele no início da depressão, da síndrome do pânico, mas eu preferi ficar com ele (...) a minha melhora ocorreu por causa do meu filho. Meu menino hoje, ele ta com treze anos... Eu olhava para ele assim e falava ‘gente, eu tenho que melhorar, eu tenho que cuidar do meu filho’. - (S8)

No discurso contraditório de S3, fica evidente o apreço pela criação recebida por sua avó, recentemente falecida, e também a dificuldade de ser aceito pelos outros membros familiares.

(...) eu fui educado dentro de um ambiente em que todo mundo ajuda todo mundo, porque a minha avó ensinou isso. (...) lá em casa todo mundo pensa que eu sou doente. Se eu fico em casa, ou pessoa finge que eu não existo ou ela trata mal - (S3).

No trecho anterior aparece de forma explícita o caráter dualístico do lar como abrigo da instituição familiar. As relações vivenciadas pelo participante anteriormente citado nesse espaço mostram que mesmo o ambiente de cooperação familiar pode ser subvertido de sua “função acolhedora” para tornar-se um espaço de exclusão.

Segundo Borba (2008), a convivência dos familiares com a pessoa em sofrimento psíquico, é algo difícil. Muitas vezes a família desenvolve estratégias e maneiras peculiares para lidar com a situação, o que acarreta a sobrecarga. Em alguns casos, não se sabe como agir diante de situações criadas pelo familiar em sofrimento psíquico. Esta autora fala ainda que a relação entre família e pessoa em sofrimento psíquico deve ser de sinceridade e respeito entre ambas as partes e que a família deve ser inserida nos grupos específicos dos dispositivos de saúde mental para obter orientação e apoio.

Conforme Saraceno (1999), não há uma grande separação entre a dinâmica das relações afetivas no lar e na sociedade. Segundo este autor, estudos comprovam que as vivências afetivas em sociedade refletem a dinâmica das trocas afetivas no lar.

O mesmo autor cita ainda que a relação família/paciente psiquiátrico é referida pelos primeiros como o elemento mais difícil a ser enfrentado e que, a despeito desse fato, a maioria dos familiares prefere ter o familiar em sofrimento psíquico em casa do que interná-lo.

A intervenção do serviço de saúde mental no contexto familiar mostra-se um componente importante no processo de inserção social. A rede social familiar dos participantes deste estudo tem espaço dentro do CAPS para participar e ser auxiliada no processo de convivência, como citado no discurso a seguir:

(...) antes eles achavam que eu fingia minha doença, que eu num tinha doença, aí eles passaram a ter o esclarecimento aqui, (CAPS), porque aqui dia de quinta-feira, de quinze em quinze dias tem a, tem a reunião com o familiar. Aí eles vão explicar o porquê da medicação, o que é que a pessoa tem (...). - (S1)

Segundo a discussão desta categoria, o lar enquanto abrigo da instituição familiar merece atenção no processo de inserção social dos usuários do CAPS. Mesmo sendo alternativa melhor ao abrigo manicomial ou às ruas, a casa enquanto sede da instituição familiar pode ser um espaço de opressão, consequente desconstrução do processo de reabilitação psicossocial destas pessoas e de conflitos para todos os familiares. A participação do CAPS no apoio e orientação destinada à família parece auxiliar na gestão institucional do espaço familiar.

A categoria **Trocas Materiais, Contratos Sociais** foi estruturada com os discursos dos usuários a respeito das trocas materiais: vínculos de trabalho formais e informais, sentimentos a respeito das suas capacidades de interagir materialmente com o meio social e a influência do sofrimento psíquico na capacidade de realizarem contratos sociais. Essa categoria demonstrou a dificuldade destes usuários em participar do mercado formal de trabalho. Parte dos participantes trabalha em empregos informais e/ou de baixa remuneração, a outra parte ou é sustentada pela família ou recebe aposentadoria por invalidez.

Porém, de maneira geral, os participantes referiram melhoras nas suas capacidades contratuais e citaram eventos onde a renda formal ou informal e mesmo a aposentadoria, os permitiu exercitarem a convivência e as contraturalidades materiais presentes na sociedade.

Importante observar que, mesmo os usuários não inseridos no mercado de trabalho, lidam com pressões e compromissos sociais tão complexos quanto a jornada de trabalho formal, estabelecida pelos padrões da sociedade, como denotam alguns dados desta categoria.

Nas falas de alguns participantes, a dificuldade de participar do mercado de trabalho e a sensação de inaptidão aparecem, como por exemplo: S1 trabalhava em uma empresa que a dispensou devido a uma crise. A empresa não mais a contratou, porém a envia serviços para serem realizados em casa, recebendo de forma avulsa por trabalho realizado; como segue em sua fala:

A única coisa que me impede hoje é de trabalhar o meu serviço que eu fazia antes. De ter o problema que eu tive. Não por não dar conta, é porque eu aposentei e nenhuma empresa pega mais pessoas aposentadas com esse problema. Há nove anos e meio atrás eu surtei dentro da fábrica né? E aí, daí a diante eu não consegui mais; eu faço, algumas peças, por exemplo, pede pra eu fazer alguma peça em casa, alguma coisa eu faço na minha casa, mas em empresa eu não trabalho mais, na empresa mesmo que eu trabalhava quando eu dei a crise tem peças que não tem como a empresa fazer com rapidez, aí manda pra minha casa. Aí eu faço na minha casa. Então eles, os donos mesmo me indicam pra cliente – (S1)

O enfrentamento da exclusão social deve estar ligado em uma ação social e econômica que logre a reinserção das pessoas que não conseguiram participar do jogo opressor formulado pelo capitalismo e sua competitividade. (BASAGLIA, 2005)

A viabilidade desse enfrentamento só será possível se for levada em conta a situação enfrentada pela pessoa em sofrimento psíquico defronte à sociedade: o trabalho que não consegue, o ambiente que o rejeita e as demais circunstâncias que acumam no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 1985).

Outro usuário é formado em medicina e nunca exerceu a profissão, uma vez que logo após graduar-se adoeceu, e começou uma sequência de sucessivas internações. Em 2004, passou a ser acompanhado pelo CAPS. No entanto, refere no trecho relatado a seguir que se sente habilitado para trabalhar:

Há um ano atrás eu me considerava, eu me sentia um inválido e eu achava que eu ia ser inválido até morrer, quer dizer, eu nunca ia conseguir trabalhar, eu pensava... Mas agora, de alguns meses prá cá a minha saúde melhorou bastante. Hoje eu acredito que eu posso voltar trabalhar – (S3).

O mesmo sujeito participa de oficinas laborais no CAPS as quais produzem artigos diversos, como observado na fala deste usuário:

Ela trabalhou certo tempo com a gente, depois foi embora (psicóloga). Ela ensinou fazer fuxico. Pega uma agulhinha e faz alguns pontos em um tecido. Ela ensinou

fazer um boneco de fuxico e pode até vender, né? – (S3).

Os trechos anteriores traduzem a forma como a sociedade usa da autoridade para buscar uma eficiência em suas instituições onde não há espaço para a inserção de novos modos de produção. Segundo Basaglia (2005), um passo importante ao processo de inserção é que a pessoa em sofrimento psíquico se dê conta de sua situação de exclusão e desperte o desejo de buscar mudanças neste contexto.

