

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem**

Taia Duarte Mota

**As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de
um serviço comunitário de saúde mental**

**São Paulo
2007**

Taia Duarte Mota

**As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de
um serviço comunitário de saúde mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre, na Área de Concentração de Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva

**São Paulo
2007**

Taia Duarte Mota

**As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de
um serviço comunitário de saúde mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre, na Área de Concentração de Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva

**São Paulo
2007**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mota, Taia Duarte.

As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental. / Taia Duarte Mota. – São Paulo, 2007.

117 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Luisa Aranha e Silva.

1. Enfermagem em saúde mental comunitária.
2. Desinstitucionalização 3. Saúde mental (reforma). 4. Serviços de saúde (avaliação) I. Título.

Agradecimentos

À Ana Luisa Aranha e Silva pela delicadeza em compartilhar a construção deste trabalho comigo e permitir que ele seja a expressão de meus ideais. Possibilitando um amadurecimento importante como pesquisadora, enfermeira e sobretudo pessoal.

À Prof^a. Dr^a Sônia Barros pela minha inserção no mestrado e por todas oportunidades que sempre proporcionou.

À Prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira por me iniciar no vasto e apaixonante mundo da saúde mental, pela força, carinho, atenção e disponibilidade desde a graduação.

À Prof^a. Dr^a. Fernanda Nicácio pela delicadeza na qualificação e pelos apontamentos teóricos essenciais para a construção dessa dissertação.

Às Profas, que contribuíram, informalmente, para a construção teórica deste trabalho e, formalmente pela minha formação político-acadêmica: Célia Sivalli, Marina Peduzzi e Cássia Baldini.

À minha mãe, por ser a base forte de hoje e de toda minha vida. Pelos valores de solidariedade, respeito, de implicação com o outro e de indignação diante da injustiça. Por sempre me dar colo e por cuidar tanto de mim.

À minha irmã pela cumplicidade e amparo na vida, por sempre me fazer rir, e por mais uma vez, me socorrer durante a produção deste trabalho.

À minha avó e avô (que já se foi) pela importância que sempre deram ao estudo.

Ao meu tio Carlos por cumprir um papel, durante toda a vida, que não era dele e pela força. A Fefê, ao Lu e à Riva.

Ao meu pai por lutar e acreditar na Utopia. E, por isso me ensinou a acreditar na força dela.

À minha amiga Ligia por ter compartilhando, de pertinho, todos os momentos deste processo. Por ter dividido todas as alegrias e tristezas e por facilitar as coisas, sempre. Pela nossa amizade.

À Lise e Renata pela nossa amizade. Por terem me ajudado a trilhar meu próprio caminho e por fazerem parte dele. Por todas nossas histórias juntas.

À Adriana por acreditar muito em mim.

A todas as pessoas que participaram indiretamente da construção deste trabalho, porque foram essenciais nos momentos de descanso e vadiagem: Mônica, Carina, Fabiana, Juliana, Norma, Roberto, Emilio, Leandro, Estevão, Débora, Tom, Alessandra, Henrique. Sem vocês a vida teria ficado muito séria.

Às pessoas que não estão citadas aqui, por impossibilidade de lembrar todos os nomes, mas não por descaso, que também, de alguma forma, foram essenciais nesse processo.

Agradeço especialmente à gerência do CAPS Itaim- Bibi, em nome de Elisabete Meola, pela competência em gerenciar este serviço, de modo criativo e agregador, o que permitiu minha inserção e a criação de projetos bonitos como O Bar BibiTanTã. Aprendi muito neste lugar.

E, à equipe do CAPS Itaim- Bibi, em nome de Anna Luiza Monteiro de Barros, pelo respeito com os usuários e dessa forma por contribuir para a construção de um serviço transformador .

Ao CNPq, pelo apoio material, que possibilitou uma dedicação total a este trabalho.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos usuários-trabalhadores do O Bar BibiTanTã, por me emprestarem um pouco de suas histórias de vida e, dessa maneira, tornarem possível este estudo. Por compartilharem comigo a experiência de um projeto de geração de renda, que com certeza fez toda diferença para minha vida.

RESUMO

Mota TD. As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

Esta é uma pesquisa qualitativa cujo objeto de estudo são as *necessidades de saúde* da perspectiva de usuários de um serviço comunitário de saúde mental. A finalidade do estudo é contribuir para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, propondo o conceito de *necessidades de saúde* como um instrumento para orientação da organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde mental. Os objetivos da pesquisa são identificar o entendimento dos usuários do serviço sobre suas necessidades de saúde, verificar se são satisfeitas pelo serviço e sistematizar as compreensões dos usuários de forma a contribuir para a organização das práticas no serviço. O cenário de estudo é o Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que opera um projeto terapêutico baseado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Participaram deste estudo cinco usuários-trabalhadores do Projeto de Geração de Trabalho e Renda O Bar BibiTanTã, resultado da Cooperação Técnica entre o CAPS Itaim Bibi, a Área Temática de Enfermagem em Saúde Mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a Associação Franco Basaglia. Os dados empíricos foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e analisados segundo a técnica de análise de enunciação. Os resultados apontam contradição com relação à satisfação das *necessidades de saúde* dos usuários. A análise das entrevistas demonstra que o serviço desenvolve projetos e ações que respondem às *necessidades propriamente humanas e às necessidades alienadas* de parte dos usuários, entretanto, na fala dos sujeitos, não está claro se a ação do serviço é voltada explicitamente para a apreensão e satisfação das *necessidades*, pois enquanto algumas são satisfeitas, outras parecem não encontrar espaço para serem expressas. Ressaltamos a importância dos projetos de geração de renda, baseados a lógica da Economia Solidária, pela diferença que faz na vida dos usuários-trabalhadores e, principalmente, por ser um importante instrumento para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Palavras chave: Enfermagem em Saúde Mental; Necessidades de Saúde; Desinstitucionalização; Projeto de Geração de Renda.

ABSTRACT

Mota TD. The health necessities of user's perspectives in a mental health communitarian service [dissertation]. São Paulo: Nursing School from Universidade de São Paulo; 2007

This is a qualitative research whose object of study are the *health necessities* of users' perspectives in a mental health communitarian service. The purpose of this study is to contribute to the strengthening of the Brazilian Psychiatric Reform, introducing the *health necessities* concept as an instrument for the directions of mental health work processes and services' organization. The research objectives are the identification of the service user understandings about their health necessities, the verification of their performance by the service and the classification of users comprehensions in order to help the practice's organization in the service. The scenery of study is the Psychosocial Care Center in Itaim Bibi (CAPS) of the Health Department in the City of São Paulo which performs a therapeutic project based on the pretext of the Psychiatric Reform. Five user-workers from the Income and Work Creation Project O Bar Bibi Tantã participated on this study as a result of the Technical Cooperation among the CAPS Itaim Bibi, the Nursing Thematic Area in Mental Health of the Nursing School from Universidade de São Paulo and the Franco Basaglia Association. The empiric data were gathered through semi-structured interview and they were analyzed according to the enunciation analysis technique. The results show a contradiction related to the satisfaction of user's *health necessities*. The interview analysis demonstrates that the service develops projects and actions that supply the *human's proper necessities* and *some user's private necessities* as well, however it is not clear in their talk if the service action is turned directly to the apprehension and performance of these necessities because while some are performed others seem to find no place to be expressed. We emphasize the importance of Income Creation Projects based on the logic of Assisting Economy because of the difference they make in the user-worker's lives and mainly for being an important instrument for the accomplishment of the Psychiatric Reform.

Key words: Nursing in Mental Health; Health Necessities; Deinstitutionalization; Income Creation Project.

SUMÁRIO

1	As necessidades de saúde dos usuários de serviços de saúde mental: um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira	1
2	Objetivos da Pesquisa	18
3	Percurso Metodológico	19
	3.1 Bases Conceituais	19
	3.1.1 Necessidades de Saúde	19
	3.2 Cenário do estudo	28
	O Projeto de Geração de Trabalho e Renda “O Bar BibiTanTã”	32
	3.3 Sujeitos do estudo	36
	3.4 Instrumento, método de coleta e análise dos dados empíricos	38
4	Análise e Discussão	43
	4.1 Caracterização da população entrevistada	43
	4.2 Constituir-se sujeito para encontrar um lugar no mundo: o serviço como instrumento de resgate da subjetividade	45
	4.3 Ter segurança para reconstruir a vida: o serviço como instrumento para garantia dos direitos	52
	4.4 Ter um lugar na família: o serviço como instrumento de resgate da rede familiar	56
	4.5 Ocupar outro lugar no mundo: o serviço como instrumento de ampliação das possibilidades de vida	61
	4.6 Poder trabalhar: o serviço como instrumento para a emancipação	65
5	Síntese: As necessidades de saúde e seu devir instrumento da Reforma Psiquiátrica brasileira	72
6	<i>Post Scriptum</i>: A questão do trabalho no campo da saúde mental da perspectiva da economia solidária	77
7	Referências bibliográficas	87

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
Anexo 2: Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP	94
Anexo 3: Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Prefeitura de São Paulo	95
Anexo 4: Instrumento de Coleta de Dados	96
Anexo 5: Transcrição das Entrevistas	97

1 As necessidades de saúde dos usuários de serviços de saúde mental: um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira

A Reforma Psiquiátrica brasileira¹ é um processo complexo de crítica e tentativa de superação do modelo asilar. Iniciou sua trajetória no final da década de 1970, em conjunto com a Reforma Sanitária, num contexto social de “fracasso das políticas sociais do país” (Aranha e Silva, 2005, p.1), de luta pela redemocratização e da criação de um sistema público de saúde.

Tal processo assentou sua principal crítica sobre a política de privatização da assistência, orientada para compra de serviços dos hospitais privados que acarretou o sucateamento dos serviços públicos, o aumento do número de internações e de reinternações psiquiátricas (Amarante, 2003a).

Segundo Amarante (1999), o movimento de Reforma Psiquiátrica iniciou um processo de rompimento paradigmático da tradição científica hegemônica, que até a década de 1980, mostrava-se onerosa, violenta e pouco eficiente. Ao longo do processo, tornou-se um movimento de transformação do modelo de atenção à saúde mental orientado pela noção de desinstitucionalização, cujo novo objetivo é conceber “um outro lugar social para a loucura, para a diferença, a diversidade e a divergência” (Amarante, 1999, p.49).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica brasileira compartilha certa identidade prática com o percurso singular da Psiquiatria Democrática italiana.

Os grandes marcos daquele processo, que partiu do interior da instituição psiquiátrica e do questionamento de seus paradigmas fundamentais para

¹ Sobre a história da Reforma Psiquiátrica ler: Amarante, 1994,1999, 2003; Barros, 2001; Aranha e Silva, 1997, 2003; Goldberg, 1998, Pitta, 1994, 2001; Nicácio, 2003.

sua superação (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001), são as experiências de Gorizia e Trieste, ambas coordenadas por Franco Basaglia, por terem sido uma espécie de laboratório de desconstrução do paradigma psiquiátrico, possibilitando a concretização de novas formas de assistir ao doente mental, a partir de “uma prática de transformação cotidiana, artesanal, de trabalhar com as pessoas, as relações, os espaços, os recursos, os saberes, as normas e os contextos” (Nicácio, 2003, p.102).

O processo italiano partiu da recusa do paradigma racionalista “problema-solução” (renúncia do método positivista), sobre o qual as instituições psiquiátricas se legitimaram, para reconstruir o objeto a partir de sua complexidade real “recompondo-o, re-contextualizando-o, recomplexificando-o” (De Leonardis, 1987 *apud* Nicácio, 2003, p.104).

O conceito basagliano do processo saúde-doença admite que a vida e a morte são os pólos contraditórios de uma mesma realidade dialética. A saúde é entendida como:

um momento de consciência, de apropriação do próprio corpo, como superação da experiência da doença, e a doença, uma fase da vida, um momento de apropriação de si, do próprio corpo, da experiência da doença e, portanto, da própria saúde (Basaglia, 1982, p.366).

A partir de tal concepção, a “ação de saúde” deve ser de mediação, que por levar em conta a doença, permite que o homem viva a experiência da principal contradição da vida (que é conter a morte) e, dessa maneira, tornar possível ao homem viver tal experiência, como um momento de apropriação de si e de seu corpo.

O objeto deixa de ser “a doença” para ser a “existência sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social” (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001, p.30). A finalidade passa a ser a invenção de possibilidades de outras formas de viver. Ou, em outras palavras, a partir desta nova concepção sobre o processo saúde-

doença mental, a desinstitucionalização passa a ser a criação de inúmeras possibilidades de vida, de convivência dispersa, a partir do estabelecimento de uma condição material mínima, que permita exercer a expressão das potencialidades e probabilidades das pessoas, criando formas de exercer a cidadania (Barros, 1994a, p.80).

Barros (1994a, p. 108) explica que a complexificação do objeto foi possível, pois é:

A partir da demanda, da solicitação concreta, que as respostas são identificadas e, assim, constituídos os momentos técnicos, políticos, sociais, culturais e humanos que possibilitam pensar novas soluções diversificadas e múltiplas. O objetivo não deve ser referido de maneira reducionista ao tratamento da doença, mas às *necessidades* de se obter a reprodução social e a autonomia de todas as pessoas. Questões relativas à vida cotidiana (dinheiro, poder contratual, afeto, sociabilidade, jogo, relação familiar, casa, trabalho, questões jurídicas ou burocráticas, de alimentação) adquirem a dignidade de instrumentos terapêuticos.

O processo de desinstitucionalização italiano ocupou-se em tornar o objeto de intervenção mais complexo, pois além de ampliar o olhar para a existência “global” dos sujeitos de um dado território, a finalidade do trabalho em saúde mental passou a ser a responsabilização por suas necessidades também ampliadas.

Barros (1994a, p. 110) ressalta que:

Essa modalidade de trabalho impõe a necessidade de um conhecimento do paciente e de seu ser social muito mais aprofundada, compreendendo o contexto social como extremamente conexo ao estado de sofrimento.

Na medida em que as respostas vão deixando de ser rápidas e objetivas, voltadas para um problema estabelecido *a priori*, vai se tornando necessária a participação de novos atores em diferentes locais. Daí decorre a importância do conceito de território, pois, para transformar efetivamente a realidade manicomial, torna-se necessário sair do campo exclusivamente psiquiátrico e construir na

sociedade as condições para que os indivíduos possam estabelecer relações de troca. A participação da comunidade passa a ser fundamental para a ação da saúde mental, já que está nela uma infinidade de recursos e de possibilidades para os sujeitos, além de ser nela onde eles se constituem.

Nicácio (2003, p.95) aponta a peculiaridade do processo da Reforma brasileiro, no qual *a concretização das práticas exigiram* “a transformação das formas de pensar e agir em saúde mental” e possibilitam a reflexão constante do significado dos novos caminhos que estão sendo construídos.

Essa conformação, de *supremacia das práticas*, se realiza no sentido inverso ao percurso da reforma italiana, ou seja, a construção inicial de experiências alternativas ao modelo hospitalocêntrico e a posterior criação de uma rede de serviços e dispositivos territoriais que pretende ser substitutiva ao manicômio convoca a construção de um novo campo de saberes, para responder às novas necessidades emergentes dessa transformação.

Este novo lugar é denominado campo psicossocial, onde se dá, dialeticamente, a construção das práticas transformadoras e dos saberes que as embasam. Os técnicos dos serviços de saúde são os principais atores no processo de construção deste campo, que ao desconstruir as estruturas técnicas e científicas arcaicas, transformam as relações existentes e a finalidade da ação de saúde (Nicácio, 2003, p. 108). Seu papel passa a ser o de resgatar o poder contratual dos usuários e possibilitar relações de troca entre trabalhadores e usuários, nas quais estes possam exercer seus direitos e tornarem-se mais autônomos.

Ou, nas palavras de Aranha e Silva (2003, p.83):

O campo psicossocial é o lugar onde a ação de saúde é produzida. Quem a produz é um sujeito, também socialmente

constituído, o que traduz, no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social.

A efetivação deste campo se dá no cotidiano da instituição e na construção coletiva de um projeto terapêutico (parceria entre equipe, usuário, família e todos sujeitos que forem necessários), que tenha como finalidade a satisfação das necessidades da população atendida.

Neste novo cenário há uma ampliação do objeto eleito para a intervenção de saúde. Tal como na experiência italiana, este deixa de ser a doença, para ser a *vida em relação*, dos sujeitos que possuem sofrimento psíquico.

Aranha e Silva (2005, p. 7) explica que “a ampliação do objeto de intervenção repercute na forma de organização, no modelo de atenção e na capacidade dos serviços produzir ações de saúde mental”. Por isso, a equipe deve operar da seguinte maneira:

- a) (A ação de saúde deve ser produzida) em serviços comunitários, de base territorial, onde as pessoas vivem a vida real, produzindo a rede social e estratégias de inclusão no mundo do trabalho e renda, e no campo cultural;
- b) Como a vida é o objeto de intervenção e sua experiência com dignidade e direitos é a finalidade do processo de trabalho, os agentes de saúde devem ampliar o instrumento de intervenção, para que consigam a potência de transformar a vida real dos usuários na realidade real onde vivem;
- c) A força de trabalho deve produzir instrumentos de trabalho compatíveis, tantos quanto necessários, para interferir no campo de geração de renda, trabalho, cultura, moradia, direitos (Aranha e Silva, 2005, p.7).

Entende-se que este novo tipo de organização intersticial possibilita a expressão do sofrimento dos indivíduos e ao mesmo tempo a elaboração de respostas vinculadas às possibilidades concretas de vida. Dessa forma, não existe uma resposta *a priori*, mas uma atitude do serviço para buscar entender o que o sujeito, que porta determinado sofrimento psíquico, encontra como solução para os seus problemas.

Por isso, a superação da lógica manicomial se dá no cotidiano dos serviços de saúde, com a inserção do usuário e seus familiares no planejamento da assistência e da organização do serviço, com inserção ativa do serviço no território, potencializando as relações com a comunidade, utilizando os recursos que ela dispõe, tendo sempre como horizonte a pessoa e o que cada ação produz em sua vida.

Os recursos precisam estar permanentemente disponíveis, além de serem variados e dinâmicos (Saraceno, 1999), já que cada indivíduo necessita de um tipo particular de resposta e cabe ao serviço (de qualidade) atender a todos, e não somente àqueles que se encaixam no “menu” de atividades do serviço.

Saraceno (1999) define como recursos do serviço:

- a) Antes de mais nada as pessoas (os trabalhadores) não apenas o número, mas também a motivação com que trabalham, as expectativas que têm em relação aos usuários dos quais se ocupam, o senso de pertinência a um projeto coletivo, a qualidade das relações que se realizam no campo do trabalho;
- b) A comunidade, que é uma fonte inesgotável de recursos existentes e potenciais, humanos e materiais;
- c) A família, importante instrumento, quando cuidado pelo serviço.

Além disso, o serviço deve ser um grande consumidor “afetivo, intelectual e organizativo” (Saraceno 1999, p. 9), já que:

São as interações operativas (entre pacientes e outros, entre paciente e vida material, entre pacientes e as respostas que ele recebe, entre pacientes e lugares), o patrimônio ao qual podemos ter acesso e que pode se modificar sob a força de uma intervenção que crie as condições para que o sujeito possa exercitar mais escolhas (Saraceno, 1999, p.93).

Neste processo o novo cenário, que supera a exclusão e nega o isolamento passa a ser o território, a comunidade, lugar onde vivem e se relacionam os indivíduos, campo privilegiado de recursos e respostas concretas às necessidades dos usuários.

Essa ruptura, produzida pelo princípio da desinstitucionalização, vem demandando a estruturação de uma rede complexa de serviços, referidos ao território, que buscam a “invenção da saúde” e a “reprodução social do paciente” e a superação do saber exclusivamente técnico para lançar mão do maior número de saberes possível, já que, a intervenção deve ser na vida do usuário e não mais em uma parte dele.

Aqui o saber científico assume uma outra função, deixa de ser instrumento de poder e segregação para ser um agregador de saberes, que possibilita a ampliação do olhar sobre o fenômeno da existência sofrimento.

Conforme afirmam Aranha e Silva e Fonseca (2005, p.447):

O saber em posição de solidariedade e não de competição/ exclusão, busca a necessidade que desencadeia o processo de trabalho em saúde. A necessidade como força propulsora de agenciamento de resposta para o problema real, numa realidade concreta, vai então engendrar formas múltiplas de respostas, inventar solução inesperada, insuspeita, convocando todo o potencial do ator em cena para viabilizá-lo.

Todo o processo histórico de construção do cenário atual da assistência à saúde mental é parte de uma sucessão de mudanças políticas, sociais e econômicas da sociedade em geral e, mais diretamente, do âmbito das políticas de Saúde, tanto no Brasil como no mundo. Aranha e Silva (2005a, p. 2) aponta como importantes influências para o processo de reforma psiquiátrica brasileira:

- a) A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que indicou a construção do Sistema Único de Saúde, as diretrizes de municipalização, o controle social no nível local como fundamentos estratégicos para a democratização do acesso e participação nas políticas públicas;
- b) O II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987, que inscreveu o protagonismo dos trabalhadores de saúde mental, sua co-responsabilização na elaboração, produção e execução das políticas públicas de saúde e elegeu o projeto político de construir no Brasil, uma sociedade sem manicômios;

- c) A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas em 1990, referência fundamental para o processo de reorientação do modelo assistencial na América Latina.

Além destes marcos, destacam-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental - CNSM por seu papel agregador, pela força política (com a criação de leis a partir de questões apontadas pelos Relatórios), pela crítica constante ao modelo de atenção e pelos produtos gerados no sentido da construção de um modelo efetivamente substitutivo ao hospitalocêntrico.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM, realizada em 1987, deixou claro a ineficiência do modelo centrado no hospital, por ser oneroso e violar os direitos humanos fundamentais dos portadores de transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2001).

Esta Conferência apontou para a reformulação do modelo assistencial, a definição de uma política de recursos humanos (baseada no trabalho em equipe multidisciplinar) e a reformulação da legislação referente à saúde mental.

A II CNS, em 1992, contou com a participação ampla de diferentes atores sociais. Os principais temas de discussão foram a questão da constituição da rede de atenção à saúde mental, a transformação e cumprimento de leis, o direito ao atendimento nos serviços de saúde mental e à cidadania (Barros, 2001, p.56). Suas discussões permitiram aprofundar as críticas ao modelo hegemônico, como também esboçaram um novo modelo assistencial a partir dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental (Ministério da Saúde, 2001).

As discussões e os documentos produzidos durante esta II Conferência foram um marco importante. Amparados pela criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial CAPS Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, em 12 de março de

1987, seguido dos Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos, implantados na gestão de 1989-1992 e de outras experiências sustentadas pelas políticas locais de saúde, tornou-se possível a normatização das novas modalidades de atenção e de novas formas de financiamento (Barros, 2001, p.60).

Esta Conferência conseguiu formalizar o “esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso” (Ministério da Saúde, 2001), de transformação, não apenas teórica, mas também prática, da forma concreta de lidar com as pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico, a partir da garantia de seus direitos de cidadania (Ministério da Saúde, 2001).

A III CNSM, ocorrida em 2001, elaborou e indicou propostas e estratégias para consolidar um modelo de atenção à saúde mental, baseado no envolvimento dos usuários do serviço, na qualidade da assistência e no controle social, buscando, sobretudo, transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais (Ministério da Saúde, 2001).

Esta Conferência afirmou a orientação do caráter público da assistência à saúde, conforme os pressupostos do Sistema Único de Saúde- SUS, baseado numa concepção de saúde como processo, no qual saúde e doença são pólos opostos de uma mesma realidade dialética, entre os quais o homem transita durante a vida e, não meramente, a ausência de doença.

