

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

KATHARINA PEREIRA KAMMER

**A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DOS USUÁRIOS,
FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS)**

Porto Alegre

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DOS
USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

KATHARINA PEREIRA KAMMER

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre
Março de 2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DOS
USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

KATHARINA PEREIRA KAMMER

Orientador: Prof.^a Dr.^a Kátia Bones Rocha

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre
Março de 2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DOS
USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

KATHARINA PEREIRA KAMMER

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a LUCIANE PRADO KANTORSKI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Prof.^a Dr.^a VANESSA SOARES MAURENTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Prof.^a Dr.^a KÁTIA BONES ROCHA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ORIENTADORA

Porto Alegre
Março, 2018

Ficha Catalográfica

K15c Kammer, Katharina Pereira

A construção da autonomia a partir das vivências dos usuários, familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Katharina Pereira Kammer . – 2018.

72 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Bones Rocha.

1. Saúde Mental. 2. Autonomia. 3. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 4. Atenção Psicossocial. I. Rocha, Kátia Bones. II. Título.

A todos os sujeitos que tiveram suas vidas atravessadas pelas práticas de tortura, exclusão e opressão operadas pelo sistema manicomial;

A todos os profissionais da saúde mental, usuários e seus familiares, que lutaram para tornar possível um novo jeito de olhar, cuidar e tratar a loucura;

Aos que resistem, sem temer, ao conservadorismo, aos retrocessos e as perdas de direitos, e seguem lutando por uma sociedade justa, humanizada, que respeite nossas semelhanças e, fundamentalmente, nossas diferenças.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado de muitas trocas, de muitos caminhos, e também de muito afeto. Embora o processo de escrita seja um tanto solitário, são muitas as pessoas que, de diferentes maneiras, contribuíram para a construção deste trabalho, e as quais agradeço imensamente.

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha família, em especial a minha mãe, meu pai e minha avó, pelo infinito apoio e incentivo, por acreditarem nos meus sonhos e não medirem esforços para que eu pudesse realiza-los.

À minha orientadora Kátia, por apostar em minhas ideias e tentativas, pelo olhar crítico e sensível, e especialmente por mostrar o quanto a pesquisa pode (e deve) ser feita com afeto e, assim sendo, é ferramenta potente de transformação, de nós mesmos e do mundo que vivemos.

Aos meus colegas de grupo Psicologia, Saúde e Comunidade, pelo acolhimento, apoio, parceria e amizade, além das críticas e inquietações que foram decisivas para a realização deste trabalho! Aprendi muito com vocês no decorrer destes dois anos. Com certeza muito deste bonito encontro expressa-se no que sou hoje, e nestas páginas, escritas com muito carinho. Não posso deixar de agradecer, particularmente, a Marina e ao Gus, colegas de mestrado e que tornaram-se grandes e fundamentais amigos desta trajetória (e de tudo que ainda virá); E a Lari, pela amizade leve e verdadeira que tornou esse caminhar muito mais doce e divertido, além da essencial contribuição na construção e desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus amigos de perto e de longe, em especial Lua, Luísa Bartz e Carolina, pelo encorajamento, cuidado e disponibilidade, por suportarem junto a mim os tantos momentos de angústia, pelas provocações, por serem inspirações e fundamentalmente, pela amizade preciosa que aquece o coração!

À banca de qualificação do projeto desta pesquisa, pelas importantes críticas e contribuições para a efetivação deste trabalho.

À Valéria e a Márcia, essenciais em minha trajetória, por serem incansáveis na busca de uma sociedade mais justa e verdadeiramente humanizada! Me ensinaram muito sobre saúde mental, cuidado e afeto, resistência e perseverança.