Os participantes anteriormente citados bem como a maioria dos usuários entrevistados para esta pesquisa enfrentam a recusa e a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho (vide tabela 2). Quando contratados, assumem cargos mal remunerados e de pouca responsabilidade.

Outro sujeito fala do cansaço do desânimo para trabalhar.

Num dou conta de trabalhar mais não. Eu ando cansada, desanimada... Eu faço serviço em casa, tem dia, mas é porque tem que fazer mesmo... Mas, não é que tem... Se eu não tiver podendo, tiver sentindo alguma coisa eu falo: eu não vou fazer. Não dou conta. Né? Aí não faço – (S4).

Segundo Saraceno (1999) e os preceitos da desinstitucionalização defendidos por Rotelli (2001), Basaglia (2005), dentre outros, além da liberdade “em”, (que trata da desospitalização), é preciso construir a liberdade “de” (de aprender, de trabalhar, de trocar, de exprimir-se).

O autor discorre sobre a trajetória de diversos modelos de integração da pessoa em sofrimento psíquico no meio laboral, que conseguem em maior ou menor grau, conferir de forma ideal a inserção social dessas. Ao que a literatura a respeito indica, faltam investimentos e mudança em alguns setores públicos, na sociedade e na própria visão desta última a respeito da pessoa em sofrimento psíquico (SARACENO, 1999).

O CAPS Maria Boneca possui oficinas que produzem dentro do sistema de economia solidária: usuários do serviço aprendem a fazer artigos artesanais dentre outros produtos, que são vendidos sem intermediários e sem exploração da mão de obra, os “meios de produção” são também “donos de si mesmos” (MARX, 1996). São alternativas encontradas por este dispositivo de resgatar ou mesmo de

introduzir o trabalho na vida destas pessoas sem o componente de alienação e exploração, presentes na economia formal do meio capitalista. Porém o dispositivo apresenta dificuldades para conseguir parcerias com setores públicos e privados. O papel do CAPS como indutor de tais parcerias torna se incipiente diante da falta de políticas públicas que reconheçam a importância da pessoa em sofrimento psíquico de se sentir útil e ter o direito de se sustentar através do seu trabalho de forma digna. Logo, o referido dispositivo pouco pode sozinho diante da necessidade de mudanças sociais na construção de mecanismos e dispositivos que permitam uma adequação da pessoa em sofrimento psíquico, principalmente os usuários com alto grau de rompimento com os vínculos sociais, às atividades remuneradas de trabalho.

Alguns participantes do estudo relatam também como lidam com o dinheiro. Os usuários entrevistados falam ainda sobre suas trocas materiais com a sociedade, limitações e habilidades, conforme segue:

Eu consigo dar conta de lidar com o dinheiro sim. Tem certas coisas que, por exemplo, se eu guardo em algum lugar eu esqueço o lugar que eu guardo. Entendeu? Mas em termos de falar assim: eu devo duzentos reais para uma pessoa, eu sei que eu devo aquele dinheiro pra ela, eu não esqueço, e eu tenho consciência que eu tenho que pagar, ou que alguém tem que me pagar, eu sei disso. Pra receber minha aposentadoria, eu só não vou sozinha por causa do meu pânico, sempre vai alguém comigo, mas não que eu não seja capaz de receber, eu sei o valor que eu recebo, tudo direitinho, eu confiro, quanto a isso aí eu não tenho problema – (S1).

Ah, hoje sim. Hoje eu tô conseguindo fazer isso. Antes, não. Antes eu não conseguia mesmo fazer nada. (pagar contas sozinho). Hoje sim. Antes eu só ficava no meu quarto e não conseguia – (S6).

No primeiro trecho o entrevistado refere capacidade de gerenciar sua própria renda e sobre as dificuldades e autonomia na hora de lidar com determinados contratos sociais. No segundo trecho, outro usuário relata que no princípio não conseguia sair de casa para pagar as contas de sua família, no entanto agora, já consegue desenvolver essa atividade.

Nas falas anteriores, aparecem demonstrações do esforço dos usuários

em participar das trocas materiais pessoais e familiares. Tanto a participante S1 quanto S6 são aposentadas e utilizam do benefício que recebem para seu sustento e participação no complemento da renda familiar. A dimensão da importância da concessão do benefício parece ir além da subsistência, passando pela possibilidade do exercício dos contratos sociais e do fortalecimento de habilidades para lidar com as vivências sociais.

Em um estudo realizado por Rodrigues et. al., (2010), usuários dos serviços de saúde mental que foram aposentados relatam a importância da possibilidade de estabelecer contratos sociais com o benefício recebido, levando o autor à conclusão que aparece na citação a seguir:

“Dos sujeitos pesquisados, dois possuem o benefício e demonstram com clareza a melhoria na qualidade e projetualidade de vida. O benefício tem contribuído para a realização de projetos de trabalho, com a aquisição de equipamentos para o trabalho autônomo e para capacitação profissional; o aperfeiçoamento pessoal através de investimento cultural e informações; a inclusão na família por contribuir na renda familiar e a inclusão na rede social através de viagens, lazer, namoros.” (RODRIGUES et. al., pag. 1632, 2010).

Alguns dos sujeitos apontam as alternativas encontradas frente à necessidade do trabalho. Um fala do trabalho que realiza dando aulas particulares de matérias do segundo grau. Ele não considera essa atividade um trabalho, porém através dessa atividade tem conseguido geração de renda e consequente participação no mundo de trocas materiais, uma vez que tem autonomia no gerenciamento de seu dinheiro. O outro descreve uma forma alternativa de trabalho, no qual por meio de sua habilidade com faxina, presta serviços e recebe uma quantia em dinheiro como pagamento, conforme visualiza -se nas falas a seguir:

Trabalhando, não. Eu to só dando aula particular, eu to dando aula particular. E estou terminando o curso, como eu te falei, o curso da radiologia, né? Eu devo fazer a prova dele semana que vem. (...) Trabalhei um tempo com meu pai também. – (S9).

(...) eu tenho um pouco as atividades com ela (vizinha). Eu ajudo ela a limpar a casa, e lavo uma louça... Aí ela me dá uns dez reais, uns quinze reais ou me dá mais alguma coisinha... eu fico satisfeita, vou embora feliz, né? – (S7).

As falas anteriores mostram o exercício diário de alguns participantes em comparecer e lidar com os compromissos gerados, neste caso, na vida financeira.

Nos discursos de uma forma geral, é possível ver os usuários entrevistados fazerem um paralelo entre as dificuldades anteriores e as conquistas no campo da autonomia de gerenciar partes ou mesmo todo o compromisso assumido no campo das trocas de valores e mercadorias.

Essas conquistas, apesar de pequenas diante da série obrigações materiais impostas pelo mundo contemporâneo, subsidiam uma fala importante do autor Franco Rotelli (2001, pag. 74), idealizador da reforma psiquiátrica italiana e importante norte nas conquistas da reforma psiquiátrica brasileira:

“Sabíamos que: a independência pessoal baseada na dependência material é a segunda forma importante na qual chega se a constituir um sistema de trocas social geral, um sistema de relações universais, capacidades universais”.