Algumas Portarias e a Lei nº 10.216, são ainda fundamentais para a efetivação da Reforma e seu processo de construção, que ao mesmo tempo, garantem os seus avanços e são frutos de suas experiências concretas². São elas:

² Para atualização ver: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 e o sítio o Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>

- a) A Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece a constituição dos CAPS por nível de complexidade e dispõe acerca do funcionamento de tais serviços com a criação de mecanismos próprios de financiamento;
- b) A Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002 (republicada), considerada o principal instrumento para efetivação dos CAPS, definindo as normas e diretrizes para a organização dos serviços;
- c) A promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, estabelecendo um conjunto de medidas fundamentais para sua efetivação.

Para consolidação deste novo modelo de atenção é fundamental a efetivação das normativas do SUS, principalmente que os municípios desenvolvam políticas de saúde mental que privilegiem os dispositivos substitutivos ao manicômio, que construam a rede assistencial, territorializada e integrada com as outras políticas sociais como saúde, educação, moradia, cultura, lazer, trabalho de forma a responder às necessidades de saúde da população (Ministério da Saúde, 2003).

Neste novo modelo, o CAPS é o dispositivo de saúde que incorpora a idéia de território, de rede e de responsabilidade. Segundo o Ministério da Saúde (2004, p.13) o CAPS tem por objetivo:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários e familiares. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS, assumindo o papel estratégico de organização da rede, devem se ocupar do direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, pois têm como função:

- a) Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- b) Gerenciar projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico e personalizado;
- c) Promover a reinserção social dos usuários através de ações intersetoriais montando estratégias conjuntas de enfrentamento de problemas;
- d) Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica;
- e) Regular a porta de entrada da rede de assistência e saúde mental de sua área;
- f) Coordenar junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território, e;
- g) Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (Ministério da Saúde, 2004, p.13).

É inegável o avanço atual na direção dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, no campo teórico e na prática. Deste modo, a questão da instituição psiquiátrica deixou de ser a mera modernização de estruturas, para ser sua superação, ou seja, a criação de uma rede de serviços inteiramente substitutiva ao manicômio.

Os dados do Ministério da Saúde mostram a nova orientação das políticas públicas de fortalecimento da rede extra-hospitalar, com o aumento de recursos para financiamento da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico:

Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004

<i>Composição de Gastos</i>	<i>1997</i>	<i>2001</i>	<i>2004</i>
% Gastos hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos extra-Hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
ToTal	100	100	100

Fonte: sítio do Ministério da Saúde, 2006.

Segundo dados disponíveis no sítio do Ministério da Saúde em 01 de novembro de 2006, existiam 800 CAPS cadastrados, sendo que 149 deles localizam-se no Estado de São Paulo, cuja distribuição por tipo de CAPS era a seguinte: 36 CAPSI, 47 CAPS II, 15 CAPS III, 30 CAPSad e 21 CAPSi. Na cidade de São Paulo existem 31 serviços cadastrados, distribuídos da seguinte maneira: 4 CAPS I, 12 CAPS II, 1CAPSIII, 9 CAPSad e 5 CAPSi. Dados atuais informam a inauguração do CAPS número 1000.

O levantamento bibliográfico realizado no banco de dados LILACS, utilizando como descritores Saúde Mental e Reforma dos Serviços de Saúde, aponta grandes avanços no campo da atenção à saúde mental, no entanto, há alguns obstáculos para a efetivação do processo de Reforma.

O estudo realizado por Silva, Silva, Ferreira Filha, et al (2005) sobre os processos de trabalho das equipes, em especial da equipe de enfermagem, indica que os serviços ainda preservam aspectos do modelo tradicional de atenção à saúde mental.

Freire (2004) constatou que a lógica da alocação de recursos para saúde mental ainda enfrenta dificuldades devido à complexidade de funções que transcendem os campos da clínica, devido sua inadequação à nova realidade.

A análise obtida num estudo sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul indica que os usuários dos serviços de saúde mental ainda continuam como objeto do exercício das relações de poder, apesar dos avanços da legislação referente à sua proteção (Arejano, Padilha, Albuquerque, 2003).

Para a reestruturação da atenção a saúde mental verifica-se a necessidade de intervenções objetivas, entre as quais estão a construção de uma rede

sólida e ampliada, a municipalização da atenção à saúde mental e a implicação dos familiares e da sociedade na atenção, segundo Marzano, Sousa (2003).

As experiências práticas em desenvolvimento mostram-se mais complexas e articuladas que os saberes já constituídos. Este estudo aponta para a ineficiência do modelo clínico vigente e indica a necessidade da construção de um campo de saberes para embasar as práticas transformadoras que já estão em curso conforme os achados de Anaya (2004).

A realidade encontrada nos estudos analisados demonstra que a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda enfrenta dificuldades para transformar a lógica de funcionamento dos dispositivos de saúde mental, bem como das práticas de saúde, além da dificuldade em construir um campo teórico que dê conta das questões que surgem, a partir da nova concepção do processo saúde-doença mental.

Trata-se de um campo recente, de pouco mais de vinte anos que por entender que a psiquiatria clássica mostrou-se ineficiente para lidar com o sofrimento mental, necessita superar um saber que é ainda hegemônico e com isso, superar todo o aparato jurídico, institucional e social criado sob o olhar e para proteção, da psiquiatria clássica.

É sobre isso que trata este trabalho. Baseado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira e na perspectiva teórica da desinstitucionalização de filiação italiana, nos ocupamos de investigar as necessidades de saúde dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental e se o projeto institucional privilegia a sua satisfação.

No Brasil, o tema das necessidades de saúde no campo da saúde mental é recente. O levantamento bibliográfico, realizado na base de dados *LILACS*,

utilizando o descritor Saúde Mental e a palavra-chave Necessidades, apontou 47 estudos, entretanto, apenas sete tratavam das necessidades dos usuários como prioridade da assistência à saúde mental.

O levantamento realizado mostra que são escassos os estudos relativos à questão da organização dos serviços de saúde mental fundamentados na lógica da satisfação das necessidades de saúde da população de referência.

Três destes artigos são de revisão bibliográfica:

O primeiro baseia-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta³ (1979) para subsidiar a prática profissional da enfermagem relativa à saúde mental de crianças de zero a cinco anos, valorizando a importância das necessidades psicossociais para a saúde mental das crianças (Silva, Nóbrega, Silva, et al; 2004). Tais necessidades são definidas *a priori*, num sistema de complexificação pré-estabelecido;

O segundo buscou refletir sobre o trabalho do agente de nível médio da enfermagem, mediante a transição do modelo tradicional tecnicista para o psicossocial de satisfação das necessidades do usuário e aponta que é preciso rever os processos de formação do agente de nível médio da enfermagem, para que suas ações possam ser transformadas, baseadas no referencial de tecnologias leves (Zerbetto, Pereira, 2005);

O terceiro buscou uma compreensão das concepções teóricas e tendências de atuação que culminaram na Reforma Psiquiátrica brasileira, questionando os rumos da assistência à saúde mental, salientando que estamos num

³ Horta (1979): “a teoria das necessidades humanas básicas serve para orientar o trabalho da enfermagem avaliar as necessidades reais dos pacientes e planejar suas ações”.

período de transformação ideológicas, estruturais e políticas (Esperidião, Pereira, 2000).

Três artigos tratam dos saberes específicos da enfermagem, da terapia ocupacional e da fisioterapia, que consideram as necessidades de saúde como instrumentos de suas práticas:

O primeiro busca identificar os saberes e as práticas que auxiliam o trabalho da enfermagem, no Programa de Saúde da Família, a desenvolver ações que respondam às necessidades de atenção à saúde mental (Sousa, Ferreira Filha, Silva, 2004);

O segundo artigo procura apresentar algumas práticas da terapia ocupacional condizentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, por enfatizar a importância do tratamento e da inclusão social, condizente com a assistência comunitária. Para tanto, destaca uma experiência que vem sendo realizada em Botucatu- SP por uma organização não governamental. (Ribeiro, Oliveira, 2005);

O terceiro e último artigo propõe alternativas ao fisioterapeuta para o tratamento do doente mental, fundamentado nos novos modelo de atenção, que leva em consideração a vida dos usuários, enfatizando a atuação preventiva (Marinho, Miolo, 1998).

O último artigo encontrado é um relatório de estudo multicêntrico, realizado em seis países da América Latina, organizado pela Organização Panamericana de Saúde. Trata-se de um levantamento das necessidades da população idosa residente na zona urbana, tendo em vista as demandas futuras por serviços de saúde especializados e, pelo suporte social, para a crescente população de idosos (Ramos, Rosa, Oliveira, et al, 1993).

Há diversas concepções sobre o processo saúde-doença mental apontadas nos artigos levantados. Apesar de indicarem a importância da organização do serviço a partir das necessidades dos usuários, não está explícito a finalidade da ação de saúde, nem o objeto de intervenção. Isso é fundamental, pois estamos num processo de transformação de paradigma e construção de novas formas de intervir e pensar a saúde mental. Como partimos do pressuposto que para cada concepção do processo saúde-doença haverá uma determinada estratégia de intervenção, torna-se necessário a clareza sobre qual objeto se incidirá o trabalho e qual a finalidade da ação (Aranha e Silva, 2005).

Os artigos consultados indicam que é preciso adaptar as demandas crescentes da população às novas tecnologias, mas não problematizaram alguns temas importantes, tais como: a concepção adotada do processo saúde-doença; a quem responde a ação proposta; se as necessidades dos sujeitos são o guia dos processos de trabalho; se os direitos à cidadania das pessoas que possuem sofrimento psíquico estão sendo respeitados; se a ação de saúde produz respostas concretas na vida dos sujeitos, entre outros.

A complexidade atual da questão das *necessidades*, implícita na escassez de produção científica, é apontada por Stotz (2005) como resultado do tipo de funcionamento do sistema de saúde em uma sociedade capitalista:

Em razão das condições sociais e da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem tecnicamente ser definidas sem que, por isto, sejam sentidas (Stotz, 2005, p.2).

Isto posto, podemos afirmar, conforme Cecílio (2001) que o conceito das *necessidades de saúde* conforma-se como importante instrumento para ajudar os

“trabalhadores/ equipes/ serviços/ redes de serviços a fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam ‘cuidados de saúde’” (Cecílio, p.113), através da superação do saber hegemônico.

O presente estudo busca contribuir para fomentar e amadurecer as discussões relativas à efetivação da Reforma Psiquiátrica, problematizando o conceito de *necessidades de saúde* como instrumento para orientação do processo de trabalho e organização dos serviços. Entendemos que este seja um instrumento importante para a construção de práticas que superem de fato a lógica manicomial.

2 Objetivos da Pesquisa

Essa pesquisa tem como objetivos:

- Identificar o entendimento dos usuários do serviço de saúde mental eleito sobre as suas necessidades em saúde mental;
- Verificar, junto aos usuários do serviço, se tais necessidades são satisfeitas pelo serviço;
- Sistematizar as compreensões dos usuários de forma a contribuir para a organização das práticas no serviço.

3 Percurso Metodológico

3.1 Bases Conceituais

3.1.1 Necessidades de Saúde

Basaglia (1982) afirmava que o homem é determinado pela quantidade e qualidade de espaço que dispõe para expressar e satisfazer as necessidades de seu corpo e sua subjetividade, a qual é delimitada e definida por um corpo relacionado a outros corpos e outras subjetividades.

Isto porque o homem possui naturalmente necessidades (frio, fome, sede, etc) e formas (determinadas historicamente) para satisfazê-las. São elas que garantem a relação do homem com a natureza (para satisfação de tais necessidades) e foi isso que garantiu o desenvolvimento humano, uma vez que “as necessidades aparecem como aquilo que precisa ser necessariamente satisfeito para que esse ser continue sendo um ser” (Mendes Gonçalves, 1992, p. 9), ou seja, “necessidade significa ter como requisito sua satisfação em potência” (Campos, 2003, p.20).

Portanto, para viver o homem precisa necessariamente satisfazer suas necessidades e para tanto, relaciona-se com a natureza, direta ou indiretamente. Tais necessidades são sempre “necessidades de indivíduos, que como são sempre indivíduos sócio-historicamente determinados, isto é, que estão em relações sócio-históricas com outros indivíduos, são produzidas por essas relações e para essas relações” (Mendes Gonçalves, 1992, p. 20).

Heller (1986, p.170) define necessidade como “um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida em todo momento para certo objeto e que motiva a ação” e afirma que o indivíduo se move no mundo a partir de suas necessidades, para

encontrar formas de satisfazê-las e tal processo é determinado pelo lugar que ocupa o indivíduo na divisão social do trabalho.

O conceito de necessidade, segundo Heller (1986, p.82) trata-se de uma categoria objetiva, por se tratar de:

um determinado homem, de uma determinada classe, de uma determinada época, nasce em um sistema com uma determinada hierarquia de necessidades pré-constituída pelos costumes, pela moral das generalizações precedentes e, sobretudo, por todos os objetos de suas necessidades. A necessidade do indivíduo é aquela que ele reconhece e sente como tal, não há outras.

A autora divide as necessidades em dois tipos: as *necessidades existenciais, naturais* ou *necessárias* e as *necessidades propriamente humanas*.

As primeiras são ontologicamente primárias porque estão baseadas no instinto de auto-conservação, a manutenção da vida. São naturalmente necessárias, mas não são idênticas às dos outros animais porque mesmo para sua auto-conservação, necessitam de certas condições desnecessárias a eles. São, portanto socialmente, determinadas (Heller, 1986, p.31). São elas, entre outras, a necessidade de alimentar-se, a necessidade sexual, a necessidade de contato social.

As *necessidades propriamente humanas* têm como objetos os desejos e as intencionalidades dirigidas, aqui o impulso natural não desempenha papel algum. São elas, entre outros, o descanso superior ao necessário para reprodução da força de trabalho, uma atividade cultural, a amizade, a reflexão, etc (Heller, 1986, p.172).

Além destas duas, Heller (1986, p.172) afirma que o modo de produção atual criou as *necessidades humanas alienadas* como a necessidade de dinheiro, ou de poder. A autora explica que o sistema capitalista, mediante sua estrutura social, condena classes inteiras a lutar cotidianamente pela satisfação das necessidades

existenciais, o que fez com que as necessidades alienadas se tornassem as mais importantes. Tais necessidades possuem caráter quantitativo e seu processo de acumulação é praticamente infinito.

Ainda, segundo a autora (Heller, 1986, p. 43), Marx afirmava que a sociedade capitalista tem como finalidade da produção de riquezas, não a satisfação das necessidades, mas sim, a valorização do capital e, por isso, as respostas às necessidades só aparecem no mercado, sob a forma de mercadoria.

Conforme assinalou Basaglia (1982, p. 372):

Na lógica capitalista não existe mais uma resposta direta às necessidades dos homens (se não for exatamente aquela estabelecida pela regra da classe dominante) e o domínio se perpetua através da criação das necessidades artificiais que não podem ser satisfeitas.

Da forma de organização do modo de produção capitalista que objetiva a acumulação do capital em detrimento da satisfação das necessidades da população, decorre a primeira dificuldade relacionada à organização do trabalho em saúde em torno das necessidades da população, já que o modelo neoliberal consolidado cumpre mais a função de garantir a reprodução deste modo de produção, e menos a função de construir meios para garantir o desenvolvimento humano.

Ou seja, o modo de produção capitalista trata de tornar reconhecível como necessidades, somente aquelas que dizem respeito à classe dominante e que contribuem para a perpetuação da dominação existente e, por conseguinte, da acumulação de capital.

A produção de bens de consumo no capitalismo aumenta, quase infinitamente, provocando o aumento, paralelo, das necessidades de consumo de tais bens. Outra característica importante deste modo de produção é que, a partir da

produção dos bens, estes possuem a possibilidade de se tornar necessidades de qualquer estrato social, mesmo que os membros não possuam meios para satisfazer tal necessidade.

A divisão de classe social, do modo de produção capitalista, separa os homens em proprietários dos meios de produção e proprietários da força de trabalho, através da dominação político-ideológica dos primeiros sobre os segundos e da exploração econômica.

Chauí (1989, p. 90) explica que:

A classe que explora economicamente só poderá manter seus privilégios se dominar politicamente, dispondo de instrumentos para tal dominação. Tais instrumentos são dois: a ideologia e o Estado.

A autora ressalta ainda, que através do Estado, a classe dominante estrutura um aparelho de coerção e de repressão, que lhe permite exercer o poder sobre toda sociedade. A ideologia consiste no processo de universalização das idéias da classe dominante, como idéia de todos.

A racionalidade burguesa, na qual se baseiam nossa cultura e nossa organização social, apesar de enfatizar o indivíduo e sua liberdade estrutura-se, de fato, sobre a expropriação da individualidade, a partir do momento em que não são todas as necessidades que encontram respostas, mas somente aquelas que não interferem na organização social, restando ao indivíduo a incorporação delas como suas, já que são as necessidades e sua satisfação que garantem que o sujeito se constitua (Basaglia, 1982).

Mendes-Gonçalves (1992) explicou que todo trabalho possui uma intencionalidade que é através dela que se transformará o objeto eleito. Esta intencionalidade é orientada por uma necessidade social, a qual, para cada modo de

organização da sociedade implicará diferentes necessidades. Portanto, podemos afirmar que todo trabalho tem como finalidade última a “satisfação de necessidades estabelecidas na dinâmica social” (Mandu, Almeida, 1999, p.57).

Na nossa sociedade, as necessidades principais são aquelas relativas à acumulação de capital. Por isso, no campo da saúde a ação é voltada para o controle das doenças e à recuperação dos doentes. O que acarreta, mais uma vez a objetivação dos indivíduos e obstaculiza a plena expressão das suas necessidades.

Mendes-Gonçalves (1992, p.36) explica que:

O trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas ao redor de dois eixos: como forma de controlar a doenças em grande escala social relativamente ampla e efetiva, e como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas.

A questão da saúde mental, conforme Basaglia (2005, p.260), apresenta uma peculiaridade relativa ao lugar, nulo, dado aos sujeitos que sofrem psiquicamente:

Enquanto todas as necessidades da coletividade não adquirem a força de expressar-se como perguntas que exigem respostas, a loucura é encarada sob a mesma escala dos outros fenômenos. Enquanto se tratar de necessidades indiferenciadas, nas quais, razão e desrazão, loucura, delírio, violência, precariedade, crenças e ritos estão misturados e confundidos na penúria de uma existência vivida sob a ameaça da morte crua, da bestialidade, erro, pecado, culpa, degeneração, desregramento e vício serão juízos de valor a aproximarem todas as formas da desrazão.

O autor aponta ainda, que o trabalho da medicina, que deveria ser de mediação, para possibilitar a expressão e a satisfação das necessidades dos sujeitos, ao assumir a saúde como um valor absoluto, coloca a doença como um desvio da vida, um acidente, contribui para tornar as necessidades dos sujeitos indiferenciadas,

possibilitando a expressão somente daquelas que respondem à necessidade do capital (Basaglia, 1982)

Portanto, as ações que se constroem, tomando as necessidades de saúde como finalidade dos processos de trabalho, encontram um primeiro obstáculo, que é na própria função que a medicina cumpre na sociedade capitalista, na medida em que está submetida à ideologia dominante (Navarro, 1983).

Este autor demonstra a relação entre a ideologia burguesa e a ideologia médica através da concepção mecanicista adotada pela ciência médica, do processo saúde-doença, que qualifica a doença como causa do comportamento individual, deste modo a constituição de terapêuticas individuais, muito voltadas para a mudança de comportamentos e hábitos. Isso absolve a economia e a política de seu papel na constituição das doenças e responsabiliza o indivíduo por sua saúde (Navarro, 1983).

Conforme afirma Stotz (2005, p. 3):

As pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura. O sistema de saúde funciona, na sociedade capitalista, como forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde.

O modo de organização do sistema de saúde imposto pelo capitalismo, acaba por dissimular as necessidades da população, uma vez que preconiza a saúde como um bem mercantilizável, conforme assinala Stotz (2005, p. 3):

- a) As necessidades de saúde de grupos da população podem ser ignoradas, ocultadas ou reprimidas;
- b) Definir-se necessidades ‘por sobre a vida’ das pessoas de diferentes grupos sociais, o que pode acontecer ao se definir ‘necessidades básicas’ do ponto de vista técnico;
- c) A medicalização das necessidades de saúde, especialmente quando se considera que, em decorrência do aumento do desemprego, da miséria social e da violência, os profissionais de saúde devem atender uma demanda muito grande expressa

sob a forma de um sofrimento difuso que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça.

Isto posto, podemos supor que as respostas dadas pelos serviços de saúde estão aquém das reais necessidades da população. San-Martin (1988) afirma que nem sempre as necessidades resultam em demandas, e, por vezes, as demandas dizem mais respeito à disponibilidade de recursos que um serviço possui, do que a necessidade da população. O autor confere isso às questões organizativas dos serviços de saúde, tais como o planejamento das atividades, a desconexão entre população e serviço, entre outros.

As necessidades, segundo Cecílio (2001, p.116) são “travestidas” nas demandas que chegam aos serviços de saúde, ressalta que “em boa medida, são modeladas pela oferta que os serviços fazem”.

O salto qualitativo, da atenção à saúde da população, seria, então, a tradução de tais demandas na verdadeira necessidade insatisfeita que deu origem a ela. Nesse ponto, mais uma vez recorreremos ao Cecílio (2001), que ressalta a importância de uma escuta ativa, metódica e comprometida dos trabalhadores dos serviços, com as necessidades da população.

Especificamente ao campo da saúde mental, Basaglia (2005, p.261) qualificou o delírio como “expressão subjetiva do louco, o que carrega a gama de necessidades insatisfeitas, a espera de uma resposta concreta e efetiva”. O mesmo autor, ainda explicou que, ao ser etiquetada como doença, a loucura perdeu sua voz própria, “substituindo a concretude da realidade, da qual provém, pelo fantasma do símbolo” (Basaglia, 2005 p.297).

Ora, se as necessidades precisam ser “necessariamente satisfeitas”, os loucos são duplamente desfavorecidos: primeiro por se tratarem de pessoas pobres, pelo menos, a maioria dos que se fazem tratamento nos serviços públicos de saúde mental, portanto as únicas necessidades possíveis de satisfação são as artificiais; e, segundo porque o serviço responsável por seu tratamento não leva em consideração suas necessidades, já que, normalmente, se identificam com a norma estabelecida e têm função de manter a ordem.

O saber construído pela ciência positivista, a qual serve de base para o saber psiquiátrico exclui e condena o doente mental, na medida em que classifica cada ato como sintoma de uma doença previamente descrita e, para cada uma delas há uma determinada resposta, também previamente estabelecida, criando como respostas para a loucura, a caridade ou a punição.

Basaglia (2005) explicou que quando se pretende organizar um serviço de saúde mental, a dificuldade está em encontrar respostas concretas às demandas que emergem da realidade na qual se age. Nesse sentido pode incorrer-se em dois erros:

De um lado propor respostas que ultrapassam o nível da realidade em que se movem as necessidades, criando outras mediante a produção de novas realidades; de outro lado, o de aderência à realidade ser de tal ordem, que se proponham respostas encerradas na mesma lógica produtora do problema que se quer enfrentar (Basaglia, 2005, p.228).

Em ambos os casos as necessidades das pessoas não possuem possibilidades de expressão, já que os critérios são externos a elas. Considerando que para o louco só existe a possibilidade da doença, ou seja, essa é a única coisa que ele produz que encontra respostas concretas, dessa forma o serviço contribui para “dilatar o terreno da doença”. Não é à toa que na loucura, o indivíduo se torna cada

vez mais incapaz de conseguir pensar em sua vida além e independentemente de sua própria doença, já que só encontra espaço no mundo através da doença.

Basaglia (2005, p.231) afirmava que:

O que deve mudar, para que se possam transformar na prática as instituições e os serviços psiquiátricos, é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Ou seja, a primeira atitude necessária é que se reconheça que a estratégia, a finalidade primeira de toda ação, é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos.

3.2 Cenário do estudo

O serviço escolhido como cenário deste estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela sua aproximação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira e pela sua aproximação com a Universidade de São Paulo o que permitiu a inserção da pesquisadora no serviço e no projeto de geração de trabalho e renda do serviço.