Agradeço imensamente a todos os entrevistados, que disponibilizaram seu tempo e compartilharam comigo suas histórias, colaborando para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos da política de saúde mental responsáveis pela assistência aos usuários em intenso sofrimento psíquico e ofertam a população um cuidado clínico individualizado e singular, através de diversas ações. Porém, apesar dos importantes avanços em relação à formulação de políticas públicas em saúde mental e a instalação da rede substitutiva, o rompimento total com a lógica de cuidado tutelar precisa ser concretizado. Do mesmo modo, o atendimento dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, principalmente ao que refere à autonomia e desinstitucionalização dos usuários, pode não estar sendo assegurado. Este estudo tem como objetivo analisar as concepções e sentidos de autonomia no cotidiano de atenção de um Centro de Atenção psicossocial (CAPS), a partir das vivências de profissionais, familiares e usuários. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal e de caráter exploratório realizado em um CAPS da região sul do Rio Grande do Sul. Foram realizadas entrevistas com 6 profissionais do CAPS, 6 usuários do serviço e 3 familiares, a partir de um roteiro semiestruturado. A análise se deu mediante a análise de conteúdo temática a partir três eixos temáticos: 1) Sentidos da Autonomia a partir das vivências de usuários, familiares e profissionais; 2) Práticas de construção de autonomia no cotidiano do CAPS; e 3) Fragilidades e potencialidades no processo de construção de autonomia e das entradas e saídas do CAPS. Os principais resultados dizem respeito às diversas compreensões vinculadas ao conceito de autonomia, relacionadas ao gerenciamento da vida, independência e autossuficiência, e enquanto processo em movimento, construído a partir das relações, espaços e instituições. As compreensões manifestas têm relação profunda com as histórias de vida dos sujeitos e permitem evidenciar a autonomia enquanto potência para a expansão e diversificação das relações, sob a perspectiva do cuidado em liberdade, instigando a ação dos profissionais e acrescentando esse horizonte ao cuidado oferecido aos usuários do CAPS.

Palavras-chave: Saúde Mental; Autonomia; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção Psicossocial

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Subárea conforme classificação CNPp: 7.07.05.00-3 – Psicologia Social

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are devices of the mental health policy responsible for assisting users in intense psychic suffering and offer individualized and unique clinical care to population through several actions. However, despite of important advances in the formulation of public policies on mental health and the installation of the substitute network, with devices such as CAPS, the total disruption to the caregiving logic must be fulfilled. The compliance of the precepts of psychiatric reform especially regarding autonomy and deinstitutionalization of users may not be assured. This study aims to analyze the conceptions and meanings of autonomy in daily care of a Psychosocial Care Center (CAPS), based on the experiences of professionals, family members and users. It was a qualitative, cross-sectional and exploratory study carried out in a CAPS in the southern region of Rio Grande do Sul. We interviewed 6 CAPS professionals, 6 service users and 3 family members, based on a semi-structured script. The analysis was based on the analysis of thematic content from three thematic axes: 1) Sense of Autonomy from the experiences of users, family and professionals; 2) Practices of building autonomy in the daily work of CAPS; and 3) Fragilities and potentialities in the process of building autonomy. The main results refer to the diverse understandings related to the concept of autonomy, related to the management of life, independence and self-sufficiency, and as a process in movement, built from relationships, spaces and institutions. The overt understandings have a deep relationship with the life histories of the subjects and allow to demonstrate the autonomy as a power for the expansion and diversification of the relations, from the perspective of care in freedom, instigating the action of the professionals and adding this horizon to the care offered to the users of CAPS.

Keywords: Mental Health, Autonomy, Psychosocial Care Centers, Psychosocial Attention

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psychology

Sub-área conforme classificação CNPq: 7.07.05.00- 3 – Social Psychology

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	7
2 INTRODUÇÃO	7
3. SEÇÃO TEÓRICA.....	11
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA E BRASILEIRA.....	11
3.2 A REFORMA NOS DIAS DE HOJE: AVANÇOS E DESAFIOS.....	16
3.3 AUTONOMIA	21
REFERÊNCIAS.....	25
4 SEÇÃO EMPÍRICA.....	31
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE AUTONOMIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): DESAFIOS COTIDIANOS.....	31
Resumo.....	31
INTRODUÇÃO	32
MÉTODO.....	35
RESULTADO E DISCUSSÕES	37
Considerações finais.....	52
Referências.....	54
ANEXOS	59

1 APRESENTAÇÃO

Meu interesse por este tema surgiu durante a graduação, quando tive a oportunidade de estagiar em um CAPS. Considero essa experiência enquanto estagiária fundamental para a minha formação, como psicóloga mas também como sujeito, como cidadã. Vivenciar essa inserção com a saúde mental é acima de tudo, experimentar uma realidade que é capaz de transformar a condição de ser e estar no mundo. Esses caminhos me estimulam na busca em poder compreender e auxiliar na promoção de mudanças àqueles que são vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes. Ouvir histórias de sujeitos que por tanto tempo foram silenciados em nossa sociedade fez com que eu me tornasse, também, parte destas histórias.