“Entendemos que este era o percurso necessário para destruir os manicômios e o praticamos como reconstrução gradual de uma possibilidade de vida material na qual: com base na troca eles não são mais indiferentes um para o outro; mas sim integram se, precisam um do outro...”.

A citação do autor corrobora também com as colocações subsequentes, em que alguns usuários do CAPS relatam a sua interação material não só com a sociedade, mas também com os familiares.

Estas interações são indícios da integração entre os participantes da pesquisa e seus familiares, no lidar com as obrigações financeiras, como segue nas falas a seguir:

Meu pai tava desempregado e minha mãe trabalhando de diarista de vez em quando, eu conversei com a dona Fulana e a dona Fulana falou ‘não, nós vamos afastar ele’. – (S8)

Aí pago prestação, pago empréstimo, aí sobra um dinheirinho, daquele dinheirinho eu dou uma mesadinha pro meu menino, uns trinta reais pra ele comprar as coisinhas dele... Que ele quer comprar um doce e ele fica feliz com isso. – (S8).

Eu sustento com o auxílio doença, que o INSS me paga. – (S11)

Eu dou duzentos pra minha irmã pra ajudar ela pagar a casa dela e fico com trezentos pra mim e eu gasto. Vou gastando e daí uns dias não tem mais nada. –

(S13)

Conforme Rodrigues et al. (2010), a possibilidade de inclusão familiar por meio da aposentadoria se dá não só na participação dos custos de vida, mas também na responsabilização para gerenciar o dinheiro dentre outras contraturalidades presentes no contexto familiar.

Nos trechos a seguir alguns participantes relatam a influência dos eventos estressores e do sofrimento psíquico, na interrupção e/ou mudança de atividade profissional. Como segue nas falas:

Eu trabalhava na São Bento de Ribeirão Preto. Aí por causa do nervosismo, pedi demissão. Trabalhei no Karajá Hotel também, manobrando carros lá, vigiando carro à noite, aí saí também. Pedi conta. – (S10)

Ah, eu acordo e vou trabalhar de servente, né? Desmanchando uma casa aí... Daí eu vou pra aula, na parte da manhã eu vou pra aula daí da uma hora em diante eu vou trabalhar de servente com meu pai. Sou ajudante dele. – (S10)

O usuário S10, ao deixar o emprego que possuía, passa a trabalhar com o pai. Em determinado momento relata não ter renda, citando também ser o ajudante de seu pai. O participante descreve ainda o seu dia-a-dia, intercalando os momentos de trabalho com o pai e os estudos.

Outro participante do estudo descreve o momento quando sofreu um assalto em seu último emprego, não mais conseguindo trabalhar, e desde, então tem seu sustento com o auxílio pago pelo INSS, como está descrito a seguir:

Eu trabalhava numa empresa em São Paulo, trabalhei lá sete anos. Aí aconteceu um assalto lá e eu comecei a ter problemas, né? Aí a empresa pegou e me afastou. – (S11)

Outro ainda fala que depois de ficar “deprimido” deixou um de seus empregos e passou a trabalhar como servente de pedreiro:

Antes de vir pra cá eu trabalhava de servente. E trabalhava numa firma de veterinária ali na São Benedito. Depois eu adoeci e comecei a ficar deprimido,

“estes trem” e aí saí. Melhorei um pouco e fui trabalhar de servente. – (S12)

Segundo Basaglia (1985), a autoridade é a força determinante capaz de aniquilar as possibilidades da pessoa em sofrimento psíquico diante da necessidade e importância do trabalho. O objetivo das instituições autoritárias é a eficiência e a ordem acima de tudo.

Diante dessa situação, as propostas de inserção giram em torno da construção de outras instituições de trabalho e geração de renda, que dialoguem de maneira mais compreensiva com as pessoas em sofrimento psíquico. (RODRIGUES *et al.* 2010).

O não enquadramento dessas pessoas nas atividades anteriores está mais relacionado com a não sujeição às condições de dependência do que à inaptidão ao trabalho (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A desconstrução da subjetividade pela cronicidade, tentativa de abafar os momentos agudos, enquadrar a loucura institucionalizada fora das redes sociais, é muito mais responsável pela não adequação da pessoa em sofrimento psíquico no mercado de trabalho do que qualquer tipo de inaptidão (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001; BASAGLIA, 2005).

De forma geral alguns pontos importantes devem ficar destacados nesta categoria:

O trabalho como ferramenta de produção permanece no capitalismo “entre sãos e loucos” como uma maneira de exploração, no qual todos os que trabalham são meios de produção, formatando-se e se enquadrando em um sistema excludente responsável por perpetuar as diferenças sociais, a exclusão e os abusos de poder por parte de alguns que detêm os meios de produção.

Existem experiências alternativas para a geração de renda como é o caso da empresa social. Na literatura, encontra-se o conceito de empresa social, referido por Rotelli (2001) como espaços onde o funcionário também se torna gestor do serviço. Sujeitos da comunidade trabalham em parceria com os usuários dos CAPS, produzindo e gerindo, para tentar competir de forma justa no mercado.

O conceito de empresa social busca redefinir além das formas de trabalho, a posição da saúde mental; movendo-se do campo curativo para o campo preventivo.

Na empresa social aglutinam-se os sujeitos da comunidade, usuários do

serviço de saúde mental e sujeitos de risco. Essa parceria além de propor integração no trabalho, permite indiretamente o exercício da parceria, capacidade contratual ao assumir responsabilidades dentre outras habilidades para a vida (SARACENO,1999).

Este tipo de trabalho parece bastante produtivo do ponto de vista da reabilitação e inserção social. Porém de implementação complexa e custos complicados diante das burocracias características do estado brasileiro; afastando de tal maneira, qualquer interesse da iniciativa privada.

Diante das dificuldades existentes para a inserção no mercado de trabalho, a aposentadoria mostrou-se importante ao conferir poder financeiro aos usuários do CAPS. Com esse dinheiro, outros aspectos da inserção social como a participação no universo de consumo e nas relações de interdependência familiar e a autonomia para gerenciar a vida material se tornaram mais presentes na vida dos entrevistados.

➤ **Trocas Afetivas: inclusão e exclusão**

Esta categoria foi concebida por meio do discurso dos participantes a respeito de suas vivências afetivas no lar, na sociedade e também sobre a participação do CAPS na ampliação e qualificação de suas redes sociais. Essa categoria permitiu entrever as dificuldades de lidar com a família, sociedade e também os progressos conquistados no estabelecimento de vínculos afetivos de todos os âmbitos citados.

Os relatos a seguir discorrem sobre os momentos de inclusão e exclusão vivenciados dentro do núcleo familiar e com a sociedade. Aparece nos discursos a participação do CAPS como um espaço de trocas afetivas, e que serve como base de apoio para alçar trocas afetivas mais inclusivas em outros espaços sociais, com pessoas que não fazem parte do universo CAPS.

