

Universidade do Vale do Paraíba
Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento

CLARA ISABEL SAETA MOYA

COTIDIANO E TRANSFORMAÇÃO: A PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE
USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SUL

São José dos Campos, SP
2006

Clara Isabel Saeta Moya

**COTIDIANO E TRANSFORMAÇÃO: A PERCEPÇÃO DE UM GRUPO
DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SUL**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Ciências Biológicas.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Santalucia Maximino

São José dos Campos

2006

M899v

Moya, Clara Isabel Saeta

Cotidiano e transformação: a percepção de um grupo de pessoas do Centro de Atenção Psicossocial Sul./ Clara Isabel Saeta Moya. São José dos Campos: UniVap,2006.

1 disco laser, color

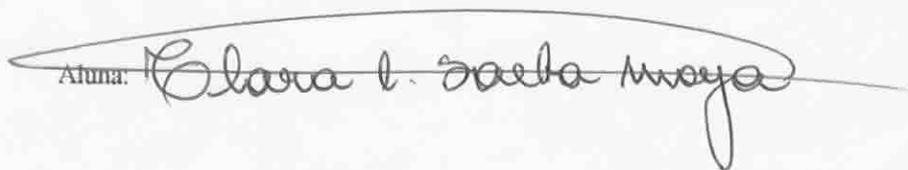
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

1. Psiquiatria 2. Unidade de internação 3. Ajustamento social 4. Terapia Ocupacional I. Maximino, Viviane Santalucia, Orient. II.Título

CDU: 615.851.3

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta Dissertação, desde que citada a fonte.

Assina:

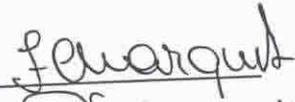
A handwritten signature in black ink that reads "Clara I. Saeta Moya". The signature is written in a cursive style and is enclosed within a large, thin, horizontal oval shape.

Data: 7/12/2006

"Cotidiano e transformação: a percepção de um grupo de pessoas do Centro de Atenção Psicossocial Sul"

Clara Isabel Saeta Moya

Banca Examinadora:

Profª. Dra. **FERNANDA CRISTINA MARQUETTI** (UNIVAP) 
Profª. Dra. **VIVIANE SANTALUCIA MAXIMINO** (UNIVAP) 
Profª. Dra. **CRISTIANE M. DRUMOND DE BRITO** (UFSCAR) 

Prof. Dr. Marcos Tadeu Tavares Pacheco
Diretor do IP&D – UniVap

*Dedico este trabalho à Magaly Indiani
por acreditar que as transformações
são sempre possíveis*

AGRADECIMENTOS

Transferir para o papel formata, enquadra, economiza, organiza, escolhe. Tivemos que escolher caminhos possíveis para contar o percebido. Percebido por nós e por tantos outros e transferido com esta forma. Formato. Não exatamente. Queria registrar mais vozes, das já ouvidas. Queria traduzir mais e melhor as falas. É só isso que importa. Peço desculpas por isso. Mas que este seja um aperitivo apenas.

Agradeço em primeiro lugar à minha orientadora Viviane Maximino que deixou-me livre para encontrar caminhos próprios e acolheu meu inconformismo constante até encontrar o sentido particular. Acredito que sei melhor o que é Terapia Ocupacional através de você. À nova amiga, fruto deste trabalho que ampliou meus horizontes, brigada Márcia.....acabou! À minha família ampliada que sempre me liberou para a busca de meus desejos....Mama (Antonia), Roberto, Lorenço, Elisa, Juan, Barbara, D. Silvia e Sr. Fernando. E à Idalina que percorreu comigo o caminho mais difícil.

Ao meu amor amigo que me faz tão bem..... Moacyr Baumgratz valeu a paciência.

Às amigas Carol Martone e Denise Diba pela amizade eterna....As novas amigas Denise e Selma....valeu. A Mariazinha pelo cuidado materno.

Agradeço aos que são e que foram do CAPS-Sul. Aos trabalhadores e usuários que com seu jeito singular deixaram uma pitada de tempero neste serviço construído por todos nós cotidianamente. Meus agradecimentos a Leila, Leci, Vania,

Regina, Christina, Valéria, Arnóbio.....Mas especiais para Ana Célia, Daniela, Danielle, Débora, Ivone, Luciane, Magaly, Maria, Marlene, Mônica, Rilza, pela oportunidade diária de aprendizagem. Obrigado aos trabalhadores de saúde mental do município, operários incansáveis na construção de dias melhores e menos ácidos.

O meu obrigado especial para os pais do CAPS-Sul Terezinha Poepcke que me ensinaram a ter muita coragem e que um bom serviço se faz na proximidade ao usuário. E Marcus pela semente bem plantada. Djalmira que me ensinou a amar esse trabalho. Não posso deixar de agradecer ao Marcos, Roberto, Maria, Regina, Charles, Neusa, Sebastião, Fatima, Rafael, Yoko, José Fonseca, Jana, Cícero, Nair, Epifania, Maria José, Domingos, Lúcio, Sueli, Lúcia, Alessandro, Eliana, Lucineide, Everton, Vitor, Maria Angela, João Paulo, pelo dia a dia carregado de aprendizagem e pelos segredos inconfessáveis. Obrigada!!!!!! A todos.

Queremos saber

Queremos saber, o que vão fazer
Com as novas invenções
Queremos notícia mais séria
Sobre a descoberta da anti matéria
E suas implicações
Na emancipação do homem
Das grandes populações
Homens pobres das cidades
Das estepes dos sertões

.....
Queremos saber, queremos viver
Confiantes no futuro
Por isso se faz necessário prever
Qual o itinerário da ilusão
A ilusão do poder
Pois se foi permitido ao homem
Tanta coisa conhecer
É melhor que todos saibam
O que pode acontecer

Gilberto Gil

Resumo

O presente estudo objetiva verificar a diminuição das internações em hospital psiquiátrico e as mudanças no cotidiano de um grupo de pessoas após participação em um Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, SP. A reforma na assistência psiquiátrica em curso no Brasil desde a década de 70 tem, nos últimos 15 anos, se fortalecido após o surgimento de serviços substitutivos (tipo CAPS e NAPS) ao hospital psiquiátrico, leis e políticas que tem, como diretrizes, a desinstitucionalização de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves. Esses serviços fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental e são estratégicos para as transformações na assistência psiquiátrica pretendida no Brasil. No entanto, com a expansão e multiplicação destes serviços no país nos últimos cinco anos, não temos garantias que os mesmos sejam capazes de criar novas respostas e uma nova forma de enfrentamento dos problemas apresentados pela população atendida e se, de fato, ajudam a evitar e/ou diminuir internações psiquiátricas e contribuir para a ampliação de possibilidades de vida para as pessoas que nele se inserem. Para tanto, este trabalho verifica a participação e análise das pessoas atendidas pelo serviço de saúde. Como pessoas e familiares, submetidas as várias intervenções psiquiátricas percebem seu cotidiano atual, após a inserção no CAPS-Sul. Foram sujeitos desta investigação pessoas com transtornos mentais graves e seus familiares, acompanhados por este serviço de saúde. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas através de questionário semi estruturado, bem como análise de prontuários. Os resultados desta pesquisa demonstram que na história de vida destes sujeitos, o início do transtorno mental foi acompanhado de sucessivas internações que trouxeram dificuldades na vida cotidiana e nas relações familiares e sociais. Em relação ao cotidiano e tratamento atual os usuários e familiares do serviço referem uma diminuição do número de internações psiquiátricas dos entrevistados após inserção no CAPS-Sul. Atribuem isto as formas de cuidado oferecidos pelo serviço, além de questões referentes ao comprometimento destes para a melhora de sua saúde. Em relação ao tratamento no CAPS-Sul, vários pontos são apontados como decisivos para a melhora das pessoas entrevistadas como o cuidado personalizado, o acolhimento em momentos de crise, o cuidado com a família, a adequação da medicação psiquiátrica, as diferentes formas de atendimento do serviço, as atividades que buscam a reinserção social. Relatam também mudanças no comportamento, com uma conquista gradual em seu processo de autonomia.

Palavras- chave: Saúde mental, CAPS, Cotidiano, Entrevistas.

DAILY OF TRANSFORMATION: PERCEPTION A GROUP OF PEOPLE IN A CENTER OF PSYCHOSOCIAL ATTENTION(CAPS-SOUTH)
--

Abstract

The main aim in our study is to verify the reduction of internments, in psychiatric hospitals, and daily changes of a group of people after participation in a Center of Psychosocial Attention (CAPS-South) from Health Secretary of City "São Jose dos Campos", São Paulo, Brasil. The reform of psychiatric assistance in course within Brazil since the seventies has, mainly in last fifteen years, fortifying the sprout of substitute's services (like CAPS and NAPS) to psychiatric hospitals. Laws and politics with different directions have separated Governmental Health Care from people suffering from serious mental upheavals. Those services take part of the National Politics for Brazilian Mental Health and they are strategical for transformation on intended psychiatric assistance for our country. However, with these expansion and multiplication of these services (CAPS and NAPS) within our country in last five years, we do not have any guarantees that, in fact, they are capable on creating new answers. New forms of confrontation for problems presented on our attended population and if, in fact, they do help to prevent and/or to diminish Psychiatric internments. Contributing for improvement on better life's possibilities for people which are inserted on it. For such valuation and analysis of the taken care of people it is very important their fully participation. In which way those attendants do notice differences when submitted to some psychiatric interventions, in comparison with their insertion in this CAPS-South, is our main aim. We would like to clarify that some citizens have been inquired and investigated with serious mental upheavals and their relatives, followed by our CAPS Health Service. For these collections of data, some interviews throughout half structuralized questionnaire had been carried out, as well as handbook analysis. The preliminary results of those researches do demonstrate throughout their Health Life Medical History that the beginning of a mental upheaval was followed of successive internments that brought them some difficulties in daily life issues and their familiar or social relationships. Relating our daily visitors and current treatment for familiar users and related services, some reductions of numbers for psychiatric internments of interviewed people after the insertion in the Caps-South. They do attribute some differences to our form of care offered by these services, beyond referring questions to their commitment for improvement of their general Health. Relating to their treatment on CAPS-South some points are appointed for decisive improvement on interviewed people, like personal care, special attendance on their crisis process, family care, adjustments on their Psychiatric drugs prescriptions, different attendance care and activities that does look for social insertion. Some of them do relate some daily changes, like a gradual conquest on their autonomic life process.

Keywords: Mental Health, CAPS, Daily, Interviews

Sumário

1. Introdução	10
2. Justificativa	13
3. Objetivo Geral.....	15
3.1Objetivos específicos.....	15
4. Revisão de literatura.....	16
4.1 Reforma Psiquiátrica.....	16
4.1.1 A Reforma psiquiátrica no Brasil.....	17
4.1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS).....	21
4.1.3 O CAPS Sul.....	23
4.2 Reabilitação Psicossocial.....	28
5. Material e métodos	36
6. Resultados e Discussão.....	40
7. Considerações finais.....	68
Referências.....	71
Anexo A.....	76
Anexo B.....	77

1. Introdução

O encontro com a loucura teve, para mim, um saber e um sabor privilegiados. Nos estágios em saúde mental de “observação” e atuação do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, e mais tarde como profissional, período de 1989 à 1993, tive a oportunidade de acompanhar a experiência santista de desconstrução do hospital psiquiátrico e a construção de uma rede de serviços regionalizados e públicos substitutiva a este, através de uma política de reconhecimento dos direitos das pessoas atendidas e da criação de possibilidades concretas de intervenção através de inúmeras estratégias, criadas diariamente. No trabalho nos Núcleos de Atenção Psico Social(NAPS), a construção era diária, coletiva, através de reuniões com a equipe interdisciplinar, com usuários e familiares, o que borbulhava de novas idéias a minha cabeça. Uma nova forma de cuidado! Não fui ‘tocada’ em meu ‘lado profissional’ por uma técnica inovadora. Fui arrastada para um diálogo com a minha própria loucura. Ver de perto os limites dramáticos a que o ser humano pode chegar representava, sem dúvida, enxergar os meus. Limites enclausurados em muito sofrimento, que a psiquiatria tradicional se propôs a abarcar, mas apenas agravou.

Trabalho contínuo, discutido, que tinha por objetivo um olhar integral sobre as necessidades das pessoas atendidas. E a atuação dos profissionais era orientada por estas e não por especificidades ou categorias profissionais. Um fazer e refazer cotidiano de novas intervenções em saúde mental, de novos profissionais. Como terapeuta ocupacional, fui reportada a uma nova forma de pensar minha atuação profissional. Oficialmente a terapia ocupacional, junto com outras profissões da saúde, nasceu sob a égide da reabilitação. Tomou o referencial teórico do

tratamento moral como base de sua intervenção em psiquiatria. Mas durante as transformações sofridas no campo da saúde mental nas últimas décadas, suas práticas profissionais também foram se transformando e construindo um percurso para superar as práticas manicomiais de 'ocupação' mas sim, inserindo-se no contexto de vida das pessoas atendidas, em seu meio social, compreendendo o paciente como ser social e não como somatória de partes fragmentadas (BARROS,1999).

A experiência santista não foi importante apenas para mim. Tornou-se um marco, um divisor de águas nas práticas em saúde mental no Brasil, atingindo a todos os profissionais envolvidos. Desde o fim da década de 70 importantes discussões e transformações na assistência psiquiátrica no Brasil vinham acontecendo, processo este conhecido como reforma psiquiátrica. Mas a experiência santista tornou-se um exemplo de que a transformação que a assistência em saúde mental necessitava era possível e que os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico eram uma estratégia fundamental.

Atualmente os serviços que buscam substituir a lógica manicomial e o hospital psiquiátrico são inúmeros e espalhados por todo o Brasil. São estratégicos para a Política Nacional de Saúde Mental e consoantes com o que preconiza a Lei 10.216 de 2001(BRASIL, 2002a), que redireciona a assistência em saúde mental e privilegia o tratamento em serviços de base comunitária. O fato de existirem leis, financiamentos e serviços novos, sem dúvida representa um avanço muito grande nas diretrizes do cuidado em saúde mental no Brasil. Mas não garante que estes serviços estejam operando uma reforma nas formas tradicionais de tratamento dos transtornos mentais, objetivos da reforma psiquiátrica brasileira. Diversos autores apontam a necessidade de avaliarmos freqüentemente a qualidade dos novos

serviços de saúde mental como propõe Pitta (1999) . Qual o impacto do trabalho destes serviços sobre a melhoria na saúde da clientela atendida?