Trata-se de um serviço aberto de atenção intensiva e cotidiana, destinado, especialmente, a pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes e suas famílias. Sua área de abrangência é a região administrativa da Subprefeitura de Pinheiros, formada por quatro distritos administrativos: Alto de Pinheiros, Pinheiros Itaim Bibi e Jardim Paulista. Perfazendo um total de 270.798 habitantes⁴.

O Distrito de Pinheiros caracteriza-se por alta incidência de idosos, alta renda, mais de 50% dos responsáveis pelos domicílios possui 15 anos ou mais de estudo, alto índice de desenvolvimento humano (IDH), grande oferta de emprego no setor de serviços, alta concentração de trabalhadores, quase a totalidade dos domicílios permanentes possuem água encanada, coleta de lixo e sistema de esgoto, a população moradora residente nas áreas de favela corresponde a 0,24% da população total, é a terceira região dos municípios com população em situação de rua (Meola, 2004, p.1).

⁴ Dados disponíveis em: <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp>. Sítio da Prefeitura de São Paulo em 17 de setembro de 2006

A Subprefeitura de Pinheiros possui uma escassa oferta de serviços públicos, contando apenas com uma unidade de PSF, um pronto socorro, um CAPSad, um CAPS Adulto, duas UBSs e dois centros de saúde do Estado (Meola, 2004, p.2).

O CAPS Itaim Bibi está localizado no Distrito Administrativo do Itaim Bibi tem responsabilidade sanitária por todo território da Subprefeitura de Pinheiros (Meola, 2004, p.1).

Tal serviço passou a ser um CAPS II a partir de outubro de 2002, após o cadastramento no Ministério da Saúde. Até então era um Hospital-Dia em Saúde Mental, o qual foi criado na gestão municipal de 1989-1992. O serviço era destinado a pessoas com transtornos mentais severos, em situação de crise, a permanência média dos usuários era de 45 a 90 dias, com posterior encaminhamento para outro nível de atenção (Meola, 2004, p.2).

Desde 2001, quando o gerenciamento do serviço voltou para Secretaria Municipal de Saúde, o projeto institucional passou a ser ancorado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, utilizando como referencial o trabalho interdisciplinar, grupal, psicodinâmico e com vistas à inclusão sócio cultural dos sujeitos e grupos sob sua responsabilidade, adultos e adolescentes (Meola, 2004).

Este serviço se organiza a partir das reuniões semanais de equipe e da assembléia geral de pacientes. Na reunião de equipe se discute questões relativas ao trabalho da equipe (construção do plano terapêutico, discussão de casos, questões relativas aos estágios, entre outros). A assembléia, espaço de participação coletiva de todos os trabalhadores do serviço, os usuários e os estagiários, também é semanal, onde são discutidas as questões relativas à construção do cotidiano do serviço

(construção de atividades, avaliação destas, participação em eventos, relacionamentos interpessoais, entre outros).

A partir da Cooperação Técnica celebrada entre a Área de Concentração de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e o Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi foi construído um projeto de supervisão semanal para a equipe de apoio (auxiliares de enfermagem, pessoal da limpeza, da copa e da vigilância).

O serviço possui ampla oferta de atividades internas e externas, realizadas por trabalhadores do CAPS ou através das parcerias construídas com outras entidades ou serviços.

Entre as atividades previstas na Portaria 336, que se relacionam com a oferta de cuidados mais estritamente clínicos, destacam-se os grupos de psicoterapia, de terapia ocupacional, de acompanhamento medicamentoso, atendimentos individuais e familiares e aqueles que visam a socialização e coletivização de experiências, como a meditação, o Liang Gong, a oficina de pintura, o Bom-dia, grupo de atividade física, oficina de beleza.

Entre as atividades externas, que caracterizam a iniciativa do serviço de construir a rede e explorar os recursos territoriais destacam-se: o treino de futebol, atividade preparatória para a Copa da Inclusão, realizada na APAE Itaim Bibi; a Oficina de Mitologia Grega, realizada na Biblioteca Municipal Alceu Amoroso Lima; a Terapia Comunitária realizada na Biblioteca Municipal Álvaro Guerra; a supervisão no Programa de Saúde da Família da Vila Madalena; o passeio semanal, e as Tardes Culturais.

As Tardes Culturais produziram, entre outras ações, o Grupo Cultural Cordão Carnavalesco BiBiTanTã, fundado em 13 de janeiro de 2006, por meio da parceria do Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi, Centro de Atenção Psicossocial Butantã, Centro de Convivência e Cooperativa Parque Previdência e mais recentemente a APAE Itaim, com a ONG Sambatá - que trabalha com samba e cidadania - e o Grupo Kolombolo diá Piratinga - grupo de resistência cultural e resgate do samba paulista (Gebrim, 2007).

Esta iniciativa:

está ancorada no projeto clínico, ético e político produzido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, em curso há trinta anos, onde os serviços de cuidados em saúde mental de base comunitária (e não hospitalar) têm por finalidade a inclusão sócio-cultural, a ampliação da autonomia e o exercício da cidadania da população atendida, junto à comunidade (Gebrim, 2007).

Os objetivos do projeto são:

- a. Fortalecer e difundir a cultura popular tradicional paulista, com ênfase no samba;
- b. Propiciar espaço de criação e expressão cultural para usuários dos serviços de saúde mental, familiares, profissionais e territórios envolvidos;
- c. Promover oportunidade de produção cultural coletiva e democrática, envolvendo todos participantes;
- d. Trabalhar a diversidade como possibilitadora da criatividade e beleza estética;
- e. Possibilitar, a todos participantes do Cordão e ao público em geral, vivências de alegria e de encontro, por meio desta manifestação cultural e do fazer coletivo (Meola, 2007).

A experiência agregadora do Cordão BibiTanTã em torno do campo da cultura, o acesso e a circulação por territórios externos e estranhos, fermentou e possibilitou a emergência de outras necessidades dos usuários e as novas respostas que o serviço pode agenciar como, por exemplo, a questão das atividades laborativas.

Daí nasceu o Projeto de Geração de Trabalho e Renda O Bar BiBiTanTã, no dia 24 de março de 2006.

O Projeto de Geração de Trabalho e Renda “O Bar BibiTanTã”

O Projeto de Geração de Trabalho e Renda O Bar BibiTanTã é resultado da discussão dos usuários, trabalhadores e parceiros do CAPS Itaim Bibi sobre o interesse e necessidade dos usuários desenvolverem uma atividade laborativa que produz renda.

Sua concretização é produto da Cooperação Técnica entre a Área Temática de Enfermagem em Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi e a Associação Franco Basaglia⁵. Construíram esta parceria por apostarem nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com o intuito de operar uma transformação, tanto no campo teórico da Universidade, como no campo prático do serviço, que vá ao encontro da produção concreta de novas possibilidades de vida e trabalho para as pessoas que possuem sofrimento psíquico.

Fazem parte dele quinze usuários e uma trabalhadora do serviço, uma aluna de pós-graduação, uma aluna de graduação e uma docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Por se tratar de um projeto de ampliação de possibilidades de vida a forma d'O Bar BibiTanTã se organizar reflete este pressuposto, na medida em que

⁵ A Associação Franco Basaglia, AFB, fundada em abril de 1989, é uma organização não governamental, que agrega técnicos, trabalhadores, estudantes, usuários e familiares de usuários de serviços de saúde mental públicos e privados, tem organizado e desenvolvido atividades de cunho científico, cultural e de sociabilidade. A iniciativa de buscar resposta na sociedade civil organizada para solucionar problemas de saúde mental da população foi pioneira no país e respondia a uma necessidade particular do CAPS Itapeva, mas resultou uma solução compartilhada, porque hoje existem associações de usuários e familiares distribuídas pelos vários Estados da Federação (Aranha e Silva, 1997, p. 54).

pretende ampliar o protagonismo dos usuários-trabalhadores, investindo em suas possibilidades e sempre ajudando a superar as dificuldades.

As reuniões semanais são o espaço de construção das atividades que serão realizadas. Nela são definidos os cardápios, a forma da decoração, as equipes de trabalho, a avaliação das atividades, o pagamento pelo trabalho realizado e tudo mais que for necessário para a organização e realização do evento contratado.

Além das questões práticas do trabalho, sempre aparecem outras relativas ao relacionamento entre os membros da equipe, as dificuldades de realizar determinada tarefa, o medo de realizar algo novo, como cozinhar um alimento ou servir em um lugar desconhecido, estas questões, entre outras, são discutidas nas reuniões, e também durante o trabalho quando aparecem concretamente as dificuldades e os limites dos usuários-trabalhadores.

Esse é o campo fértil que possibilitou a constituição de um grupo coeso que procura trabalhar de forma harmônica, respeitando as potencialidades e os limites de cada um, utilizando a diferença como fermento para as trocas de experiências, para a ampliação da autonomia dos sujeitos e produção de possibilidades concretas de inserção no meio social.

Os critérios para a participação no Projeto são:

- a) disponibilidade para participar das reuniões;
- b) vontade de trabalhar, isto é, o trabalho deve ser uma escolha,

um diferencial na vida e ser entendido como um direito de acesso a uma renda.

O Bar é contratado por evento. Com a estimativa do número de pessoas e a demanda do contratante, é realizado o orçamento que deve cobrir os custos e

pagar os usuários que trabalharão nele, o planejamento das atividades e o cardápio a ser servido.

Cada usuário recebe por hora trabalhada. O total de horas trabalhadas, por evento, é registrado no Livro de ponto. No final de cada evento soma-se o total de horas trabalhadas pelo conjunto dos usuários-trabalhadores e discrimina-se o total de horas trabalhadas por cada um individualmente. O valor da hora trabalhada é o resultado da divisão do total de horas de trabalho consumidas pelo conjunto dos trabalhadores pelo pagamento recebido, excluídos os custos e os 10% (dez por cento) que compõem o fundo de caixa do Projeto.

O pagamento se dá durante uma reunião do grupo, após uma discussão sobre as horas trabalhadas por cada usuário. Cada um precisa entender o total de remuneração a que tem direito e isso, muitas vezes, é motivo de discordância, o que torna indispensável este ritual de pagamento.

Nesta reunião o total de horas registradas individualmente no Livro de ponto é confrontado com o efetivo desenvolvimento das tarefas. Isto porque alguns trabalhadores sentem que há discrepâncias entre o que é registrado e o envolvimento real com a tarefa.

O Projeto é um *coletivo* que admite crises porque, mesmo na sua vigência, permite a participação dos trabalhadores nas atividades, possibilita que o sujeito fique junto ao grupo, entende as dificuldades e respeita seus limites, sustenta as regras construídas pelo grupo, mas aceitando e acolhendo o sujeito.

O Bar agrega pessoas muito diferentes, com necessidades diferentes, com diferentes graus de participação na vida e com diferentes formas de se relacionar com o Projeto. O envolvimento dos trabalhadores é tão forte que se reflete na forma

harmoniosa de execução do trabalho, ou seja, embora exista uma distribuição prévia de tarefas entre os membros da equipe, o grupo vai se reorganizando para garantir o êxito do evento e sustentar os momentos críticos. Na maioria das vezes esta reorganização das atividades se dá de forma solidária, cada um vai fazendo aquilo que precisa, pois se sente parte do processo, sente que é fundamental para que o Projeto exista.

Há um grande compromisso de todos os trabalhadores com o Projeto, e assim deve ser, para garantir a qualidade do serviço realizado, para que o Bar seja contratado pela competência, pela qualidade do produto oferecido, pela disposição em satisfazer o contratante, não pela benevolência ou por se tratar de um projeto de loucos.

É um compartilhar de sonhos diferentes, de ter um lugar próprio na vida, de ter um emprego, de ter dinheiro, de ter amigos, de aprimorar dotes, entre tantos outros, que encontram uma resposta concreta (por isso fazem parte dele) neste projeto de geração de renda.

Este Projeto, do qual a pesquisadora faz parte desde a inauguração e que permitiu uma relação mais aprofundada com os sujeitos da pesquisa, é o cenário do estudo. Tal relação permitiu um maior conhecimento das formas de viver dos sujeitos, das suas potencialidades e limites, um olhar mais ampliado para as entrevistas.

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo são os usuários do Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi que participam do Projeto de Geração de Trabalho e Renda O Bar BibiTanTã durante o período da coleta de dados. Todos foram convidados a participar durante uma reunião do Projeto. A pesquisa foi apresentada aos usuários e as dúvidas esclarecidas.

Alguns usuários não quiseram participar, alegando desconforto em ter que pensar na própria vida e na doença, falta de vontade de ter que responder às perguntas e dificuldade em entender do que tratava a pesquisa. Dois dos usuários não puderam participar, pois estavam num momento difícil de sua vida.

Vale ressaltar que durante a reunião um dos usuários, que não se dispôs a participar da entrevista, perguntou se isso atrapalharia a atuação da pesquisadora no Projeto. Foi esclarecido que apesar da inserção da pesquisadora ter sido um instrumento para garantir uma maior identificação entre entrevistador e entrevistado, a continuidade da mesma no projeto não estava vinculada à obrigatoriedade de participação na pesquisa.

Para colaborar com a pesquisa cada um assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi elaborado em duas vias, uma para o usuário e a outra para a pesquisadora (Anexo 1). Os participantes do estudo foram previamente esclarecidos de que seu anonimato seria garantido, através da identificação fictícia, que as entrevistas seriam gravadas e que poderiam desistir de

participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para si ou seu tratamento.

3.4 Instrumento, método de coleta e análise dos dados empíricos

Os aspectos éticos foram obedecidos de acordo com a Resolução Nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde - CNS que trata das Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos.

Primeiro foi solicitada a aprovação do Projeto de Pesquisa na Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo 2), após a aprovação nesta Comissão, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo 3), porque se trata de um serviço da rede municipal que exige a submissão a seu próprio comitê.

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa, em ambas Comissões de Ética, o mesmo foi apresentado na reunião técnica e na assembléia do Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi, para solicitar permissão para realizar a coleta de dados. Mediante o esclarecimento e aprovação, o Projeto foi apresentado na reunião d'O Bar BibiTanTã e os usuários foram convidados a participar das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas no espaço físico que O Bar ocupa no serviço, na presença somente do entrevistado e da pesquisadora. Foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e informado ao usuário que a entrevista seria gravada e posteriormente transcrita. Mediante assinatura do Termo realizou-se a entrevista.

Bourdieu (2003) ressalta que para o conhecimento das “*condições objetivas*” da situação que se pretende estudar torna-se necessário a construção de

uma relação de “*escuta ativa e metódica*”, a qual “associa a disponibilidade total em relação à pessoa interrogada e a submissão à singularidade de sua história particular” (Bourdieu, 2003, p.695).

Por isso optamos pela inserção da pesquisadora no serviço, de modo a garantir sua proximidade com o campo de estudo, primeiro, através do Programa de Aprimoramento ao Ensino - PAE, Fases I e II, obrigatório para os alunos da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, no qual participam de atividades de planejamento de disciplinas e ensino teórico-prático da graduação. E, depois, pela inserção no trabalho d’O Bar BibiTanTã.

Para compreender o entendimento sobre as necessidades de saúde da perspectiva dos usuários, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (Anexo 4).

A técnica da entrevista tem a vantagem de facilitar a obtenção de dados subjetivos, referentes às atitudes, valores e opiniões dos entrevistados. Minayo (2004) ressalta que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pois, a fala pode ser reveladora de condições estruturais, além da “magia” de transmitir as representações de grupos determinados, através de um porta-voz.

Trata-se de um processo de determinação sócio-histórica que caracteriza o indivíduo e o grupo social ao qual pertence, na medida em que a “fala contém um campo de expressão das relações e das lutas de sociais que ao mesmo tempo sofre os efeitos da luta e serve de instrumento e de material para sua comunicação” (Minayo, 2004, p.110). “Cada grupo social e cada momento histórico tem um repertório próprio e é inteiramente determinada pelas relações de produção e pela estrutura sócio-política” (Minayo, 2004, p.110).

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Bourdieu (2003) ressalta que a mesma disposição da entrevista deve estar presente durante a transcrição:

Rompendo com a ilusão espontaneísta do discurso que “fala por si só”, a transcrição joga deliberadamente com a pragmática da escrita, para orientar a atenção do leitor para os traços pertinentes que a percepção desarmada ou distraída do leitor deixaria escapar (Bourdieu, 2003, p.709).

Uma primeira avaliação do material coletado mostrou que o instrumento de coleta de dados dava ênfase para a questão da saúde, o que contradizia os pressupostos teóricos da pesquisa, que afirma que a norma não é a saúde, mas sim a vida. Portanto, tornou-se necessário um reencontro com os sujeitos da pesquisa para apresentar a *questão de número 07, do Item II, sobre as necessidades* (Anexo 4).

Para análise final dos dados utilizamos a técnica de Análise de Enunciação proposta por Bardin (1977). Tal técnica se adequa perfeitamente à entrevista semi-estruturada e consiste em um instrumento privilegiado de coleta de informações, por revelar as normas e valores que estruturam as narrativas dos indivíduos.

Segundo Bardin (1977) as características fundamentais da análise de enunciação são: “apoiar-se numa concepção de comunicação como processo e não como dado e, funcionar desviando-se das estruturas e dos elementos formais” Bardin (1977, p. 169).

Sua técnica de aproximação do sentido do discurso baseia-se em três níveis, segundo Minayo (2004, p.207-208):

- a) Análise sintática e paralingüística sobre as estruturas formais, este primeiro momento é o revelador do locutor, pois coloca em evidência o estilo;
- b) Análise lógica, que consiste na observação do encadeamento das proposições; e,
- c) Análise dos elementos formais atípicos, sua observação atenta revela as reais intenções do locutor, que podem estar mascaradas no discurso.

Portanto, a análise de enunciação, “através dos confrontos entre análise lógica, seqüencial, de estilo e dos elementos atípicos” (Minayo, 2004, p.208) desvenda o significado do discurso, evidenciando os conflitos e contradições que o permeiam.

O papel do pesquisador, na análise dos dados, é de orientar o olhar do leitor para desvendar as nuances entre a forma de produção social e o indivíduo, sem esquecer de levar em consideração que seus próprios pontos de vista estarão incluídos no processo de compreensão dos fenômenos, portanto trata-se de uma forma não definitiva nem única de entendimento da realidade (Minayo, 2004).

A análise das entrevistas foi um processo de aproximação das histórias de vida dos sujeitos e do contexto em que vivem, a partir de sua fala, pois partimos do pressuposto de que só o sujeito pode afirmar quais são suas necessidades. Pretendeu-se desvendar o que tais sujeitos entendem como fundamental para melhorar suas próprias vidas, diminuir seu sofrimento e ampliar suas possibilidades de inserção no mundo.

Coerente com a escolha metodológica, o enunciado extraído de cada uma das entrevistas realizadas é uma categoria empírica. Portanto, temos seis categorias, são elas:

- Caracterização da população entrevistada.

- Constituir-se sujeito para encontrar um lugar no mundo: o serviço como instrumento de resgate da subjetividade.
- Ter alguém para ajudar a reconstruir a vida: o serviço como instrumento para garantia dos direitos.
- Ter um lugar na família: o serviço como instrumento de resgate da rede familiar.
- Fazer parte de um grupo social: o serviço como instrumento de ampliação das possibilidades de vida.
- Poder trabalhar: o serviço como instrumento para a emancipação.

4 Análise e Discussão

4.1 Caracterização da população entrevistada

Tulipa é a mais velha do grupo de entrevistados, com 55 anos de idade, graduou-se em turismo, entretanto nunca exerceu a profissão. Não trabalha, mas informa que quando consegue, faz peças de tricot para vender, caracterizando esta atividade como extremamente eventual. Sua fonte de renda própria é a Lei Orgânica da Assistência Social que recebe. Mora com sua mãe, idosa, em casa própria. Não consegue afirmar o tempo exato de tratamento no CAPS, afirma ser mais de cinco anos, faz acompanhamento medicamentoso também no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas.

Girassol tem 30 anos de idade, é do sexo masculino, possui o segundo grau completo. Não trabalha e nem possui ocupação, sua fonte de renda é proveniente dos aluguéis de casas deixadas a ele, pelo pai já falecido. Entretanto esta é uma situação instável, pois o pai possuía outra família, que está reivindicando parte da herança deixada. Mora sozinho em casa própria, parte da herança deixada pelo pai, desde que sua mãe faleceu há dois anos. Passou a fazer tratamento no CAPS Itaim Bibi a partir do falecimento de sua mãe, por indicação de um psiquiatra.

Margarida é casada, possui dois filhos e um neto, moram todos juntos em uma casa alugada. Trabalhava em uma empresa de limpeza, atualmente está afastada, recebendo auxílio doença há um ano e oito meses, o marido também está afastado pela Caixa, os dois filhos trabalham. Ela tem o segundo grau incompleto, 46 anos de idade e faz tratamento no CAPS desde que foi afastada do serviço.

Cravo tem 39 anos, é separado, tem uma filha e mora com a mãe e dois irmãos, em uma casa alugada. Possui o segundo grau completo, faz trabalhos eventuais para a empresa onde o irmão trabalha e completa sua renda com o que ganha com o projeto O Bar Bibi-TanTã. Faz tratamento no CAPS Itaim há dois anos e meio.

Rosa tem 50 anos de idade, é casada, tem dois filhos, moram todos juntos numa casa alugada. Possui o terceiro grau incompleto, não trabalha, a renda da família é mantida pelo marido, que é porteiro e pelo filho que é designer gráfico. Faz tratamento no CAPS há dois anos e dois meses.

4.2 Constituir-se sujeito para encontrar um lugar no mundo: o serviço como instrumento de resgate da subjetividade

Os indivíduos constituem suas subjetividades através das relações estabelecidas com outros sujeitos e, segundo Basaglia (2005, p.260) através do espaço que possuem para expressar suas necessidades e satisfazê-las. Este processo fica prejudicado na vida das pessoas que possuem sofrimento psíquico. Em parte pela própria doença, que dificulta a inserção de tais indivíduos no meio social, e, em parte, pela pobreza das relações estabelecidas com estes indivíduos, já que têm todos seus atos interpretados como manifestação da doença.

Conforme a proposição de Heller (1986, p.30), a necessidade de Tulipa está no campo das *necessidades necessárias*. Esta flor está em busca de sua constituição como sujeito, para dessa forma poder se delimitar e diferenciar do meio externo.

É a flor mais velha do grupo e, talvez, seja a que mais sofreu com o processo de institucionalização da loucura, de despersonalização do sujeito e de identificação com a doença. Portanto, é por aí que o serviço deve iniciar sua relação com Tulipa.

Como o louco é constantemente remetido à sua doença, ou seja, o que sente, fala e pensa é sempre interpretado como um sintoma ou manifestação decorrente da dela, torna-se difícil encontrar um lugar no mundo. Só encontram espaço onde é permitido pela sociedade que a doença possa se manifestar, como num serviço de saúde mental. E isso se revela desconfortável e insuficiente para Tulipa. Ela

afirma que foi a ausência de lugares para se inserir e fazer parte que a levou a frequentar o CAPS Itaim:

Porque é o único lugar que eu posso ficar, sem ser hospital (tenta lembrar da palavra) sabe, o dia inteiro, internada. Aqui eu não tô internada, é hospital-dia. Mas... eu... tô aqui porque eu não tenho outro lugar para ir.

No CAPS parece encontrar um espaço onde consegue sentir-se parte integrante de um grupo. Tanto que participa ativamente de boa parte das atividades propostas pelo serviço, isso inclui a assembléia, grupo criado para pensar na organização do espaço interno:

Terapia de grupo, grupo de terapia ocupacional, assembléia, bom-dia na segunda-feira com a enfermeira, que mais (quebra) quinta-feira eu vim participar do, do, como chama (quebra) do jornal. Ah, e eu faço ginástica também com o médico.

Entretanto, afirma não ter saúde e que suas necessidades nunca são levadas em consideração:

Eu sinto que eu não tenho saúde nenhuma. Principalmente, porque aqui a gente fala um na cabeça do outro e quando chega em casa, a mamãe vira para mim e fala que as vozes são mentirosas. Que eu saiba eu não tenho saúde nenhuma da cabeça.