A pesquisa, portanto, trata da temática saúde mental e autonomia, e está apresentada em um artigo intitulado “Concepções e sentidos de autonomia para profissionais, familiares e usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Desafios cotidianos”. O artigo tem como objetivo analisar as concepções e sentidos de autonomia no cotidiano de atenção de um Centro de Atenção psicossocial (CAPS), a partir das vivências de profissionais, familiares e usuários.

Esta dissertação que tem como título “A construção da autonomia a partir das vivências dos usuários, familiares e profissionais de um Centro De Atenção Psicossocial (CAPS)”, foi desenvolvida no Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades, coordenado pela Professora Dr^a. Kátia Bones Rocha. O grupo está vinculado a área de concentração Psicologia Social do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre.

2 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, tanto no contexto internacional quanto no Brasil, foram muitas as transformações acerca da concepção de saúde mental e loucura. Segundo Goulart (2013), passamos a buscar um olhar ampliado sobre as pessoas em sofrimento psíquico e buscar outras formas de atenção e cuidado.

O ponto de partida para transformações neste campo refere-se à superação de um olhar reducionista sobre os sujeitos e formas de tratá-los, que vai além do fechamento dos hospitais psiquiátricos e reestruturação dos serviços de saúde mental (Amarante,

2007). De acordo com Rotelli (1990), é necessário pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não apenas como um modelo ou sistema fechado, mas como um processo social complexo, que exige transformações em diferentes níveis.

Conforme Amarante (2007), estas transformações imprescindíveis perpassam questões envolvendo a *dimensão teórico-conceitual*, referindo-se primeiramente a desconstrução da epistemologia da instituição psiquiátrica, que separava a doença da existência subjetiva e complexa dos sujeitos e do corpo social, na lógica das ciências naturais, e propunha, portanto, a reconstrução de um saber, colocando a doença entre parênteses e valorizando as experiências vividas pelos sujeitos em sofrimento psíquico; a *dimensão técnico-assistencial*, com a ampliação da ideia de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial, e o entendimento dos serviços destinados a estes sujeitos não mais como espaços excludentes e disciplinadores, mas sim como locais de cuidado, acolhimento e trocas sociais; a *dimensão jurídico-política*, que compreende a revisão da legislação referente aos sujeitos em sofrimentos psíquico, a garantia dos direitos humanos e o pleno exercício de cidadania, a partir de novas possibilidades e recursos oferecidos pela sociedade; e por fim a *dimensão sociocultural*, uma dimensão estratégica que tem como premissa principal a implicação da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica, a fim de transformar o imaginário social a respeito da loucura e dos ditos loucos, a partir da produção cultural e artística dos diversos atores sociais envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica suscitou e sustentou este debate, sobre o desmantelamento do modelo hospitalocêntrico hegemônico, de forma que as transformações na atenção à saúde mental ocorressem para além do desmonte da estrutura manicomial, ou seja, com o objetivo de transformação do lugar social da loucura e da diferença (Pande & Amarante, 2011). Essas transformações são reflexos da mobilização social intensa que exigia o redimensionamento das relações vividas nas instituições de saúde, com vistas à humanização do cuidado.

Uma vez estruturadas estas mudanças na forma de políticas públicas e criação dos serviços substitutivos, foi possível vislumbrar avanços significativos na assistência à saúde mental. Ainda, essas mudanças provocaram discussões no âmbito da sociedade sobre um novo conjunto de perspectivas e possibilidades de convivência em meio às diferenças sociais, em detrimento daquelas que marginalizavam e excluía e, que, ainda hoje, às vezes de formas veladas, existem em nossa sociedade (Goulart, 2013).

A política de saúde mental brasileira consolidou como referência no tratamento em saúde mental, indubitavelmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços abertos e de base territorial, e em conjunto com a Atenção Básica, são compreendidos como os principais responsáveis pela ordenação da rede de cuidados em saúde mental e pela promoção da assistência aos usuários em intenso sofrimento psíquico, ofertando-lhe um cuidado clínico individualizado e singular, através de uma diversidade de ações, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, os CAPS ajudam a construir e garantir uma nova forma de tratar e cuidar o sujeito com sofrimento psíquico, à medida em que promovem o questionamento da lógica manicomial, a partir da atuação no território, e estimulando a autonomia e reinserção destes sujeitos na sociedade (Brasil, 2002).