Esta dissertação é fruto destes questionamentos frente ao novo panorama da saúde mental. Trabalho em um destes serviços, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Sul) da Prefeitura Municipal de São José dos Campos(SP) e a prática diária convoca-me freqüentemente a refletir se este serviço é capaz de ajudar as pessoas atendidas, diminuindo internações em hospital psiquiátrico e ajudando em seu cotidiano positivamente. Mais do que pesquisar dados queríamos dar voz. Voz a uma população excluída das possibilidades de convivência com seu grupo social, sua família, seu cotidiano, em nome de sua restituição. Se a função dos tratamentos é restituir, o que aconteceu com o grande público da psiquiatria que, após duzentos anos de tratamento ainda não encontrou melhoras em sua saúde, ao contrário, foi cronificado? Culpa da doença, diriam uns. Culpa das formas de cuidado, argumentariam outros. Não pretendo achar culpado. Pretendo através das vozes das pessoas atendidas verificar mudanças em seu cotidiano após inserção no CAPS-Sul.

Assim faremos um relato das transformações da assistência psiquiátrica no Brasil e as influências, sofridas por nós, dos processos de reforma psiquiátrica internacionais. Relataremos a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, que são serviços públicos, do Sistema Único de Saúde estratégicos para a transformação da assistência psiquiátrica como prevêem as diretrizes da Política de Saúde Mental do Governo Federal. Relataremos também a implantação e funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS- Sul) da Prefeitura de São José dos Campos, local onde se deu este estudo.

Os resultados obtidos através dos relatos dos usuários e familiares foram discutidos a partir do referencial teórico da desinstitucionalização. Os fundamentos e pressupostos de tais transformações e as propostas de reabilitação psicossocial que tem sido amplamente utilizadas nesses novos serviços, tem sido algumas estratégias utilizadas pela reforma brasileira e serão apresentados neste trabalho.

Tudo isso com o intuito de apresentar e discutir os resultados das entrevistas com os usuários e familiares do referido serviço que tem o objetivo de verificar mudanças no cotidiano de um grupo de pessoas após inserção no CAPS-Sul.

2. Justificativa

Durante longos períodos de sua vida, muitos usuários atuais do CAPS Sul de saúde mental de São José dos Campos, foram excluídos do convívio com sua comunidade e dos recursos que esta lhes podia oferecer. Estas pessoas passavam por longos e sucessivos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, tendo este como principal recurso de tratamento em momentos de crise, afetando de maneira decisiva o seu cotidiano.

Construir ações e equipamentos em saúde pública que atendam a esta parcela da população em momentos de agravamento, com sua diversidade e especificidade, significa dar um importante passo em direção a uma atenção em saúde pública que garanta um tratamento digno, não asilar e personalizado, condizente com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Para tanto se faz necessário considerar a importância de uma assistência em saúde mental condizente com a realidade de vida dos usuários, dando possibilidades concretas de transformação da qualidade de vida da população em questão.

Partindo do pressuposto de que, atualmente, o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves pode ser realizado em serviços de saúde abertos e comunitários, conforme preconiza o Ministério da Saúde, esta pesquisa faz-se importante frente ao reduzido número de estudos relativos ao tema, devido talvez a recente implantação e regulamentação dos CAPS no Brasil. São necessários indicadores clínicos, epidemiológicos, sociais e de organização de serviços para avaliar a eficácia deste novo modelo de atenção, e o que se observa ainda é o reduzido número de pesquisas desenvolvidas sobre o tema. Proponho,

neste trabalho, verificar e compreender de que forma o acompanhamento no CAPS-Sul de São José dos Campos incide sobre o número de internações psiquiátricas e na mudança no cotidiano de um grupo de pessoas atendidas pelo serviço .

3. Objetivos gerais

Verificar a influência de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com relação ao número de internações psiquiátricas de um grupo de pessoas acompanhadas.

Verificar a influência de um Centro de Atenção Psicossocial com relação a alterações no cotidiano de um grupo de pessoas acompanhadas.

3.1 Objetivos específicos

1- Verificar se houve mudanças no número de internações psiquiátricas em um grupo de pacientes que frequenta o Centro de Atenção Psicossocial Sul,

2- Conhecer a percepção que usuários e familiares do CAPS-Sul tem em relação a seu cotidiano após inserção no serviço,

3- Descrever e analisar possíveis fatores que interfiram nas internações desta população,

4- Analisar de que forma o tratamento no serviço de saúde mental pode contribuir para a mudança no cotidiano da população pesquisada.

4. Revisão da literatura

4.1 Reforma psiquiátrica

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica começam a espalhar-se pela Europa e EUA a partir da década de 60, e iniciam, o que mais tarde representará uma ampla transformação de caráter político, técnico, científico, ético, social e econômico nas práticas da assistência em saúde mental, construindo propostas e experiências inovadoras em várias partes do mundo. Essas experiências, surgidas principalmente no pós-guerra, influenciam a psiquiatria brasileira que, na década de 70, a partir da Reforma Sanitária Brasileira e das transformações decorrentes desta, também vê suas diretrizes e práticas transformadas . Nestas quatro décadas, muitas mudanças aconteceram, novos atores entraram em cena e, no novo milênio, algumas diretrizes destes movimentos vem se consolidando gradativamente enquanto eixo para as práticas e nas políticas sociais em vários países do mundo.

Qualquer processo de reforma psiquiátrica no mundo, reuniu características similares em diferentes países por se encontrarem em momentos históricos propícios, enfrentando processos de reforma sanitária de acordo com princípios da reforma psiquiátrica, como a universalização das prestações sanitárias e sociais, a aproximação da psiquiatria à assistência sanitária geral e uma mudança no conceito de doença (DESVIAT, 1999). Ou seja, as mudanças na assistência psiquiátrica estão ancoradas e intimamente ligadas as reformas nas concepções e práticas em saúde, de uma forma geral.

Para Amarante (1995) as reformas na psiquiatria contemporânea procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico. Segundo Birman e Costa (1994), algumas destas propostas reformistas espalhadas pelo mundo, propunham transformações nos espaços hospitalares, como a Psicoterapia Institucional (França) e as comunidades terapêuticas (EUA e Inglaterra). Outras priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria, como a psiquiatria preventiva (EUA) e psiquiatria de setor (França). Outras ainda, propunham uma ruptura com os movimentos anteriores colocando em questão o próprio dispositivo médico- psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados, como a Antipsiquiatria (Inglaterra) e Psiquiatria Democrática (Itália). Segundo os autores, a terapêutica da enfermidade passa paulatinamente para um segundo plano, substituída pela promoção da saúde mental, ou então, equaciona-se o conflito, numa solução de compromisso, pretendendo-se que com a promoção da saúde mental realize-se a verdadeira terapêutica psiquiátrica. Portanto a promoção de saúde mental, segundo os autores, passa a ser a meta das novas práticas e das novas instituições, definida em termos da produção de práticas comunitárias.

As mudanças e questionamentos iniciados nestes países encontram eco no Brasil, influenciando definitivamente o processo brasileiro.

4.1.1 A Reforma psiquiátrica no Brasil

A proposta de reforma psiquiátrica que teve início no Brasil no final da década de 70, teve como pressuposto inicial a crítica ao paradigma psiquiátrico

hospitalocêntrico na atenção as pessoas com transtornos mentais, trazendo em relação aos seus métodos de tratamento, ao alto custo dos serviços oferecidos, aos procedimentos técnicos, bem como aos cuidados oferecidos, duras críticas (MANGIA;NICACIO,2001). Inspirado nos processos de reforma internacionais, mais especificamente no modelo de desinstitucionalização italiana, o movimento de reforma fazia críticas às formas tradicionais de tratar as pessoas com transtornos mentais. Esse movimento inaugurou no Brasil uma nova forma de refletir sobre a reabilitação, o processo saúde-doença mental e as suas formas de cuidado.

Em um contexto de amplo de debate social pela redemocratização do país, vários movimentos sociais se mobilizaram pela defesa dos direitos humanos, em um momento que anunciava o fim da ditadura militar. O movimento social de trabalhadores de saúde mental (MTSM) desempenhou um importante papel no movimento de reforma psiquiátrica no Brasil ao iniciar uma ampla discussão na sociedade, denunciando maus tratos e desassistências ocorridas dentro dos hospitais psiquiátricos bem como a hegemonia da rede privada hospitalar na assistência psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 1995).

A partir deste movimento e dos movimentos e grupos que se formavam em torno do tema é que são sistematizadas as primeiras denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico–científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante (AMARANTE, 1995). A necessidade de reformar era imperativa. Reformar uma psiquiatria que promoveu o isolamento social através da hospitalização como estratégia primeira de intervenção no cuidado a clientela. Uma psiquiatria que trouxe em seus princípios, intervenções

terapêuticas precárias e geradores de altos índices de cronicidade dos indivíduos com transtornos mentais, bem como uma conseqüente incapacidade social (BIRMAN; COSTA, 1994).

Na década de 80 esse movimento fortaleceu-se através das VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde Mental e da Lei Orgânica da Saúde, que criou o Sistema Único de Saúde, universalizando os direitos à saúde e definindo que saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Ampliou e politizou esta noção superando a definição da OMS de saúde enquanto bem estar físico, psíquico e social .

Na década seguinte assistimos a assinatura, pelo Brasil, da Declaração de Caracas, compromisso internacional junto a Organização Mundial de Saúde (OMS,1990) e à Organização Panamericana da Saúde (OPAS,1992) que teve como tema a “Reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina” trazendo a necessidade urgente de transformações da assistência psiquiátrica, para assegurar o respeito aos direitos das pessoas que sofrem transtornos mentais, bem como valorizando o cuidado comunitário como prioritário na atenção em saúde mental, em substituição ao hospitalar. O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo ao movimento sanitário, a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas em saúde - defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e protagonismo de usuários e trabalhadores nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (OPAS, 2005).

A partir dessas mudanças, um novo pano de fundo formou-se no cenário da psiquiatria brasileira nos anos 80 e 90. A mobilização de trabalhadores de saúde

mental e da sociedade civil através de fóruns de debate, surgimento do Movimento de Luta Anti Manicomial, formação de Movimento de familiares e usuários dos serviços de saúde mental, conferência nacional e conferências estaduais e municipais, formação de associações e a implantação de políticas e leis municipais e estaduais que valorizavam os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como traziam diretrizes que priorizavam o atendimento extra-hospitalar, multiprofissional e comunitário na atenção a clientela. As propostas foram inclusive legislativas, com o Projeto de lei Paulo Delgado em 1989, que após tramitar por 12 anos foi aprovado com alterações em 2001, gerando a Lei 10216 “que propõe o redirecionamento do modelo assistencial e dispõe sobre a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais”. (BRASIL, 2002a).

Enquanto isto, algumas práticas diferenciadas em saúde mental configuraram-se a partir de propostas locais. Surgiu em São Paulo, em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), destinado a tratar pacientes psiquiátricos graves em regime aberto, numa perspectiva interdisciplinar e com diferentes estratégias de atendimento (MELMAN, 1992). Em 1989, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, possibilitou a instauração de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, implantando Núcleos de Atenção Psicossocial que atendiam todo o município, possibilitando uma experiência concreta de substituição do modelo hegemônico (NICACIO, 1994). Em muitos municípios surgiram serviços alternativos ao hospital psiquiátrico como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Hospitais-dia, Centros de Convivência e Cooperativas, Residências para moradores de hospital psiquiátrico, Oficinas, Cooperativas de trabalho e muitos outros recursos que trouxeram novas possibilidades de

acompanhamento a pessoa com transtornos mentais. A Portaria GM 224/92 do Ministério da Saúde regulamentou estes novos serviços em saúde mental e estabeleceu formas de financiamento para os mesmos, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004a). Dessa forma e gradativamente a rede de serviços substitutivos começou a se formar e demonstrar, na prática, que era possível construir uma nova forma de acompanhamento às pessoas com transtornos mentais graves.

A Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir uma nova maneira de cuidado em saúde ao usuário de serviços de saúde mental. Não tem a intenção de acabar com o tratamento clínico do transtorno mental, mas sim transformar as práticas de atenção a essa clientela. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária. Premissa fundamental é a desinstitucionalização, ampliação da rede de serviços extra hospitalar e fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes, sobretudo através da implementação e implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços similares. Como a mudança na assistência implica em novas formas de entender o processo saúde-doença e as estratégias de reabilitação, dedicaremos o Capítulo II para explorar mais detalhadamente o tema.

4.1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

A partir da consolidação dessas primeiras experiências de criação e implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico e da multiplicação destes por todo o país, a partir de 2002, o Ministério da Saúde atualiza as normas para estes, reconhece a complexidade do cuidado oferecido e aloca recursos para a o incentivo à estruturação destes nos municípios (BRASIL, 2002b). Define o CAPS como o dispositivo estratégico mais eficiente na mudança do modelo em saúde mental e define diferentes tipos de CAPS para a assistência em saúde mental conforme a especificidade da demanda, como CAPS Infantil, CAPS Álcool e Drogas e CAPS para usuários de saúde mental do tipo CAPS I, II e III¹ dependendo da área de abrangência populacional e a complexidade do trabalho oferecido. Estes configuram-se como serviços abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde. Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, tais como psicoses, neuroses e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo do CAPS é evitar a internação em hospital psiquiátrico e oferecer atendimento diuturno à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e de reabilitação psicossocial aos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004b).

Diversas são as experiências, espalhadas pelo Brasil que se propõe a enfrentar o desafio de transformar a assistência psiquiátrica através dos CAPS e de tantos outros dispositivos empenhados nessa batalha. No ano 2000 tínhamos 160 serviços deste tipo no Brasil. Hoje, são mais de 1000 CAPS espalhados pelas diferentes regiões e estados, trazendo distintos caminhos trilhados e novos campos conquistados.

¹ CAPS I e II são para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência. O CAPS III funciona 24 horas, realizando internações no serviço, e tem maior complexidade conforme disposto na portaria 336/GM de 2002.

Mas percorrer as diretrizes da Reforma incita-nos a conhecer melhor essas experiências e os resultados dessa forma de cuidado em saúde mental. Saber sobre a atenção proposta e se, de fato, incide sobre a saúde das pessoas atendidas de forma positiva. Qual é a reabilitação proposta e finalmente se cumprem os seus objetivos de evitar internações e promover a inserção social da clientela (PITTA, 1994). Para isso analisaremos mais detalhadamente a experiência do CAPS-Sul de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Campos- SP.