Não, só senti (que as necessidades haviam sido consideradas) quando a psicóloga me mandou para a unidade básica de saúde, para fazer terapia com a psicóloga de lá. (...) porque eu sou sozinha (risos) desde que eu entrei aqui.

O que nos leva a pensar em, pelo menos, duas coisas. O serviço é um lugar onde Tulipa pode construir sua subjetividade, mas é restrito. E, ela não encontra um lugar no mundo fora dele.

Dell'Acqua (s/d, p.55) discute que o fenômeno da existência sofrimento é extremamente complexo, portanto, os serviços precisam construir instrumentos

igualmente complexos, caso contrário, não poderão dar conta da totalidade do fenômeno.

O mesmo autor (s/d, p.53) problematiza que os serviços tradicionais costumam propor instrumentos de intervenção construídos *a priori*, independentemente da situação concreta a que deveriam responder. Por isso, afirma que tais serviços não dão conta da totalidade do fenômeno em questão, por isso o recortam de acordo com a competência da unidade de atenção e de seus trabalhadores.

O circuito psiquiátrico tradicional possui a característica de fragmentar as ações de saúde em diversos serviços, destinados a atenção à crise, à prevenção, ao tratamento de crônicos, à reabilitação, entre outros. Este tipo de organização contribui para a aniquilação da subjetividade dos indivíduos e impossibilita que estes se constituam como sujeitos, na medida em que suas necessidades ficam secundarizadas para atender às necessidades de organização dos serviços.

A superação dessa posição é a construção de serviços dinâmicos que construam seus instrumentos de intervenção e desenvolvam suas competências a partir das necessidades da população atendida, em toda sua complexidade.

Essa forma de se implicar com os sujeitos, de tomar para si a responsabilidade, não é trivial nem corriqueira, principalmente, porque ainda não é a forma hegemônica de pensar a organização dos serviços de saúde. Ao contrário, depende do esforço do serviço, em definir como finalidade de seu processo de trabalho, satisfação das necessidades e, só a partir, daí pensar em planejar as ações de saúde.

Dell'Acqua (s/d, p.62), aponta que cabe ao serviço “apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre”. Dessa maneira a fala do sujeito precisa ser qualificada, como o meio para reconhecimento.

Conforme afirma Goldberg (1996, p.56) a instituição deve ser um lugar onde a fala do sujeito pode manifestar-se plenamente, sem ser constantemente atrelada a uma lógica sintomatológica, onde a desordem, típica das pessoas que possuem grave sofrimento psíquico, não precisa ser eliminada. Ao contrário, ambos elementos são fundamentais para o encontro do serviço com o sujeito e para que este possa começar a dar significados para as situações de sua vida e, dessa forma, poder construir sua subjetividade.

O mesmo autor fala sobre uma “grande clínica”, na qual o técnico é deslocado de seu lugar reconhecido pelo modelo dominante, para “deslindar uma fala, na qual os mínimos detalhes podem construir chaves de sentido” (Goldberg, 1996, p.56), a relação técnico-usuário é definida por ele como um movimento de reconstrução das histórias de vida do usuário, que acontece através de “um tateamento por caminhos imprevisíveis, que, entretanto, pode subitamente esbarrar num sentido” (Goldberg, 1996, p.57).

A partir da experiência do trabalho desenvolvido em Trieste, ao longo dos anos, Dell'Acqua (s/d, p.73) passou a entender que o caminho que o serviço deve percorrer para constituir-se, de fato, como um espaço que promove a emancipação dos sujeitos, se trilha através da explicitação dos conflitos que vão aparecendo:

O programa terapêutico personalizado se materializa no trabalho sobre o conflito entre organização do serviço e o caráter concreto dos problemas postos pelo paciente (as suas ‘necessidades’). Aquilo que definimos flexibilidade, ou seja, a capacidade de determinar em cada situação as adequadas respostas operativas, não pode ser simplesmente definido pela organização do trabalho, pelas ‘disposições do serviço’. *A flexibilidade é*

possível através da tentativa contínua de trabalhar segundo um estilo coletivo, no qual cada um pode dar sua contribuição. A circulação das informações, a discussão dos problemas e das possíveis respostas, o amplo espaço referido ao confronto, através da reunião da equipe e das trocas constantes entre os operadores durante o turno de trabalho podem criar interesses e possibilidades de compreensão maiores, determinando o envolvimento do grupo nos problemas (Dell'Acqua, s/d, p.73, grifos nossos).

Por isso afirmamos que, o serviço de saúde mental deve organizar seu trabalho de modo a provocar o usuário a enfrentar condições cada vez mais complexas de escolhas, para o gerenciamento de suas vidas, o que, de fato, contribuirá para ampliação de sua autonomia.

Mesmo sem ainda poder validar o serviço como lugar de tratamento, Tulipa sabe dizer como suas necessidades podem ser atendidas:

Tendo alguém para conversar comigo, porque no Hospital das Clínicas eu não posso conversar com o médico porque minha mãe vai junto. Aqui eu não converso nem com a psicóloga, nem com a médica, que são as minhas referências. A única pessoa que me escutou, até agora, além de um médico do CAPS, foi a psicóloga da UBS.

E, que, o que precisa não é nada demais, apenas tudo que uma pessoa normal precisa:

Eu preciso trabalhar, preciso não brigar tanto com a minha mãe, porque ela tá doente e eu não posso tratar ela assim. Outro dia eu briguei com minha tia, eu não queria ter brigado, porque eu gosto dela, ela não gosta de mim, mas eu gosto dela. É tanta coisa, preciso de dinheiro, trabalhar para ganhar dinheiro. Que meus irmãos gostem de mim, mas eles não gostam. Tudo o que uma pessoa normal precisa.

Uma forma de ajudar Tulipa a constituir sua validação social, pode se dar através do que Kinoshita (2001) chama de construção do “poder contratual” dos sujeitos. Este autor afirma que as relações sociais são construídas a partir de valores

previamente estabelecidos para cada indivíduo, ou seja, a partir do que cada um tem para oferecer no campo social, o que denomina de poder contratual.

Kinoshita (2001) discute que no indivíduo louco tais valores são entendidos como negativos, pois:

- os bens dos loucos tornam-se suspeitos;
- as mensagens incompreensíveis;
- os afetos desnaturados (Kinoshita, 2001, p.55).

Por conseguinte, enquanto o doente só encontrar positividade na doença torna-se impossível sua introdução no mundo das trocas sociais. Kinoshita (2001, p.56) afirma ainda, que a contratualidade do usuário estará determinada por dois elementos básicos: o tipo de relação estabelecida entre profissionais e usuários, o que pode aumentar ou diminuir as possibilidades do segundo; e, pela capacidade que o serviço possui, ou não, em construir ações que modifiquem de fato as condições concretas de vidas dos seus usuários.

Para este autor tais questões são fundamentais, quando falamos sobre a construção, nos serviços de saúde mental, de sujeitos verdadeiramente autônomos, capazes de viver com os seus limites da melhor forma possível.

Tulipa precisa encontrar um lugar para ser acolhida, entendida e respeitada e por conta disso, provocada a pensar em suas ações e a transformar suas relações. O serviço lhe oferece atividades do campo clínico e do Projeto de geração de trabalho e renda.

Entretanto, Tulipa não qualifica o serviço oferecido como lugar de tratamento. Não consegue validar o outro, talvez porque não consiga se reconhecer como sujeito. Este é o desafio para o serviço, com relação a essa flor, ajudá-la a tornar possível a construção de sua subjetividade e dessa maneira fazer com que se

reconheça como sujeito. Promover a apropriação de sua vida e a significação de seus limites, e, fundamentalmente, poder desidentificar-se com a doença.

Quiçá, dessa forma terá a possibilidade de reconhecer e validar o outro e passar a perceber o serviço como um lugar de referência e de outras trocas, como, por exemplo, pertencer ao grupo dos trabalhadores do Bar BiBiTanTã.

4.3 Ter segurança para reconstruir a vida: o serviço como instrumento para garantia dos direitos

O que determinou que Girassol iniciasse um tratamento assíduo no CAPS Itaim foi a morte de sua mãe. Já havia feito tratamento em outros lugares, entretanto abandonava sempre, no máximo seguia tomando os medicamentos:

Eu comecei a freqüentar depois que minha mãe faleceu. Ela faleceu em 2003, dezembro e eu comecei em janeiro de 2004. E tô até agora. É que quando ela morreu, o médico me orientou a vir para cá. Eu já tinha tido outras internações (...) aí ele me orientou, que eu deveria, depois da morte da minha mãe, dar continuidade, que seria bom para mim. Foi aí que eu lembrei e comecei a vir pra cá.

Seu pai morreu alguns anos antes e, com o falecimento da mãe, o restante da família deixou de ter contato com ele. Dessa maneira, Girassol passou a viver sozinho, sem ninguém para ajudá-lo enfrentar as dificuldades da vida e compartilhar as alegrias:

É que quando a minha mãe morreu parece que acabou o sentido de minha vida. Porque a gente morava junto, então depois que ela morreu eu fiquei sozinho. Aí dá aquela impressão de que acabou ali. É estranho, porque parece que ela morreu e uma parte minha morreu junto. Me dá um desânimo, uma tristeza.

Para Girassol são duas as grandes questões em sua vida, a solidão e insegurança diante da efemeridade das coisas, o constante ter e não ter, que o deixa desconfiado com as pessoas e impossibilitado de resolver as questões materiais:

Eu precisava de alguém para me ajudar a resolver os meus problemas. Meus parentes não ligam, cada um fica no seu canto, não fedem nem cheiram e eu fico sozinho. É isso que eu sinto, não tenho apoio de ninguém, eu fico sozinho com os problemas e não sei como resolver, não sei o que eu faço e fica tudo parado, tudo para resolver e eu não sei o que fazer. Tá tudo acumulado. Eu preciso de alguém, só que não tem essa pessoa, é uma droga, e eu sou assim, não confio em advogado.

A fala de Girassol, repleta de reclamações generalizadas, de desconfiança e de desesperança, reflete um sujeito frágil, quase uma criança. Girassol teve uma vida repleta de instabilidades (no campo dos relacionamentos, das emoções e das condições materiais). Perdeu o pai ainda jovem e esta tinha outra família, sua mãe também possuía algum tipo de sofrimento psíquico, o que dificultava a relação entre ambos, a família sempre foi ausente.

Tal insegurança e fragilidade apontada por Girassol é uma característica muito peculiar das pessoas que sofrem psicologicamente, pois conforme Aranha e Silva (2003), possuem uma condição singular de:

Baixo grau de escolaridade, formação profissional precária, inserção preconceituosa no imaginário coletivo, habilidade intelectual restringida pelo uso de psicofármacos, relação familiar permeada pela desconfiança de sua capacidade produtiva, condição sócio econômica dependente, enfrenta situações dramáticas relacionadas à sua condição de ser humano constitutivamente fragilizado por um intenso transtorno (Aranha e Silva, 2003, p.61).

A necessidade que se apresenta no discurso de Girassol está no campo das *necessidades propriamente humanas*, dizem respeito à garantia dos direitos sociais, e, uma vez que não possui o amparo familiar necessário, cabe à sociedade assegurar a vida dessa flor, agenciar meios para poder viver (morar, alimentar-se) e consumir:

Essa pessoa que poderia me ajudar não existe, eu não sei onde ela tá, minha psicóloga falou que ajudava, mas me ajuda entre aspas, porque não tem como ela me ajudar assim, porque tem uma questão financeira, tem que ter dinheiro, então não tem como, tem coisas que quem tem que ver sou eu e eu não tenho de onde tirar, não tenho condições financeiras para arcar. Eu tenho as coisas e não tenho, tenho uma casa, tenho e não tenho, fica aquela sensação estranha, porque é meu entre aspas, não tem nada no meu nome, está tudo mal resolvido no inventário, na justiça. E eu não tenho como resolver isso, isso está desde a época da minha mãe,

porque ela foi tirada do inventário e ela também era doente e a gente ficava nessa situação amarrada. A gente tem e não tem nada, e ainda, quando eu vou receber os aluguéis eu nem acredito, dou graças a deus quando eles me pagam, porque não sei como a prefeitura já não foi lá, não penhorou. Não sei como eu ainda consigo ir sobrevivendo.

Tamanha dificuldade em resolver os problemas de sua própria vida e a esperança de encontrar alguém para dividir tal fardo convivem com a desconfiança que sente em relação ao outro.

Sua entrada no serviço possibilitou a criação de uma nova referência na vida. Por diversas vezes afirma que no CAPS encontrou novos motivos para continuar vivendo, pois foi acolhido, compreendido, aceito. No serviço sentiu que novamente fazia parte de algo e que, portanto, não estava mais completamente só:

Eu vindo pra cá, conversando com as pessoas, aí eu vejo que eu não tô sozinho. Que quando eu tô em casa dá aquela sensação de que eu tô só, que eu não tenho mais ninguém. Então, pelo menos quando eu venho para cá, me dá uma sensação, uma anestesia, não sei, eu esqueço um pouco dos problemas e eu tô no meio das pessoas e aí já me sinto um pouco melhor. Me dá um ânimo de continuar.

Pelo fato de como eu tô sem fazer nada da vida, nada literalmente. Só de pensar que na segunda eu tenho que vir para cá, eu tenho aquela rotina de segunda, terça, quarta, quinta, aí vai preenchendo um pouco o tempo, porque eu tô meio que sem (...) sem profissão, sem nada. A única maneira que encontrei para preencher meu tempo.

O CAPS Itaim Bibi cumpre, claramente, uma função de abrigo e acolhimento para Girassol que percebe que esta relação não é efêmera e sente-se seguro por isso. Foi a partir de sua inserção neste serviço e da possibilidade de fazer parte do coletivo institucional, que sua vida voltou a ter algum sentido, pois encontrou, novamente, com quem compartilhar as situações da vida.

Uma questão essencial para a construção do projeto terapêutico de Girassol é a falta de segurança em si e no outro, que se concretiza na questão do

inventário deixado pelo pai. A outra família constituída por ele reivindica sua parte na herança e por este motivo Girassol não consegue colocar a casa onde mora em seu nome.

Esse é um problema, ou uma *necessidade*, que demanda a intervenção e mediação do serviço, uma vez que Girassol sente-se impotente diante de uma situação que pode deixá-lo sem nenhuma fonte de renda, pois corre o risco de perder todo o patrimônio por não ter recursos internos e materiais para contratar os serviços de um advogado.

Os direitos de cidadania são uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, eixo em torno ao qual os serviços devem também produzir as ações de saúde. Tal responsabilidade consta das funções de um serviço comunitário de saúde mental e é coerente que no projeto terapêutico de Girassol esta *necessidade* seja contemplada e assumida com uma forma de promover sua emancipação e autonomia, o que faria com que o serviço cumprisse sua missão, conforme afirma Aranha e Silva (1997):

Como se trata de pessoas excluídas do processo de produção, cabe ao poder político (políticas públicas) em parceria com a sociedade civil organizada (trabalhadores da área, associação de usuários, interessados e agregados) a proposição de políticas de atenção à saúde mental que contemplem a necessidade dessa população, de inclusão no processo de produzir e consumir bens e que apontem pra a melhoria de sua qualidade de vida (Aranha e Silva, 1997, p. 113).

Neste sentido, o serviço que ocupa um lugar privilegiado na sua vida, tem potencialmente, a possibilidade de tornar-se o catalisador das ações necessárias para transformar a forma como ele responde e se relaciona com o mundo, para que ele possa entrar no jogo social com coisas para barganhar.

4.4 Ter um lugar na família: o serviço como instrumento de resgate da rede familiar

Margarida começou a frequentar o serviço porque ficou muito mal, precisou tirar licença do trabalho, mesmo sem querer, para iniciar o tratamento:

Porque eu fiquei mal. Eu só falava em suicídio. Tava trabalhando não sabia o que fazer no trabalho. Começava a trabalhar e logo parava e colocava a mão na cabeça, não sabia por onde começar. Escutava as pessoas falando de mim, me xingando. Eu ouvia muitas vozes, não dormia direito, muito ansiosa.

Depois que passou a frequentar o serviço ficou muito melhor, afirma que isso foi fundamental para sua vida:

Com todas essas atividades, a atenção, dos técnicos, até o pessoal da limpeza. São super atenciosos com a gente. Ajudam à gente bastante, em tudo.

Ela participa de boa parte das atividades propostas e, por isso, podemos afirmar o serviço consegue responder a algumas de suas *necessidades*:

Eu (participo) praticamente de todas. Todas que dá pra eu participar eu tô. Participo da pintura, dia de hoje (segunda-feira) do curso de fotografia no MAM, vou participar, às quartas-feiras do bem estar, tem o grupo com o médico, tem atividade física, participo do Bar, na segunda-feira de manhã participo do bom-dia. Tudo que dá para mim participar eu tô dentro (risos).

Há momentos em que se sente mal, mas parece estar aprendendo a lidar com os novos limites decorrentes da doença. O mais difícil, segundo ela, é fazer a família entender esse nova forma de Margarida estar no mundo:

Às vezes eu me sinto super bem. Mas às vezes eu me sinto vazia, me sinto outra pessoa, dá vontade de sumir. Às vezes fica pensando nas coisas que eu passei, se é realidade, ou se foi só

ilusão, fica só essa dúvida na mente. Não tenho vontade de fazer as coisas, quero ficar mais no canto, deitada. Mas mesmo quando tô deitada em casa, já dizem assim, tá doente, quer alguma coisa, o que é que você tem. Nem direito de ficar deitada, um pouco, eu não tenho, em casa. Eu fico por aqui e onde der para mim ir eu tô indo.

Melman (2001) aponta uma questão importante relativa à inabilidade da maioria das pessoas em lidar com comportamentos “estranhos e bizarros”. O autor afirma que:

Em geral, sabemos como nos comportar no trabalho, nas situações sociais corriqueiras, nos rituais religiosos, mas ninguém nos ensina a lidar com as doenças mentais, a não ser com modelos de rejeição ou indiferença (Melman, 2001, p.37).

Por conseguinte, entendemos como fundamental a intervenção do serviço nas relações entre os membros da família e a pessoa que sofre psiquicamente, de modo a possibilitar um melhor entendimento sobre a loucura, os limites decorrentes dela e, dessa forma, facilitar a construção de vínculos fortes de solidariedade, diminuindo o sofrimento, tão comum, decorrente da experiência do sofrimento psíquico.

É relevante considerar neste processo a representação acerca da loucura, presente entre os membros da família, pois tal fator determina boa parte do tipo de relação que será estabelecida. Melman (2001, p.37) afirma que os familiares gastam “muito tempo e energia pensando em como agir”.

Colvero, Ide e Rolim (2004, p.199) apontam que a “medicalização e institucionalização das ações sobre a doença mental”, modelo baseado na exclusão

do louco, marcaram o ideário da família acerca da convivência com um parente louco, o que dificulta grandemente o relacionamento familiar.

Um tema constante no discurso de Margarida é a relação familiar que ficou conturbada depois da doença. Em seu relato percebemos que não se sente como um membro ativo para a família, apesar de ser a principal provedora material. Daí decorre o sentimento de incompreensão e exclusão do espaço familiar.

Essa é a principal causa, atual, de sofrimento:

o que eu ganho é para por tudo dentro de casa, aí não sobra, isso me deixa angustiada.

Acho que eu precisaria ter compreensão em casa, parar de pagar aluguel, o sonho de todo mundo. Ter uma vida tranqüila. Porque em casa é mais assim, cada um cuida de si, não tem acordo entre si. Então é muita dívida, ninguém me escuta, diz que não adianta trabalhar para não ter direito a fazer as coisas. Só que eu penso de maneira diferente, eu acho que primeiro vamos acertar o que tá pendente para depois melhorar. Mas só eu penso dessa maneira, em casa. Então tem sempre aquela desavença, aquele contratempo, sempre tem um desentendimento.

Melman (2001) problematiza que a sociedade moderna dá à família um papel quase essencial na constituição dos indivíduos, supervalorizando o papel desempenhado por ela. De tal premissa origina a culpa e o sofrimento, característicos.

A família é o primeiro lugar de socialização de todos os indivíduos, é com ela que aprende a se relacionar e é a partir dela que irá tomar contato com o mundo. Portanto, torna-se fundamental para a construção da identidade do indivíduo. Para o doente mental essa relação fica atravessada por muita insegurança e sofrimento.

Segundo Melman (2001, p.19):

O adoecimento de um membro da família representa, em geral, um forte abalo. Para a maioria das pessoas a enfermidade

significa uma grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano. Muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir. Encarando as dificuldades, tentando explicar o aparecimento da doença, essas pessoas mergulham na turbulência de suas dúvidas e conflitos.

É possível para o serviço transformar as relações familiares, a partir da criação de alternativas para lidar com as questões, servindo-se de múltiplas estratégias, pode-se estimular experiências práticas que concretamente buscam novas formas de ver e viver a vida.

“O cuidado em relação aos familiares pode ajudá-los (os usuários) a sair da rigidez que o congelamento da identidade familiar produz, para que possam explorar formas inusitadas no mundo” (Melman, 2001, p.145). E no caso de Margarida essa questão é fundamental, pois ela assinala como essencial.

A intervenção terapêutica deve ampliar os horizontes para a família, alargando as possibilidades de trocas, além de garantir retaguarda, acolhimento e cuidado. Isso propiciará a construção de laços mais fortes e tornará mais leve a experiência de viver com um portador de sofrimento psíquico.

O mesmo autor afirma ainda que:

A presença de um transtorno mental grave faz com que os parentes mais próximos mergulhem num mar de dificuldades de toda natureza (...). Nem culpados, nem inocentes, nem vítimas. É possível sair do registro do julgamento e da dualidade, para além do “bem” e do “mal”. É possível escapar da necessidade de encontrar um responsável por todos os eventuais infortúnios da vida (Melman, 2001, p.142).

Colvero, Ide e Rolim (2004, p. 199) apontam ainda para o fato de que a família normalmente é excluída do cuidado do familiar doente, porque parte-se do pressuposto de que é nociva ao tratamento, uma vez que é ela a causadora do

sofrimento. Outras vezes é a própria família que se exclui deste cuidado por se sentir incapaz do cuidado, por não saber como agir ou pela sobrecarga física e emocional que esta experiência acarreta às pessoas envolvidas.

Ao nos debruçarmos neste discurso, foi tornando-se claro que além da dificuldade dessa família em lidar como a nova Margarida, há também uma *necessidade* dessa flor, relacionada ao sentimento de não fazer parte deste grupo, de ocupar seu lugar de mãe, esposa e provedora.

Chama atenção a quantidade e intensidade de oferta de cuidados oferecidos e aceitos por Margarida, O Bar BiBiTanTã, inclusive. Entretanto, resta uma aparente incapacidade pessoal de tomar posse de seu lugar na família.

Por isso é importante que o serviço investigue e ouça mais atentamente as associações feitas por ela. Os dispositivos de atenção e cuidados com familiares são inúmeros e o CAPS Itaim dispõe, entre outros, de atendimento familiar nuclear, da Terapia Comunitária. Margarida e seus familiares, com a ajuda do serviço poderiam desvendar tal mistério, num processo de re-significação da doença e apropriação da vida.

4.5 Ocupar outro lugar no mundo: o serviço como instrumento de ampliação das possibilidades de vida

Os motivos que levaram Cravo a freqüentar o serviço, aparentemente, não dizem respeito à modalidade de atendimento realizado pelo CAPS Itaim Bibi:

Eu vim aqui na necessidade de deixar de beber. Eu tinha o vício de beber, bebida e eu sentia também uma forte dor de cabeça do acidente que tive de moto.

No decorrer da entrevista, vão ficando claros os motivos que o levaram a iniciar tratamento neste CAPS. Afirmar ter grande dificuldade para se relacionar com as pessoas, familiares ou não. Sempre foi muito isolado e associa este fato ao uso abusivo de álcool. Informa, sem dar muita importância, que o diagnóstico que deram a ele foi de esquizofrenia. Mas o que julga como fonte de sofrimento é a dificuldade em relacionar-se com as pessoas, resultando na intensa solidão que marca toda sua história de vida:

(...) eu me sentia muito só.
Eu sentia muita solidão, me sentia muito isolado.