Trechos das falas de alguns usuários do CAPS citam melhorias nas suas capacidades de trocas afetivas após o início do acompanhamento terapêutico do CAPS.

Existe, também, uma dualidade entre a inclusão e exclusão, sendo a inclusão um pouco mais presente nos relatos, devido às possibilidades de estabelecer vínculos afetivos na convivência do CAPS.

Uma participante fala do relacionamento que tem com o marido:

A minha mãe mora no fundo da minha casa, só minha mãe. Então assim a minha mãe mora no fundo, o meu filho, minha filha, meu marido e eu moramos na frente. (...) eu tive muito problema com ele (marido). Então o nosso relacionamento é estritamente assim, familiar mesmo, é aquele relacionamento que a gente conversa, mas nós não temos nada, nós somos amigos. – (S1)

No que tange às trocas afetivas, a desabilitação é o empobrecimento das redes sociais, familiar e ampliada (que se estende à sociedade). Segundo Saraceno, (1999) os familiares de pacientes psicóticos costumam experimentar diversas dificuldades no convívio familiar e desabilitações transitórias no convívio familiar.

Este autor fala ainda que as intervenções no campo familiar são mais fáceis de operar do que as intervenções em uma rede social ampliada, pois o campo familiar possui uma delimitação mais exata. Além do que, a conexão entre a rede social familiar e a sociedade como um todo possuem segundo esse autor, é grande, logo intervenções positivas no *setting* familiar podem gerar melhorias na rede social ampliada. (Saraceno, 1999).

Dois outros entrevistados discorrem sobre as possibilidades de convívio dentro do lar. O primeiro relata a satisfação da convivência com os familiares. O segundo fala sobre momento de inclusão e exclusão na convivência familiar. O mesmo é pontual ao colocar a fase de vida quando transitava por intermitentes internações como uma fase de solidão. O CAPS e o lar aparecem como os lugares onde ele tem maiores possibilidades de trocas afetivas, como evidenciam os trechos a seguir:

Tá muito bom graças a deus (falando sobre relacionamento familiar). Convivo muito bem com elas. Convivo com minha mãe, convivo com a minha irmã, com meu cunhado, com meu sobrinho. Convivo com as minhas meninas tudo. – (S2)

Uma irmã que é dentista, que foi criada junto comigo utilizou esse problema que aconteceu com a gente, ela não quer relacionamento com a gente. Ela acha que aquilo que aconteceu é: ou eu tenho pouca inteligência, ou por que eu sou meio bobo, entende? (...) a terceira irmã que foi educada junto comigo, ela já é diferente. Ela procura a gente prá conversar. Ela é mais amiga, é mais humana... Com ela eu tenho um relacionamento muito bom. – (S3)

Se você é internando no hospital psiquiátrico por mais de dez vezes, durante dez anos, você fica sozinho. Por que a sua ligação com a sociedade, você vai perdendo, você fica sozinho... Agora, quando você vem no CAPS, como acontece comigo, o CAPS, além de um tratamento clínico, ele faz um trabalho de psicoterapia e das outras oficinas, que faz com que a gente volte a viver em sociedade, entendeu? – (S3)

Saraceno (1999) faz uma distinção muito apropriada entre dois quadros: para pessoas com histórico de longas internações, o trabalho de inserção social deve prescindir do acompanhamento familiar, já no caso de usuários mais jovens do serviço de atenção à saúde mental, a família parece estar mais presente, não tão deteriorada quanto na situação anterior.

Pode se perceber, de forma geral, nos discursos dessa categoria, que os usuários do CAPS, com longo histórico de internações, têm uma vida familiar mais conflituosa como é o caso dos dois relatos anteriores. Já outro usuário do serviço que é mais jovem e não passou pelo serviço de internação psiquiátrica, refere uma convivência familiar melhor, quanti e qualitativamente, como evidenciado no trecho a seguir:

(...) Com meus tios, com meus primos, tem uma convivência razoavelmente boa, né? Quem eu mais convivo é com a minha mãe, com meu pai, com a minha irmã, com o marido dela, com a minha tia, tia Vanda e com os meus sobrinhos, né? – (S9)

Em uma pesquisa realizada em Curitiba, Borba (2011) conseguiu o relato de pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares, que foram coletados em grupos de discussão a respeito da convivência familiar. Nos resultados a família foi reconhecida como um espaço privilegiado de socialização; este espaço foi referido ainda como local de suporte nas adversidades do ciclo de vida, local de interação e partilha das dificuldades. Em outros momentos deste trabalho, a família também aparece como uma rede que necessita de cuidados e apoio externo para lidar com a presença do familiar em sofrimento psíquico.

A pesquisa citada corrobora com os resultados e considerações da presente dissertação. A convivência familiar aparece como uma possibilidade de

inclusão que tem momentos de dificuldade, porém oferece um espaço de interação mais humano do que o espaço da internação psiquiátrica.

Vale ressaltar que a participação da família no processo de acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico já é parte do cenário brasileiro da saúde mental. Esse componente novo do paradigma da reforma psiquiátrica tem sido tema de discussão em diversos trabalhos acadêmicos com o intuito de clarear os melhores caminhos para o processo de inserção social a partir da família.

Nos trechos a seguir, os participantes desta pesquisa relatam melhoras na convivência familiar, partindo de momentos de crise até momentos atuais de mais tranquilidade:

Me separei do pai dos meus filhos. (...) Ah, deve ter uns dois anos... Só que foi assim, daí teve muita crise, muita coisa. Só que hoje, a gente conversa, eu faço almoço (que ele mora do lado de casa), ele almoça em casa, então hoje... a gente tem uma convivência, tem – (S6)

Desde que teve o tratamento, parece que melhorou um pouco, sabe? Eles (familiares) viram que eu tenho problema, com a esquizofrenia, aí eles tem um pouco mais de paciência comigo, eu também procuro compreender eles também, eu vejo que eles tem muita razão também. – (S9)

As falas anteriores demonstram possibilidades de resgate do convívio familiar. O entendimento por parte dos familiares e da pessoa em sofrimento psíquico aparece como umas das principais formas de facilitar e adequar a convivência.

A maioria dos usuários relatou momentos de convivência inclusivos com: irmãos, filhos, pais e pessoas próximas ao círculo familiar. Como evidenciado nos trechos a seguir:

Meu marido, minha filha que mora no fundo com as crianças, a gente se dá muito bem. Bem, um pouco assim, eu sou um pouco distante. Sou mais de esperar ele me procurar. Sempre foi assim. – (S5)

Me dou bem com todo mundo, né? (relação com os familiares em casa) Converso, brinco, assisto televisão, faço janta. Às vezes a minha irmã faz almoço, que ela

mudou pra lá, né? – (S10)

Segundo Saraceno (1999), é essencial o co-envolvimento da família na experiência de vida autônoma do usuário do serviço de saúde mental. Este envolvimento aparece nos trechos anteriores seja através da compreensão, através dos convites para momentos de inclusão ou mesmo em momentos cotidianos de convivência.

Segundo Borba (2011), é a partir do âmbito familiar que os usuários do serviço de saúde mental buscam apoio e passam então a vislumbrar outras possibilidades de inclusão social.