4.1.3 O CAPS Sul

Nesse contexto de amplas modificações do setor público no atendimento as pessoas com transtornos mentais, em 2001, o Governo Federal disponibilizou financiamento para a abertura de 2 CAPS no município de São José dos Campos . Na época o município contava com 4 Unidades de Atenção Integral em Saúde Mental, uma em cada região da cidade (Norte, Centro, Leste e Sul) responsável pelo atendimento ambulatorial de toda a clientela, 1 Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS AD), 1 Unidade de Pronto Atendimento em Saúde Mental (UPA-SM) para urgências psiquiátricas e , junto a esta, 1 Hospital-dia de saúde mental. Estes eram os equipamentos de saúde

responsáveis por oferecer atendimento em saúde pública à pessoa com transtorno mental de toda cidade de São José dos Campos, que conta com uma população aproximada de 600.000 habitantes. Também dois hospitais privados, conveniados a prefeitura, ofereciam atendimento a população através de internações psiquiátricas. Os serviços funcionavam de formas desarticuladas e embora várias tentativas feitas pelas equipes, o município não contava com uma diretriz em saúde mental que orientasse as práticas em saúde.

O Hospital-dia (HD) de saúde mental desde 1997 desenvolvia suas atividades junto a Unidade de Pronto Atendimento em Saúde Mental (UPA-SM) e sobrevivia graças ao empenho das equipes. Com a nova legislação, não podia mais funcionar junto à UPA-SM. Foi quando a Secretaria de Saúde do Município optou por cadastrar um CAPS e desmontar o Hospital-dia (H.D.) de Saúde Mental, direcionando os funcionários para o novo serviço. A equipe que integrava o H.D. iniciou o planejamento do novo equipamento de cuidado em Saúde Mental junto com parte da equipe da Unidade de Atenção Integral em Saúde Mental da região Sul da cidade (Uaismsul) e em 2003 as equipes iniciaram um trabalho integrado para implantação do novo CAPS na região sul.

A proposta de trabalho do, depois chamado CAPS Sul, foi sendo construída cotidianamente pela equipe, usuários do serviço, familiares e comunidade. Nas reuniões da equipe discutiu-se o modelo de atenção do serviço, metodologia e objetivos do trabalho, ofertas do serviço, clientela, rotina do serviço, fluxo de atendimento, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e a partir das demandas das pessoas incluídas no processo. Nos grupos semanais com os usuários, nas Assembléias Gerais, compostas por integrantes da equipe e usuários

e depois, mais tarde, no Conselho Gestor da Unidade¹ discutiram-se propostas de cuidado que estavam de acordo com as necessidades das pessoas atendidas. Essa equipe multidisciplinar iniciou o CAPS em número mínimo de profissionais e com aproximadamente 30 pessoas que estavam em tratamento no H.D. A rotina do serviço configurou-se a partir de experiências do Hospital-dia e UAISMsul e também coletivamente, a partir das necessidades da equipe e das pessoas em tratamento. Durante este percurso muitas dificuldades foram encontradas na estruturação deste serviço, bem como muitos instrumentos e ferramentas para lidar com as dificuldades cotidianas foram descobertos. Cabe destacar aqui os recursos trazidos pelos usuários do serviço, que historicamente foram vistos como destituídos de recursos psíquicos. Na estruturação deste serviço que era adequado à Política Nacional, mas ainda desconhecido pelo poder público local, a participação das pessoas com transtornos mentais foi determinante na construção do serviço, como por exemplo, a divulgação do serviço em rádios populares locais pelos usuários, a organização de usuários e familiares para reivindicar melhorias no serviço junto ao Poder Público Municipal e a participação destes em Conferência Municipal de Saúde a fim de conseguir novos CAPS para o município. Atualmente, além dos serviços descritos anteriormente o município conta também com 1 CAPS Infantil.

Atualmente o CAPS Sul oferece acompanhamento à pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que residem na região sul (de aproximadamente 200.00 hab.) da cidade de São José dos Campos(SP) e que necessitem de um atendimento de alta complexidade. Promove acompanhamento às pessoas com transtornos mentais até então, tratadas dentro das possibilidades dos ambulatorios ou então em hospitais psiquiátricos, a partir de suas necessidades de

¹ Conselho Gestor da Unidade. Forma de participação social no Sistema Único de Saúde. Composto pelos segmentos de usuários, familiares, comunidade, trabalhadores e poder público.

cuidado. Funciona das 07h00min. as 17h00min. o que dificulta nos casos em que uma acolhida noturna faz-se necessário. Este serviço propõe acompanhamento próximo ao usuário e sua família, acolhimento em momentos de crise a fim de evitar internações em hospitais psiquiátricos. O acolhimento para casos novos é realizado diariamente, durante o período de atendimento, através de plantões da equipe, sem lista de espera. Usuários já atendidos também são orientados a procurar o serviço em momentos de necessidade.

O CAPS-Sul promove um conjunto de ações integradas através de: atendimentos individuais, grupais, acompanhamento familiar, acompanhamento domiciliar, oficinas terapêuticas, de geração de renda, inserção em oficinas culturais, acompanhamento médico e medicamentoso, inserção em atividades comunitárias, festas, eventos, passeios, exposições e demais atividades sugeridas pelos usuários e comunidade. Os usuários são estimulados a fazer escolhas por caminhos (dentro e fora do serviço) que promovam melhorias em suas condições de vida. Várias outras ofertas como, acompanhamento para reinserção social de usuários com maiores dificuldades, buscando desenvolver maior autonomia, um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Cada usuário é acompanhado por toda a equipe, mas tem como referência uma dupla de profissionais. Também profissionais em duplas coordenam os diversos grupos oferecidos. Semanalmente a equipe reúne-se para discussão de casos novos, capacitação da equipe para o trabalho com os usuários, criação conjunta de estratégias de intervenção, discussão e adequação dos projetos terapêuticos e metodologia de trabalho do serviço. Atualmente também estamos em processo de supervisão clínico-institucional, financiado pelo Ministério da Saúde, o que tem ajudado a equipe de profissionais a avançar na construção dos projetos

terapêuticos, na inserção na rede básica de saúde e na qualidade do cuidado oferecido.

Atualmente o CAPS-Sul conta com equipe interdisciplinar composta por: 1 Assistente Social (gerente), 5 Auxiliares de Enfermagem, 1 Enfermeira, 1 Psiquiatra, 1 Psicóloga, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Auxiliar Administrativo, 1 Auxiliar de Limpeza, 1 cozinheira e 6 estagiários de Terapia Ocupacional da Universidade do Vale do Paraíba. Durante a semana diversos grupos são realizados com o objetivo de oferecer diferentes oportunidades de cuidado e de aprendizado. No CAPS-Sul são desenvolvidos grupos de discussão (assembléia), de acolhida (verbalização), grupos educativos (caminhada, leitura, jornal), grupos psicoterápicos (arte terapia e psicoterapia), oficinas (culinária, fabricação de queijo, papel reciclado, bijuterias, mosaico, brechó, costura) e oficinas em parceria com a Fundação Cultural Cassiano Ricardo (papel artesanal, criação literária, cerâmica, arte reciclagem). O desenho que o usuário fará no serviço, como e em quais grupos irá participar ou a modalidade de atendimento que terá no serviço, é feito por ele, a família e a equipe nas primeiras entrevistas.

O dia a dia do CAPS-Sul é permeado pela maleabilidade e dinamismo. Toda a equipe envolve-se no cuidado ao usuário, independente de formação profissional e não mais, como no modelo tradicional, onde o usuário percorria as diferentes especialidades buscando ajuda 'em partes'. O cotidiano do serviço incita-nos a criar novas e inusitadas estratégias de intervenção o tempo todo, embora organizado com uma rotina definida coletivamente. Frequentam o serviço usuários que já estão desenvolvendo projetos fora do CAPS-Sul, usuários que temporariamente precisam de um cuidado mais próximo, outros que vem para grupos e ofertas específicas, outros vem para encontrar novos amigos. Diferentes pessoas em diferentes

momentos de vida e que têm em comum histórias marcadas por intenso sofrimento e rupturas em seus processos de vida. Pessoas submetidas a histórias de invalidação constantes que necessitam recuperar seu direito a fala, a escolha e a responsabilização por essa escolha. A prática tem nos mostrado que já não basta mais apenas evitar as internações. É necessário inventar novos cotidianos das práticas em saúde mental para enfrentar a transformação necessária do cotidiano da clientela atendida. Promover a inclusão social parece ser a grande chave para a mudança do instituído. E a estratégia da reabilitação psicossocial tem se mostrado uma grande aliada nas práticas em saúde mental.

4.2. Reabilitação Psicossocial

As práticas em saúde mental desenvolvidas no Brasil a partir da reforma psiquiátrica instauraram uma nova relação com as noções de saúde/doença mental e suas formas de intervenção em saúde. Isto não implica apenas em modernizar serviços, humanizar hospitais, melhorar as condições clínicas das pessoas atendidas, ou uma mudança do *locus* de intervenção pois a produção de serviços que de fato substituam o hospital implica um complexo desafio de transformar saberes, práticas e culturas (NICACIO, 2003). Novos serviços não representam necessariamente novas ofertas, nem novas formas de intervenção. Autores como Mangia (1990) e Silva Filho (2000) já apontaram a ambulatorização da assistência psiquiátrica como decisiva para o aumento das internações psiquiátricas e alargamento de seu campo de atuação através da psiquiatrização dos conflitos sociais. Portanto reformar necessariamente envolve a utilização de novos

referenciais para que os serviços substitutivos não atuem sob a mesma perspectiva do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico (SARACENO, 1996).

No Brasil, o referencial teórico da desinstitucionalização foi disseminado fortemente com a reforma psiquiátrica, inspirando os fundamentos teórico-práticos da primeira experiência brasileira, na década de 80, implantada pela Prefeitura de Santos (SP) em todo o município. A implantação de uma rede de serviços públicos e ofertas na comunidade inspiraram a implantação de muitos outros serviços pelo Brasil. Embora a nossa história seja permeada sempre da história de tantos povos, outras influências importantes também embasaram nossos serviços, como relatado no Capítulo I. Tudo isso permitiu a criação de uma reforma própria, única no mundo, digerida com as nossas enzimas, mesclada, mas não uniforme. Várias são as práticas que utilizam diferentes referenciais teóricos atualmente nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (tipo CAPS e outros). Serviços e cidades com muitas realidades diferentes e a grande expansão dos CAPS pelo Brasil contribuíram para tornar a reforma ainda mais rica e heterogênea.

A despeito de todas as variáveis que possam interferir na criação e manutenção dos serviços na prática cotidiana, o referencial da desinstitucionalização é a base da reforma psiquiátrica brasileira e, portanto, será também o adotado neste trabalho. As diretrizes e Políticas Nacionais e Internacionais apontam para práticas de desinstitucionalização e inserção social como norteadoras das ações em saúde mental e como diretriz para a América Latina (OPAS, 1992).

Fundamentadas em autores como Foucault (1978), Castel(1978) e Basaglia(1985), “a perspectiva teórica da desinstitucionalização tem produzido um conjunto de noções, conceitos e proposições que possibilitam uma nova chave de leitura, bem como a elaboração de diversas possibilidades de investigação ao

enunciar novos pressupostos para a compreensão dos saberes e práticas “psiquiátricas” (NICACIO, 2003). Para a autora o termo na literatura é utilizado tanto como designação geral para os processos de superação das instituições asilares, como um campo de proposições que configuram um marco teórico conceitual. Na Itália este processo assumiu características peculiares, diferenciando-se da desospitalização proposta nos Estados Unidos (BARROS, 1990). Vista enquanto processo constante a “desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o ciclo vicioso doença/ resposta invalidante a doença (SARACENO, 1999).

Para Rotelli et. al. (1990) a questão principal a ser enfrentada é a transformação da noção de doença mental, que fundamentou a psiquiatria clássica, na concepção de “existência-sofrimento”. Relata que, fundamentalmente, a psiquiatria apoiou-se em um paradigma racionalista problema-solução que se propõe a intervir sobre um dado problema (a doença) a fim de perseguir uma solução racional (a cura), tendo no hospital psiquiátrico seu lugar de intervenção e na exclusão através do internamento sua estratégia de cuidado. Com isso fez uma redução importante ao separar seu objeto fictício (a doença) da existência complexa dos pacientes e da sociedade, contexto em que este está inserido. Os italianos questionaram a terapêuticidade das ações desenvolvidas na psiquiatria e a cronificação maciça de sua clientela como retratos da ineficácia de suas ações e do hospital como lugar de descarga de problemas sociais. Para eles, a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que implica reconstrução da complexidade do objeto, sendo que a ênfase não é mais colocada

no processo de 'restabelecimento', mas sim sobre o projeto de 'invenção de saúde' e de reprodução social do paciente (ROTELLI; et al 1990). A busca da cidadania, pilar deste processo, deve ser a meta das 'terapêuticas' pretendidas com o enfrentamento das problemáticas reais da vida das pessoas atendidas, com ações em seu contexto, enfrentando as questões da vida, sem reduzir a questão à esfera psiquiátrica. Com um conceito ampliado, entende saúde enquanto processo em transformação, a ser construída, processo de produção de vida, de emancipação. Para Rotelli et. al.(1990) a cura é fazer com que se transformem os modos de ver e sentir o sofrimento do paciente e, junto com isso que se transforme a sua vida concreta e cotidiana que alimenta esse sofrimento, com ações nos circuitos de vida das pessoas atendidas, em seu território.

Autores como Saraceno (1999) tem desenvolvido uma ampla discussão nas propostas de reabilitação, empregando estratégias de reabilitação psicossocial. O termo Reabilitação Psicossocial vem sendo empregado freqüentemente no campo da saúde mental incluindo diferentes programas assistenciais e estratégias de cuidado. O termo foi questionado por Pitta (1996), Saraceno (1996) e Benetton (1993/6) por ser inadequado para descrever as práticas em saúde mental nesta nova atenção que se instaura. Mas, por falta de outro termo mais adequado, reportamo-nos a este considerando todos os questionamentos pertinentes. Segundo Pitta (1996) a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. O objetivo destas estratégias implica em reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tratamentos tradicionais. Segundo a International Association of Psychossocial Rehabilitation Services, 1985, citado por ela , a definição clássica seria: "O processo de facilitar ao indivíduo com limitações,

a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade ... O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado" (PITTA,1996). Muitas são as experiências em Reabilitação Psicossocial pelo mundo trabalhando sob estes princípios, o que não é exclusivo da saúde mental. Mas foi nesse campo que esta encontrou possibilidades férteis no Brasil.