Afirmar que desde que começou a freqüentar o serviço está se gostando mais, sua auto-estima melhorou, está mais aberto a relações e passou a fazer parte de diferentes grupos, o que o deixa muito satisfeito.

Hoje consegue se relacionar melhor com a família, com os outros usuários do CAPS Itaim Bibi, sente-se acolhido pelo grupo do O Bar BibiTanTã e gosta muito do que lhe proporciona o projeto, pois além do pagamento que recebe por evento, conhece lugares e pessoas diferentes, aprende a realizar novas atividades:

(...) hoje em dia não, hoje em dia eu tô mais comunicativo, não tô me fechando, tô aberto agora, tô mais ativo com as coisas, com as conversas, com as atividades, tô melhorando bastante. Tô gostando das companhias que tô tendo. Tô vendo que

eu tô melhorando bastante, tô podendo comunicar mais e melhor, com as pessoas e isso tá me trazendo alegria. Tô acabando, quer dizer, já acabou, aquele espaço de solidão e isolamento, já acabou. O tratamento me ajuda bastante com isso.

O tratamento tem possibilitado a Cravo uma expansão de seus limites.

Hoje consegue fazer muitas coisas, além da experiência da doença. Passou a fazer parte delas devido sua vontade e não por ser doente. Pode começar a inventar mais coisas para sua vida e, principalmente, sentir-se ocupando um outro lugar no mundo:

(...) na minha casa tá ficando um ambiente familiar melhor, mais sossegado, mais comunicativo, mais saudável. Meu relacionamento dentro de casa tem tido poucas brigas, essas coisas não têm acontecido, a gente tá se falando mais e melhor, um tá participando mais do outro, na família. Isso era uma coisa que me preocupava antes, antes de eu vir pra cá. Que eu tinha problemas em casa de convivência, a convivência diária, o cotidiano. Eu tinha problemas em casa, tanto como fora de casa, eu tinha esses problemas, que eu era muito fechado, não gostava de conversar com as pessoas, eu era muito introvertido.

(...) eu não tô ficando tão jogado, que era o meu medo, de ficar largado, a miséria, a pobreza, que nem pessoas que ficam na sarjeta, tinha muito medo disso, que eu tô envelhecendo, tô ficando com uma certa idade que as coisas vão ficando difíceis.

Cravo aponta um avanço grande em sua vida, uma mudança qualitativa importante nos relacionamentos, por isso agora não teme mais ficar só. Parece que agora sobrou espaço para confiar nas pessoas, porque pode confiar em si.

Reflete sobre o envelhecimento e como cada vez mais fica difícil o retorno ao mercado de trabalho. Por vezes afirma grande interesse em trabalhar, entretanto, não se sente seguro para procurar emprego e iniciar uma atividade laborativa independente:

Mas eu queria uma conciliação entre o emprego e o CAPS aqui, que queria ter um emprego e queria uma convivência aqui no CAPS, continuar o tratamento.

A criação O Bar Bibi-TanTã foi essencial para Cravo, pois acredita que nesse Projeto pode conciliar o trabalho com o tratamento:

(...) essa coisa do “O Bar” foi uma coisa muito especial que me aconteceu, gosto de todos o pessoal, a turma, eles estão me ensinando muita coisa, graças a Deus eu tô me enquadrando bem, tô podendo ser útil. Meu comportamento para mim tá sendo benigno, porque eu sinto uma paz interior, tranquilidade.

(..) Me trás serenidade no tratamento.

A *necessidade* que Cravo apresenta para o serviço é a de se incluir no jogo social, por meio do trabalho. Com a criação do O Bar BibiTanTã, essa necessidade está sendo satisfeita. Hoje percebe que há um mundo muito maior à sua volta, a doença perdeu o valor negativo e suas possibilidades foram ampliadas. Não se trata mais de um indivíduo doente, mas de um cidadão com possibilidades e limites (determinados pela vida), que pode realizar muitas outras coisas.

Ele afirma que uma das funções do trabalho é possibilitar condições materiais para poder consumir coisas e ajudar a renda familiar. Mas, em seu discurso aparece uma outra dimensão do trabalho, que é a da sociabilidade (Aranha e Silva, 1997). Nos parece, que essa é principal diferença que o projeto faz em sua vida, possibilitar e ampliar a sociabilidade, como a dimensão do trabalho que o coloca no lugar onde se reconhece e é reconhecido, tem saberes que são compartilhados, aprende, se expõe e concretiza produtos que têm valor:

Eu tenho, aqui, O Bar, para me dedicar, que foi uma coisa muito boa que me aconteceu, eu não ganho lá essas coisas, mas o pouco que eu ganho, já me deixa contente, dá para mim passear ou fazer qualquer coisa, não precisa ser muito. Já tô recebendo muito mais, de cabeça tranqüila, com essa situação de estar trabalhando num lugar bom.

O grupo de amigos (do Bar) que eu participo também me trás tranquilidade, porque é um pessoal diferente, um pessoal culto, pessoal alegre de conversar, sempre tem assunto útil para conversar. Quero dizer, eu não tô meio perdido com esse

peçoal. Fora os lugares, aí fora, que a gente sai para conhecer, aprende um pouco mais do que é a nossa história.

Saraceno (1999, p.126) afirma que:

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

O projeto O Bar BibiTanTã é um instrumento criado com a finalidade de inclusão social, emancipação e autonomia. É um projeto individual de Cravo, poder encontrar outras formas mais ricas de se inserir mundo e é um projeto coletivo do serviço e seu parceiro, para viabilizar essa empreitada de transformar a vida de seus usuários.

É na fala de Cravo que fica mais evidente o papel de auto-realização, de sociabilização que o projeto de geração de renda cumpre na vida dos usuários-trabalhadores.

Parece-nos que ao ter a possibilidade de trabalhar, Cravo passou a se valorizar mais, a se enxergar como um sujeito. Essa mudança foi essencial na vida dessa flor, com certeza hoje consegue exalar um perfume mais forte e suas pétalas estão muito mais viçosas.

4.6 Poder trabalhar: o serviço como instrumento para a emancipação

Rosa tem depressão há mais de dez anos, por isso fazia acompanhamento psiquiátrico com tratamento medicamentoso em uma unidade básica de saúde. Há dois anos foi necessário seu encaminhamento para o CAPS Itaim Bibi porque a situação se agravou:

(...)bom, eu tenho depressão há dez anos só que quando eu fiquei doente eu não sabia o que era depressão. Aí eu fiquei na cama, não queria tomar banho, pentear cabelo.

O CAPS Itaim oferece, além da consulta médica e dos grupos de psicoterapia, atividades que buscam a coletivização e trocas de experiências, que Rosa reconhece como o motivo pelo qual melhorou bastante, restando apenas alguns momentos de recaídas:

eu faço jornal, as quintas, participo da beleza e faço a ginástica com o psiquiatra e agora o Liang Gong com a psicóloga.

Eu acho que não (tenho saúde) completa porque as minhas recaídas, eu tenho, mas assim de dois dias. A minha recaída é assim eu fico só chorando, não sou agressiva, só choro, fico só angustiada.

Esta nova forma de lidar com a doença a fez perceber que não gosta de ficar só por muito tempo, que isso faz muito mal a ela, ensinou-lhe seus limites e a manejar as recaídas de uma forma mais leve. No serviço há muitos espaço de trocas, o que a deixa segura:

Eu acho que eu não devo ficar sozinha, tenho que estar em grupo, participar de ficar em grupo com as pessoas, dialogar.

A família representa um papel fundamental em sua vida, participa do tratamento, demonstra respeito aos seus medos e dificuldades e lhe oferece apoio. Mas, principalmente, porque o seu lugar de mãe, esposa e dona de casa, permanecem inabalados. Isso é motivo de orgulho para ela.

De todos os usuários entrevistados, aparentemente, a vida de Rosa é a menos comprometida pela doença. É a que parece estar mais inserida no mundo familiar, por isso pode falar que já possui aquilo que julga importante para si:

Casa própria eu tenho, mas não é aqui, tenho dois filhos com saúde, meu marido trabalha, meus dois filhos também. Então o que eu quero mais?

Pensar no projeto terapêutico dessa flor, portanto, é diferente dos outros, pois tem um grau maior de autonomia e isso torna suas *necessidades* mais complexas. Sujeitos como ela correm o risco de não ter espaço nos serviços de saúde mental, pois os casos mais exuberantes normalmente tomam muito tempo dos trabalhadores e, aparentemente, essas pessoas não têm muito mais o que receber do serviço.

Entretanto, a perda causada pela doença foi relativa ao lugar do trabalho. Sempre foi dona-de-casa, mas em determinada fase da vida entendeu que seria importante ter uma ocupação para ajudar a renda familiar e para se sentir mais útil. Com muito esforço montou um pequeno comércio no quintal de casa, que chegou a crescer um pouco. Não por coincidência, nessa época a depressão agravou e ela passou a freqüentar o CAPS:

Se eu abrir meu comércio eu fico muito realizada, que foi uma coisa que eu abri com tanto sacrifício e fechei por causa da doença, porque eu me estressei, não dei mais conta, surtei.

Ao adoecer precisou deixar de trabalhar. O projeto de geração de renda deu a Rosa a oportunidade de se re-encontrar com seus talentos, tornando possível pensar, novamente, na retomada de seu antigo projeto de ter negócio próprio:

No O Bar eu tô me sentindo realizada, porque minha área é comércio, já é um estímulo para o meu outro (negócio).

É uma pessoa que possui um poder contratual importante com a família, ela mesma pode negociar com o filho a insegurança que este possui da mãe voltar a trabalhar:

Meu filho não quer que eu abra meu negócio, deus vai por na cabeça dele que eu preciso trabalhar, eu me sinto bem, eu me dou bem com o público, acho que trabalhar preenche minha cabeça, eu sou uma pessoa que não posso estar parada.

Esse trabalho seria, também, sua realização como mãe:

Minha filha tá fazendo cursinho e eu preciso ajudar a pagar, porque ela quer ser médica, como a gente não tem essas condições, eu trabalhando ajudo ela a pagar o cursinho e a faculdade dela. Eu quero realizar o sonho dela, que eu fico feliz também.

O trabalho é uma questão importante para Rosa, bem como para uma parcela de usuários dos serviços de saúde mental, conforme afirma Aranha e Silva (1997, p.13):

o exercício de uma atividade produtiva, associado a um tratamento, amplia seu potencial de relação intersubjetiva, altera o rigor com que julga sua auto-imagem, interfere e modifica a trama da rede familiar nuclear, além de alterar a qualidade da convivência no seu meio social mais próximo com parentes e vizinhos.

Entretanto as pessoas que sofrem psiquicamente “necessitam de um suporte diferenciado para desenvolver a contento suas atividades, mas em geral, têm

dificuldades para encontrar condições postas socialmente para esse fim” (Aranha e Silva, 1997, p.114).

Barros (1994, p.102) define que o trabalho promovido pelo serviço tem a dupla função de:

A ativação do potencial humano e de qualificação da imagem de quem adoece, dando ênfase naquilo que a pessoa pode fazer (contra um destino quase sempre presente de improdutividade da pessoa que entra no circuito assistencial). E de reunir um conjunto de recursos da sociedade, criando vantagens sociais para pessoas que se encontram em condição de desvantagem.

O cenário atual da Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental favorecem a construção de experiências como esta, do O Bar BibiTanTã, que pretendem dar garantias materiais concretas, para a reinserção social dos indivíduos com amplas desvantagens.

Segundo Delgado (2005, p.16) o movimento de Reforma Psiquiátrica diz respeito à transformação, cotidiana e permanente, do lugar social da loucura. Entendendo como essencial a criação de formas concretas para a inserção no mundo das trocas, das pessoas que sofrem psiquicamente. Um instrumento eficaz, assinala o autor, é a criação das oficinas de geração de renda, a inclusão social pelo trabalho e as cooperativas.

A inserção no mercado de trabalho é um problema permanente na vida de muitos usuários dos serviços de saúde mental. Normalmente tratam-se de pessoas frágeis, com poucos recursos familiares ou sociais, que além disso possuem um sofrimento que causa muitas limitações, portanto são pessoas desfavorecidas duplamente, pela doença e pela sociedade que as exclui.

Por isso, é uma função importante do Estado, da sociedade civil e do serviço, tal como vem acontecendo no CAPS Itaim Bibi, criar projetos que, ao

mesmo tempo, protejam os sujeitos mais frágeis, mas que proporcionem verdadeiras situações de trocas sociais, para, dessa forma, provocar a construção de cidadãos que têm possibilidades de inserção no jogo social.

Na psiquiatria clássica, no Tratamento Moral, inaugurado por Pinel no final do século XIX, o trabalho era entendido como um método educativo, um instrumento de organização do espaço manicomial e aquisição de responsabilidade para o usuário, por sua finalidade disciplinar. Essa é uma concepção de trabalho como uma forma de tratamento.

A essa idéia subjaz a compreensão de que o tempo ocioso propicia os pensamentos ruins, a vadiagem, a malandragem, e, por isso, é importante afastar os pensamentos mórbidos e preencher o tempo livre com atividades para evitar a ociosidade. O trabalho, portanto serve para preencher o tempo, tem finalidade em si mesmo.

Segundo Aranha e Silva (1997, p. 46), a partir da década de 1980 iniciam-se movimentos de contestação da relação trabalho/ tratamento. Segmentos importantes dos trabalhadores dos serviços, comprometidos com o cuidado dos usuários, baseado nos direitos e cidadania, passam a entender esta premissa como produtora de alienação.

A partir daí torna-se possível um olhar ampliado para a questão da atividade laborativa, como um instrumento do processo de trabalho da saúde mental que tem como finalidade ampliar as possibilidades de vida dos sujeitos, ou seja, um meio para aquisição de mais autonomia e capacidade de gerenciar a própria vida.

Saraceno (1999, p. 126) aponta uma questão importante sobre a função do trabalho para os usuários dos serviços de saúde mental:

O trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas pode ser na realidade uma forma ulterior de norma e contenção, de restrição do campo existencial. O trabalho entendido como “inserção laborativa”, pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo de interesses, das necessidades, dos desejos.

Aqui defendemos a parceria da economia solidária com a saúde mental, como uma forma de abrir importantes mecanismos de inclusão social. Por isso torna-se essencial a construção de aparatos legais e de experiências práticas de trabalho protegido, que venham garantir a inserção verdadeira destes indivíduos no mundo do trabalho.

Essa discussão, fundamental para a inclusão social, segundo Nicácio (2005, p. 77) tem origem na questão da afirmação dos direitos à cidadania, das pessoas portadoras de transtornos mentais. E ganha um novo horizonte, a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 353, de 07 de março de 2005. Conforme ressalta Aranha e Silva (1997, p. 113):

A situação atual, relativa ao trabalho, para a população usuária dos serviços de saúde mental, não se contrapõe à sua situação nos primórdios da história da assistência psiquiátrica. Desde sempre, e, até hoje, estes indivíduos são excluídos do mundo do trabalho. Entretanto, hoje ele ocupa, junto com uma parcela relevante da população, o lugar de excluído do mercado de trabalho, já que o estágio atual do neoliberalismo deixa totalmente à margem boa parcela da população, sem chance de inserção, a não ser, via o mercado informal.

Nicácio (2005, p. 77) problematiza que:

Podemos pensar a reforma a partir de diversas dimensões, dentre as quais a afirmação do direito de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Essa proposição de reforma exige uma profunda transformação da relação de tutela e coloca em cena uma nova forma de compreender a problemática da loucura (...). Considero que é fundamental pensar a discussão do direito ao trabalho inscrita nos processos de construção de direitos.

A parceria entre a saúde mental e a economia solidária constitui um desafio para o CAPS Itaim Bibi superar o instrumento (O Bar) já operado institucionalmente.

5 Síntese: As necessidades de saúde e seu devir instrumento da Reforma Psiquiátrica brasileira

Esta pesquisa entende o conceito de *necessidade* como aquilo que faz o ser humano se movimentar no mundo, aquilo que é responsável por suas escolhas e intencionalidades. Só a satisfação de uma dada necessidade permitirá que ela se complexifique e só o sujeito pode afirmar do que se tratam suas necessidades e o que fazer para satisfazê-las.

Uma forma de apreender as *necessidades* é indagando diretamente aos sujeitos o que precisam para viver melhor, tal como realizado nessa pesquisa. Entretanto, a experiência brasileira e a italiana ensinam que, na medida em que o trabalhador de saúde se dispõe a conhecer a história do sujeito, consciente do seu processo histórico de segregação e de subordinação ao saber psiquiátrico, torna explícita a sua situação de exclusão.

Tal atitude – do trabalhador e do serviço - garante o espaço para o surgimento do sujeito e de sua forma de estar no mundo e é o caminho da reconstrução das necessidades singulares, mascaradas em forma de demandas que chegam aos serviços. Este caminho só pode ser alcançado com o árduo trabalho da equipe, de comprometimento com a população atendida. Portanto, as práticas verdadeiramente transformadoras que procuram criar novas possibilidades de vida para os usuários dos serviços, devem necessariamente organizar seu trabalho para promover a identificação das *necessidades* das pessoas e a criação de respostas concretas para elas.

Ao longo do processo de análise das entrevistas fomos descobrindo que a referência à doença, ou a *necessidade* de intervenção diretamente nela, não aparece

como fundamental. O que os usuários declaram são *necessidades* relacionadas à dificuldade de constituir-se sujeito para encontrar um lugar no mundo, ter alguém para ajudar a reconstruir a vida, ter um lugar na família, fazer parte de um grupo social e poder trabalhar.

São estas as causas do seu sofrimento, ou *suas necessidades*. É no plano da vida concreta e cotidiana que encontramos os problemas que necessitam de intervenção.

Os resultados deste estudo mostram, e não as normativas ministeriais, que é a experiência concreta que convoca o serviço para ser um instrumento de resgate da subjetividade, de garantia dos direitos, de resgate da rede familiar, de ampliação das possibilidades de vida e emancipação.

Isto porque os achados também indicam que o CAPS Itaim responde às *necessidades propriamente humanas* dos participantes da pesquisa relacionadas à possibilidade de ocupar o lugar de quem pode fazer algo que tem valor e não o de incapaz, de expandir seus limites pessoais quando tem acesso a lugares e eventos que antes não tinham, de ter abrigo e acolhimento, ter cuidados para a reconstituição e resignificação do processo saúde-doença. No campo das *necessidades alienadas* o CAPS promove a sociabilidade, dimensão social conquistada quando o usuário trabalha e tem reconhecido e atualizado seus talentos no Projeto de Geração de Trabalho e Renda.

Segundo os resultados, falta ao serviço buscar, em conjunto com os usuários, agenciamentos para as suas *necessidades propriamente humanas* de acesso aos direitos individuais e sociais e de mediação com o núcleo familiar. Finalmente,

existe uma parcela desta população pesquisada que ainda nem reconhece o serviço como um lugar de cuidados ou possibilidades de trocas sociais.

Este lugar aparentemente paradoxal ocupado pelo serviço - responder a dadas necessidades e não ser reconhecido como um lugar de referência para satisfazê-las – pode indicar duas situações: o projeto institucional não se desenha explicitamente a partir das necessidades dos usuários, portanto, não é reconhecido como tal e/ou traduz a própria contradição que estas pessoas experimentam no curso da vida: são e não são, pela positividade e pela negatividade - são algo incompreensível, porém codificável; são incapazes, porém julgados por suas dificuldades; são temíveis e perigosos, porém são infantilizados.

Nestas narrativas, o que sobressai é o gigantesco esforço a ser empreendido no projeto de desidentificação com a doença, que vale para os usuários e para a orientação do projeto institucional.

Afirmamos, após essa análise, que o usuário fala sobre sua vida e aponta as questões que lhe causam sofrimento quando encontra espaço para ser escutado, acolhido e respeitado na sua diferença. Com a análise das entrevistas foi tornando-se claro o que Basaglia (2005) quis dizer quando afirmava que a psiquiatria deve colocar a doença entre parênteses para dessa maneira poder olhar a pessoa que porta dado sofrimento psíquico.

A análise revela um objeto complexo e frágil. Tal complexidade e fragilidade não aparecem associadas exclusivamente à experiência da doença, mas em parte, pela dificuldade de uma parcela hegemônica da sociedade em aceitar a diferença e criar, a partir dela, respostas concretas para inclusão dessas pessoas no mundo do trabalho, da cultura, da educação, das relações de troca.

Este estudo foi realizado com os trabalhadores de um projeto de geração de trabalho e renda. Na análise das entrevistas torna-se claro a importância do trabalho na vida dos sujeitos. Para cada um há um significado diferente, entretanto, para todos essa questão é vista como um instrumento para construção de cidadania e emancipação.

Seremos pretensiosas, mas amparadas pelo resultado desta pesquisa e pela convivência diária com os usuários-trabalhadores, em afirmar que O Bar BibiTanTã ampliou o repertório de vida das pessoas inseridas nele, portanto, conforma-se como um importante instrumento, a ser aperfeiçoado, da Reforma Psiquiátrica.

Esta experiência provocou um fortalecimento pessoal e coletivo (usuários-trabalhadores, técnica, docente e alunas), possibilitando um olhar diferente para si, uma maior compreensão da vida, a criação de novos sonhos e de novas necessidades além do sentimento de solidariedade e respeito entre os companheiros.

Por isso, no meio do caminho tornou-se imperioso abordar o tema da economia solidária. Inspirados na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana e nas experiências de geração de renda existentes no Brasil, avaliamos que a economia solidária pode ser um instrumento da Reforma Psiquiátrica brasileira para responder à *necessidade* de inserção dos usuários dos serviços de saúde mental no mundo do trabalho.

Segundo Delgado (2005, p. 82) a perspectiva de articulação entre a economia solidária e a saúde mental consta do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ressalta a importância da criação de propostas junto ao governo para que as iniciativas de inserção social pelo trabalho possam “tornar-se

menos fugazes e heróicas”, para se transformarem num componente forte e permanente da Reforma Psiquiátrica.

6 *Post Scriptum*: A questão do trabalho no campo da saúde mental da perspectiva da economia solidária

A experiência italiana usou a inserção laborativa dos pacientes psiquiátricos como um instrumento para a efetivação da desinstitucionalização desde o início do processo de desconstrução da lógica manicomial, pois partiu do pressuposto que esta desconstrução estava intimamente ligada à “reconstrução material e simbólica da vida e da subjetividade de cada pessoa” (Barros, 1994, p. 96).

Essa questão, para os italianos, se dá logo no início do trabalho desenvolvido em Trieste, para a desconstrução do manicômio, com a finalidade de criar alternativas reais a ele, já que a institucionalização causara uma relação de dependência (material, emocional e psíquica). Barros (1994, p. 96) explica que a organização das cooperativas surgiram com um significado de:

1. construir uma organização autônoma em relação à administração do hospital; 2. conquistar um novo reconhecimento jurídico para o doente mental que trabalha. A cooperativa a ser criada deveria ter as mesmas características que as cooperativas dos trabalhadores sem história psiquiátrica; 3. possibilidade de contratar atividades mesmo fora do hospital, e 4. organizar grupos de prestação de serviços em todos os trabalhos realizados, recusando aqueles mais insalubres.

A empresa social italiana nasceu em Trieste, durante a passagem do cárcere (do hospital psiquiátrico) para a liberdade (trabalho baseado na definição de território), como um direito de cidadania do paciente psiquiátrico e como forma de construir condições materiais concretas para a vida dessas pessoas (Rotelli, 1991, p.1).

Este conceito de “empresa social” é entendido como uma forma de articulação dos recursos da sociedade, são eles: direito à escola, à moradia, ao trabalho, à socialização, à afetividade, ao cuidado, entre outros. Compreende, não

apenas, ativar as cooperativas de trabalho e formação, mas também as iniciativas culturais e de todos os agenciamentos que poderão ajudar a construir na cidade o direito à cidadania (Rotelli, 1991).