Entretanto, este não é um processo simples. Mudanças acarretam riscos e podem gerar novas formas de prisões. É preciso estar em constante processo de crítica e reconstrução para evitar que estas novas práticas, ferramentas potentes da construção de uma nova perspectiva para a loucura e os sujeitos em sofrimento psíquico, não se traduzam, silenciosamente, em formas de aprisionamento e captura (Emerich, Campos & Passos, 2014). Ou seja, a implementação destes novos dispositivos e estratégias de cuidado, não garante por si só, a ruptura e a desconstrução da lógica asilar ou manicomial, que enclausura e segrega (Jorge et al., 2011). O rompimento total com o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, significa, sobretudo, superar um pensamento ainda presente e alinhado às lógicas de clausura, tutela e que se desdobram em práticas. Assim sendo, a valorização da subjetividade e experiências dos usuários enquanto sujeitos condutores de suas próprias vidas, capazes de constituir um novo significado para sua existência, viabiliza novos sentidos para o cuidado em saúde mental a partir de práticas promotoras de autonomia (Amarante, 2007).

Neste sentido, a autonomia não se constitui como algo absoluto ou pré-determinado. A autonomia está em permanente construção, como condição de saúde e cidadania, construída no encontro entre sujeito e coletivo em um processo contínuo que se estabelece em uma rede de dependências (Soares e Camargo Jr, 2007). Conforme apontam Soares e Camargo Jr (2007), uma política que busque resgatar a autonomia deve ser a base edificante de um outro estado social, o que permitirá um processo terapêutico com riqueza suficiente para instigar um outro jeito de viver a vida. Leal (2001) problematiza que a autonomia tem uma interface direta com a liberdade humana e caracteriza-se como um valor fundamental do sujeito. No que se refere aos sujeitos

com sofrimento psíquico, sua produção torna-se essencial enquanto processo de inclusão social.

A Política de Saúde Mental tem como uma de suas diretrizes a promoção de autonomia; entretanto, a falta de clareza e superficialidade em sua contextualização abre espaço para inúmeros e diversificados significados, interferindo tanto na compreensão quanto na finalidade das estratégias de saúde. Desta forma, a efetivação do modelo de atenção psicossocial se ancora no entendimento dos trabalhadores em saúde mental acerca do conceito de autonomia e de como estabelecem relação com suas práticas de cuidado.

A efetivação das políticas públicas e o envolvimento dos atores sociais que cotidianamente buscam garantir a concretização da Reforma Psiquiátrica brasileira, possibilitaram importantes transformações no campo da Saúde Mental. Contudo, vivemos atualmente no Brasil um cenário político e social de progressiva perda de direitos básicos que garantam a condição de sujeito cidadão e autônomo. Frente aos retrocessos conservadores que se apresentam como novos desafios para a Reforma Psiquiátrica brasileira, faz-se imprescindível a discussão de novas possibilidades e novas perspectivas, para a superação de empecilhos no caminho do desenvolvimento de um cuidado em saúde, que seja humanizado, integral e, acima de tudo, verdadeiramente libertador. Assim, identificamos a importância de realizar um estudo que se propõe a refletir sobre as complexas dimensões do processo de construção de autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico, dentro de um serviço de saúde mental. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar as concepções e sentidos de autonomia no cotidiano de atenção de um Centro de Atenção psicossocial (CAPS), a partir das vivências de profissionais, familiares e usuários. Os objetivos específicos do estudo são conhecer as vivências destes atores e suas estratégias de cuidado; compreender que sentidos e significados os usuários, profissionais e familiares atribuem para a palavra autonomia e as possíveis articulações com suas experiências no CAPS; e problematizar as intervenções do CAPS e seu potencial de gerar processos de autonomia.

3. SEÇÃO TEÓRICA

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA E BRASILEIRA

Segundo Heidrich (2007), o processo de desinstitucionalização no campo da saúde mental na Itália, no final dos anos 70, estimulou o debate em torno da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O psiquiatra italiano Franco Basaglia criticava intensamente o paradigma psiquiátrico manicomial, os manicômios e suas formas de tratamento. Basaglia, ao questionar o manicômio e sua forma desumana de tratamento, levava em consideração que esta situação era reflexo de questões sociais, advindas das configurações de uma sociedade capitalista. A partir do entendimento de desinstitucionalização como desconstrução, entendido como um processo complexo, para além do desmonte da estrutura manicomial, Basaglia propunha uma ruptura com a psiquiatria vigente na época, buscando alternativas para uma prática de saúde mental concreta e humanizada, reinventando o trato com a loucura (Heidrich, 2007).