Para Saraceno (1998) a reabilitação psicossocial permite romper a separação entre sujeito e contexto ao propor um enfrentamento das situações de vida cotidiana nas práticas de cuidado em saúde mental. Não se trata de mais uma técnica ou um conjunto de técnicas de tratamento, mas de novas estratégias e abordagens que se propõe a lidar com indivíduos com sofrimento psíquico, ajudando-os a recuperar sua capacidade de gerar sentido e trocas sociais. Este conceito é fundamental, uma vez que falamos sobre pessoas com necessidade de ajuda em seu cotidiano. A reabilitação neste caso não é a passagem de um usuário de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, ou de incapacidade para a capacidade, pois estas noções não se sustentam se fora do contexto de vida dos indivíduos. O processo de reabilitação, para ele, representa um processo de reconstrução de laços afetivos e sociais, um exercício pleno da cidadania, e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. A contratualidade aqui é entendida enquanto capacidade de gerar trocas sociais efetivas. A construção da plena cidadania depende de variáveis operando contra ou a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social. A maneira com que os serviços de saúde mental se organizam sobre

estes eixos é que determina fortemente o sucesso ou o fracasso do processo de reabilitação, segundo o autor. Para Kinoshita (1996) o processo de reabilitação seria a construção de valores sociais junto aos usuários com o objetivo de aumentar o seu poder de estabelecer trocas sociais, invalidadas após o sujeito receber o atributo de doente mental, aumentando o seu poder contratual. O processo de reabilitação deve então “produzir dispositivos em que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa-se passar por experimentações, mediações, que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio. Os autores discutem o processo de invalidação a que estão sujeitos os pacientes psiquiátricos nos dispositivos manicomial e a importância de compreendermos a reabilitação enquanto processo de restituição do poder de estabelecer trocas sociais efetivas, visando ampliar a sua autonomia.

Portanto os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico necessitam enfrentar desafios cotidianos junto a sua clientela em seu meio social, se querem de fato transformar o cuidado oferecido e interferir na saúde da população atendida. Uma longa história de confinamento esta, que se pretende transformar. E as ferramentas fundamentais da transformação, de uma forma mais ampla, são as consolidações de leis e diretrizes, mas também e principalmente as práticas locais de enfrentamento do estigma. A grande dúvida reside ainda nas transformações micro: as relações, os serviços, a família, o bairro. Como se opera essa mudança microscópica e fundamental no dia a dia dos atores envolvidos? Como se dá a inclusão destas pessoas no cotidiano familiar e social, pressupostos da reforma psiquiátrica? Nossas práticas nos novos serviços são “reabilitadoras” de direitos? Circulamos, enquanto trabalhadores, na mesma realidade que nossos usuários ou deliramos ao propor-lhes uma terapêutica inócua?

Autores como Saraceno (1999) e Venturini et al (2003) apontam para a questão do 'onde' se dá a reabilitação como fundamental, ou seja, qual o contexto do serviço, do bairro, do paciente. Apontam autores que desenvolveram estudos sobre a cronicidade nos pacientes psiquiátricos e afirmam que as ações que definem os tratamentos formais, não se mostraram influentes sobre a evolução das doenças. Para Saraceno (1999), a terapêutica e a clínica em psiquiatria não geraram transformações significativas na vida dos pacientes, ao contrario geraram cronicidade, e processos de desabilitação das pessoas atendidas através da perda de autonomia. Na opinião do autor, as variáveis que influenciam o decurso das doenças estão ligadas ao contexto do paciente, do serviço e da comunidade em que este se insere e seus recursos.

Esse deslocamento do lugar da reabilitação, discutido por autores como Castro (2001) do hospital para a comunidade, aproxima a terapêutica das necessidades cotidianas de pacientes e trabalhadores de saúde mental. Reconstrução e produção de novas formas de viver. É no cotidiano que essas tensões se instalam e é nele que as propostas de reabilitação psicossocial pretendem se inscrever. Parece simples, mas não é. Hoje a psiquiatria acumula uma multidão de pacientes com graves dificuldades no desempenho de tarefas simples, pessoas excluídas de suas possibilidades de escolha e de expressão, da construção e participação em seu cuidado, da convivência em seu bairro, sua casa, sua família. Perderam amigos, emprego, identidades, perderam a voz. Perderam uma vida real, construída lentamente, por outra, estacionada nas impossibilidades. Não por não saber, mas por não poder exercer nenhum papel a não ser o de doente. E os pontos expostos anteriormente questionam se estes são os efeitos da doença ou das intervenções a que foram sujeitos estes indivíduos.

Assim, acreditando que é no cotidiano das pessoas atendidas, dos familiares, dos serviços e da comunidade que as ações de Reabilitação Psicossocial devem se inserir e buscar transformações, faz-se necessário encontrar uma definição para o conceito de cotidiano. Para Heller (2004), a vida cotidiana é a vida de todo homem, do homem *inteiro*; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua personalidade. Nela colocam-se 'em funcionamento' todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias. Cotidiano exige participação, mobilização, deslocamento, abertura. Para a autora o homem já nasce inserido em sua cotidianidade e o seu amadurecimento significa que ele adquiriu as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade em questão. Estar apto para enfrentar os desafios cotidianos representaria o amadurecimento. Entendendo o ser humano como ser em transformação, em processo de construção contínua, o cotidiano é moldado pelo contexto onde atua. E as transformações operadas no cotidiano das pessoas trazem possibilidades de moldar novos cotidianos.

Importante olhar sobre o cotidiano. Importante olhar para a psiquiatria. As práticas em saúde mental falam sobre a vida dos usuários, dos serviços, do entendimento da comunidade sobre a loucura e o sofrimento. Falam sobre a percepção dos profissionais sobre as ações que deverão desenvolver junto a sua clientela. Os usuários da psiquiatria falam de dor e sofrimento. E falam de privação, de vidas subtraídas pela doença, pelo sofrimento, pelas intervenções. Necessário a escuta do que dizem estes, que bem de perto conhecem este cenário.

Para tanto, passamos a discutir os resultados das entrevistas junto aos sujeitos desta pesquisa, a fim de aprofundar os pontos acima apontados.

5. Material e métodos

Este estudo foi realizado com o objetivo de verificar mudanças no cotidiano de um grupo de pessoas após inserção em um Centro de Atenção Psicossocial, serviço este do Sistema Único de Saúde. Para tanto foram necessários métodos de pesquisa que pudessem compreender situações em seu contexto.

A pesquisa científica objetiva responder questões, buscar soluções para os problemas. O método científico é o instrumento para auxiliar a compreender o mundo, portanto é o caminho para aquisição do conhecimento (MINAYO, 1992).

Na pesquisa científica, os métodos qualitativos são úteis para quem busca entender o contexto em que algum fenômeno ocorre, trabalhando com dados subjetivos, crenças, valores, opiniões, hábitos (MINAYO, 1999).

A questão deste estudo estava voltada à percepção, ou seja, conhecer como os usuários e familiares do CAPS-Sul percebem mudanças em seu cotidiano após inserção no serviço. Para tanto, usamos como referencial a pesquisa qualitativa, que consideramos ser a mais apropriada para o propósito desta dissertação.

Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (1999, p.35) coloca que:

“Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”

Na pesquisa qualitativa, um dos materiais utilizados é a palavra, que expressa a fala cotidiana, nos discursos produzidos em vários cenários,

burocráticos, políticos e nas relações afetivas ou técnicas. Neste método, procura-se interpretar o conteúdo das falas, ultrapassando a mensagem e conhecendo significados latentes.

Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a continuidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetiva. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis.

Assim, nesta investigação, os dados foram coletados através de entrevistas abertas, pois pensamos ser este o instrumento mais apropriado para nosso propósito. Para tanto foram realizadas entrevistas com usuários e familiares do referido serviço .

Sobre este recurso, Gil (1987, p.22) define entrevista “como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.

A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo, em que uma das partes busca coletar informações e a outra se apresenta como fonte de coleta de dados.

Na operacionalização deste estudo, observaram-se as normas éticas no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconizado na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, o projeto de pesquisa passou por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e foi aprovado.

Assim, a pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Sul da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, estado de São Paulo.

A partir na análise de 97 prontuários do serviço foi feita uma primeira seleção , conforme critérios abaixo relacionados, totalizando 20 sujeitos. Alguns destes-5 no total- saíram do CAPS ou tiveram problemas que impediram a participação nesta pesquisa. Foram sujeitos desta pesquisa 15 usuários e familiares do referido serviço

Os critérios de inclusão dos usuários selecionados para participar da pesquisa foram:

- a) Pacientes atendidos no CAPS-Sul que tenham 10 anos ou mais de tratamento em psiquiatria e várias reinternações por ano em hospital psiquiátrico;
- b) Pacientes que tiveram graves prejuízos no desenvolvimento de tarefas cotidianas a partir da primeira crise;
- c) Pacientes e familiares que concordarem em participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram:

- a) Pacientes provenientes do Hospital dia de Saúde Mental, por estarem submetidos a um modelo de atendimento similar ao do CAPS;
- b) Pacientes com menos de 10 anos de tratamento em Psiquiatria;
- c) Pacientes que nunca internaram ou tiveram reduzidas internações em hospital psiquiátrico;
- d) Pacientes dependentes químicos com comorbidades psiquiátricas;
- e) Pacientes que não se tratem no CAPS-Sul.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora dentro do referido serviço, conforme autorização prévia da Secretaria de Saúde do município. Foram realizadas em dias e horários diferentes, conforme disponibilidade dos entrevistados.

Todos os entrevistados foram inteirados da pesquisa e, que esta seria realizada através de entrevista gravada. Foram feitas perguntas, que objetivaram detectar a percepção de usuários em relação ao tratamento e possíveis mudanças em seu cotidiano após inserção no CAPS-Sul. .

Os dados coletados foram analisados tendo como referencial a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que apresenta os seguintes passos: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos dados, inferência e interpretação.

Após a transcrição na íntegra das falas foi efetuada análise dos conteúdos, que resultou em seis (4) unidades temáticas. Esta análise "(...) consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido" (BARDIN, 1977).

A seguir, apresentaremos as unidades temáticas para análise dos discursos, como segue: 1) História de vida; 2) Cotidiano dos usuários após a primeira crise e tratamentos psiquiátricos realizados; 3) Cotidiano e tratamento após inserção no CAPS-Sul. A partir de 2 entrevistas piloto, foram feitos os ajustes necessários para a formulação das perguntas .

6. Resultados e discussão

Partindo da análise das entrevistas é possível perceber, pelas respostas as questões sobre história de vida; cotidiano após início da doença e tratamentos psiquiátricos realizados; cotidiano após inserção no CAPS-Sul e tratamento atual, que todas essas questões entrelaçam-se o tempo todo no discurso dos entrevistados. O tempo cronológico perde sua exatidão ao ser referido com pouca precisão. As mudanças no decorrer dos anos parecem imperceptíveis através dos relatos. Portanto, como queremos partir da percepção de usuários e familiares, esses fatores serão considerados e não serão limitantes para o andamento de nossa discussão. Agrupar em temas, conforme propõe Bardin (1977) tem uma função de organizar e possibilitar a interlocução entre teoria e relatos, mas sem dúvida trata-se de temas entrelaçados na vida cotidiana das pessoas atendidas e seus familiares que só podem ser separados didaticamente.

- 1) Fale sobre sua história de vida (usuário) ou de seu familiar.

Na questão sobre história de vida ficou presente nos relatos dos usuários, mais do que dos familiares, a ligação direta entre cotidiano após a primeira crise e tratamentos realizados. Nesta história as situações anteriores a crise pouco apareceram nos relatos. O tratamento psiquiátrico em diferentes locais, desde a primeira crise, acompanhou a vida dos entrevistados. A busca por ajuda em diversos locais e as crises foram constantes em seu cotidiano. O transtorno mental e seu tratamento passou a ser parte integrante da vida das pessoas atendidas. Segundo

Brunello (1998), o momento da internação fará com que os pacientes, ao contarem suas histórias, dividam suas vidas em duas grandes fases-antes da internação ou fase da normalidade-e depois da internação-ou fase da loucura. Essa primeira internação, criando uma ruptura em seu cotidiano, será o registro de afastamento e exclusão que interrompe o curso e desenvolvimento da vida.

E.4. Bom, eu tinha 16 anos, só vivia internada, vivia sempre no hospital, aquele lugar triste. Quando não era aqui era, São Paulo, Santo Amaro, vários hospitais Itaquaquecetuba, o pior dos hospitais, amarrava as pessoas, punha num quatinho, lá as pessoas comia até cocô.

E.5. O problema que deu nela, o primeiro problema que deu nela , ela foi e quebrou tudo as minhas coisas. Aí, o meu esposo pegou e internou ela no hospital, e por aí começou. Tirava da internação, daqui a pouco ela tava aprontando de novo. A saúde mental conhece ela faz tempo

Para todos os entrevistados, a primeira crise representou necessariamente a primeira internação em hospital psiquiátrico. Para muitos, o início do transtorno apareceu a partir de mudanças no comportamento que geravam agressividade, brigas e conseqüentemente, a primeira internação. No entanto essas mudanças no comportamento foram vistas, pelos usuários entrevistados como decorrentes das mudanças e sofrimentos da vida, falta de recursos financeiros, conflitos familiares, estresse ocupacional e motivos desconhecidos.

E.2. Ele começou a fazer tratamento...faz 17 anos que ele começou... faz muito tempo...faz muito tempo..... Ele era demais, ele ficava atirando caquinhos, ele agredia, machucava, xingava muito

Apontaram dificuldades no casamento, no início do problema,

E.6. Minha história é o seguinte. Eu casei, não deu certo, fiquei 5 anos virgem

E.3.E eu era muito assim, qualquer coisa que falava pra mim ,eu já ficava agitado. Daí separei da mulher, assim, ela me traiu, ihhhhhh, foi um choque. Pessoa casa e quer viver pra sempre com a mulher, mas hoje em dia.....agora tô sozinho

Ou problemas de saúde como causas no início,

E.1. Faz muito tempo. Eeeeeee, fiquei doente, fiz consulta com todos os médicos. Os médicos falaram tomar remédio Dor eu sempre falei pra eles que eu nunca senti, né? Nem problema nenhum... Eu tava com um calor muito grande na cabeça, eu falei.... é um sufoco

Para alguns entrevistados, o estresse ocupacional foi considerado como causa das primeiras crises e questionaram as abordagens oferecidas na resolução da problemática apresentada. Estes relataram também que foram submetidos a longos períodos de trabalho e em condições impróprias o que interferiu em sua saúde na época.