No processo de desinstitucionalização tornou-se essencial que a equipe técnica se ocupasse diretamente da construção do direito à cidadania, pois para não ser constantemente contestado ou revogado, deve ser fruto de condições materiais concretas e práticas.

Em setembro de 1972 foi criada a primeira cooperativa, a Cooperativa Trabalhadores Unidos Franco Basaglia. Era constituída por hóspedes do hospital, trabalhadores da cidade e enfermeiros, sua principal atividade era a limpeza e possuía contratos com os serviços públicos da cidade (Barros, 1994, p.97). Segundo a autora essa prática tinha como referência os seguintes objetivos:

1.abolição da ergoterapia; 2. servir como um dos meios para aquisição de aposentadorias, depois de seis anos de contrato; 3. possibilitar uma perspectiva de reconstrução social do ex-internado, com o aumento do seu poder social e contratual, garantido pela sua incorporação no ciclo produtivo, e 4. ser um instrumento alternativo de trabalho frente a uma real dificuldade de inserção direta e individual no mercado e frente às limitações (também existentes) de pessoas que saíam de uma vida manicomial com desgaste físico e psíquico, alteração dos tempos sociais, dificuldades de relacionamentos e de seguir uma dinâmica de trabalho.

A cooperativa social italiana, no final de 2001 operava com 201.422 pessoas, das quais 147.166 são dependentes das cooperativas, 25.875 trabalhavam com contrato de colaboração, 24.551 são voluntários (Passini, 2005, p.29).

Ainda segundo este documento, as cooperativas se distribuem de forma heterogênea no território italiano sendo que a maior concentração se dá na região da Lombardia (1.010 unidades, 18, 3% do total), seguida do Veneto (462) e Lazio (454).

A principal fonte de financiamento destas cooperativas (63,9%) é de origem pública e 36,1% é de fonte, prevalentemente, privada (Passini, 2005, p.33).

Estas cooperativas se diferenciam em dois tipos, conforme as especificidades institucionais. As cooperativas de tipo A são aquelas que oferecem serviços sócio-sanitários e educativos “através da gestão dos lares protegidos, dos asilos, dos centros diurnos comunitários, presídios, ou prestando assistência domiciliar a uma vasta gama de casos, entre os quais se destacam as pessoas com fragilidades sociais” (Passini, 2005, p.33).

As cooperativas sociais de tipo B são as responsáveis pela geração de trabalho e renda, que fornecem oportunidades de inserção laborativa a pessoas com desvantagens, favorecendo a integração social destes sujeitos (Passini, 2005, p.34).

No Brasil, a discussão mais consistente sobre formas de organização de trabalho para as populações excluídas, entre elas as portadoras de sofrimento psíquico, ganharam força a partir de 2001 em função da realização do I Fórum Social Mundial, com a constituição do Grupo de Trabalho Brasileiro da Economia Solidária, que foi criado para articular, mediar e sistematizar as discussões acumuladas sobre este tema. A partir daí foi criada a Secretaria Nacional de Economia Solidária (Senaes), do Ministério do Trabalho.

Em agosto de 2005 aconteceu o I Encontro Nacional de Empreendimentos de Economia Solidária, entendido como um marco histórico para a ampliação das experiências de cooperação solidária (Camillo, 2005, p.79).

Conforme define Singer (2005, p.11), a Economia Solidária é uma resposta à exclusão promovida pelo mercado. O autor entende como uma opção ética, política e ideológica, que promove a “construção de empreendimentos, redes

de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade” (Singer, 2005, p.11).

Para Gaiger (2004) a Economia Solidária é um passo concreto para a viabilização de alternativas de confluência com a adesão social, para a construção de uma nova organização mundial.

Conforme afirma Singer (2006, p.24) a economia solidária nasceu pouco depois do capitalismo industrial “como reação ao espantoso empobrecimento dos artesãos provocado pela difusão das máquinas e da organização fabril da produção”. O autor ressalta que é uma criação dos trabalhadores em luta contra o capitalismo, que está em constante processo de transformação (Singer 2000, p.13).

A criação e o fortalecimento do movimento operário que contabilizou grandes conquistas trabalhistas foi responsável pela diminuição da qualidade das experiências da economia solidária, pois “debilitou a crítica à alienação que o assalariamento impõe ao trabalhador” (Singer, 2006, p.109), isso se deu mesmo em países semi-industrializados, como o Brasil.

Entretanto, a partir da década de 1970, o desemprego no mundo retoma seu crescimento. Como resultado, a economia solidária ressurgiu fortalecida e reinventada (Singer, 2006, p.110). Influenciada pelo contexto das grandes transformações ocorridas no século XX, retoma “os princípios da autogestão, da igualdade dentro dos empreendimentos e do repúdio ao assalariamento” (Singer 2006, p.111).

Singer (2006, p.113) afirma que:

A reinvenção da economia solidária é tão recente que se torna arriscado projetar a sua tendência de crescimento

acelerado para o futuro. Em grande medida, as empresas solidárias são resultados diretos da falência de firmas capitalistas, da subutilização do solo por latifundiários e do desemprego em massa.

O mesmo autor aponta que a economia solidária, para além de ser uma mera resposta às contradições do capitalismo e de resposta direta às dificuldades causadas por esse modo de produção, também pode ser uma “alternativa superior ao capitalismo”, porque pode proporcionar “às pessoas que a adotam, enquanto produtoras, poupadoras, consumidoras etc., uma vida melhor” (Singer, 2006, p. 114).

No Brasil, boa parte das experiências de Economia Solidária estão ligadas a entidades como a Igreja Católica e a outras igrejas, sindicatos e universidades. São elas que dão apoio, “difundem entre trabalhadores sem trabalho e microprodutores sem clientes os princípios do cooperativismo e o conhecimento básico necessário para a criação de empreendimentos solidários” (Singer, 2006, p.112).

Schiochet (2005, p.88) afirma que a economia solidária é fruto do duplo movimento de expansão da democracia e da luta pela cidadania no Brasil e hoje está presente no conjunto de outras políticas setoriais e sociais do governo.

A SENAES do Ministério do Trabalho destaca alguns momentos que marcam a história atual da economia solidária no Brasil e na América Latina:

- a) O *I Encontro Nacional dos Empreendimentos da Economia Solidária* (agosto de 2004) que reuniu, em Brasília, 2.300 representantes de todos os segmentos da Economia Solidária de todos os estados brasileiros em que há Fóruns Estaduais de Economia Solidária ou comissões pró-fóruns estaduais. Neste encontro, a Plataforma da Economia Solidária foi debatida e aprofundada;
- b) O *Fórum Social de 2005*, que passou afirmar não apenas que um outro mundo é possível, mas que uma outra economia acontece;
- c) Os *Encontros Regionais de Economia Solidária*, nas 05 regiões do país, realizados pelo FBES com o objetivo de

- fortalecer os fóruns estaduais a partir da troca de experiências na gestão, sustentabilidade e articulação política;
- d) *O Mapeamento Nacional da Economia Solidária*, realizado pela SENAES, alcançou a mais de 20 mil empreendimentos de economia solidária no Brasil, visando a sua identificação e visibilidade;
 - e) *I Feira de Economia Solidária do Mercosul*, realizada em Santa Maria/RS, em julho de 2005, com intensa participação de empreendimentos solidários do Brasil e de outros países da América Latina;
 - f) *O Encontro da RIPESS – Rede Intercontinental de Promoção da Economia Social Solidária*, em Dakar/Senegal (novembro de 2005), que contribuiu para reforçar o bloco da América Latina, com a integração de novos países;
 - g) *O Encontro para a Integração de Cooperativas Ibero-americanas*, em Caracas/Venezuela (nov/dez 2005), com o objetivo geral de articular mecanismos de cooperação entre atores da Economia Popular em nível nacional e internacional, para a criação de uma grande rede de experiências associativas autogestionárias.

Ainda, segundo o Ministério do Trabalho (2005), o Programa de Economia Solidária em Desenvolvimento tem como objetivo promover o fortalecimento e a divulgação da economia solidária, mediante políticas integradas, visando a geração de renda e trabalho, a inclusão social e a promoção de um desenvolvimento justo e solidário.

As manifestações da Economia Solidária são diversas, dentre as quais destacam-se: grupos informais e cooperativas de produção, de consumo solidário ou de serviços; entidades e grupos de crédito solidário e fundos rotativos; grupos e clubes de trocas solidárias com uso de moeda social (ou comunitária); empresas recuperadas e de autogestão; estabelecimento de cadeias solidárias de produção, comercialização e consumo, entre outras iniciativas.

Segundo a SENAES do Ministério do Trabalho os como princípios gerais da política de Economia Solidária são:

O seu caráter emancipatório; os valores da cooperação e da solidariedade; a valorização social do trabalho

humano autogestionário como fonte de fortalecimento de vínculos sociais e de desenvolvimento do ser humano; a satisfação plena das necessidades de todas as pessoas como eixo da criatividade tecnológica e da atividade econômica; o desenvolvimento econômico tendo como centralidade o homem e a mulher; o reconhecimento do lugar fundamental da mulher e do feminino numa economia fundada na solidariedade; a busca de uma relação de intercâmbio harmoniosa com a natureza; busca de eficiência social, em função da qualidade de vida e da felicidade das coletividades e do equilíbrio dos ecossistemas, indo além da eficiência econômica e dos benefícios materiais dos empreendimentos em particular; busca da unidade entre produção e reprodução, evitando a contradição fundamental do sistema capitalista, que desenvolve a produtividade, mas exclui crescentes setores de trabalhadores do acesso aos seus benefícios.

Singer (2006) aponta que os empreendimentos solidários, hoje no Brasil, encontram-se dispersos, competindo de forma solitária no mercado de compra e venda. Ressalta que para o fortalecimento destas experiências é necessário a agregação, “num todo economicamente consistente, capaz de oferecer a todos que desejassem a oportunidade de trabalhar e viver cooperativamente” (Singer, 2006, p.116).

Atualmente no Brasil existem 14.954 empreendimentos solidários cadastrados, pelo Ministério do Trabalho. O que motivou a criação destes empreendimentos foi, principalmente, o fato de ser uma alternativa ao desemprego, a obtenção de maiores ganhos em empreendimentos associativos e como fonte complementar de renda para os associados.

As três principais atividades econômicas que aparecem nos empreendimentos são: as atividades de serviço relacionadas com a agricultura, a fabricação de artefatos têxteis e o cultivo de outros produtos temporários.

Com relação à situação dos empreendimentos, a maioria (6400) possui sede própria, o destino dos produtos ou serviços é a venda (9811), a comercialização

se dá de forma direta ao consumidor (10328), principalmente no comércio local ou comunitário (8475).

Este levantamento aponta que a maior parte dos empreendimentos possuem dificuldade para comercializar seus produtos ou serviços (9126). Boa parte destes empreendimentos não realizou investimentos nos últimos doze meses (8958), sendo que apenas 2618 receberam algum tipo de financiamento ao acesso a crédito nos últimos doze meses. A principal fonte de financiamento (1536) são os bancos públicos.

Em março de 2005 foi publicada a Portaria Interministerial nº 353, como resultado da I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizada na Universidade de Brasília, nos dias 22 e 23 de novembro de 2004, convocada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.

Esta portaria dispõe sobre a criação e composição do grupo de trabalho de saúde mental e economia solidária, o qual deve conter, entre seus componentes, usuários dos serviços de saúde mental. Tal grupo tem como tarefa pensar mecanismos de articulação entre a saúde mental e a economia solidária, com o intuito construir formas concretas para a facilitação da criação de experiências de geração de renda. Isso inclui formas de apoio financeiro e atividades de formação e capacitação.

Além disso, o grupo de trabalho deve estabelecer condições para criação de uma rede de saúde mental e economia solidária, através do mapeamento das experiências existentes. Trata-se, portanto de um programa de gestão pública para abrir novas frentes de inclusão social.

No final do ano de 2004 a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde iniciou o mapeamento das iniciativas de geração de trabalho e renda desenvolvidas nos âmbitos municipal e estadual que visam a inclusão social de pessoas com transtornos mentais e/ ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esta proposição objetivou realizar um panorama das experiências em curso no cenário nacional com vistas ao delineamento de uma política de Inclusão Social pelo Trabalho factível e concreta para os usuários dos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde.

Este levantamento, disponível no sítio do Ministério do Trabalho, mostrou que as experiências de geração de renda acontecem em todo território nacional, sendo que a região sudeste é a que se destaca:

Tabela 5.1- Iniciativas de geração de renda, em Saúde Mental, cadastradas no Ministério da Saúde,

Estado	Número de iniciativas de experiências em geração de renda em Saúde Mental
BA	1
DF	1
ES	1
GO	1
MA	1
MG	21
MS	1
PB	1
PE	1
PR	10
RS	4
SC	2
RJ	49
SE	1
SP	35
Total	131

Fonte: Ministério da Saúde, 2005

A partir do exposto, esta pesquisa corrobora o entendimento que a economia solidária se afirma como um instrumento potente da Reforma Psiquiátrica para a construção de condições materiais concretas para a inclusão social das pessoas que sofrem psicicamente.

7 Referências bibliográficas

Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. *In*: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999.

Amarante P. O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Amrante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003a.

Anaya FC. Problematização do conceito de serviços substitutivos em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.

Aranha e Silva AL. O Projeto copiadora do CAPS: do trabalho de produzir coisas a produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.

Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agente de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. O Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev. Lat-Am Enfermagem*. (São Paulo) 2005; 13(3): 441-9.

Aranha e Silva AL. Reforma psiquiátrica o campo da saúde mental: as implicações pra as práticas de enfermagem em saúde mental. (material didático) (mimeo). 2005a.

Arejano CB, Padilha MICD, Albuquerque GL. Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. *Rev. bras. enfermagem*. (São Paulo) 2003; 56 (5): 549-554.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1977.

Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica *sub judice*. Taubaté: Universitária; 2001.

Barros DD. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro:Fiocruz; 1994.

Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp; 1994b

Basaglia F. Scritti II (1968-1980): Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi; 1982; Riabilitazione e controllo sociale. P.199-208.

Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2005.

Bourdieu P, organizador. A Miséria do Mundo. Petrópolis: Vozes; 2003.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PinheiroR, Mattos RA, organizadores.Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001.

Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enferm (São Paulo) 2004; 38 (2): 197-205.

Camillo O. Uma outra economia acontece. In: Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

Chauí M. O que é ideologia? São Paulo: Brasiliense; 1989.

Delgado PG. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. In: Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Estratégias e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial (material de disciplina).

Esperidião E, Pereira MAO. Refletindo a trajetória histórica da assistência psiquiátrica. Rev. bras. enfermagem (São Paulo) 2000; 53 (4): 599-606.

Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2005.

Freire FHMA. O sistema de alocação de recursos do SUS aos centros de atenção psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004.

Gaiger LI, organizador. Sentidos e experiências da economia solidária no Brasil. Porto Alegre: UFRGS; 2004.

Gebrim ML. Texto de divulgação do Grupo Cultural Cordão Carnavalesco BiBiTanTã para Assessoria de imprensa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2007. Disponível em: <http://www.pesquisasco.blogspot.com>.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1991.

Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá; 1996.

Heller A. Teoria de las necesidades en Marx. Barcelona: Península; 1986.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. R.Bras.Enferm. (Brasília) 1999; 52; 1: 54-66.

Marinho LCP, Miolo SB. Ação fisioterápica aplicada às necessidades do portador de sofrimento psíquico. Fisioter. mov. (São Paulo) 1998; 10(2): 44-52.

Marx K. O capital: crítica da economia política, 1986.

Marzano MLR, Sousa CAC. Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. Rev. bras. enfermagem. (São Paulo) 2003; 56 (5): 570-80.

Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades (mimeo). São Paulo: CEFOR; 1992.

Meola ME. Plano de trabalho gerencial: centro de atenção psicossocial adulto Itaim Bibi. In: Projeto utilizado para a inscrição no concurso público para coordenador de unidade de saúde (mimeo): São Paulo; 2004

Ministério da Saúde. Relatório da final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

Navarro V. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. In: Textos de Apoio. Rio de Janeiro: ABRASCO1; 1983.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.

Nicácio F. Reforma psiquiátrica: direito ao trabalho e emancipação. In: Ministério da Saúde. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Ongaro FB. Transformação institucional e objetivos comuns. In: Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1968.

Pasini V. Cooperazione sociale, le fonti di finanziamento i fondi etici. In: Assessorato agli affari sociale. Trieste; 2005.

Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev. saúde pública. (São Paulo)1993; 27 (2): 87-94.

Ribeiro MBS, Oliveira LR. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. Interface comun. saúde educ 2005; 9 (17): 425-30.

Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.

Rotelli F. Nell'impresa sociale: cooperazione, lavoro, ri-abilitazione, culture di confini nelle politiche di salute mentale- a cura di Giovana Gallio- edizione "e"-gennaio 1991.

San-Martin H, Pastor V. Salud comunitaria: teoria y práctica. Madrid: Dias de Santos S.A; 1988.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá; 1999.

Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma prática à espera de uma teoria. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

Schiochet V. Políticas públicas e economia solidária: possibilidades de interfaces com a saúde mental. In: Ministério da Saúde. Saúde mental e economia solidária: inclusão pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Silva ATMC, Silva CC, Ferreira Filha MO, Nóbrega MML, Barros S, Santos KKG. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2005; 58 (4): 411-415.

Silva KL, Nóbrega MML, Silva ATMC, Ferreira Filha MO. Influência das necessidades psicossociais na saúde mental das crianças. *Online braz. J. nurs.* (online) 2004; 3 (3).

Singer P, Souza AR. *A economia solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao desemprego*. São Paulo: Contexto; 2000.

Singer P. Saúde mental e economia solidária. In: *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo Trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Singer P. *Introdução à economia solidária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2006.

Sousa KKB, Ferreira Filha MO, Silva ATMC. A práxis do enfermeiro no programa de saúde da família na atenção à saúde mental. *Cogitare enferm.* 2004; 9 (2): 14-22.

Stotz EM. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada da dialética da satisfação das necessidades de saúde. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/Varal/PolíticaSaue/DesfioSUS.htm>. [citado em agosto 10 2005].

Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev. latinoam. enfermagem* 2005; 13 (1): 112-17.

Anexo 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

I) Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome do entrevistado:

II) Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva.

Cargo/Função: Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Pesquisadora: Taia Duarte Mota. Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da EEUSP, na Área de Concentração de Enfermagem em Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica.

III) Registro das explicações da pesquisadora ao participante da pesquisa:

O presente estudo tem por objetivo identificar, junto aos usuários do CAPS Itaim Bibi, quais suas necessidades em saúde mental, ou seja, o que necessitam para ter saúde mental, e verificar se tais necessidades são satisfeitas pelo serviço. Com a finalidade de auxiliar o serviço a organizar seu trabalho a partir das demandas da população atendida conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Solicitamos para isto que você responda algumas questões. Sua participação é voluntária e você não tem obrigação de participar, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento que quiser, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo nem interfira de qualquer forma em seu tratamento. Você poderá fazer qualquer pergunta acerca do estudo e de sua participação nele. Se tiver alguma dúvida, ela será esclarecida no decorrer da pesquisa. Os dados referentes a esta pesquisa serão gravados, posteriormente transcritos e analisados, porém o seu anonimato será preservado. Todos os dados relativos ao estudo serão guardados em local seguro.

IV) Garantia do sujeito da pesquisa:

Você tem o direito de a qualquer tempo ter acesso às informações sobre os possíveis riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem liberdade para retirar em qualquer momento o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurado sua privacidade, seu sigilo e confidencialidade. Em nenhum momento, os profissionais da instituição onde será realizado o estudo terão acesso às informações confidenciais dos sujeitos que participarem da pesquisa. Para qualquer esclarecimento, referente a pesquisa, o pesquisado pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone: 93971852, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da EEUSP, pelo telefone:30667548.

V) Consentimento livre e esclarecido:

“Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Anexo 2

Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 30 de maio de 2006.

Ilm.^a Sr.^a

Taia Duarte Mota

Ref.: Processo nº 553/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “NECESSIDADES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta.

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 3

Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Prefeitura de São Paulo



Prefeitura do Município de São Paulo
 Secretaria Municipal da Saúde
 Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
 CODEPPS
 Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 03 de julho de 2006

PARECER N° 0133/2006/CEP/SMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução CNS 196/96, o protocolo de pesquisa **CAAE: 078/06** "NECESSIDADES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL" da pesquisadora: **Taia Duarte Mota**.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – item IV. 1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d).

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
 Coordenadora do
 Comitê de Ética em Pesquisa da
 Secretária Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo(a) Senhor(a) Dr(a)
TAIA DUARTE MOTA
 NESTA

Anexo 4

Instrumento de Coleta de Dados Entrevista Semi-Estruturada

I Caracterização da população

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo: () masculino () feminino
4. Grau de escolaridade:
5. Você trabalha? () sim () não
6. Se sim, qual é sua ocupação:
7. Fonte de renda:
8. Com quem você mora?
9. Onde você mora? () casa própria () casa alugada () pensão pública () pensão particular () albergue () rua.
10. Há quanto tempo você faz tratamento no CAPS- Itaim?

II Sobre as Necessidades

1. Porque você frequenta o serviço?
2. De quais atividades você participa?
3. Você sente que tem saúde e por quê?
4. O que você acha que precisa fazer para ter saúde?
5. Você sente que suas necessidades têm sido satisfeitas?
6. Se não, como você acha que elas podem ser satisfeitas?
7. Quais são suas necessidades, ou seja, o que você precisa para melhorar sua vida hoje?

Anexo 5

Transcrição das entrevistas

Entrevista n. 01- 13/09/2006

Pergunta: Por que você frequenta o serviço?

Rosa: É (...) há dois anos atrás (...). Bom, eu já tenho depressão há dez anos, só que, quando eu fiquei doente eu não sabia o que era depressão. Eu fiquei na cama, não queria tomar banho, não queria pentear cabelo. Uma amiga minha me falou que eu poderia que ir no postinho, que fica no Magaldi (Unidade Básica de Saúde Vizinha ao CAPS). Ela me trouxe. Fiquei fazendo tratamento com a dra. W (psiquiatra). É, há dois anos atrás, isso (...), nisso já se passaram mais de dez anos. Há dois (quebra). Eu fazia só tratamento medicamentoso, eu tomava *Lexotan* e *Fluoxetina*, tomei muitos anos. Aí há dois anos atrás eu fui para Fortaleza, só que eu fui só, mas não estava bem. Eu não percebi que não estava bem, eu fui de avião sozinha. Só que eu cheguei lá em Fortaleza, eu (quebra). A minha prima foi me esperar (no aeroporto), quando eu vi o marido dela eu (...), na minha cabeça era o meu padrinho de São Paulo, só que meu padrinho aqui de São Paulo já morreu há muito tempo, então eu surtei. Eu (quebra) ninguém me controlava, eu não lembro, acho que eles tiveram que me levar para dar aquela injeção para acalmar, fora de Fortaleza. Eu sei que ela sofreu bastante. Só que ela conversava com a minha irmã, por telefone, como, como é que ela tomava atitude comigo. Escondido de mim. As minhas irmãs falaram que eu quase matei a mulher do coração, que ela tem pressão alta (risos), que eu batia muito nela.

Pergunta: Foi a partir daí que você começou a fazer tratamento no CAPS?

Rosa: Sim, quando eu cheguei (em Fortaleza) (quebra). Meu marido pensou que poderia fazer. A família primeiro pensou em chamar o filho, para vir me buscar. Mas pensou que eu ia obedecer o filho, então decidiu que deveria vir o marido. E meu marido no serviço não queriam deixar ele sair. Aí meu filho se desesperou, foi no trabalho (dele para pedir ajuda a patroa). Depois a patroa dele começou a procurar (quebra) não encontrava vôo, só vôo caríssimo para me buscar. Ele (o marido) veio me buscar no outro dia. Só que ele (quebra) quando ele chegou lá eu ainda tava dopada, com os remédios. Queria ver minha mãe, mas de Fortaleza até a cidade dela são oito horas de viagem. Só que algumas coisas eu lembro, outras não. Eu queria porque queria ir ver minha mãe. Só que eu não consegui ir. Aí quando foi no ano passado eu fui. Aí fui com o meu marido, agora não dá mais para viajar sozinha. Quando fala vou viajar, vou pegar o avião, eu começo a ficar com medo. Quando eu voltei para São Paulo, no dia que eu voltei, meu marido me levou aqui na Unidade Básica de Saúde (onde já fazia tratamento). Nesse dia a dra. W ia entrar de férias. E ela me encaminhou para o CAPS. E até hoje eu to aqui, foi aonde eu me encontrei. Melhorei bastante.