Os usuários expõem, também, sobre as trocas afetivas fora da família. Incluem se nesses discursos, as experiências amorosas, fraternas e as trocas afetivas em geral fora do núcleo familiar. Alguns participantes referem-se ao esforço pessoal na tentativa de buscar novos vínculos afetivos e enriquecer os vínculos já existentes, como observa se nos exemplos a seguir:

Mas eu procuro entrosar um pouco mais, que eu sempre fui mais calado, mais quieto num canto, mais tímido, né? Aí a gente procura entrosar um pouco mais. – (S10)

Por que antes eu ficava, me fechava mesmo! Então eu ia conversar, começava a chorar. Hoje não, você entendeu? Eu me esforço, eu vi que eu preciso de também me esforçar. Então eu me esforço. Não é, igual eu te falei no início, não é que eu melhorei, é que eu conscientizei, que depende um pouco de mim também. – (S6)

O esforço dos participantes em se incluir em meios de convivência mostra a dificuldade de alçar trocas afetivas em novos territórios. A alienação, entendida como o isolamento imposto pela coerção dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, permanece presente no discurso destes últimos (Amarante, 2001). Mesmo sem a vivência da internação, os usuários supracitados fazem parte de uma sociedade que, de certa forma, ainda vê no sofrimento psíquico uma impossibilidade para a convivência.

Este processo de exercício das trocas, segundo Saraceno (1999), torna-se mais difícil à medida que vão desaparecendo os espaços onde a troca pode se dar. A rede social corresponde a essa produção de espaços onde o indivíduo exercita a

construção de sua subjetividade na relação com o outro (AMARANTE, 2001).

O prejuízo para a rede social do usuário do CAPS é revelado no medo e na dificuldade destes participantes, de buscar novas trocas afetivas e inserção no meio social.

Tanto no tocante às trocas afetivas amorosas, quanto nas trocas afetivas de modo geral, uma parte dos participantes da pesquisa relatou dificuldades por diversos motivos: preconceito em relação à doença mental, dificuldades pessoais de se relacionar, dentre outros, como descrito a seguir:

Com relação a vida afetiva, eu tive vários amores. Mas nenhum deles deu certo. Eu acredito... no começo eu ficava revoltado, por que todo mundo consegue arrumar uma namorada e eu fico sozinho? (...) Daí com o tempo eu comecei a entender que eu não tava preparado pro namoro e não tava preparado pro casamento. – (S3)

Ah... tem sido ruim, né? Por que não tem a aproximação da amizade, nada... (sobre os relacionamentos fora de casa). – (S11)

Tenho, (amigos) mas ficou distante de mim, depois que eu adoeci. – (S13)

Segundo Amarante (2001), o isolamento funciona como uma ferramenta de construção do conceito de alienação, o qual coloca o sujeito em sofrimento psíquico como “sujeito do erro”. Este conceito, arraigado na sociedade, permanece como construção a ser desfeita para que se possa enxergar além da doença, o ser, e então fortalecer estratégias contra o preconceito e a indiferença (AMARANTE, 2001).

Segundo Cassandri (2009), a consolidação do campo social, além do esforço da pessoa em sofrimento psíquico, deve contar com a efetividade das políticas públicas em apoiar o processo de intervenção no social, buscando dispositivos para a ocupação dos espaços urbanos pela comunidade usuária dos serviços em saúde mental. Esse processo depende de parcerias com setores públicos capazes de gerir programas sociais que ajudem a cumprir o papel de dispositivos de atenção à saúde mental como os CAPS.

As trocas afetivas fora do núcleo familiar pareceram relativamente menos frequentes e também relatadas como algo mais difícil de acontecer se comparadas

às trocas afetivas em família. O discurso apresentado a seguir, exemplifica esse acontecimento:

Agora lá fora (do lar) eu não tenho colega assim, também não, colegada, não... Eu ando mais é com Deus, ando sozinha e Deus. – (S4)

Segundo Saraceno (1999), a família é um espaço mais conhecido, tanto pelo usuário do serviço quanto pelos próprios familiares e pelo profissional. Esse fato facilita o processo de inserção social na família, o qual já se torna um objeto mais complexo quando o campo de intervenção é a sociedade.

O exercício da subjetividade fora do âmbito familiar aparece neste trabalho como um processo iniciado dentro do CAPS, mas que depende de variáveis culturais e sociais que passam por um processo de transição paradigmática (AMARANTE, 2001; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001; SARACENO, 1999).

Nos trechos citados a seguir, os usuários relatam melhoras nas trocas afetivas influenciadas pelo CAPS, que neste contexto toma o papel de um espaço agenciador:

Comecei a fazer terapia individual, eles forneceram uma terapia individual, e também a em grupo. E aí aquilo foi me melhorando dia-a-dia. Aí eu já comecei a reagir melhor e a comunicar com todo mundo. Já ter assunto dentro da terapia, já conseguia falar dos meus problemas, e de lá pra cá a minha vida vem cada dia mais, melhorando mais. – (S5)

Eu gosto de estar aqui na fundação, né? Que eu to aprendendo aqui também. Acho que eu to aprendendo a me relacionar mais com as pessoas e eu quero, enquanto eu precisar, acho que enquanto eu precisar eu quero continuar vindo aqui. Eles me tratam bem, muito bem. Eu fiz amizades aqui, né? Tem os colegas e podendo ajudar aqui também, eu quero ajudar. – (S9)

Estes discursos convergem com dados encontrados na literatura, onde o CAPS aparece com um espaço que ajuda a diminuir o número de internações vivenciadas por seus usuários. Segundo esses dados o CAPS auxilia também na promoção do desempenho social, ocupacional e no ganho de autonomia (SANTOS, 2000).

As falas anteriores também mostram um processo de re/apropriação da própria existência dos participantes da pesquisa. Segundo Amarante, (2001); Basaglia, (1985); Rotelli, (2001), quando o dispositivo realiza o papel de desconstrução da forma de lidar com sofrimento psíquico no isolamento, na objetivação do ser em questão, coloca-se não mais a pessoa entre parênteses para se ocupar da doença e sim o contrário.

Outro participante relata ver o CAPS como um dos espaços sociais que mais gosta de frequentar, como descrito a seguir:

Eu estou gostando muito aqui da Fundação (CAPS). Fiz amigos, fiz colegas, tem as festas aqui, né? Tem a feijoada que eles fazem... Aí é um dos lugares que eu mais assim, em termos de vida social minha, é um dos lugares que eu vou. É um dos lugares que eu mais vou. – (S9)

Na fala deste usuário, o CAPS aparece como espaço para a produção de subjetividade, ou seja, para a criação de novas alternativas de vida e expressão da pessoa em sofrimento psíquico.

É este dispositivo consoante com a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização que aparece como um local de trocas, que possibilita um olhar mais amplo sobre a pessoa fazendo com que ela consiga se deslocar do papel assumido historicamente de “sujeito do erro” e então experimentar outros espaços nas relações sociais (AMARANTE, 2001).