E.14. Começou com 23 anos de idade, eu tava trabalhando em uma firma.....eu trabalhava muito....das 7:00 as 10:00hs da noite. Aí deu estresse, aí os funcionários ficou invocando, aí fiquei nervoso....Aí cheguei a brigar com o cara, xingar o cara, o cara xingava eu , eu xingava ele também.....Foi a primeira vez. Trabalhava na, era operador de máquina. Em vez de levar pro pronto-socorro ou hospital, levaram pro hospital de louco. Não tinha nada de louco. Eu tava normal. Nunca tive nada. Foi estresse.

Alguns entrevistados relataram que os problemas e conflitos familiares foram os causadores das primeiras internações e contam que estas dificuldades se agravaram no momento da crise. Para Melman (2001), o adoecimento de um membro da família representa um forte abalo e grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano e muitos familiares não estão preparados para lidar e enfrentar esses problemas.

E.4.No começo, eu quebrava as coisas, quebrava vidros e ameaçava as pessoas. Não podia ver pessoas, já voava em cima das pessoas, entendeu? Ficava esquecida da minha família, não lembrava das pessoas. Não me dava com o meu pai.

E.11. Aí meus irmãos invocavam comigo e por qualquer coisinha eu queria brigar.....Ficava irritado por qualquer coisa. Trabalhava lá, em outro tipo de serviço, trabalhei normal lá, não aconteceu mais nada....Aí depois, de uns tempos pra cá eu fiquei ruim de novo.

Outros relatos apontaram que o transtorno teve um início repentino e causas desconhecidas. Na maioria dos relatos de familiares, estes perceberam o surgimento do transtorno sem ter alguma explicação, ou ligação com situações de vida do

paciente. Parece que familiares e usuários tem explicações diversificadas para o início do transtorno uma vez que os primeiros não têm explicações para o fato enquanto que os usuários têm uma percepção de que o início do transtorno tem relação com os problemas e sofrimentos da vida.

E.1. Isso estourou de uma vez. Tava com 19 anos, faz muito tempo que aconteceu.

E.6. Ah....por que ele ficou ruim....ele ficou ruim e começou a agredir, pegar enxada, machado, coisa perigosa, sabe? Tirando a roupa, saindo pra rua. A gente tinha que chamar a ambulância pra carregar ele....levar pra internar no hospital, na saúde mental....ele tava muito ruim.

Segundo Brunello (1998), a ruptura com a normalidade e o sentimento de deixar de fazer parte do mundo dos sãos é sentida de forma abrupta pelos pacientes, levando a sensação de um corte repentino na sua vida cotidiana, ruptura essa que deixa sua marca concreta através da internação. Ocorre um corte, uma ruptura e a entrada no circuito psiquiátrico, o da 'loucura institucionalizada', que é hermético e doloroso, segundo a autora. Esses acontecimentos afetam toda a família e os relatos apontaram para isso como analisaremos mais adiante.

2) Fale de seu cotidiano após a primeira crise

Nesse tema, os entrevistados relataram mudanças significativas em seu cotidiano após a primeira crise e início de seu tratamento. Falaram em perdas dos contatos sociais e a entrada em um ciclo de internações que perdurou durante longos anos de tratamento .

Estes narraram dificuldades no desempenho e abandono das atividades de vida diária e de vida prática, tais como atividades de auto cuidado, lazer, trabalho. E

também uma mudança gradativa dos laços sociais e familiares, que muitas vezes adquiriram o caráter de tutela. As mudanças deram-se devido ao afastamento de sua vida familiar e social, com perdas no desenvolvimento de tarefas cotidianas junto a seu meio social. Como diz Saraceno (1999) a “experiência psicótica” se constitui como invalidação e perda de poder tanto psicológico como social, podendo apresentar-se como questão a avaliar, se as perdas no desempenho de atividades cotidianas se dariam por perdas cognitivas decorrentes do transtorno mental ou perdas decorrentes das sucessivas internações e invalidação? Seria possível a separação destas? Iniciou-se um ciclo de sucessivas internações em hospital e pronto socorro psiquiátrico para os entrevistados e seus familiares.

Para abordar mais detalhadamente esses pontos iniciaremos analisando os relatos que retrataram as dificuldades no desempenho de tarefas antes rotineiras, após a primeira crise.

2.1) Dificuldades no desempenho de tarefas cotidianas, depois da primeira crise

Muitos pacientes e seus familiares contaram que uma mudança gradativa ocorreu após a primeira crise e decorrente internação, com comprometimento no auto cuidado, no desempenho de atividades domésticas e sociais, necessitando de ajuda e estímulos constantes para o desenvolvimento de tarefas antes rotineiras. Com o passar dos anos, esses comportamentos foram assimilados e adotados, demonstrando uma postura passiva, com diminuição dos interesses e limitação nos projetos de vida destes. Apontaram uma perda gradativa na autonomia e de papéis sociais desempenhados anteriormente. Por outro lado alguns usuários narraram que

suas famílias não permitiram mais a participação destes na rotina da casa e mudaram de postura, passando a tratá-lo como inválido e incapaz.

E.9. Não sabia mais de nada, só ficava na cama, no quarto na minha casa. Não ajudava minha mãe em nada, entendeu? Era do quarto pra cozinha. Tem dia que eu nem dormia, pra lá e pra cá.

E.7. eu andava mais desanimado, eu via mais televisão, lendo livros de auto ajuda

E.5. Mas de primeiro, minha filha, ela não fazia nada. Só queria dormir. A vida era só dormir. Morreu um filho meu que ela queria muito bem ele morreu e ele encarou a realidade. Sabe? Faz tempo, vai fazer 11 anos. Ela enfrentou na hora, mas foi ele ir pro cemitério que ela começou a querer beber remédio. Falava, eu também quero morrer, eu também quero ir pro mesmo lugar que ele vai

Segundo Brunello (1998), a internação acaba por afastar o paciente das atividades mais rotineiras, mais triviais: perde seus direitos de liberdade, de poder se movimentar, se divertir...É isolado do mundo, das pessoas de quem gosta, impossibilitado de comunicar-se com o mundo de fora, receber visitas, telefonar. Atividades corriqueiras para quem está livre, passam a ser proibidas e escassas a quem está internado. É a exclusão, a perda da liberdade e de seus direitos mais básicos. Essa perda repetida, reafirmada na internação acaba por afastar o indivíduo de seu cotidiano e de todas as possibilidades de escolha que este possibilita.

Para tanto se faz necessário, como proposto por Costa Rosa (2000) compreendermos as diferenças entre o que ele denomina e descreve como modo asilar e modo psicossocial. Para ele, as diferenças entre os dois se dão a partir de alguns parâmetros fundamentais, dentre eles as modalidades de relacionamento com os usuários e a população e as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos. Segundo o autor, o modo asilar se caracteriza, além de outras coisas, por uma forma de relacionamento tutelada com a clientela que não mobiliza a participação dos sujeitos em seu tratamento. O modo asilar, ao dar ênfase na consideração das determinações orgânicas dos

problemas que pretende tratar, considera o indivíduo como centro do problema e o medicamento e o afastamento do meio social como intervenção necessária para sua terapêutica. Já o modo psicossocial, designação dada pelo autor as práticas diferenciadas nos novos serviços de saúde da reforma psiquiátrica, compreende que o processo saúde-doença tem determinantes biopsicosocioculturais e, portanto, as intervenções e transformações dão-se no contexto socio familiar. Dá-se ênfase nas ações de inclusão social com a mobilização do sujeito e seu contexto em seu tratamento, buscando as transformações necessárias para um novo posicionamento deste frente aos seus problemas e conflitos, bem como na articulação de recursos para enfrentá-los.

2.2) Dificuldades em manter-se no trabalho ou estudo

Muitos pacientes relataram do abandono do trabalho e dos estudos após a primeira crise, não conseguindo retornar a estas atividades, embora quisessem. Não sentiram-se seguros, ficaram defasados em relação aos estudos e as exigências do mercado. Relataram crises freqüentes, problemas de relacionamento nos locais de trabalho, dificuldades no relacionamento no trabalho e momentos de estresse intenso.

E. 13. Ela estudou até os 18 anos, até a primeira crise , depois, ó.....ela tem até o quarto ano de estudo. Ela lê muito bem.

E.2. Ele trabalhava, ele arrumava rádio, ele trabalhava com....fazia....arrumava rádio na casa eletrônica. Era técnico eletrônico....fez SENAI, fez ginásio. E ele ficou ruim, inclusive, ele ficou ruim no caminho do serviço, ele tava procurando serviço no CTA. Aí ele jogou todos os documentos fora. Antes disso nunca tinha acontecido nada. Ele fazia tudo, resolvia os negócios de documento, trabalhava, estudava, ía na Igreja, não deu pra descobrir nada.

Relacionaram dificuldades para sair de casa, que causaram maior isolamento

E.11. Ele tava procurando trabalho e teve a crise. Depois da crise não quis mais nada, mais nada. Ele ficava assim, sabe?...ficou escutando.....escutava vozes. Escutava uma coisa, escutava outra. Ficou assim. Ele parou agora de escutar voz depois que começou a tratar aqui. Ele falava que escutava vozes, que os outros chamavam ele, era assim. Só negócio de vozes, nervoso, xingando, falando, ficando ruim.

E.15. As vozes não deixavam ele nem dormir. Não trabalhou mesmo, mais. Porque ele ficou doente, chamaram ele pra trabalhar, mas ele tava ruim. Nem pra ir ele quis mais. Do negócio de serviço depois ele não falou mais nada.

Relataram também dificuldades para enfrentar problemas no trabalho,

E.7. Por que eu vou falar pra vc, ela foi uma pessoa que ela gostava muito de trabalhar, ela estudou enfermagem no Pio XII, ela ficou 1 ano lá. Mas como ela era nervosa, diz que uma vez entrou um homem lá, com a cabeça derrubada lá, meu Deus, ela não quis ficar mais lá.....Por causa dessas coisas que aconteceu lá. Puseram ela no pronto socorro e ela...não encarou as coisas.

Quando questionados, os entrevistados apontaram também que as inúmeras internações interferiram em seu cotidiano, causando um afastamento de sua vida familiar e social, bem como um impedimento para o desempenho de atividades rotineiras. São nomeados como locais de tratamento os hospitais psiquiátricos, ambulatorios de saúde mental e pronto socorro psiquiátrico. As ofertas de cuidado em saúde mental apresentaram-se basicamente em torno da internação e medicalização das pessoas entrevistadas, não tendo estas oportunidades de usufruir de outras modalidades de atenção e cuidado. Segundo Costa Rosa (2000), o modo asilar dá ênfase na consideração de determinantes orgânicas dos problemas que trata.

2.3) As várias internações e intervenções psiquiátricas interferiram em seu cotidiano

Aqui os usuários e familiares trouxeram relatos do dia a dia e da convivência com o transtorno mental e relataram uma longa e repetida história de internações em hospitais psiquiátricos

E. 10. Olha....falar a verdade pra você, eu perdi a conta de quantas vezes ele foi internado. Mas acho que foi bem vezes. Até perdi a conta. Em um ano ele não chegava a ficar dois meses em casa. Ficava mais no hospital. Ele ia, vinha, ia, vinha, era direto. Tinha vez que tinha que chamar até a polícia pra levar ele, que a gente não podia levar

E.12. Internei aqui,no hospital. Tratei em outra cidade, tratei em São Paulo. Vários médicos

Contaram sobre internações sucessivas, chegando a ficar, ao todo, poucos meses por ano, em casa.

E. 12.É a Beth era uma pessoa que dava muito problema pra gente.....Ela só vivia internada, sabe, tomava muito remédio. De medo dela morrer, a gente internava, né? Por que tinha medo.

E.7. Ela só vivia internada. Primeiro ela foi internada no hospital Z, depois Vila Alpina, em São Paulo, em um hospital que tinha lá, depois São Miguel, Santo André, Jundiaí. Foi internada já em tudo. Ficava de 3 meses prá lá internada. Depois ela vinha. Depois a gente viu que ela não tava funcionando muito da cabeça, né? Aí nós levamos ela em um médico, e o meu velho tinha convênio lá. Aí ele tirou chapa da cabeça dela, faz muito tempo isso, daí ele disse que ela precisava fazer um repouso da cabeça , que ela tava com a cabeça muito fraca. Aí ela internou pra fazer repouso.

E outras que com 10 anos de início de transtorno, tiveram um número alto de reinternações,

E.9. Eu tive 100 internações. Era sair do hospital e voltar de novo.

Para Spivak, citado por Melman (2001), a cronificação consiste em um processo de afastamento recíproco entre o paciente e outros atores sociais, incluindo terapeutas, familiares e amigos, resultando em desarticulação social. Muitos dos comportamentos compreendidos como ‘típicos’ dos transtornos

psiquiátricos se davam principalmente por longos períodos de internação segundo o autor.

2.3.1) Ofertas terapêuticas em ambulatório e hospital psiquiátrico

E.13. Porque quem vivia só em hospital, né, e ficava ruim como ele ficava. Ele ia no médico dele, consultava, o médico dava consulta pra 4 meses, ele já ia internado. Isso lá com o Dr. Z, lá no.....esqueci o nome do lugar lá. Ele consultava lá.

As ofertas terapêuticas em ambulatório mostraram-se insuficientes para o enfrentamento das problemáticas da população entrevistada. Segundo Tenório (2000), operando com consultas meramente farmacológicas, com intervalo absurdo entre elas e enganosas filas de espera, o ambulatório revelou-se incapaz de fazer frente as diversas forças (econômicas, mas também técnicas e culturais) que induzem a internação psiquiátrica, e tornou-se, ele mesmo, um indutor de internações e da fármaco- dependência. Segundo os relatos os tratamentos oferecidos não foram suficientes para evitar internações hospitalares.

E.9. Só fazia consulta e pegar remédio. Não participou de mais nada. Já ficava ruim, já ia pro hospital, era direto...

Mostraram um ciclo de internações,

E.7. Ahhhhh tratamento era só tomar remédio e ficar internado....Eu ficava só tomava remédio e ficava internado....só...saía, ficava internado, voltava pra casa, dava alta pra mim, depois eu ficava ruim de novo.....

Um cuidado centrado na medicação, e pouco confiável para uns, causando pouca adesão ao tratamento,

E.3. Eles davam remédio de qualquer jeito, lá no ambulatório, era de qualquer jeito no hospital...

Ou, o tratamento era feito em momentos de crise apenas, no Pronto-socorro e hospital psiquiátrico,

E.2. Ahhh, o tratamento dele é o tratamento mesmo da saúde mental (Pronto socorro). Tomava medicamento forte. Tomou só remédio forte. Ele ficava no hospital, né? Mas quando saia do hospital, o remédio pegava na saúde mental(PS).

2.3.2) Apontaram a medicação como importante na melhora dos sintomas, mas acreditam em outras causas para a melhora, como a fé.