Pergunta: De que atividade você participa aqui?

Rosa: Aqui, eu (...) atualmente, eu não to participando muito não. Porque, agora meu marido vai voltar a folga dele. A folga dele é na terça, eu quero pintar quadros. Como ele trabalha a noite, eu fico com dó de deixar ele sozinho, é o único dia, que ele tem de folga. Então, eu quero pintar quadros, mas na terça ainda não dá. Mas agora ele vai trabalhar de dia, acho que a folga dele vai mudar, vou voltar a pintar quadros. Atividades, eu faço jornal nas quintas, participo da beleza (...), faço a ginástica com o dr. H e agora o Liang Gong.

Pergunta: Você sente que você tem saúde?

Rosa: Não (quebra) (...) eu acho que não completa. Porque eu ainda tenho as minhas recaídas, eu tenho, mas assim de dois dias. A minha recaída é assim eu (...) fico só chorando, não sou agressiva, só choro. Fico só angustiada.

Pergunta: O que você acha que precisa fazer para ter saúde?

Rosa: Eu acho (...) que não devo ficar sozinha. Tenho que estar em grupo, participar de (quebra). Ficar em grupo com as pessoas, dialogar.

Pergunta: Você sente que suas necessidades, as coisas que você precisa, têm sido satisfeitas?

Rosa: Sim! Que os psicólogos são muitos bons, os médicos, também o dr. J.

Pergunta: E você acha que o serviço te ajuda a ter saúde?

Rosa: Sim! Os (...) trabalhos que eles tem aqui, como as ginásticas, o incentivo que eles dão a gente, o tratamento. Eles são muito carinhosos. tanto os psicólogos, como os médicos. Então isso, (...) te ajuda. Muita gente, porque às vezes a gente fica muito deprimida e chega aqui a gente já muda a cabeça, já fica outra.

Pergunta: Quais são suas necessidades, ou seja, o que você precisa para que sua vida fique melhor?

Rosa: A, eu preciso trabalhar (quebra). Abrir meu comércio que eu vou abrir(quebra). Eu preciso o mais rápido possível trabalhar. No mais, graças a Deus eu tenho. Casa própria eu tenho, mas não é aqui, tenho lá no nordeste, tenho dois filhos com saúde, meu marido trabalha, meus dois filhos trabalham. Então o que eu quero mais? Eu quero trabalhar. Ter minha saúde (quebra), principalmente saúde para poder trabalhar. É o meu objetivo. Agora eu tô com um objetivo de comprar um carrinho, se Deus quiser eu vou comprar, é só entrar o dinheirinho da casa que eu vendi, já to prestes a botar a mão no dinheiro. Se eu abrir meu comércio eu fico muito realizada, que foi uma coisa que eu abri com tanto sacrifício e fechei por causa da doença. Porque eu me estressei, não dei mais conta, surtei e (...) eu trabalhava praticamente sozinha, porque meu marido trabalha de noite (quebra). Era um bar. O meu (quebra) era assim, eu fiz do meu quintal um bar, coloquei uma lona, não tinha nada de especial e comecei com uma garrafa de café, uma de leite e um bolo, depois foi aumentando e o pessoal começou a pedir espetinho. Então o meu forte (quebra), eu fiquei conhecida pelos espetinhos. É isso que eu sei fazer. Meu filho não quer que eu abra meu negócio, Deus vai por na cabeça dele que eu preciso trabalhar, eu me sinto bem, eu me dou bem com o público. Acho que trabalhar preenche minha cabeça (quebra) eu sou uma pessoa que não posso estar parada. Acho que eu nasci para ser dona-de-casa e lidar com o público, meu negócio é público, minha área é comércio. Então, no “O Bar” eu tô me sentindo realizada, já é um estímulo para o meu outro. Porque eu já tenho a minha clientela certa, é só eu abrir vem todo mundo de novo. Isso vai me fazer muito feliz. É isso, eu preciso trabalhar! Inclusive fiz uma ficha (...) num negócio de pesquisa e na hora que tiver uma vaga eles vão me chamar para me avaliar. Eu me sinto bem trabalhando. Minha filha tá fazendo cursinho e eu preciso ajudar a pagar, porque ela quer ser médica, como a gente não tem essas condições para ajudar a menina, eu trabalhando ajudo ela a pagar o cursinho e a faculdade dela. Eu quero realizar o sonho dela, que eu fico feliz também, me realizo como mãe.

Entrevista n. 02- 14/09/2006

Pergunta: Por que você frequenta o serviço?

Tulipa: Porque é o único lugar que eu posso ficar, sem ser hospital (tenta lembrar da palavra) sabe, o dia inteiro, internada. Aqui eu não to internada, é hospital-dia. Mas (...) eu (...) tô aqui porque eu não tenho outro lugar para ir. Eu preciso dos remédios (quebra) eu tava lá no (tenta lembrar o nome) Hospital das Clínicas. E aí, lá no Hospital das Clínicas, disseram que quem fosse, ia receber algum dinheiro, só que esse dinheiro eu não recebi até hoje, e (...) eu queria ajudar minha mãe, porque ela não tem dinheiro. E a gente ia sempre lá no (tenta lembrar o nome) em Santo Amaro, onde pega remédio. Lá você passa com qualquer um, você não sabe que médico que é. Então eu falei, bom a tia X tem um filho, que ela tratou no Hospital das Clínicas: vamos ver no que dá. Quando eu cheguei lá tinha esse papel, que se a gente fosse (quebra) ajudasse a fazer as coisas que eles estavam fazendo e ficasse lá, para sempre, que (quebra) a gente ia receber um dinheiro e eu queria dar esse dinheiro para minha mãe. Bom, daí eu vim para cá. Daí um dia eu resolvi, bater na minha mãe, eu não cheguei a bater, graças a Deus, aí eu resolvi contar que eu quis bater na minha mãe e de tarde, aqui, eu já tinha batido no meu médico aqui, o dr. Y, mas ele segurou minhas mãos, graças a Deus. Aí eu virei para o meu cunhado, que tava (quebra) tinha ido lá, na minha casa (quebra) e ele falou que eu pedi pelo amor de Deus, me leva que eu não to agüentando, eu não sei o que vai acontecer. Aí eu fui para o hospital Vila Mariana e do Vila Mariana eu fui para o (quebra) eu vim para cá de novo.

Pergunta: De que atividades você participa aqui no CAPS?

Tulipa: Terapia de grupo, TO com a Z e...(tenta lembrar) assembléia, Bom-dia na segunda-feira com a B, que mais (...) quinta-feira eu vim participar do (tenta lembrar o nome da atividade) como chama...do jornal. A, e eu faço ginástica também com o G.

Pergunta: Você sente que você tem saúde?

Tulipa: Eu sinto que eu não tenho saúde nenhuma (risos). Principalmente, porque aqui a gente fala um na cabeça do outro e quando chega em casa a mamãe vira para mim e fala que as vezes são mentirosas. Que eu saiba não tenho saúde nenhuma da cabeça.

Pergunta: Mas você acha que o serviço te ajuda?

Tulipa:Sem dúvida!

Pergunta: O que você que precisa fazer para ter saúde?

Tulipa: Colaborar! Com coisas que eu não sou capaz de colaborar (risos), quer dizer se fosse coisa que eu pudesse colaborar, entende. Talvez eu não fosse tão doentinha.

Pergunta: O que é colaborar, me explica melhor?

Tulipa: Ajudar o próprio médico, a própria psicóloga.

Pergunta: Ajudar como?

Tulipa:Eu me ajudando eu já ajudo (aumenta o tom da voz), eu acho.

Pergunta: Você acha que para ter saúde você precisa se ajudar sozinha?

Tulipa: É sozinha, porque eu sou sozinha (risos) desde que eu entrei aqui.

Pergunta: Você sente que suas necessidades têm sido satisfeitas?

Tulipa: (faz sinal de negação) Não, só senti quando a psicóloga me mandou para Unidade Básica de Saúde, para fazer terapia com a psicóloga de lá.

Pergunta: E como você acha que suas necessidades podem ser satisfeitas?

Tulipa: Tendo alguém para conversar comigo! Porque no Hospital das Clínicas eu não posso conversar com o médico, porque minha mãe vai junto, aqui eu não converso nem com a psicóloga X, nem com a dra Y, que são (tenta lembrar a palavra) as minha referências. A única pessoa que me escutou, até agora, além do dr G, foi a psicóloga da Unidade Básica de Saúde.

Pergunta: Quais são suas necessidades, ou seja, o que você precisa para que sua vida fique melhor ?

Tulipa: Eu preciso trabalhar, preciso não brigar tanto com a minha mãe, porque ela tá doente e eu não posso tratar ela assim. Outro dia eu briguei com minha tia, eu não queria ter brigado, porque eu gosto dela, ela não gosta de mim, mas eu gosto dela. Que mais?É tanta coisa. Preciso de dinheiro, trabalhar para ganhar dinheiro, que meus irmãos gostem de mim, mas eles não gostam. Tudo o que uma pessoa normal precisa.

Pergunta: E o que uma pessoa normal precisa?

Tulipa: Eu já falei (risos), trabalhar, ajudar a mãe, ganhar dinheiro. É isso que eu preciso para viver. Ver meu pai (silêncio prolongado), eu tô com saudades dele, eu não vejo há dez anos, eu queria ver meu pai, minha irmã tem fotografia dele, mas ela nunca me dá.

Entrevista n. 03- 14/09/2006

Pergunta: Por que você freqüenta o serviço?

Cravo: Eu vim aqui na necessidade de deixar de beber, eu tinha o vício de beber bebida e eu sentia também uma forte dor de cabeça do acidente que tive de moto. Eu fui pesquisar essa dor na médica, falaram que não era neurológico, o problema, que devia ser psiquiátrico. Fui na psiquiatria do Hospital das Clínicas e me incluíram como F 20, é esquizofrenia. O meu irmão me apresentou para a X (psicóloga), daqui do CAPS, eu combinei com ela, passei por uma triagem e comecei o tratamento. Me ajuda também a diminuir o cigarro, tenho fumado menos, tenho sentido mais fôlego, mais saúde. Tenho me sentido melhor, não tenho tanta moleza no corpo como eu tinha antes, tinha muita sonolência. Aquela falta de ar que dava por causa do cigarro eu não tenho mais. Cada dia que passa eu vou melhorando mais. E também porque eu não tenho nenhuma atividade para fazer em casa, não tô trabalhando, só trabalho aqui (refere-se ao “O Bar BibiTanTã”). Então como eu não tenho nada para fazer em casa, eu venho aqui, passo o dia aqui, todos os dia eu freqüento o CAPS, todos os dias até as 16 horas, que é o período integral. Para poder continuar me limpando, me desintoxicando, do cigarro, da bebida. Já tô bem melhor, eu não bebo que nem antes, mas eu continuo o tratamento, mesmo assim eu ainda tô em tratamento, eu tô me sentindo melhor.

Pergunta: Quais atividades você participa no serviço?

Cravo: Alongamento, tai chi, liang gong, tem o grupo de psicoterapia e o grupo de TO. Tenho pintura também.

Pergunta: Você sente que tem saúde?

Cravo: Eu tenho tido resultados, inclusive a minha auto-estima, eu tenho me sentido mais alegre, mais disposto, tenho sentido diferença sim.

Pergunta: Você sente que o serviço contribui para que você tenha saúde?

Cravo:É, principalmente por causa da solidão, eu me sentia muito só. Aqui os pacientes fazem companhia, eu converso com eles, eles conversam comigo, eu converso com os doutores, os psicólogos. Quer dizer, preenche aquele espaço vazio que fica, e vai melhorando até desaparecer, já desapareceu. Eu sentia muita solidão, me sentia muito isolado, hoje em dia não, hoje em dia eu tô mais comunicativo, não tô me fechando, tô aberto agora, tô mais ativo com as coisas, com as conversas, com as atividades, tá melhorando bastante. Tô gostando das companhias que tô tendo. Vejo que eu tô melhorando bastante, posso me comunicar mais e melhor com as pessoas e isso me traz alegria. Tá acabando, quer dizer, já acabou, aquele espaço de solidão e isolamento, já acabou. O tratamento me ajuda bastante com isso.

Pergunta: O que você acha que precisa fazer para ter saúde?

Cravo: Eu tenho que estar estabilizado, tenho que saber da certeza de que preciso tomar os remédios, eles estão me ajudando bastante, estão me ajudando a dormir bem de noite, mesmo eu indo dormir tarde eu consigo levantar bem descansado, quer dizer, eu sinto o resultado de ter dormido a noite, não sinto cansaço. Tem o resultado de novidades, e notícias que tão me deixando alegre, com tudo que tá acontecendo. Aos pouquinhos tá acontecendo tudo que tô desejando. Só falta mesmo é emprego fixo, mas eu já tenho alguma coisa para fazer de bico, então eu não fico tão jogado, esse era o meu medo, de ficar largado, na miséria, na pobreza, igual às pessoas vivem

na sarjeta, tinha muito medo disso. Eu tô envelhecendo, tô ficando com uma certa idade, que as coisas vão ficando difíceis, principalmente emprego, mas para mim não, tá dando tudo certo. Certas coisas que eu tô pedindo na minha igreja, que eu peço para Deus, sempre estão acontecendo, tá vindo resultados, tô tendo respostas boas.

Pergunta: Você falou que para ter saúde precisa estar estabilizado, me explica melhor.

Cravo: Eu não posso querer tomar remédio demais, saber que aquela quantidade que eles (a equipe técnica) estão me dando é o suficiente. Se tiver alguma coisa faltando no meu organismo, o que tiver acontecendo, eu vou perguntar opinião para o médico. Nunca eu peço para aumentar medicação, ou pra trocar. Eu peço para trocar às vezes, quando eu tenho certeza que é aquilo mesmo. Que nem a sonolência era o *Haldol* que tava dando esse resultado em mim, mas fora isso, as outras coisas que dão eu sempre pergunto para o médico.

Pergunta: E tem mais alguma coisa que você acha que precisa para ter saúde?

Cravo: Só um emprego mesmo, viu. Porque de resto eu tenho tudo aqui. Tenho companhia das pessoas, eu tenho (quebra) se precisar de alguém, pessoas que posso contar Minha mãe em casa tá legal comigo, eu tô conversando mais com ela, eu não conversava direito com a minha mãe, não conversava com meus irmãos, tô conversando agora. Quer dizer, na minha casa tá ficando um ambiente familiar melhor, mais sossegado, mais comunicativo, mais saudável. Meu relacionamento dentro de casa tem tido poucas brigas, essas coisas não tem acontecido, a gente tá se falando mais e melhor, um tá participando mais do outro, na família. Isso era uma coisa que me preocupava antes de vir pra cá, porque eu tinha problemas em casa, de convivência, da convivência diária, o cotidiano. Eu tinha problemas em casa, tanto como fora de casa. Eu era muito fechado, não gostava de conversar com as pessoas, eu era muito introvertido. E aqui não, aqui o tratamento me ajudou muito, as psicólogas me ajudaram, os doutores psiquiatras também me ajudaram, as terapias, os desenhos que eu faço, têm me ajudado bastante. Me ensinaram que eu sou alguém ainda, mesmo apesar da idade. Tenho muita chance para viver bem e para encarar de frente os problemas. Têm me ajudado muito.

Pergunta: Você sente que suas necessidades, ou seja, as coisas que você precisa para ter saúde têm sido satisfeitas?

Cravo: É, eu só tenho conversado pouco com os médicos, eu não tive muito acompanhamento dos médicos, a não ser nos grupos de terapia e no grupo de TO. Mas fora isso, fora do grupo, não tenho conversado muito com os médicos e com os técnicos. Mas eu, (...) tô tendo acompanhamento e isso me ajuda, apesar de ser pouco, só na hora do grupo que eu converso com os médicos. Eu não tenho uma conversa assim por fora, quer dizer, tenho a dra. J a gente conversa sobre medicação, sobre estado físico, sobre estado mental, como é que tá indo, se tá tendo resultado. Então são três grupos que me ajudam a por para fora o que eu to sentindo, o que eu passo, o que eu tô passando e o que tá acontecendo.

Pergunta: E tem mais coisa que você ache que precise?

Cravo: Da minha vida eu só preciso mesmo é de um emprego fixo, um salário fixo. Só isso já mudava. Já completaria e eu continuando o tratamento. Tinha que arrumar um emprego e poder vim aqui no CAPS, pelo menos duas horas, no mínimo. Porque aqui eu sinto falta às vezes quando eu tô fora. Eu já tive experiências de emprego fixo e eu fiquei fora daqui e eu sentia falta, sentia falta das pessoas, dos pacientes, sentia falta do sossego que me traz aqui. Aqui me traz momentos de reflexão muito bons, me ajuda a refletir melhor, a cuidar da minha saúde melhor e também eu fico sem fumar. Então eu saí do emprego, eu tava emagrecendo, eu emagreci bastante, então eu resolvi sair do emprego continuei o tratamento. Então eu quero arrumar um emprego e continuar o tratamento, pelo menos umas duas horas aqui no CAPS.

Pergunta: Como você acha que suas necessidades podem ser satisfeitas?

Cravo: Tem que ter uma conciliação com o emprego que eu arrumar. É porque eles (os empregadores) não aceitam, é muito difícil, você falar que tem um problema psiquiátrico, o pessoal (quebra) eles ficam com um pé atrás de dar o emprego, então você não tem tanta certeza de que vai estar empregado. Mas eu queria uma conciliação entre o emprego e o CAPS aqui. Queria ter um emprego e queria uma convivência aqui no CAPS, continuar o tratamento. Só que isso é meio burocrático, eles (os empregadores) não aceitam. Eu sinto falta de ficar aqui, de ver as pessoas, ter aquele momento de paz, aquele momento meu. Eu tenho momentos de alegria aqui, por isso que eu gosto de vir para cá. E fazer muitas coisas diferentes, a gente faz conversação, tem grupo de conversação, a gente fica sabendo que não é só a gente que tem problemas, as outras pessoas têm problemas também, a gente se auto-ajuda. É muito bom, é muito satisfatório sentir que a gente ajuda os outros e, ao mesmo tempo faz bem para a gente. Para mim a medicação foi diminuída, o *Haldol* que eu tomava de manhã e de tarde, tiraram o da tarde por causa da sonolência que tava me dando, então isso aí já me ajudou, já melhorou bastante para mim. Por isso que eu tô achando bom ficar aqui, porque aqui tá dando resultado. Tô me buscando o equilíbrio, dentro de mim, que a idade tá passando e eu tô ficando mais alegre, não tô ficando triste porque tô ficando com mais idade e sabendo que eu tenho poucas chances no mercado de trabalho. Não tô ficando triste não, tô é bem esperançoso e alegre. O equilíbrio é (...) apesar da dor de cabeça que

eu sinto conversar direito com as pessoas, ter mais tolerância com as pessoas. Eu tenho dor de cabeça todo dia, quando ela passa é um alívio. Mas o remédio tá ajudando. A dor de cabeça pode se que seja um sinal de (quebra), porque eu bebo um pouco ainda, mesmo que seja um copo de cerveja, mas eu bebo, então deve ser (quebra), o médico já me avisou para não misturar a medicação com bebida e eu sou teimoso. Tem vezes que eu bebo e me dá dor de cabeça, tem vezes que eu bebo e não me dá dor de cabeça, é muito relativo. Só a única coisa que atrapalha é essa dor de cabeça, o resto eu tenho uma vida boa, tem o grupo de dança portuguesa, onde eu tenho um outro convívio com as pessoas, eu me auto-levanto o astral. Eu danço desde garoto, a dança portuguesa. Lá eu me divirto porque eu vou dançar para outras pessoas, a gente se apresenta. Já é um estímulo a mais, de se distrair, de levar um pouco (quebra) a cultura portuguesa para as outras pessoas. Tudo que eu tô fazendo tô tendo respostas muito boas. Tô bem de ânimo, de alegria. Tem gente que fala que chega nos quarenta acaba tudo, para mim não, tá super mais legal. Tá me melhorando muito. Acho que eu vou conseguir chegar a velhice com um bom estado de saúde. Chega um certa idade que o homem tem que fazer uma série de exames, tem que fazer para fazer a *check up* e eu vou fazer uns exames para saber como é que eu tô. Não tenho emagrecido mais, me estabilizei no 80 quilos, eu tava com 86kg, pensei que ia ficar magro, com 70kg. Eu já me acho magro, assim com 80kg, então pensei que ia emagrecer muito, mas não, parei, consegui me estabilizar com 80kg e to me sentindo bem com peso, to podendo fazer as atividades, posso trabalhar, não sinto fraqueza. Só às vezes que me dá fobia de lugar muito fechado, me ataca a dor de cabeça, tenho que sair. Só isso me atrapalha e o emprego, se eu conseguir um emprego, já tá tudo certo. Eu vou ver se saio um pouco dessa fobia de ficar em ambiente fechado, eu já tô treinando com as pessoas, já tô convivendo com mais pessoas junto em ambiente fechado e tá dando resultado.

Pergunta: Quais são suas necessidades, ou seja, o que você precisa para que sua vida fique melhor ?