Dois usuários do CAPS citam momentos que encontram outras pessoas frequentadoras do CAPS, em diferentes espaços sociais, conforme falas dos mesmos:

De vez em quando eu vou no forró, encontra com umas amigas minhas daqui lá. – (S12)

Tenho Amigos aqui do CAPS. que fora daqui a gente tem amizade, né? Amizade de um ir na casa do outro, tudo, tem laços normais. Tem também de onde eu trabalhava, ainda tenho a convivência dos amigos, do mesmo jeito, não mudou nada. E eu acho que em si, a minha vida está bem. – (S1)

Segundo Saraceno, (1999) a rede social, entendida nesse contexto como

a criação de espaços onde se possa “trocar identidades”, é essencial no processo de reabilitação psicossocial.

Nos últimos discursos, o CAPS é exemplificado como um espaço de trocas e que possibilita, por meio dessas, a ampliação da rede social para outros espaços da sociedade.

Diante deste aspecto do CAPS, cabe deixar clara a importância da desconstrução do conceito de clínica como um lugar de isolamento terapêutico, de tratamento moral. Em Amarante, (2001), a clínica é definida como um espaço de produção de sociabilidades e subjetividades, logo, o sujeito em sofrimento psíquico deixa de ser objeto de saber para tornar-se sujeito.

Ao olhar para a vida social dos usuários do CAPS, percebe-se a luta por mais igualdade. Permanecem dificuldades e problemas oriundos de questões culturais e políticas. No balanço entre conquistas e problemas a serem enfrentados percebe-se que o grito dos usuários contra a forma como são encarados pela sociedade torna se cada vez mais alto.

Esse grito do qual falamos, refere se à colocação de Basaglia no livro *A Instituição Negada* onde o autor coloca:

“Para reabilitar o institucionalizado que vegeta em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de oposição ao poder, que até agora o determinou e o institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual ele também necessita. Despertado esse sentimento, o vazio emocional em que o doente vem vivendo há anos voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: sua agressividade.” (BASAGLIA, p. 116, 1985).

O Intento deste trabalho pode ser traduzido como a vontade e a tentativa de compor mais uma voz junto ao coro dos excluídos na construção de uma cidadania possível.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do objetivo proposto de refletir a respeito de como se dá a vida social dos usuários do CAPS Maria Boneca de Uberaba – MG. Diante dos achados na presente pesquisa percebe-se o quão vasta é a trajetória para o entendimento do que é a inserção social na busca pela construção da subjetividade e conquista da cidadania.

A análise das falas dos participantes enveredou por temas importantes não só a respeito da saúde mental, mas também da vida social dos participantes, formando um enorme rizoma de conceitos e situações que, imprescindivelmente, devem ser discutidos e tratados na literatura para alcançar um entendimento cada vez mais amplo das necessidades da pessoa em busca da cidadania.

Ao realizar um trabalho de caráter qualitativo e que envolve a subjetividade de usuários de um serviço de saúde mental, mesmo com todos os cuidados, é possível que surjam vieses na interpretação dos dados.

Diante disto, procuramos ter o máximo cuidado durante o desenvolvimento da pesquisa, dialogando sempre com profissionais da área em questão e tendo nos momentos da escrita a reflexão crítica.

Por outro lado, o estudo permitiu discussões ricas a respeito de inquietações importantes no campo da saúde mental, reabilitação psicossocial e inclusão social. Trata-se de um trabalho com seres humanos, envolvendo suas impressões a respeito de seus limites, potencialidades e sentimentos.

Tivemos como pressuposto durante a confecção do mesmo a ideia de que o CAPS interfere positivamente no processo de inserção social dos seus usuários. Para tal, fizemos o diálogo das proposições sobre reabilitação psicossocial, colocadas por Benedetto Saraceno com os princípios da desinstitucionalização, postulados na construção da psiquiatria democrática italiana e norteadores da reforma psiquiátrica brasileira.

Este diálogo permitiu focar a necessidade da desconstrução do espaço manicomial, da loucura como instituição da incapacidade e inaptidão à vida em sociedade e também a desconstrução do sujeito em sofrimento psíquico como alguém fadado ao erro e ao fracasso na busca por uma vida em família, por trabalho justo e por espaço para poder conviver em sociedade.

Os participantes da pesquisa, usuários não intensivos do CAPS, ao falarem sobre suas vidas, mostraram-se comprometidos com o intento do trabalho,

compreendendo a importância da pesquisa em questão e da veracidade das informações solicitadas.

Foi possível perceber, nos momentos de convivência com estes usuários que eles valorizam muito a luta pela conquista de seus direitos e que existe neles uma esperança de que ao falarem, seja para esta pesquisa ou em outras fontes e ocasiões, eles estarão contribuindo para serem mais aceitos na sociedade.

Quando nos referimos às possibilidades de reabilitação psicossocial, construção de subjetividade e inserção social entendemos que esta busca é pautada sob os princípios da reforma psiquiátrica e que cada serviço, por lidar com o inusitado, encontra maneiras próprias de atender à demanda social proposta em seu contexto.

Entendendo a postura buscada por serviços que tenham a intenção de ajudar no processo de construção da vida em sociedade, partimos à reflexão a respeito das impressões dos participantes da pesquisa.

Os usuários do CAPS colocaram de forma sistemática pontos importantes sobre suas vidas, permitindo termos uma visão sobre aspectos familiares, financeiros e sociais vivenciados por eles no cotidiano.

Ao relacionar estas informações com os autores utilizados na discussão, fizemos reflexões relevantes para tentar responder às questões existentes no corpo deste trabalho.

As informações reunidas sobre a vida dos participantes subsidiou a discussão em três pontos principais: a habitação, as trocas materiais e as trocas afetivas.

O intuito de colocarmos a discussão sobre esses três aspectos da vida veio da proposta de refletir diante das premissas utilizadas no entendimento da vida dos participantes do estudo a partir da inserção social e da reabilitação psicossocial.

No primeiro ponto, o habitar, pudemos perceber que a moradia é como espaço de construção da subjetividade, repleto de sentidos para o ser humano. No caso dos entrevistados o lar aparece como melhor alternativa à vida cerceada pelo manicômio, mesmo que a passagem pela instituição asilar seja temporária. Mesmo na solidão de morar sozinho, o habitar apareceu como local melhor em relação à vida permeada por internações recorrentes ou o viver encarcerado.

Outro ponto que surgiu na questão do habitar foi que a maioria dos participantes da pesquisa tem em suas casas a liberdade de gerenciar o espaço e o

tempo em função de suas atividades. Esse aspecto da moradia mostra um ponto positivo alcançado no processo de exercício da subjetividade e da inserção social.

A casa também apareceu como ponto de apoio para a construção de uma história, baseada nas memórias, nos objetos ali guardados e no valor afetivo a eles conferido. A possibilidade de revisitar o passado fica como um norte para o entendimento do presente e o papel das pessoas nas lutas da vida. A maioria dos usuários falou da saudade de pessoas distantes, falecidas ou mesmo de aspectos singulares presentes na história de suas vidas.