E.1. Eu é que senti mal, puxar o cabelo, tomei remédio, sarei, graças a Deus. Só isso que eu agarro. Tinha como duas espadas cravadas na minha garganta. Aquele dia eu confiei em Jesus e fiquei quieto. A cabeça começou a sarar....puxar....aí eu tive força pra viver.....só forte aguenta uma espora de duas espadas. Não é espora de verdade.

2.3.3) Relataram melhora durante a internação, mas dificuldade em manter essa melhora fora do hospital .

E.2. Ela fez tratamento de nervos, dava crise nela, ela tomava muito remédio, aí a gente levava pra internar. E lá ela melhorava. Até os médicos de lá falavam- Eu fico bobo, a Lara vem de lá quase morta, aí uns dias , quem vê acha que já não tem nada. Aí é crise que dá na pessoa.

Alguns entrevistados disseram que o hospital representa uma alternativa para os momentos de crise .

E.3. Atualmente tomo remédio na hora certa, antes eu não tomava, só vivia internada, mas eu sei que a internação é boa, que a pessoa que tem problema as vezes, tem que ficar internado mesmo, qual for o problema não tem cura, só o hospital, que tem que ser internado

Isso incita-nos a pensar que o hospital ainda representa uma referência em momentos de agravamento para os entrevistados, uma vez que o município ainda não conta com CAPS III (24 horas). Isso faz com que os entrevistados percebam o CAPS-Sul como recurso de cuidado intensivo que auxilia a evitar internações em hospital psiquiátrico, mas não como substituto a este. Essa questão é muito

importante no que tange a reforma psiquiátrica brasileira. Sem dúvida o processo de desinstitucionalização é lento e gradativo, mas não poderá se efetivar, de fato, sem a criação de estratégias para a internação de usuários em seus locais de referência e tratamento.

2.3.4) Apontaram longas internações como causadoras de piora da saúde.

E.2.a última vez que ele internou foi no Hospital X, que ele saiu em março antes de vim aqui. Lá ele ficou quase 3 mês. Essa foi a mais comprida e que ele saiu mais ruim. Por que quanto mais ele ficou, mais ele saiu ruim. Ele chamava muito por mim. Eu tava vendo que ele tava morrendo, mas eu não podia fazer nada, pois não tinha jeito.

Alguns entrevistados contaram que o afastamento da família nas longas internações, trouxe piora no cotidiano após a hospitalização e durante esta. Mas os familiares se viram impotentes para mudar a situação, uma vez que se tratava de um local de tratamento. No entendimento dos entrevistados, a piora era compreendida como sinal de piora da doença.

2.3.5) Muitos entrevistados apontaram como precárias as condições de cuidado nos hospitais bem como maus tratos sofridos, como vivências que agravaram suas condições de saúde. Muitas vezes as intervenções tinham um caráter punitivo e as más condições eram explicadas como inevitáveis uma vez que eram produzidas para loucos

E.4.Foi quando eu fui pro hospital e tomei 9 choques. E lá, nesse tempo tinha aquele quartinho , sabe, aquele quarto lá que colocavam as pessoas, aí, que batiam nas outras, né? Colocavam lá. Igual a um animal. Quarto forte. Agora acabou, não tem mais isso lá mais é a mesma coisa, o tratamento é a mesma coisa. Comida na hora certa. Aquela sopa que parece uma lavagem, entendeu. E as enfermeiras não tem aquele....como fala? De agradar a gente, sabe? Eu não sofria tanto porque...eu sou louca, né? E aquelas coitadas, que tomavam calmante forte, chegava a tarde, 3 horas, morria de fome. Quem tinha dinheiro ia pra cantina, quem não tinha ficava lá_ Ai tô com fome, dava até dó. Então, a minha internação foi assim , mas eu tentava suicídio, só queria morrer.

Alguns falaram de seus sofrimentos e do tratamento recebido,

E.1. Já chorei muito na minha vida, já. Eu sei que uma alma que chora muito vive condenada. Passa de olho no chão, acendendo vela, fazendo o que pode. No hospital fui tratado que nem cachorro, não tem consideração, eu penei muito na mão de Deus

Falaram da impotência e o desconhecimento sobre as reais condições de saúde de seus familiares internados e do uso de métodos de contenção durante a internação para coibir comportamentos que são julgados como inadequados.

E.2. E onde ele ficava só vivia judiando.....judiando..... Ele já passou no hospital....umas par de vez....teve em São Paulo....foi fazer uma operação, né?....que deu um negócio nele e foi ser operado. Ele saiu da hospital pondo sangue, então eles falaram que ele tava tuberculoso, mas ele não tava, ele tava machucado.

Relataram intervenções medicamentosas e métodos violentos utilizados para coibir comportamentos impossibilitando formas livres de expressão.

E.3. E lá no hospital é só injeção e ficar amarrado. Qualquer coisa a gente fica amarrado lá.

2.3.6) Seqüelas e efeitos medicamentosos

As medicações psiquiátricas e seus efeitos colaterais foram descritos como impedimentos na continuidade dos tratamentos prescritos, por causarem diversos efeitos indesejados. Muitos entrevistados relataram não ter clareza se os sintomas apresentados eram do transtorno mental ou dos efeitos colaterais das medicações psiquiátricas. A descontinuidade no tratamento ambulatorial, bem como as inúmeras internações dificultaram o acompanhamento contínuo do usuário, ocasionando dificuldades na adesão aos tratamentos propostos

E.2. Ele começou, depois que teve a crise, ele tomava ...aquele remédio, como é que chama? Ah, é um remédio que tomava em líquido, tinha um nome, lá, faz muito tempo. Aí ele ficava tudo torto, tava acabando com ele, sabe? Aí depois acabou, vai e vem, saúde mental, internando...

3) Cotidiano e tratamento atual

Na questão referente ao cotidiano dos usuários e familiares após participação no CAPS-Sul, foram percebidas mudanças positivas através dos relatos. Estas mudanças foram atribuídas, pelos entrevistados, a causas como as melhorias nas condições sanitárias ou de segurança de seu bairro. Mas as melhorias nas condições de saúde são atribuídas, principalmente, aos cuidados oferecidos no serviço que são percebidos como adequados às necessidades de muitos entrevistados. Relataram que seu cotidiano foi gradualmente se transformando, produzindo uma construção gradativa de novas formas de convivência social, que modificou dificuldades cotidianas através de novos aprendizados. Novamente aparece aqui a ligação entre cotidiano atual e tratamento. O dado mais importante e presente nos relatos apontam para uma diminuição no número de internações o que, pelos entrevistados, foi visto como indicativo de melhora em sua saúde.

E.9. Ela tá bem graças a Deus, ela está muito bem, mas ela foi muito internada, viu?

3.1) As ofertas de cuidado no CAPS-Sul por outros serviços foram importantes

Quando questionados a respeito de seu cotidiano e tratamento atual os entrevistados contaram que, para a inserção no CAPS-Sul, foi decisiva a participação dos trabalhadores de outros serviços de saúde mental do município na oferta, em várias oportunidades, do encaminhamento no serviço. Isso demonstra a importância da rede de serviços para a articulação de recursos adequados no enfrentamento das problemáticas de saúde da população. Muitos usuários, que

eram acompanhados em outros serviços de saúde mental, foram abordados em vários momentos para a inserção no CAPS-Sul, até sua adesão ao serviço.

E.7. Então...agora depois que, esse doutor Vagner sempre falava pra ela da Caps, mas ela tirava o corpo dela fora.

E.8. Aí quando foi um dia ela foi com a Tania lá, né, aí eles falaram....ela tava muito ruim, aí trouxeram pra saúde mental, né? Na saúde mental, aquela moça, que é chefe lá falou, Lidia, não é melhor você frequentar o Caps não? Por que você, nós não vamos mais internar você. Aí mandou ela pra cá.

A decisão dos serviços de saúde mental em diversificar as ofertas de cuidado para os usuários que necessitam de outro tipo de tratamento depende de vários fatores, mas , sem duvida, interferiram na reabilitação e nos modos de tratamento das pessoas entrevistadas.

E.9. Aí, aonde eu vim a conhecer o Caps Sul foi através da Silvia. Né? E através da Tereza que sempre convidava: - Vai , Lidia, pro Caps. Vai pro Caps, Lidia. Né, porque eu fazia tratamento no ambulatório, né? Aí eu falava não aí o dia que eu tentei suicídio, tomei bastante comprimidos, aí eu fui pra saúde mental. E lá a ,Edna, que é assistente social, disse vamos mandar a Lidia agora pro Caps.

Em outros momentos foram os profissionais do Pronto Socorro Psiquiátrico (UPA-S.Mental) a encaminhar para o CAPS-Sul,

E.2. Daí quando ele saiu daí, ele ainda foi pra saúde mental, mandaram trazer pra cá. Daí eu fiquei procurando o lugar, pra achar, pra trazer ele aqui. Deixei ele em casa, com o pai dele, e saí procurando, daí eu achei.

As dificuldades de acesso ao serviço, e o desconhecimento deste pela população, foram apontados nas entrevistas como impedimentos iniciais. Isso demonstra que o CAPS-Sul ainda não se encontra bem articulado na rede de serviços em saúde mental do município e nem tem uma ampla divulgação de sua

proposta. Já em relação a inserção no serviço, este foi determinante para a diminuição das internações em hospital e pronto socorro psiquiátrico. Muitos usuários relataram ser o hospital, ainda importante na rede de saúde mental do município como recurso quando a internação faz-se necessária.

E.6. Faz 1 ano que não sou internada. Não tive mais crise, mas se eu tiver crise, eu aceito ser internada porque o hospital psiquiátrico ajuda bastante também. Eu não tenho contra a falar do hospital psiquiátrico, porque lá dentro tem médico, tem enfermeiro e agora melhorou bastante pra gente se comunicar as 6 horas da tarde.

E.5....agora não. Tá mais calmo.....depois que passou a tratar aqui....faz mais de ano, né?....nunca mais foi internado, nunca mais....parou de pedir dinheiro, que ele pedia muito.

Acreditam que o CAPS-Sul, através das propostas de cuidado oferecidos, interferiu sobre o número de internações psiquiátricas.

E.7.Não existia Caps. Eu agradeço muito o Caps que, se não fosse o Caps eu ia ficar internado direto.

3.2) Condições de saúde e oferta de tratamento no CAPS-Sul

O fato de diminuírem as internações foi compreendido pelos entrevistados como melhora nas condições de saúde e de oferta de tratamento. Os entrevistados atribuíram essa diminuição, ao acompanhamento oferecido pelo CAPS-Sul através das diferentes formas de cuidado. As diferentes ofertas são escolhidas por usuários ou propostas pelo profissional de referência como: participação em grupos, oficinas de geração de renda, atendimento familiar, acompanhamento medicamentoso, visitas domiciliares, acompanhamento domiciliar, atividades culturais e outras foram apontadas como importantes para a sua melhora. No que referiu-se ao serviço, muitos relatos atribuíram a melhora a outros fatores que citaremos e discutiremos

mais detalhadamente. São eles a construção de vínculos entre as pessoas atendidas, o cuidado personalizado, acolhimento no serviço, cuidados e apoio a família, como o serviço lida com as situações de crise de seus usuários, adequação da medicação psiquiátrica, possibilidade de ser cuidado em liberdade e as diferentes formas de acompanhamento.

3.2.1) Adequação da medicação psiquiátrica.

Muitos entrevistados atribuíram à medicação e ao controle e adequação desta como diferencial das intervenções do CAPS-Sul. Apontaram que as medicações prescritas foram, após acompanhamento periódico, sendo adequadas pelo psiquiatra, a partir da escuta e do vínculo estabelecido.

E.13. E tem outra coisa, o Dr. X, ele acertou meu remédio.

E.9. Aí ele veio, ela começou a fazer o tratamento com o doutor ...X e ela tava se dando muito bem com o remédio dele.

E.7. ...tomo medicamento psiquiátrico, aceito o remédio com muito amor, sei que necessito desse remédio e agradeço ao prefeito que manda medicação pro Caps-Sul, pro Deputado, não sei quem é que manda, ou é o Presidente. E agradeço muito as pessoas que ajudam o Caps-Sul

E.14. Por que o único lugar que eu achei que deu, falar a verdade, medicamento prá ele foi aqui. Em outros lugar não teve.

E também em relação a diminuição na quantidade de medicações diárias para alguns entrevistados representou em melhora de sua saúde.

E.15. Tá diminuindo meu remédio, acho que tô melhorando bem

3.2.2) Diferentes ofertas do serviço

As várias modalidades de atenção e as diferentes oportunidades de contato entre o serviço, os usuários e comunidade, foram apontadas como diferencial para melhoria das condições de saúde e seu cuidado. Segundo Costa Rosa (2000), no modo psicossocial dá-se ênfase a reinserção social do indivíduo, através da recuperação da cidadania. Portanto, são importantes as ações que articulem e estimulem os contatos interpessoais e as formas de participação social. Dessa forma, as diferentes possibilidades de ação vão desde a acolhida em momentos de crise, a implicação familiar e social nos problemas e o desenvolvimento de ofertas que ajudem pessoas com maiores comprometimento a se inserirem em espaços públicos e comunitários. Algumas ações do serviço buscam acompanhar pessoas com maiores dificuldades de desenvolvimento de tarefas cotidianas e com autonomia comprometida.

E.13. Gosto de tudo. Passear, tomar remédio, divertir. E gosto também de orar, trabalhar. Eu gosto de tudo .

E.4. A pessoa que fica conversando com você ajuda, uma ajuda a outra pessoa, brinca, canta, toca violão, né. Tem uma qualidade boa

Os relatos apontaram que o Caps-Sul proporciona uma gama de atividades variadas que podem ser desenvolvidas pelos usuários. Esta experimentação, que leva em conta os vínculos, a escuta, o projeto pessoal e a participação dos usuários, está baseada em uma compreensão dinâmica do processo saúde/ doença mental.

Para Costa Rosa (2000, p.155)

“podemos afirmar que se definirmos o contínuo saúde doença psíquica como certo modo de posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam, então se pode dizer que o que se visa no modo psicossocial é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um

dos agentes implicados nesse sofrimento; por outro, como um agente de possibilidades de mudanças”

Portanto as propostas visam criar diferentes situações de contato e intervenção. Isto que foi preconizado na implantação dos CAPS no Brasil, aparece aqui referendado e confirmado pelos usuários como importante.

E.10. Daí fui indo, fui indo, fui indo, tô aqui até hoje, não fui internada. Já tentei suicídio, mas sempre o Caps me dá força. Vou lá na saúde mental, eles não me mandam mais pro hospital, mandam pra cá. Eu fico aqui, passo pela doutora, conto pra ela. Ela diz: Maria, você vai ficar tantos dias: Segunda, Quarta, ou a semana inteira, né? E aí é onde eu melhora. Agora não, não aconteceu nada.