Além da ruptura, o processo de desinstitucionalização requeria um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano, denunciando a loucura como o reflexo de uma construção social opressora e excludente (Amarante, 2001). Conforme Amarante (1996) o processo de desinstitucionalização implicaria em transformações em dois níveis: um teórico, em relação à problemática psicopatológica, e outro político, em relação à exclusão e estigma social. Seria necessário questionar, desconstruir o conceito de doença mental, que por muito tempo susteve a marginalização da loucura na sociedade moderna. Com isto não se pretendia negar a existência da doença mental, mas sim possibilitar um olhar que ultrapassasse a superioridade do saber psiquiátrico, como foco no sujeito, na sua subjetividade e em suas potencialidades. Desta forma, a experiência basagliana rejeitava radicalmente toda prática terapêutica excludente, controladora e opressora.

A partir da efetividade do projeto de Basaglia, em 1978 foi sancionada e passou a vigorar a Lei 180, ou a Lei Basaglia. Ao exigir a extinção das instituições manicomiais propôs uma reformulação no cuidado e na atenção em saúde. Esta lei tornou-se um marco na Reforma Psiquiátrica italiana, constituindo uma nova perspectiva em relação ao entendimento da loucura e ao cuidado humanizado, que passa a integrar as estratégias e políticas públicas voltadas para a saúde mental (Paranhos-Passos & Aires, 2013)

As transformações conquistadas na Itália, também serviram como inspiração direta para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este processo começa a ser instalado no final dos anos 70, em um momento bastante importante na esfera política, após um longo período de ditadura militar. Na década de 70, na perspectiva da redemocratização do Estado, ampliaram-se as críticas as políticas públicas de assistência à saúde e seu caráter privatista, bem como à saúde mental. Denúncias de violência, maus tratos e abandono em diversos hospícios pelo país tornavam-se recorrentes (Heidrich, 2007).

A redemocratização do Brasil favoreceu a articulação do movimento da Reforma sanitária que se organizou para propor a reformulação do sistema nacional de saúde. Em relação à saúde mental, a proposta previa a perspectiva da humanização do cuidado, a qualificação técnica dos profissionais, a criação de ambulatórios e a ampliação da assistência, bem como um novo desenho para o gerenciamento da instituição. Ainda que essas medidas não tenham gerado grande impacto na qualidade dos atendimentos e no modo asilar hegemônico, constituíram importante conquista do movimento sanitário (Tenório, 2001). A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), associado ao controle social, fiscalizando as ações do gestor através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”, garante o direito ao atendimento à saúde de toda a população brasileira (Brasil, 2005).

O ano de 1978 costuma ser associado como o efetivo começo do movimento social que reivindicava os direitos dos trabalhadores em saúde mental e dos pacientes psiquiátricos, denunciando as condições precárias de vida e trabalho nos manicômios e a absoluta falta de assistência aos internos. É, sobretudo, este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2005). A grande repercussão nacional marcou o protagonismo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) rumo à Reforma Psiquiátrica brasileira. Este processo ficou marcado como “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial” (Amarante, 2001).

Em 1987, acontecem dois importantes eventos, que também contribuíram para o processo de solidificação da Reforma e reorientação da assistência: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde

Mental, em Bauru. A partir deste encontro, o MTSM passou a adotar a denominação Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Compõem neste novo cenário, no papel de protagonistas do movimento, os usuários de saúde mental e seus familiares. Contrários a mercantilização da doença e por uma sociedade sem manicômios, estes atores sociais se apropriam da discussão que extrapola o campo da psiquiatria e passam a entender que transformar o manicômio significa transformar a sociedade (Heidrich, 2007). Ou seja, buscar desconstruir o entendimento do louco e da loucura em prol de uma sociedade mais justa e humana.

Em 1987 também surge em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, repercutindo os eventos citados anteriormente, e que passa a ser uma nova possibilidade de cuidado em saúde mental. Em 1989, na cidade de Santos, a Casa de Saúde Anchieta, manicômio privado, foi extinto e substituído por um sistema psiquiátrico substitutivo ao modelo manicomial, com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (Tenório, 2001). Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, real, concreta e representa, de fato, uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2005).