O terceiro ponto explorado diz respeito à importância do lar como espaço físico da instituição familiar e o seu papel nos vínculos afetivos vivenciados nesse *setting*. Os vínculos inclusivos e excludentes apareceram como símbolo de construção da convivência e da formação de uma rede social. O que marcou nesta subcategoria foi a complexidade das relações humanas, nas quais a luta por conviver melhor e ser aceito se mostraram um exercício de compreensão e resiliência por parte dos entrevistados e que, segundo eles, também faz parte da vida de seus familiares.

A segunda categoria *Trocas Materiais e Contratos Sociais* evidenciou a dificuldade da pessoa em sofrimento psíquico de ser valorizada no mercado de trabalho. Essa parte também mostrou que a maioria dos entrevistados não trabalha, é aposentada, mas por meio dessa aposentadoria conseguem estabelecer diversos contratos sociais individuais, com a família e com a sociedade. A aposentadoria aparece como um recurso importante no processo de conquista da inserção social. Alguns participantes relataram sentirem-se habilitados para trabalhar, porém não encontraram oportunidades no mercado de trabalho.

Por fim, esta categoria permitiu entrever que mesmo com o estigma da loucura, os entrevistados conseguiam realizar contratos sociais relacionados às trocas materiais como: pagar contas, gerenciar os gastos familiares, compartilhar as despesas familiares, dentre outros.

No que diz respeito às possibilidades das trocas materiais, parece haver “níveis” de contratualidade, e que cada usuário participante, de acordo com seu contexto de vida, obteve relativa habilitação para lidar com os compromissos materiais.

Apareceram nos discursos, relatos de outras formas de trabalho e trocas materiais. Cuidar da família, trabalho informal e troca de favores e mercadorias

mostraram-se presentes. O que nos leva a crer que a dificuldade de participar do mercado de trabalho acabou por levar muitas dessas pessoas a possibilidades de trocas mais inclusivas.

A terceira e última categoria tratou das trocas afetivas inclusivas e excludentes. De maneira geral, ficou claro para nós que os momentos afetivos dos participantes são permeados de momentos positivos e negativos no contexto familiar. Nesse primeiro ambiente, para a maioria dos participantes, as trocas afetivas acontecem dentro de um espaço onde é possível o diálogo. O entendimento e a resiliência nessas trocas também se mostraram presentes como uma habilitação destas pessoas para lidar com os afetos familiares.

A minoria dos participantes relatou o ambiente familiar como um ambiente de incompreensão, preconceito e exclusão. Problemas como o desinteresse e o desajuste social de alguns familiares apareceram como fatores que dificultaram o estabelecimento de vínculos afetivos melhores.

Apareceram evidências neste trabalho de que usuários do CAPS, que já passaram por tratamentos de internação, têm uma rede social empobrecida em comparação com usuários que não estiveram internados.

Mesmo diante das dificuldades da convivência, a família aparece nas entrevistas, em geral, como uma rede de afetos valorizada pelos participantes.

O CAPS também surge como um local que parece auxiliar na convivência familiar, dando suporte e esclarecimento a esta parte da rede social.

No que tange à sociedade, os discursos de exclusão ainda preponderam. O preconceito aparece como causa para o afastamento de amigos e pessoas de fora do círculo familiar.

Alguns participantes relataram o esforço para se aproximar das pessoas, a despeito de suas dificuldades na consolidação de vínculos afetivos fora do âmbito familiar.

Segundo as informações colhidas, o dispositivo de atenção psicossocial também aparece como um local que facilita a formação de vínculos “fora da família” e ocupação de outros espaços na cidade. O CAPS como espaço de convivência e de tratamento livre facilita a aproximação destas pessoas e o convívio fora de seus limites institucionais.

De maneira geral, a forma como se dá a vida social dos usuários do CAPS Maria Boneca de Uberaba - MG revela a presença de conquistas importantes na

busca pela inserção social e cidadania. As metas permanecem, merecendo reflexões em busca de melhorias devido ao caráter constante de transformação dos serviços de saúde mental, na busca por lidar cada vez melhor com a singularidade dos sujeitos e das situações vivenciadas.

Algumas sugestões merecem destaque, por nos parecerem importantes no agenciamento do processo de emancipação destas pessoas, como: a participação cada vez mais efetiva das famílias nas atividades do CAPS, o apoio de outras esferas públicas no acompanhamento de familiares que apresentem desajustes sociais, a criação de novas formas de inserção no trabalho para a pessoa em sofrimento psíquico, a conscientização da sociedade sobre o que é o sofrimento psíquico e os direitos concernentes a estas pessoas, e, dentre outros itens, o reconhecimento de que todos nós temos o direito de fazer parte da sociedade tendo um lar, realizando trocas afetivas e trocas materiais.

Ao fazer essas considerações, não deixamos de atentar para o comum engodo de atribuir tão somente ao CAPS, o papel de via para a construção de vida dessas pessoas. As possibilidades de criar e recriar sempre novas formas de se viver dependem de um sem número de instituições, pessoas, encontros e diversos outros fatores a influenciar na vida de cada um de nós.

O processo da desconstrução da loucura e produção social dos sujeitos continua e o CAPS, como carro chefe dos dispositivos de saúde mental que visam a desinstitucionalização do sofrimento psíquico, segue com o papel de inovar sempre, diante da singularidade dos problemas enfrentados.

Ao término desta etapa de meu trabalho, retomo a apresentação desta dissertação para colocar que as inquietações existentes no início desta pesquisa geraram algumas respostas e mais questionamentos. Vejo que o processo de construção do conhecimento aos poucos se desnuda à nossa frente, exigindo sempre o exercício da paciência e perseverança.

Este trabalho não só me mostrou outra forma de olhar para a pessoa em sofrimento psíquico, como também outra forma de enxergar o mundo.

REFERÊNCIAS[‡]

[‡] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AFONSO, L. **Atenção Psicossocial a Famílias de Pacientes em Saúde Mental. Interações**. São Paulo. V. 6, n. 11, Jan/Jun. 2001. p. 29-43. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/354/35401103.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2010.

ALARCON, S. **Aos Homens de Boa Vontade: estudos sobre sujeição e singularidade**. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 25–40.

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

AMARANTE, P. D. C.; *et al.* **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 20. ed. RJ, Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006. Acesso em: 10 abr. 2010.

BASAGLIA, F. (coord). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2005. 336 p.

BEZERRA JR., BENILTON. **De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80**. In: Guimarães e Tavares (orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. Por favor, reveja este autor é Junior? E o nome do beniltom (o que?)qual seria?

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2ªed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOFF, L. **A águia e a galinha, a metáfora da condição humana**. 40º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

BORBA, L. O; *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2009.

BORBA, L. O; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que

convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400009&script=sci_abstract&tlng=ptl. Acesso em: 13 mai. 2009.

BRASIL. LEI N° 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF, 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informações de Saúde.** Minas Gerais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso 02 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, PORTARIA N° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, MS, Brasília, DF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

CASSANDRI, J. L.; SILVA, A. L.A. Contribuições da Copa da Inclusão para a consolidação do campo psicossocial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.2,Jun. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000200018&script=sci_arttext. Acesso em: 10 abr. 2010.