Escuta, continência e comprometimento foram apontados como importantes no cuidado oferecido.

E.1. A vida voltou pra mim de novo.... Quando eu tava habitado, um negócio pegou minha garganta. Aí eu pensei em Jesus.....foi fraco aquilo....aí pensei em Jesus e a mente xxxxxxxx . O tratamento no Caps é bom. Se melhorar piora. Me ajuda nos passeios, o que minha mãe fala de mim aqui. Esse lugar me livra do mundo da tentação....Um lugar quieto, um lugar de gente, né? .

E.5. Livra do demônio. E lugar de gente real

3.2.3) Acolhimento

O acolhimento é apontado aqui como diferenciado em relação a outros locais de tratamento. Este representa uma estratégia fundamental da intervenção nos CAPS, bem como uma diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde. Autores como Oliveira (2000) apontam que só é possível tratar alguém quando ouvimos e entendemos qual o sofrimento que o leva a pedir ajuda, sendo a recepção um dispositivo fundamental para a construção de uma demanda de tratamento singularizada. Os entrevistados contaram que foram acolhidos e puderam fazer combinações mais adequadas a realidade de vida destes, mostrando seus

interesses e possibilidades de descobrir novos interesses. O CAPS-Sul conta com plantões diários de acolhimento para casos novos. Usuários já inseridos que necessitem de alguma intervenção de urgência são orientados a procurar o serviço, funcionando como referência aos usuários e familiares.

E.4. Onde eu cheguei tonta aqui, a Tereza me atendeu muito bem, de braços abertos, choro de saudades dela, né. E falava_ fique aqui, vamos fazer terapia com a gente. E eu, tonta, eu não não quero, quero ir embora. Em um outro dia eu volto. Aí, no outro dia encontrei pessoas que me receberam muito bem, a Laura, você, a Graça, né?? Outras meninas, enfermeiras....aí eu fiquei o dia inteiro nesse dia, eu lembro. Fiquei o dia inteiro.

Atribuíram essa melhora ao amor e referiram as crises como 'panes' onde necessitaram de apoio para ultrapassá-las,

E.1. Aqui é muito amor que a gente sentiu, muito amor. Aqui eu senti. Muito amor. Muito amor....Esse amor melhora....me deixa mais forte....Fica mais forte, mais feliz, mais gordo.....Quando dá errado, pane(rindo).....Aí ele.....Quando dá pane, né?....é um avião só, né? Quando tapa ali, eu tombo no chão.... Eu consideropor isso que eu gosto.....

3.2.4) Construção de vínculos

Os entrevistados apontaram os vínculos construídos no CAPS-Sul e o atendimento em momentos de necessidade como pontos positivos do tratamento. No que tange ao assunto, os vínculos apontados como importantes na recuperação e melhora da saúde são aqueles estabelecidos entre todas as pessoas implicadas nesse processo: usuários, familiares, comunidade e equipe interdisciplinar.

E.9.Depois que eu comecei fazer o tratamento com a Dra. Denise que é uma pessoa especial, eu gosto muito dela, que ela vá para frente com o trabalho dela, que ela seja uma campiona, que ela saia daqui pra trabalhar na Globo, numa novela, que ela realize o sonho dela. Ela cuida bem de mim, ela me atende quando eu preciso. E quando ela não pode atender, ela escreve pra mim, ela é muito legal. Gosto das enfermeiras, sou tratada muito bem.

E.11.Eu confio em Deus que ela vai continuar, ela tá se dando muito bem também com essa doutora....sabe...as vezes a gente vem pra trazer ela pra conversar com ela, né? E a gente fica com

ela na sala também. E ela fica só olhando pra ela, o que que ela tá falando....rs....ela é uma médica muito boa também, né? Ela entende os pacientes, ela é muito boa Eu espero em Deus que ela não faça mais nada errado, né?. Mas ela melhorou bem, viu? .

A quebra de vínculos, com a saída de vários profissionais da unidade foi apontada como preocupante em relação aos rumos da proposta do serviço e visto com lamentar entre os usuários e familiares uma vez que estes foram coadjuvantes no processo de melhora no cotidiano em saúde dos entrevistados.

E.12. Foram embora muitos, que a gente sente, né? Mas ficaram outros. É sempre assim, né? Vai um vem outro. A gente vai conhecendo, mas a força é a mesma.

Até ela sentiu de ele ir embora, né. Aí ela continuou vindo aqui. Ela em vista do que ela era, hoje ela melhorou muito. Sabe? Ela não faz mais....uns tempos atrás ela andou fazendo, fazendo umas coisas erradas, mas agora ela não faz mais não

Contaram também sobre perdas de profissionais que não foram substituídos

E.13. Importante aqui é que o Caps aqui é nota mil e espero que tenha mais médicos aqui pra atender a gente e que venha outra pessoa no lugar da Leila a psi.....(psicopedagoga) nem sei falar direito. Quanto mais gente tem, melhor pro pessoal, né?

3.2.5) Outros atribuíram a melhora ao cuidado personalizado

Os entrevistados apontaram que o relacionamento entre estes e o serviço representa para eles um espaço de interlocução. Segundo Costa Rosa (2000), é no espírito dessa interlocução que é possível preconizar a colocação em cena, da subjetividade . A descoberta e conhecimento de ferramentas e instrumentos novos para lidar com situações cotidianas.

E.15. E eu me encontrei melhor porque tenho acompanhamento médico, psiquiátrico, psicóloga, as enfermeiras, as atendentes, então eu não corro tanto o risco de tornar a ser internado.

A recuperação de habilidades e capacidades e das possibilidades de estar no convívio familiar e social foram apontadas por muitos como decisivos para a melhora de sua saúde. Os relatos apontaram que os entrevistados sentiram maior participação e interesse para o seu restabelecimento após tratamento no CAPS-Sul.

E.14. Hoje é outra coisa , hoje eu sou Cintia, antes eu era um animal. Hoje eu sou a Cintia. Né? Eu sou consciente do que eu tô fazendo. Né, não é porque eu tomo calmante

3.2.6) Cuidado com a família

Usuários e familiares apontaram que o cuidado com toda a família é importante para a qualidade de vida desta. Referiram que se sentem apoiados e orientados no cuidado entre si. Contaram também que a forma como o serviço lida com o usuário, ensina a família a fazê-lo.

E.12. Eu acho que é o modo de vocês lidar com ele, e o tratamento daqui. Porque o modo de lidar também ensina a pessoa, né ? Ele se deu muito bem. Quando ele vem pra cá ele fica alegre, ele dá risada, ele quer vim pra cá. Ele gosta de vir pra cá. Só que ele não quer vim mais dias, ele quer vim só sexta-feira. Ele falou que o dia é Sexta-feira, é Sexta-feira e acabou. No começo aqui, eu fiquei uns 4 dias aqui, junto com ele, que ele achou que era pra internar, ele tinha medo

Usuários relataram que com a possibilidade de ficar com sua família, sentem-se melhor cuidados. Retratam um interesse maior da família em assumir os cuidados com o usuário e uma mudança nas relações familiares na convivência freqüente com o usuário.

E.1. Tô com a sola do pé male má. Tô de meia....ó.....ó o calor que tá fazendo.....sandália....tudo isso é consideração, né? Consideração da mãe.....a gente tem consideração.....eu te considero....acho tudo bom.....Mas gosto mais dela, né?.....Se ela deu o sapato, me trata bem desse modo que eu to te falando, assim, né? Me conseguiu em casa, como é que eu não vou considerar ela, né? A gente dá valor....Dá valor....não tem preço....Uma mulher que faz isso com uma pessoa. Não tem preço que pague. É o amor que nasce, né? Deus é grande, mais. A consideração é com gente, né? Eu sou igual planta, gostou de mim eu fico pra sempre. Éeee, eu guardo de coração

Apontaram que as famílias sentem-se mais liberadas para outras atividades ao sentir que o usuário tem melhores cuidados no serviço.

E.14. Minha mãe tá viajando e conversou comigo- olha Luiz, vou deixar vc aí, só que eu não vou abandonar você, eu vou vim ver você. Mas eu quero você bem, eu quero ficar bem também. Porque eu não posso ficar sozinha. A gente sente falta da mãe né, acostumado com a mãe...Ela tá lá, em Volta Redonda. De mês em mês ela vem cá. Pra ver os filhos. É o que eu acho também. Em outros momentos ela ia ficar preocupada de viajar. Ela ia falar, faz isso, faz aquilo, olha o remédio, já tomou remédio? Eu não era muito de tomar remédio, não. Mas depois eu vi que precisa.

E.1.....aí depois, eles mandaram eu aqui, mandaram a mãe cuidar de mim. Aí eu....parei de sofrer. Parei de sofrer esses dias atrás. Parou de doer minha cabeça. Parou e eu to bom pra sempre, agora.

Apontaram que os atendimentos familiares ajudaram a criar caminhos para uma comunicação melhor entre os membros da família

E.11.O que eu penso agora? Só em batalhar, ajudar meus pais que sofreram muito comigo. Não me dava com o meu pai, o Caps ajudou eu a se entender com meu pai. Através da terapia aqui. Que as vezes é a gente que é errada, né? Faz loucura, os pais vem falar, acha que os pais é errado , quer lutar contra eles. Graças a Deus, agradeço muito, muito ao Caps Sul.

3.2.7) Como o serviço lida com o usuário em situações de crise

Relataram que o CAPS-Sul acompanham as situações de crise, oferecendo outras estratégias para evitar as internações.

E.5. Mas depois que ela entrou aqui ela melhorou bem. Andou fazendo uma porção de coisa errada que vocês via aí, né? Mas agora ela não faz mais nada não. Remédio fica na mão dela, da toma direitinho.

Narram situações que antes seriam enfrentadas com uma internação psiquiátrica e que hoje puderam ser lidadas de outra forma pela família e serviço.

E.13.Quando ele teve a crise, que o pai dele morreu, ele machucou eu, apertou eu que eu achei que ia morrer... É, pensei que ia morrer, me pegou pelo pescoço, aí eu não podia abrir a porta, tava sozinha, meu filho não tava lá, tem telefone, mas é na casa dele e estava fechado. Abri a porta, pedi pra vizinha ligar e a polícia chegou lá. Ele não chegou a ir pro hospital. Ele foi só pra saúde mental, tomou uma injeção, aí foi o dia que ele passou aqui o dia inteiro. Mas não precisou internar. E é por isso que eu vejo ele melhor, melhorando mesmo.

3.2.8) Cuidado em liberdade

Apontaram o cuidado em liberdade como determinante em seu processo de melhora uma vez que pôde manter-se em casa e freqüentar o CAPS-Sul com maior freqüência em momentos de crise.

E.14. Aqui no Caps senti a diferença que pode sair, pode vim tomar o remédio, pode ir embora, pode almoçar, a comida vem do restaurante, a comida é boa e tem as meninas que limpam o Caps, tem as outras que trabalham de secretária, tem as psicólogas. e tem melhorado bastante

Apontaram o CAPS-Sul como um lugar que evita riscos de internação

E.8. Agora, eu fui encaminhado para o Caps com a finalidade de não ser internado mais, por causa da minha idade e por causa da minha debilidade, né?

E.9. A minha vida aqui transcorre com mais calma, não tem a interferência das minhas filhas para me internar também, porque fica tudo a cargo do Caps, tudo a cargo do Caps.

3.2.9) Melhora no comportamento

Relatos apontaram para melhora nos comportamentos dos pacientes, facilitando o convívio com estes.

E.2. Ahhh, ele.....pra falar a verdade to achando ele bem melhor mesmo. Porque ele era um negócio de comer demais, comia toda hora, parou . Só, ele tem que parar de fumar um pouquinho , que ele tá fumando muito. Mais....o jeito de lidar comigo, não é mais aquele jeito. Ele xingava eu de tudo quanto é nome, agora não. Não xinga mais. Parou de acordar de noite, falar bobagem . Que a gente não agüenta tava com problema de nervo também

E.3. Agora tô mais sossegado, mais calmo, né? Tem hora que eu converso bastante, fico elétrico, tem hora que eu fico calado, não tenho assunto pra falar. Ooo Luiz, você mudou..

3.2.10) Os entrevistados relataram melhora, embora com comprometimento das atividades cotidianas.

Para os familiares, os critérios de melhora não foram diretamente associados a autonomia e/ou independência na realização das atividades cotidianas. Estes consideraram mais importantes as mudanças comportamentais para o convívio familiar. Isto tensiona alguns fundamentos da reabilitação psicossocial uma vez que o fato do usuário estar mais calmo, não quer dizer que está podendo dizer o que pensa, fazer escolhas ou em convívio familiar. Os processos de domesticação há muito foram utilizados pela psiquiatria e medicina social. Para que se criem condições reais, é preciso enfrentar os processos de domesticação.

Por outro lado, autores como Saraceno (1999) nos dizem sobre os cenários da reabilitação psicossocial, a casa, o território, e da importância da recuperação da cidadania junto a esta população. A recuperação de uma cotidianidade, subtraída por tantos anos de tratamento. Muitas vezes, os familiares pensam em atividades que possam despertar interesses, mas estas são colocadas de forma infantilizada.

E.12. Ahhh, não sei não, não tá fazendo nada, não. No quarto dele, minha filha trouxe uns livrinhos pra ele ler, mas ele não gosta de ler...Esses dias tava com a Bíblia.....lá...orando....coisando.....mas cabo com minha Bíblia tudo, e não fez nada....parou.

E.14. Só se pedir eu ajudo. E ajudo sem pedir também. Quando eu posso eu oro. Eu não falo nada. Se ela quer pedir, ela que sabe.

E.6. Hoje em dia minha vida está assim, eu não quero mais lavar, eu não quero mais passar, não quero mais cozinhar, eu não quero mais tomar conta da minha filha, por que eu to cansada, vivo cansada, quero ajudar a ADA (Escola de surdo e mudo) mas a condição é pouca .