As boas experiências nos serviços substitutivos como alternativas legítimas ao modelo manicomial, bem como as ações decorrentes dos debates da I Conferência Nacional de Saúde Mental, desencadearam em 1989, na apresentação do projeto de lei 3.657/89, do deputado federal Paulo Delgado, e que trazia dois eixos principais na proposta. O primeiro em relação ao desmonte da estrutura manicomial, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de serviços substitutivos. O segundo eixo tratava da garantia de direitos civis dos cidadãos internados (Heidrich, 2007).

O projeto foi aprovado em 14 de dezembro de 1990, após muitas discussões a respeito, principalmente, da exequibilidade do fechamento dos hospitais psiquiátricos (Pereira, 2004). Após 12 anos de tramitação, a Lei 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada em abril de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Ela tem como objetivo regular as internações em hospitais psiquiátricos, e promover mudanças no modelo assistencial a partir de novos dispositivos de cuidado em saúde mental.

Concomitante ao período em que o projeto esteve em discussão no Congresso Nacional, diversas iniciativas marcaram o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Entre 1990 e 1996, foram sancionadas diversas leis estaduais inspiradas no projeto de lei de Paulo Delgado. Em 7 de agosto de 1992, o Rio Grande do Sul, foi o primeiro estado brasileiro a aprovar uma lei específica no campo da saúde mental. A lei 9.716 propunha a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental e criava regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias (Brasil, 2004a). Diversas outras leis foram sancionadas em outros estados brasileiros e serviram para que o projeto original pudesse, mais tarde, ser aprovado em território nacional. Demonstra na prática a viabilidade dos ideais da Reforma Psiquiátrica. No mesmo ano da aprovação da Lei 10.216, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando a Reforma Psiquiátrica como política de governo e conferindo ao CAPS o valor estratégico para a mudança no modelo de assistência (Brasil, 2005).

Passados quase 30 anos da implementação do primeiro CAPS, esta modalidade de serviço tem servido como principal ferramenta para a consolidação da política de saúde mental, através da progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos. A portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, que passam a ser responsáveis pela atenção e cuidado em saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Os CAPS são serviços abertos, de base comunitária e ambulatorial e que visam à reinserção social, promoção de autonomia e desinstitucionalização do usuário (Brasil, 2002). Os CAPS são caracterizados, de acordo com o porte, capacidade de atendimento, e clientela atendida em 5 modalidades, e organizados conforme as características populacionais dos municípios brasileiros. Esta regulamentação também é feita pela portaria nº 336/GM de 2002 e os diferencia então em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

O principal objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2004b). Os CAPS possuem uma equipe mínima e multiprofissional, que pode ser constituída por: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha. As oficinas terapêuticas caracterizam umas das principais atividades realizadas no CAPS. São realizadas em grupo sob presença e

orientação de um ou mais profissionais. Também é oferecido tratamento medicamentoso, atendimento em grupo aos usuários e aos familiares, atendimento individualizado, orientações, atividades comunitárias, atividades de suporte social, oficinas culturais e visitas domiciliares (Brasil, 2004b).

Em 2011, instituiu-se a portaria nº 3.088 que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011). A RAPS tem como objetivo ser articuladora dos dispositivos de saúde, buscando a ampliação do cuidado em saúde mental. De acordo com Nóbrega, Silva e Sena (2016), esta rede é regida por princípios relacionados aos direitos de cidadania, à luta contra ações estigmatizantes e segregadoras, ao acesso a ações e serviços qualificados. Esta qualificação se dá por meio do acolhimento, do acompanhamento sistemático e do vínculo estabelecido entre os pontos de atenção e as pessoas que os buscam, com ações inter setoriais que pretendem a reinserção social, reabilitação, prevenção e redução de danos (Brasil, 2011).

Os CAPS têm um lugar estratégico na organização das redes de atenção à saúde cuja principal incumbência é a ação cooperativa e interdependente entre todos os pontos de atenção à saúde resultando em sua articulação e planejamento. Aos CAPS compete identificar e estabelecer parcerias entre os recursos disponíveis no território, criando um conjunto de referências com capacidade acolher, de forma resolutiva, as demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico, seus familiares e comunidade onde estão inseridos (Brasil, 2011). Os avanços no cuidado a estes usuários e suas famílias têm crescido, em especial com o estabelecimento e estruturação de ações e serviços em rede, que buscam constituir-se como espaços de cuidado mais democráticos e integradores. Entretanto, barreiras ao desenvolvimento pleno desta proposta ainda são sentidas e as alterações ocorridas na perspectiva de mudar percepções e práticas entre os diferentes atores não foram suficientes para a superação de uma práxis fragmentada. Ainda é possível identificar incongruências entre a efetivação dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É fundamental romper com a cultura do controle, dominação, dependência e segregação em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico que, historicamente, compõem essas relações.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira fundamentou importante crítica ao saber psiquiátrico centrado na doença, que por muito tempo prevaleceu como alternativa para o tratamento dos sujeitos com sofrimento psíquico. Neste modelo, centrado na doença, o