Cravo: Começa pela idade que eu tenho, são certas (...)é que a gente vive debaixo de um sistema, então, cada patamar de idade você tem uns compromissos a cumprir. Eu, por exemplo, tenho uma bateria de exames para fazer, porque chega essa idade, a própria Organização de Saúde pede que quando faz 40 anos, faça uma bateria de exames, então eu tô preparando isso. Tô pensando num emprego de terceira idade, porque eu não vou poder trabalhar em qualquer emprego, porque tem discriminação da prioridade para os jovens, o campo de trabalho para pessoa que já tem certa idade é pequeno, mas tem. Tem que estar em dia com os compromissos com a sociedade. Eu perdi meu título de eleitor, tenho que tirar, sem os documentos eu perco certos direitos que tenho, não posso participar de algumas coisas que acontecem. O documento restringe muito a pessoa, tira alguns direitos da pessoa e a pessoa fica excluída. E fora a bateria de exames que é em relação à saúde. Eu tenho, aqui, o “Bar”, para me dedicar, que foi uma coisa muito boa que me aconteceu. Eu não ganho lá essas coisas, mas o pouco que eu ganho já me deixa contente, dá para passear ou fazer qualquer coisa, não precisa ser muito. Já tô recebendo muito mais, de cabeça tranqüila, com essa situação de estar trabalhando num lugar bom. No mais eu tô preenchendo o meu espaço, não to deixando passar mal, ficar mal, em relação a ficar sem amigos, ficar com poucos amigos, ficar um pouco sozinho. Porque às vezes a gente fica doente porque fica muito sozinho, não tem apoio de ninguém. E comigo tá o contrário, essa coisa do “Bar” foi uma coisa muito especial que me aconteceu. Gosto de todos da turma, eles estão me ensinando muita coisa, graças a Deus eu to me enquadrando bem, to podendo ser útil. Meu comportamento para mim (silêncio) tá sendo benigno, porque eu sinto uma paz interior, uma tranqüilidade. O grupo de amigos que eu participo (refere-se às pessoas do grupo “O Bar BibiTanTã”) também me trás tranqüilidade, porque é um pessoal diferente, um pessoal culto, pessoal alegre de conversar, sempre tem assunto útil para conversar. Quero dizer, eu não tô meio perdido com esse pessoal e fora os lugares aí fora que a gente sai para conhecer, aprende um pouco mais do que é a nossa história. Me trás serenidade no tratamento. E o que eu precisava mesmo, no momento, é conseguir ficar nesse lugar que apareceu para me preencher. Que é “O Bar”, as terapias, o grupo do futebol, o time do CAPS. Todas essas coisas que eu posso fazer, não ficar muito de canto, já é uma grande ajuda para mim. O que faltava para mim era isso aí mesmo, quer dizer, não era o que faltava, era o que me dava mais medo, de ficar só, sem ter o que fazer, sem poder ajudar os amigos, sem ter os amigos, sem ter o que dar de mim para poder colaborar com as coisas com as pessoas, esse era o meu medo. Falta (quebra), quero dizer, é que eu sou muito ansioso e eu gostaria de ver “O Bar” crescendo, que tivesse mais espaço lá fora, pudesse freqüentar mais lugares, chegar em mais lugares e apresentar nossa equipe e os produtos do Bar, as nossas invenções, ou as nossas capacidades. Mostrar que no Brasil tem muita gente que tem idéias na cabeça, tem vontade de fazer as coisas, só basta estar bem é (...) e incluído com os amigos, entretido com os amigos. É o que mais falta, que é o que ajuda, você não se sente tão triste, tão sozinho. Faz bem para o coração da gente, o coração é que é a vida da gente, coração e mente, e se a gente está com os dois tranqüilos tudo tem tendência a dar certo, a gente amadurece bem, não cria tanta ansiedade, aprende as coisas logo. Você vai tranqüilo, na medida em que aparece as coisas para resolver você

vai resolvendo e se precisar de uma ajuda tem com quem contar, aí a pessoa ajuda e você consegue vencer os problemas que vão surgindo. Mas que eu queria mesmo é o bom andamento do “O Bar”. O problema que eu tinha quando vim para cá, quase nem tenho mais, que é ficar falando sozinho, escutar vozes, ficar pensando mal das coisas e das pessoas, ficar olhando os defeitos dos outros, tudo isso tá parando em mim. Eu acho que o que é importante mesmo é o grupo de amigos que eu fiz, quer dizer, o pessoal me convidou para participar, não fui que eu cheguei e falei (relativo ao “Bar”). “O Bar” tá me fazendo dar importância para as coisas, o que eu não fazia, começava a fazer uma coisa e largava, nunca terminava. Isso me criava uma falsa fantasia, eu não terminei, mas comecei. Esse é um pensamento de gente atrasada, acho que terminar as coisas é a atitude mais certa, o que você começa tem que terminar, para ter o resultado. E graças a Deus aqui eu tô tendo o que fazer, se eu não tenho o que fazer o pessoal me arruma atividades para fazer, compromissos. O que faltava para mim tá tudo preenchido. Eu não tenho com que reclamar, o grupo é muito ótimo, muito bom, é uma coisa que tá pesando dentro de mim, tá fazendo muito bem para minha saúde, para minha saúde mental também, tá me ajudando a cuidar e a me curar mais rápido. O que falta para mim acho que não falta nada. Falta um emprego, mas aqui eu tenho meu tratamento. Queria arrumar um emprego para poder arcar com os compromissos, não ficar muito parado pensando o que eu vou fazer, como eu vou fazer para mudar as coisas. Aqui eu tô ganhando muito com o grupo, me ensinaram que o pouco que você faz, já constrói uma coisa dentro de você e as pessoas vêem que você está diferente. Você passa a ser mais amigo das pessoas, a respeitar mais os outros. O que faltava para mim era isso, uma reabilitação, não é uma reabilitação, é para mim de enquadrar na sociedade, me enquadrar nas outras pessoas, me incluir socialmente, num grupo de pessoas, é isso que faltava para mim. Agora eu tô aprendendo com o CAPS, principalmente com o grupo do “O Bar” que quanto mais a gente fala, mais a gente aprende, a gente precisa ser comunicativo para chegar em algum lugar.

Entrevista n. 04- 18/09/2006

Pergunta: Porque você frequenta o serviço?

Margarida: Porque eu fiquei mal, falava em suicídio. Tava trabalhando não sabia o que fazer no trabalho começava a trabalhar e logo parava e colocava a mão na cabeça, não sabia por onde começar. Escutava as pessoas falando de mim, me xingando. Outros queriam me ajudar e ficavam dando dinheiro. Na minha mente eu ia ganhar uma casa no Natal. Eu via as pessoas me xingando. Eu saí benzendo dentro do shopping, benzendo (risos). E falava muito que as pessoas estavam me xingando. Chegou num ponto (quebra) arrumei dois trabalhos, porque queria dar entrada em um terreno. Eu comecei a emagrecer, não me alimentava direito. De repente, um dia, a supervisora me chamou, o encarregado me chamou, a supervisora estava me esperando, conversou comigo, eu falei para ela que as pessoas estavam me xingando, me chamando de golpista, dizendo que minha neta era filha do meu marido, um monte de coisa. Falavam para mim me suicidar, eu saía nas ruas rezando, pedindo para as pessoas rezarem, chamarem por Deus. Cantava, direto no serviço. Ela (a supervisora) mandou eu tirar 15 dias de licença. Eu disse que estava bem, ela falou que era melhor eu descansar. Eu trabalhei só um mês no outro serviço, pedi as contas, eles foram muito legais comigo, todos eles. Mandaram (a família) chamar minha mãe, porque eu não atendia ninguém lá em casa, ela veio da Bahia para cuidar de mim, começou a andar comigo. Um dia a gente veio no Magaldi, (Unidade Básica de Saúde vizinha ao CAPS Itaim Bibi) para conversar com a psiquiatra, meu marido veio também. Em três anos que a psiquiatra pedia para ele comparecer e ele não comparecia, dessa vez ele veio, ela me perguntou se eu retirava alguma coisa que eu tinha falado para ela durante esses anos, eu falei que não. Ela pediu, porque ela estava saindo de férias, para nós dois retornar outra vez. Foi nesse meio tempo que minha mãe (quebra). Fiz exame de mamografia e ultassom. Eu queria saber, tava desconfiada de estar com câncer. Falei em casa, que seu tivesse com câncer, não ia fazer tratamento, preferia morrer, trabalhando ou de doença, do que ser escrava de casa. Eu vim trazer os resultados e o médico não queria me atender, ele disse que eu não tinha mais direito, porque eu não tava mais trabalhando próximo daqui. Eu fui agressiva, não física, mas com palavras. A menina me mandando baixar (o tom de voz) e o meu marido já tinha me chamado de baixa uma vez, eu gritei para ela, bati no balcão, que ela não me chamasse de baixa, que baixa eu já era, que eles não atendiam direito, que era bem feito quando aparecia gente querendo bater nelas, porque elas mereciam. Minha mãe me tirou, eu fui para o lado de fora, fiquei sossegada e ela com medo que eu me jogasse debaixo de um carro. Eu falava, mas eu já falei que debaixo de um carro eu não me joga, porque só vou dar dor de cabeça para o motorista, complicar a vida dele, corro o risco de ficar aleijada, não morrer, de ficar aleijada e dar desgosto para a senhora. Se eu quisesse me matar eu jogava de cima do prédio, que oportunidade eu já tive, eu já cheguei a limpar no heliporto, ficava lá sozinha, se eu quisesse me jogar, já tinha. Graças a Deus não tava em crise, porque se tivesse em crise até, talvez, podia ter cometido uma loucura.

Pergunta: Mas porque você começou a freqüentar o CAPS?

Margarida: Minha mãe conversou com a assistente social do Magaldi, arrumou um médico para ver meus exames, como a psiquiatra (que fazia o acompanhamento de Margarida há anos) tava de férias, a outra psiquiatra me atendeu e me encaminhou para cá. E eu to até hoje. Cheguei aqui, foi o Dr. X (médico psiquiatra) que me atendeu e a Dra Y. (psicóloga). Eu ouvia muitas vozes, não dormia direito, muito ansiosa. Comecei a fazer o tratamento e to até hoje.

Pergunta: De quais atividades você participa?

Margarida: Eu, praticamente de todas. Todas que dá para eu participar eu to (quebra) Participo da pintura, de segunda-feira do curso de fotografia no MAM, vou participar, às quartas-feiras do bem estar, tem o grupo com o Dr X., tem atividade física, participo do “O Bar”, na segunda-feira de manhã participo do bom dia. Tudo que dá para mim participar eu to dentro (risos).

Pergunta: Você sente que tem saúde?

Margarida: Às vezes eu me sinto super bem, mas às vezes eu me sinto vazia, me sinto outra pessoa. Tenho vontade de sumir, de deixar de existir. Às vezes fico me imaginando, as coisas que eu passei, tem algumas coisas ainda (quebra). Se é realidade, ou se foi só ilusão, fica só essa dúvida na mente. Não tenho vontade de fazer as coisas, quero ficar mais no canto, deitada. Mas mesmo quando to deitada em casa, já dizem (a família) assim, tá doente, tem alguma coisa, o que é que você tem. Nem direito de ficar deitada, um pouco, eu não tenho, em casa. Eu fico por aqui e onde der para mim ir eu to indo.

Pergunta: Você sente que CAPS contribui para que tenha saúde?

Margarida: Contribui, bastante. Com todas essas atividades, a atenção, dos técnicos, até o pessoal da limpeza, são super atenciosos com a gente. Ajudam à gente bastante, em tudo.

Pergunta: O que acha que você precisa fazer para ter saúde?

Margarida: Acho que eu precisaria ter compreensão em casa, parar de pagar aluguel, o sonho de todo mundo. Ter uma vida tranqüila. Porque em casa é mais assim, cada um cuida de si, não tem acordo entre todos. Então é muita dívida, ninguém me escuta. Dizem que não adianta trabalhar para não ter direito a fazer as coisas. Só que eu penso de maneira diferente, eu acho que primeiro vamos acertar o que tá pendente para depois melhorar. Mas só eu penso dessa maneira, em casa. Então tem sempre aquela desavença, aquele contratempo, sempre tem um desentendimento. O marido agora bebendo, tá na afastado do trabalho, teve infarto, mesmo assim, continua bebendo. Enche o saco, diz que (quebra) não quer se separar, mas quer morar afastado de casa, quer morar em outro lugar, para a gente poder ficar se encontrando, para poder se entender melhor. Eu discordo disso, acho que se separou, separou de vez, não tem essa de viver como namorado, porque não tem cabimento, 28 anos de casado, chega a esse ponto, ou é tudo, ou nada (risos).

Pergunta: Você sente que suas necessidades têm sido satisfeitas?

Margarida: Não (tom baixo), não sei. Porque eu gostaria de fazer muitas coisas, principalmente coisas minha mesmo. Não me arrependo de ter casado com meu marido, porque escolhi de coração, foi meu primeiro namorado, namorei cinco anos com ele escondido da minha mãe, até que resolvemos casar. Não resolvemos, forçou o casamento, por isso que minha mãe forçou o casamento. Me arrepender, não me arrependo, porque escolhi de coração. E eu não tenho vontade de outro homem, eu já falei para ele, se um dia a gente se separar eu não quero saber de outro homem na minha vida. Porque vivi com você, entre namoro e casamento, 33 anos, uma vida. Eu era ingênua, não conhecia nada, me apeguei muito a ele. O carinho que não tive dos meus pais (quebra), para o namoro a gente tem tudo, carinho, atenção. Mas depois quando a gente começa a dizer não quero, não vou, não faço, a coisa muda. E eu aprendi a dizer não e foi aí que a coisa ficou pior, porque eu podia tudo calada, escutava. Ele era o melhor marido do mundo para as outras pessoas, só que entre quatro paredes ele tinha os defeitos dele, que eu era obrigada (...). Quando ele bebia, saía, chegava em casa e queria alguma coisa que eu não queria, praticamente tinha a força, contra vontade. Nunca foi de me bater. Que eu também nunca me permiti isso, eu já falei para ele, o dia que tocar a mão de mim, um dos dois fica vivo, porque eu não sei do que sou capaz. Então para mim faltaria um cantinho para fazer meus artesanatos, as coisas que eu gosto de fazer, sair sem ter medo de voltar e levar bronca.

Pergunta: Como você acha que suas necessidades podem ser satisfeitas?

Margarida: Se cada um colaborasse, tivesse nossa casinha, cada um no seu canto, dependendo um de si, agindo em comum acordo, acho que as coisas seriam (quebra). Acho que é o paraíso que é difícil de se conseguir. Tanto que nunca se tem tudo. Ter paz, compreensão. Vontade de coragem para trabalhar eu tenho, mesmo me arrastando que nem eu to agora, mas tenho. Trabalho em qualquer coisa, não escolho serviço.

Pergunta: Quais são suas necessidades, ou seja, o que você precisa para que sua vida fique melhor?

Margarida: Acho que o que todo mundo precisa é de paz e sossego. Só que o que eu preciso mesmo é sair do aluguel, ter o meu trabalho e ter uma vida tranqüila com toda minha

família trabalhando. Acho que com isso aí ia dar para superar todos os problemas que vão aparecendo e a gente vai solucionando. Ter uma casa, porque morar de aluguel você tem que deixar de comer para pagar e tem as outras contas (quebra). Saúde em primeiro lugar, porque sem saúde a gente não consegue nada. Lutar e ir em frente, para as coisas melhorarem. Paz e tranquilidade, porque quando eu to em paz e tranqüila eu enfrento tudo, quando as pessoas na minha casa colaboram comigo eu não meço esforços, mesmo sabendo que vou me prejudicar, mas eu faço tudo, penso mais nos outros do que em mim. Quando eu digo não, sinto remorso de sentir que deixei de ajudar aquela pessoa, que eu podia ter ajudado, por isso eu prefiro ajudar, mesmo sabendo que eu vou perder alguma coisa. Eu também acho que a gente não precisa esperar recompensa de quem a gente ajuda, porque às vezes agente pensa, quem é que nunca vai dar a mão para a gente é quem chega, estende a mão e ajuda a gente em alguma coisa, uma palavra amiga. A principal coisa que preciso seria compreensão entre a família, união e compreensão, porque minha família de alguma forma é desunida. É sempre aquela falação, um falando do outro, mas ninguém se junta para melhorar o todo. É o tempo do *Murici*, cada um cuida de si. E eu fico irritada com isso, porque queria que todo mundo (...). Lá em casa parece que a mais encrenqueira sou eu, porque fico cobrando as pessoas, o que devem ou não fazer e eles não fazem ou não deixam fazer. Como por exemplo, juntar um dinheiro, eu tenho vontade de juntar dinheiro para um momento de necessidade, ou às vezes da vontade de fazer um passeio e não pode, precisa de um carro para ir ao médico de noite e não tem. Tudo isso eu penso, mas o que eu ganho é para por tudo dentro de casa, aí não sobra, isso me deixa angustiada.

Entrevista n. 05 21/09/2006

Pergunta: Por que você freqüenta o serviço?

Girassol: Eu comecei a freqüentar depois que minha mãe faleceu. Ela faleceu, em dezembro de 2003 e eu comecei em janeiro de 2004. (silêncio) E tô até agora.

Pergunta: Mas porque você veio para o serviço?

Girassol: Porque quando ela morreu, o médico me orientou a vir para cá. (quebra) Eu já tinha tido outras internações. A primeira internação foi no CAPS (quebra), não a primeira foi no hospital da Água Funda, que eu fiquei no hospital fechado, depois fui para o CAPS da Lapa, o último é esse daqui, 2004. Eu falei com médico que eu tinha freqüentado e ele orientou, que eu deveria, depois da morte da minha mãe, dar continuidade, que seria bom para mim. Foi aí que eu tive...(quebra) comecei a vir pra cá.

Pergunta: De quais atividades você participa?

Girassol: Da pintura,(silêncio, tenta lembrar) tai chi (risos, silêncio), ginástica, do Bar (longo silêncio) acho que é só.

Pergunta: Você sente que tem saúde?

Girassol: Eu (risos) sinto, eu tenho. Mas ao mesmo tempo eu inculco que tô (quebra) que eu não to bem, que eu tô com algum problema (silêncio). Eu sempre fico inculcado.

Pergunta: Como assim inculcado?

Girassol: É que eu fico achando que eu tô doente. Se eu tô com uma tosse eu fico achando que o negócio é mais... eu penso que já tô com tuberculose. Fico sempre (quebra) tô sempre sofrendo antecipadamente... tudo, tudo eu sofro antecipadamente. Já... já começo já tá sofrendo antes do tempo. Sempre foi assim. Eu sinto que eu tenho, mas ao mesmo tempo às vezes não.

Pergunta: Você sente que o serviço contribui para que tenha saúde?

Girassol: (silêncio) Sim (tom baixo), contribui.

Pergunta: De que forma?

Girassol: Me dá assim um ânimo... me dá... um estímulo de continuar.

Pergunta: Continuar o quê?

Girassol: É que quando a minha mãe morreu, eu fiquei meio assim. Minha mãe morreu, parece que agora, também..., acabou o sentido de minha vida. Porque a gente morava junto, então depois que ela morreu eu fiquei... sozinho. Dá aquela impressão de que acabou ali, é uma coisa estranha, parece que ela morreu e eu morri (quebra) uma parte minha morreu junto. Me dá um desânimo, uma tristeza. Eu não sei. Eu vindo pra cá, conversando com as pessoas, eu vejo, tô sentindo que eu não to sozinho. Que quando eu tô em casa dá aquela sensação de que eu tô só, que eu não tenho mais ninguém. Então, pelo menos quando eu venho para cá, me dá uma sensação (quebra) uma anestesia, não sei, eu esqueço um pouco dos problemas e eu tô no meio das pessoas e já me sinto um pouco melhor. Me dá um ânimo de... continuar.

Pergunta: O que você acha que precisa fazer para ter saúde?

Girassol: Tomar os remédios (silêncio), fazer o tratamento, a psicoterapia, as atividades que têm no CAPS.

Pergunta: Você sente que suas necessidades têm sido satisfeitas?

Girassol: Não (tom baixo).

Pergunta: E como você acha que elas podem ser satisfeitas?

Girassol: A não sei!(silêncio) Acho que assim, distrair um pouco a mente, não ficar (quebra). É por isso que eu gosto de vir para cá, porque quando eu fico em casa, eu fico em pensamentos negativos, solidão. Os problemas começam a vir na minha cabeça e eu começo a... pensar negativo, ter pensamentos negativos. Quando eu venho para cá, parece que eu sinto um pouco mais aliviado.

Pergunta: O importante para você é não ficar sozinho?

Girassol: Isso, quando eu tô em casa sozinho eu tento falar com alguém por telefone, desabafar para não ficar (quebra). Porque é solidão, porque você não tem com quem conversar. É muito ruim, é muito (quebra), e poder desabafar é bom.

Pergunta: Você sente que o serviço tem contribuído para satisfazer suas necessidades?

Girassol: Tem. Pelo fato de como eu tô sem fazer nada da vida, nada literalmente. Não sei, só de pensar que na segunda eu tenho que vir para cá, eu tenho aquela rotina de segunda, terça, quarta, quinta, já dá uma (quebra) vai preenchendo um pouco o tempo, porque eu tô meio que sem...sem profissão, sem nada. Talvez me preencha quando eu venho para cá. A única maneira que encontrei para preencher meu tempo.

Pergunta: Quais são suas necessidades, ou seja, o que você precisa para que sua vida fique melhor?

Girassol: Na minha vida..., tá complicado. Eu preciso de tanta coisa (risos) Eu não sei... Eu precisava de alguém para me ajudar a resolver os meus problemas. Meus parentes não ligam, cada um fica no seu canto, não fedem nem cheiram e eu fico sozinho. É isso que eu sinto, não tenho apoio de ninguém, eu fico sozinho com os problemas e não tenho (quebra) não sei como resolver, não sei o que eu faço e fica tudo... parado, tudo... para resolver e eu não sei o que fazer. Tá tudo acumulado. Eu preciso de alguém, só que não tem essa pessoa (risos), é uma droga. E fiquei muito assim eu não confio em advogado. E precisa de dinheiro e eu não tenho dinheiro. Fica tudo emperrado..., o inventário não sai..., não tenho nem como fazer o inventário. As casas estão todas com imposto atrasado. Sei lá o que vai acontecer, não tem como pagar, não sei o que pode acontecer, se vou perder onde eu to morando. Eu tô vivendo assim, um dia atrás do outro, tô recebendo só... no máximo, por mês, R \$ 600,00, mas mesmo assim esse dinheiro é curto, é muito pouco, não dá para eu pagar todas as despesas, pagar imposto. Então eu fico numa situação apertada, fico financeiramente sem, não sei, sem... condição para resolver minha vida, fica tudo parado. É porque eu fico sozinho, não tem ninguém para me ajudar, não tem ninguém em que eu confie que me ajude. Não sei como resolvo (silêncio). É esquisito eu fico esperando, sei lá o que eu fico esperando. Minha vizinha fala, você vai vivendo, que quando você morrer não vai levar nada e deixa como tá, porque não tem como fazer o inventário, então deixa (silêncio). Não tem em quem confiar, não tem em quem (quebra)'. As pessoas acham assim, que qualquer coisa para mim tá bom, por exemplo, falam para eu vender a casa e comprar outra na periferia. Eu tenho que resolver os meus problemas, mas ao mesmo tempo se eu sair da onde eu tô, para ir para um lugar afastado eu vou me sentir mal não vou me sentir bem. Então parece que as pessoas não escutam muito o que eu quero, o que eu penso,... o que eu acho. Sinto que fico excluído, que parece que eu sou criança e as pessoas querem tomar a decisão por mim. Eu sinto também esse medo, parece que eu fico sozinho, contra esse monte de gente. Tem a amante do meu pai, ele tem duas filhas com ela. Ela tem duas advogadas e eu não confio nelas. Tem os advogados todos que ficam mexendo... no inventário e eu não sei o que eles querem. Meu primo entrou com uma ação trabalhista e tá no inventário, a amante também, tá querendo a parte dela e eu tô sozinho e fico no meio de tudo isso. Fico inseguro e não consigo enfrentar a situação. Fico achando que é muita coisa para minha cabeça, que eu não vou conseguir administrar e deixo como tá, porque me sinto sem ninguém que tome o meu partido. A situação fica ... toda parada e eu não sei até que ponto ela vai chegar, (silêncio) fico preocupado, não sei o que fazer, fico preocupado, mas não posso fazer nada. Eu fico com a sensação de que não posso resolver as coisas e fica assim, eu não sei o que faço. Se os inquilinos não quiserem mais pagar o aluguel, porque eles brigam, eu não tenho mais (quebra). Eu vou sozinho receber os aluguéis e dou graças a Deus quando eles me pagam, porque eles dizem que o imóvel é deles e que vão entra com pedido de "uso capeão". Eu lembro que uma vez eu fui na juíza, no processo da minha mãe que morreu. O Ministério Público entrou com uma ação me colocando como culpado da morte dela, na audiência, da testemunha de defesa, que foi o meu dentista, a juíza pergunta como tava meu tratamento, uma hora eu falei que meus inquilinos não me pagam e ela respondeu que não era eu que tinha que ir até os inquilinos, mas o meu advogado, eu falei para ela que eu não tinha advogado. Mas como não tenho ninguém e não confio nos advogados eu fico sozinho. Não tenho ninguém para me ajudar, eu não sei o que fazer. Essa pessoa que poderia me ajudar não existe (risos), eu não sei onde ela tá, minha psicóloga falou que ajudava, mas me ajuda entre aspas, porque não tem como ela me ajudar assim... porque tem uma questão financeira, tem que ter dinheiro, então não tem como. Tem coisas que quem tem que ver sou eu e eu não tenho de onde tirar, não tenho condições financeiras para arcar, então fica

complicado. Eu tenho as coisas e não tenho, tenho uma casa, tenho e não tenho, fica aquela sensação estranha, porque é meu entre aspas, não tem nada no meu nome, está tudo mal resolvido no inventário, na justiça. E eu não tenho como resolver isso, isso está desde a época da minha mãe, porque ela foi tirada do inventário e ela também era doente e a gente ficava nessa situação amarrada. A gente tem e não tem nada e ainda, quando eu vou receber os aluguéis eu nem acredito, dou graças a Deus quando eles me pagam, porque não sei como a prefeitura já não foi lá, não penhorou. Não sei como eu ainda consigo ir sobrevivendo.