Alguns entrevistados narraram melhora no desempenho das atividades cotidianas, com a retomada gradativa de tarefas abandonadas há muito tempo, ou articulando soluções para o cumprimento dessas tarefas

E.14. Agora não, agora ela anda, ela lava a roupa dela, se for preciso ir pro fogão fazer uma comida ela vai fazer, ela já melhorou bem

E.15. Minha sobrinha vai lá em casa, conversar....Eu pago 20 reais pra ela passar minha roupa. Agora eu faço comida, lavo a louça, faço as coisas em casa. Sempre fui meio preguiçoso pra fazer as coisas. Eu sabia fazer, eu sei fazer

E.3. Mas eu tô bem agora, tô sozinho, eu que tô cuidando da casa. Posso ouvir meu som. Não, antes de minha mãe viajar, a gente gosta de ouvir o som no último, né? Aí minha mãe deixa o som alto? Deixa baixo. Ahhh mãe, tem gente que deixa o som alto. O vizinho deixa o som alto com aquela música, é funk... não tem nada a ver o negócio de funk. Agora o volume tá mais ou menos. Eu gosto de som alto. Tem hora chata. Não pode as 10 horas ou 11 horas da noite escutar o som alto. Mas de dia não tem nada a ver...

3.2.11) Alguns relataram ampliação e outros melhora na construção de uma rede social de sustentação

Para Sluski, citado por Mellman (2001), Rede Social de Sustentação seria a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como importantes ou diferenciadas da massa anônima da sociedade, um nicho no qual ocorre o desenvolvimento de modos particulares de expressão da singularidade. Isso implica as relações familiares, de amizade, de vizinhança, mas também as relações que se desenvolvem no serviço de saúde mental.

E.7. Vou na Ada, na Deus é amor, também respeito todas as religiões, não importa, Jesus ama todos igual.

E.5. Ahhhh, a gente conversa, a hora que ele quer conversar a gente conversa. Ele conversa, as vezes ele canta, dorme, de ir pra rua ele não gosta, não, ele não gosta de ir pra rua que ele tem medo. Fala que andar pra rua não dá certo. Ainda mais agora que morreu o pai. Tem medo.

E.9.Minha rotina é conversar com os meus colegas, lá em casa fico escutando som, toco violão, saio pra rua conversar com os outros. Todo mundo me conhece lá perto de casa. Difícil alguém não me conhecer.....Minha mãe pensa que é tudo maconheiro, pingaiada, mas é tudo gente legal.

E.12.Por que a gente dá muito conselho pra ela, sabe? Eu falo muito com ela: Silvia, você quer morrer? Mas não adianta querer morrer porque você não vai morrer, sem Deus querer, porque a gente morrer só quando Deus quer. E ela enfiou na cabeça por que a gente sempre fala com ela, vocês aqui também falam com ela.

E.2.Ele fica mais no quarto. Que nem agora. Agora ele fica mais no quarto, fica quietinho no quarto.

3.2.12) Novos interesses e transformações na vida foram apontados como sinal de melhora da saúde

Alguns relatos trouxeram depoimentos da descoberta de novos interesses, gostos e recuperação de antigos interesses através das ofertas que o CAPS-Sul articulou.

E.7.Hoje eu passei a ler livros variados, uma leitura mais variada , mais criativa, e eu tenho mais animo de viver, mais esperança de ter um futuro melhor, que é uma visão diferente da que eu tinha antes. Vem com bastante esperança que dá auto confiança, porque a gente passa a Ter mais forças pra superar as dificuldades que a doença dá.

E.9.Participo ativamente da assembléia, participo das aulas de pintura, que é uma coisa que eu gostaria de estar aprendendo, e também o canto, que me faz muito bem. Eu to participando também de natação, fazendo exercício, apesar da idade estar mais avançada, tenho mais disposição pra atividades recreativas. Acho que as pessoas devem participar ativamente para superar suas dificuldades de aceitação da doença e superá-las.

E.1.Gosto de ficar a toa. Na minha casa. Ou aqui, não tem problema. Gosto de ficar a toa. Mas eu trabalho, tá? Gosto de ficar a toa mas sou trabalhador. Eu tenho medo de deixar o barco, como é que fala, correr solto. Eu sou atento. Vigilante. Eu tenho um pouco de esperteza . U m pouco.

Falam dos gostos pessoais e das limitações sentidas com o tratamento

E.7.Ouvir som, dançar eu gosto de dançar, né? Só que o remédio que eu tomo, eu não posso ir pro baile, e ficar sem tomar remédio. Aí não posso ir em baile. Aí o que eu gostava de fazer não posso fazer mais. O que a gente gosta, não pode fazer mais, por que tem que tomar remédio na hora certa, tem que dormir....Uma vez fui tomar o remédio na casa do meu amigo lá, minha mãe pegou no meu pé, disse Lúcio, quando você toma remédio, é pro cê tomar remédio e repousar, e não ficar pra rua.

E.14. Gosto de pintar....quando eu falo....gosto de tudo, você entende? Tudo lá em casa eu gosto.

E.3. Não, quando eu tô meio agitado, meio nervoso....eu não quero saber de nada, eu não quero conversar. Mas quando fico mais sossegado, que to mais tranqüilo aí eu vou em baile, ponho perfume, eu gosto de andar bem vestido. No que eu posso.....Eu gosto de baile, de festa.....

7. Considerações Finais

Inicialmente esta pesquisa tinha a intenção de verificar alterações na frequência de internações psiquiátricas e mudanças na rotina de um grupo de usuários e familiares após inserção no CAPS-Sul. Atualmente muitos caminhos abriram-se para nós a partir do trabalho. Os relatos dos usuários e familiares trouxeram conteúdos velados, escondidos, envergonhados. Relatos de uma história proibida durante muitos anos, excluída, guardada. Trouxeram também muita curiosidade em continuar explorando essa possibilidade de interlocução entre a ciência e as pessoas que sofrem de transtornos mentais e foram submetidas a sucessivas internações em hospital psiquiátrico. Outros percursos metodológicos poderiam ser percorridos também, com o intuito de descobrir novas riquezas.

Para tanto, o caminho por nós utilizado foi a pesquisa qualitativa, através de entrevistas com usuários e familiares do CAPS-Sul, por acreditar que este método é o mais adequado para analisar o contexto de vida do usuário e familiar entrevistados. Os dados analisados através de análise de discurso dos entrevistados revelaram que os usuários têm uma história de vida marcada, após a primeira crise por diversas internações psiquiátricas que o perseguiram pela vida. A primeira crise e as internações em hospital psiquiátrico geraram, conforme os relatos, um afastamento destes de sua vida familiar e social. Além disto, apontaram um comprometimento das tarefas cotidianas, abandono do trabalho e/ou estudo e uma diminuição na disposição para a vida e continuidade de projetos iniciados. Muitos fatores foram apontados como detonadores do início do problema como os sofrimentos da vida, estresse ocupacional, conflitos familiares e causas

desconhecidas. Mas em todos os relatos surgiram histórias de uma importante ruptura em seu cotidiano anterior a crise que aconteceu após a primeira internação.

Em sua história de vida surgiu a presença marcante dos tratamentos realizados após a primeira crise. As propostas terapêuticas que os serviços de saúde mental ofereceram se limitavam aos tratamentos medicamentosos para remissão dos sintomas e as internações psiquiátricas. Referiram melhoras durante as internações, mas logo tinham novas crises, pelas dificuldades encontradas em seguir com um acompanhamento longe do hospital. Narraram sobre as precárias condições e os maus tratos sofridos em hospitais psiquiátricos em várias cidades do estado e outros estados e seqüelas pelo uso excessivo de psicotrópicos e maus tratos sofridos. E que longas internações, causaram pioras em suas condições de saúde.

Os entrevistados também contaram que após a inserção no CAPS-Sul houveram mudanças em seu cotidiano que afetaram toda a sua vida. Referiram a proximidade entre a proposta de tratamento no serviço e as possibilidades de construção de novos cotidianos para suas vidas. A mudança mais importante, segundo eles, foi a diminuição das internações psiquiátricas. Para alguns a melhora foi significativa pois não internaram mais em hospital psiquiátrico. Atribuíram essa melhora a várias causas como, por exemplo, ao esforço e dedicação do usuário e seu familiar para a melhoria da saúde, uma melhora no comportamento pela solução de problemas. Outras causas apontadas são as que dizem respeito a oferta do cuidado no CAPS-Sul. Dentre elas estão às ofertas do serviço no cuidado personalizado com usuário e sua família, o acolhimento recebido, a adequação da medicação psiquiátrica, a participação nas ofertas do serviço, o vínculo com os

profissionais e demais usuários aumentando sua rede social, também fora do CAPS-Sul.

Em relação as atividades cotidianas muitos revelaram uma recuperação gradativa dos auto cuidados, dos cuidados com a casa, com núcleo familiar e um retorno ao trabalho. Encontraram novas atividades profissionais, novos interesses e recuperaram alguns antigos projetos. Outros não relataram um retorno as atividades antes desenvolvidas, mas encontraram novas formas de convivência com a família, de estar em casa, de habitar. Utilizaram o CAPS-Sul com o objetivo de ampliar sua autonomia através da liberdade de ir e vir, descobrir sua família, conhecer o seu bairro, conhecer novos lugares, ultrapassar novos desafios, opinar e se responsabilizar por isso, aprender a fazer compras, escolhas, projetos. De conhecer-se melhor, descobrir ferramentas próprias. Pedir emprestado as ferramentas de outros, quando as suas não estiverem disponíveis. E que isto seja feito sem medo porque já nos conhecemos. A doença mental, ninguém sabe muito sobre ela. Mas o Pedro, A Maria, a Regina? Conheçamos essa multidão de pessoas, frutos da psiquiatria. Depois disso façamos um diagnóstico. Não deles, mas de nossas estratégias. Parecerão sempre insuficientes, deliróides. E são.

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz,1995. 136p.

BARDIN,L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70,1977.

BARROS, D.D. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? In: **Rev. Ter. Ocup, Univ. São Paulo**, v.1, n.2,p. 101-106, nov. 1990.

_____ Terapia ocupacional e sociedade. **Rev. Ter. Ocup., Univ. São Paulo**, v.10, n.2/3,p.69-74, mai./dez.,1999.

BASAGLIA,F. et. al. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENETTON, M.J. Terapia Ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? **Rev. Ter. Ocup., Univ. São Paulo**, v. 4/7, p. 53-58, 1993/6.

BIRMAN, J. ; COSTA,J. F. Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz,1994. p.41-72.

BRASIL. Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Legislação em saúde mental.** 1990-2002. Série E. Legislação em saúde, Brasília. 3.ed. rev. e atual,2002a.

BRASIL. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, 20 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002b.

BRASIL. Portaria GM 224 de 29 de janeiro de 1992. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. Série E. Legislação em saúde, Brasília, 5. Ed. Ampliada, 2004a.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004b.

BRUNELLO, M. I. B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. **Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo;** v.9, n.1, p. 14-19, jan/abr. 1998.

CASTRO,E.D. **Atividades artísticas e terapia ocupacional:** construção de linguagens e inclusão social. Tese (Doutorado em Comunicações e Artes)- Universidade de São Paulo, São Paulo,2001,327p.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org) **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.cap.8, p.141-168.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz,1999. 167p.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas,1987.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra,2000.

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

MÂNGIA, E. F. Terapia ocupacional em ambulatório de saúde mental: subsídios para avaliação. **Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo**: v. 1, n. 2, p. 87-100, 1990.

MANGIA, E. F.;NICACIO, M.F Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: CARLO, M. R. P.; BARTALOTTI, C.C. (org) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus,2001. p. 63-80.

MELMAN, J. Centro de atenção psicossocial: a metamorfose como estratégia. In: **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**; 3: 54-9, Jan/Dez. 1992.

_____ **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e família**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 159p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992, 269p.

NICÁCIO, M. F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.155p.

NICACIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003. 224p.

OLIVEIRA, R.C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos do IPUB**, v. 6,,n.17, 2000. p.30-45.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Caracas, Conferência Regional, 11 a 14 novembro 1990. Brasília: Programa de Prevenção de Saúde, 1992. 127p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental:15 anos após Caracas . Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. 14 de novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS, 1990.

PITTA, A. Cuidados com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação. In: Por uma assistência psiquiátrica em transformação. **Cadernos do IPUB** n.3(4 edição) 1999. p.185-195.

_____. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PITTA,A. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** , v.45, n.6, p. 313-321;1996.

_____. **Os Caps: espaços de reabilitação?** **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v.43, n.12, p.647-654,1994.

ROTELLI, F. ;DE LEONARDIS, O.;MAURI,D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 28-92.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**; v.9, n.1, p. 26-31. 1998.

_____. Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de uma teoria. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.150-154.

_____. **Libertando identidades**. Belo Horizonte - Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia. 1999. 176p.

SILVA FILHO,J. F. O ambulatório e a psiquiatria. **Cadernos do IPUB**, v.6, n.17,, p.17-20.

SEVERINO A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez,2002.

TENORIO,F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. **Cadernos do IPUB**, v.6,,n.17, p.79-91. 2000.

VENTURINI, E.;GALASSI, A.;RODA,A.;SERGIO,E. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.55, n.1-2, p.65-74,2003.

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVAP

CERTIFICADO

Certificamos que o Protocolo n.º L195/2005/CEP, sobre "*Verificação do número de internações psiquiátricas e das mudanças na rotina de um grupo de usuários de serviços da saúde mental após participação em centro de atenção psicossocial*", sob a responsabilidade da Profa. Viviane S. Maximino, está de acordo com os Princípios Éticos, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi **aprovado** por esta Comissão de Ética em Pesquisa.

Informamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

São José dos Campos, 25 de novembro de 2005



PROF. DR. LANDULFO SILVEIRA JUNIOR

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Univap

Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Clara Isabel Saeta Moya, R.G. 18 406 869-1, aluna da pós-graduação do Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento da UNIVAP, estou desenvolvendo uma pesquisa, cujo título provisório é “Verificação do número de internações psiquiátricas e das mudanças na rotina de um grupo de usuários de serviços de saúde mental após participação em Centro de Atenção Psicossocial”. A finalidade deste estudo é contribuir para a assistência ao paciente psiquiátrico inserido em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, avaliando transformações em seu cotidiano.

A metodologia aplicada consistirá em entrevistas semi-estruturadas realizadas com um grupo de pacientes e seus familiares, inseridos em um Centro de Atenção Psicossocial. As entrevistas serão gravadas em fita cassete e transcritas na íntegra para posterior análise.

A participação é voluntária e não irá interferir no processo de tratamento na instituição em que se encontra atualmente. O senhor(a) tem a liberdade em desistir de participar da pesquisa durante o desenvolvimento desta, não havendo quaisquer prejuízos. Nenhuma publicação o (a) identificará. Tanto seu nome quanto as informações obtidas serão mantidas em sigilo. O senhor(a) terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro estar ciente das informações fornecidas, e que assino este formulário de forma voluntária, manifestando meu consentimento em participar da pesquisa, até que eu decida pelo contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

São José dos Campos, ____/____/2006

Assinatura do paciente/familiar

Assinatura do pesquisador