CASTRO, L. M; MAXTA, B. S. B. **Práticas Territoriais de Cuidado em Saúde Mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro.** Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD); 6 (1) 2010. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad>. Acesso em: 10 jul. 2010.

COSTA-ROSA, A. **O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CUNHA, M. T. R. **Gerência Enquanto Instrumento Para Mudanças em um Serviço Substitutivo de Saúde Mental no Município de Uberaba.** 2003, 108 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003.

DALMOLIN, B. M; VASCONCELLOS, M. P. **Etnografia de Sujeitos em Sofrimento Psíquico.** **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/5997.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010.

DELGADO, S. **CAPS Rubens Corrêa: a construção de uma clínica diferenciada.** In: VENÂNCIO, A, T; LEAL, E, M; DELGADO, P, G. *O Campo da Atenção Psicossocial: anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro.* 1. ed. Rio de Janeiro. BH/RJ.: Te Corá, 1997. 660 p.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. **Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde**: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, janeiro, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2008000100003&script=sci_arttext. Acesso em: 23 Abr. 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 6. Ed. São Paulo: Perspectiva S/A, 1999. 551 p.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GOLDBERG, J. **Reabilitação como processo**: O Centro de Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F.(Org.), *A Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. 158p.

GOMES, M. P. C. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 6: p. 1803-1807, nov/dez, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13279.pdf>. Acesso 10 Abr. 2010.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. 1º ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. 226 p.

KANTORSKI, L. P; MIELKE, F. B; JÚNIOR, S. T. O Trabalho do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6 n. 1, p. 87-105, mar./jun. 2008. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r199.pdf>. Acesso em 25 Ago.2010.

KYNOSHITA, R. T. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, A. M. F. (Org.) *A Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. 158p.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6. Ed. São Paulo. SP.: Atlas, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 127p. Saúde Loucura; 20. Série Políticas do Desejo; 1.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte. MG.: UFMG, 1997.

MAIA, M. S; PIRIM, M. **Em Busca de Uma Singularidade**: uma proposta clínica no processo de reinserção psicossocial. In: VENÂNCIO, A, T; LEAL, E, M; DELGADO, P, G. *O Campo da Atenção Psicossocial: anais do I Congresso de Saúde Mental do*

Estado do Rio de Janeiro. 1º ed. Rio de Janeiro. BH/RJ.: Te-Corá, 1997. 660 p.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MELLO, R; FUREGATO, A. R. F. Representações de Usuários, Familiares e Profissionais Acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. Set; v.12 n. 3, 457-64 p. 2008. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20083/artigo%208.pdf. Acesso em 02 Mai. 2010.

MIELKE, F. B; *et al.* O Cuidado em Saúde Mental no CAPS no Entendimento dos Profissionais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n 1: 159-164, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 406 p.

NICÁCIO, M. F. **Da Instituição Negada à Instituição Inventada**. In: LANCETTI, A. et al. (Org.) *Saúde Loucura; número 1*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 91-108.

PESSOTI, I. **O Século Dos Manicômios**. 1. ed. São Paulo, 1996. 304 p.

PICHON – RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 240p.

PITTA, A. M. F. **A Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1996. 158p.

PONTES, H. A. **Uberaba e a Civilização do Brasil Central**, Arquivo Público Mineiro, 1992.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 334 p.

RODRIGUES, R. C; MARINHO, T. P. C; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, V. 15, N. 1, 2010. p. 1615-1625.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 112p.

ROTELLI, F. **Empresa Social: construindo sujeitos e direitos**. In AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 301-306.

SANTOS, A. R. C. **Desmontando por Dentro:** o projeto de reinserção social dos usuários residentes da Casa de Saúde Volta Redonda. In: VENÂNCIO, A, T; LEAL, E, M; DELGADO, P, G. O Campo da Atenção Psicossocial: *anais* do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. 1. ed. Rio de Janeiro. BH/RJ.: Te Corá, 1997. 660 p.

SANTOS, N. S. *et al* . **A Autonomia do Sujeito Psicótico no Contexto da Reforma psiquiátrica Brasileira.** Rev. Psicologia e Ciência Profissional, Brasília, v. 20, n. 4, dez 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006. Acesso em: 24 Abr. 2010.

SARRACENO, B. **Libertando Identidades.** Da reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. 1. ed. Rio de Janeiro. BH/RJ.: Te Corá, 1999. 176 p.

SCHMID, P. C. Viajando Não, Só Sonhando! **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19 - n. 1, p. 187-198, Jan./Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v19n1/14.pdf>. Acesso em: 24 Abr. 2010.

SILVA, A. L. A; FONSECA, R. M. G. S. **O Projeto Copiadora do CAPS:** do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. Rev. Esc. Enferm USP; v.36, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a09.pdf>. Acesso em: 24 Abr. 2010.

SILVA, T. F. C; *et. al*. Avaliação do ajustamento social em pacientes portadores de esquizofrenia atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Coletiva**, 2010, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2010 p. 587-96 Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_587-596.pdf. Acesso em: 02 Mai. 2010.

TEIXEIRA JUNIOR, S, KANTORSKI, L. P; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, RS, 2009. Set. v. 30. n. 3 :453-60. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6009/6966>. Acesso em: 05 Jul. 2010.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 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.: ATHENEU, 1987

YASUI, S. **CAPS: aprendendo a perguntar.** In: LANCETTI, A. *et al*. (Org.) *Saúde Loucura; número 1*. São Paulo: Hucitec, 1989. p.47-59.

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **A Reabilitação Psicossocial na Ótica dos Portadores de Sofrimento Psíquico Usuários de um CAPS**

Nome do Pesquisador: Paulo André de Lacerda Alves

Nome da Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Convidamos o Sr. (Sra.) para participar desta pesquisa, que tem como finalidade Compreender o que é reabilitação psicossocial para os usuários do CAPS Maria Boneca, situado em Uberaba – MG e identificar pontos das vivências fora do CAPS que estejam de acordo com a proposta de reabilitação desenvolvida por um estudioso da área de saúde mental. Portanto, solicitamos sua colaboração em responder algumas questões, referentes ao tema a ser estudado. Para tal, será realizada uma entrevista que será gravada se assim for permitido. O dia, horário e o local das entrevistas serão combinados com o Sr. (Sra.) de acordo com sua disponibilidade. Informamos que a entrevista poderá ter a duração de 30 minutos até 01 hora. Além da entrevista iremos realizar observação das atividades que o Sr. (Sra.) realiza no CAPS e esta será registrada em um caderno de anotação. Sua participação é voluntária sendo garantido o sigilo de suas informações. Poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Se houver algum desconforto com relação a alguma das perguntas realizadas o Sr. (Sra.) poderá não respondê-las. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto ou do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento assinada pela pesquisadora e pelo Sr. (Sra.), lhe será fornecida.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Informamos que nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

O Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

TELEFONES

Pesquisador:

Paulo André de Lacerda Alves: 016-8809 5521

Maria Conceição de Mello Bernardo e Souza: 016-9192 4939

Av. Bandeirantes 3900 – Monte Alegre CEP. 14040-902 Ribeirão Preto

Apêndice B - Roteiro entrevista

1-Conte-me sobre sua vida.