olhar para o paciente é fragmentado, e reflete na forma como o sujeito vivencia o seu adoecimento, de forma passiva e dependente. É a partir dessa compreensão que a ciência médica baseia suas concepções: na neutralidade e na objetividade, atuando com base na doença, sintomas e em partes, sem considerar os aspectos socioculturais no processo de adoecimento e terapêutico. Isto reflete numa relação de vínculos frágeis com o paciente, e deste com seu próprio corpo. Como resultado neste processo, temos um paciente visto e tratado como objeto de intervenção, sem protagonismo de ação, dificultando enormemente sua existência como sujeitos autônomos (Soares & Camargo Júnior, 2007).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica protagoniza mudanças nos âmbitos dos saberes e práticas, assim como no modelo assistencial. Isso significa um entendimento das pessoas como sujeitos, e sujeitos que têm e precisam ter seus direitos garantidos. Os CAPS se consolidam enquanto referência para o tratamento em saúde mental e assume a promoção do cuidado, atentos aos direitos humanos, buscando a inclusão social, direito a exercício de cidadania, liberdade de transitar nos espaços sociais e desenvolvimento da autonomia (Rodrigues & Santos, 2011).

3.2 A REFORMA NOS DIAS DE HOJE: AVANÇOS E DESAFIOS

Mesmo que não seja o foco deste estudo, cabe ressaltar que a avaliação em saúde mental é uma importante ferramenta para a reflexão e produção de conhecimento sobre os avanços e desafios atuais neste campo. Estudos realizados no sentido de avaliar os serviços de saúde mental no Brasil, apontam um alto nível de satisfação, por parte dos usuários e familiares, em relação aos serviços substitutivos, principalmente relacionados a forma de cuidado (Costa, Colugnati, & Ronzani, 2014; Oliveira et al, 2014; Camilo et al., 2012; Bandeira et al, 2011; Surjus & Onocko-Campos, 2011; Tomasi et al, 2010; Kantorski et al, 2009).

O cuidado integral, acolhedor e humanizado auxilia no restabelecimento de vínculos sociais e na melhora da qualidade das condições clínicas e de vida dos usuários (Costa, Colugnati, & Ronzani, 2014). Observa-se que há uma relação direta entre a satisfação para com a atenção recebida e os vínculos estabelecidos com a equipe de saúde, acolhimento nas consultas e acompanhamento durante todo o tratamento, o que tem sido considerado positivo em termos de sucesso no tratamento (Oliveira et al, 2014).

Um estudo qualitativo sobre o CAPS na região sul do Brasil demonstra que usuários e familiares percebem o serviço como bom, do ponto de vista da qualidade do atendimento, variedade de ofertas de atividades, vínculo, responsabilização, possibilidade de ofertas para o cuidado e expressão de subjetividades. A partir da compreensão de que a liberdade é terapêutica, dispõe-se de um conjunto de ofertas que buscam tornar o ambiente confortável e acolhedor no CAPS. No que se refere ao processo de trabalho, particularmente em relação às atividades de suporte terapêutico, usuários, familiares e equipe avaliam as oficinas como potentes instrumentos de trabalho no processo de socialização e fortalecimento de vínculo. Além disso, também contribuem para conquista de novos hábitos, promovem inserção social, reforçando as potencialidades de geração de renda. São ainda apontados como instrumentos de trabalho num CAPS, as visitas domiciliares, grupos terapêuticos e acolhimento (Kantorski et al, 2009).

Este estudo aponta, também, que, em relação à equipe, os usuários entendem satisfatórias as características e a organização do trabalho no CAPS, como os grupos de interesse de familiares e usuários. Os usuários consideram a atenção qualificada, respeitosa, afetuosa, disponível e responsável. Enfatizam que se sentem em liberdade para participar das decisões sobre seu tratamento. Destacam a importância dos processos de capacitação dos profissionais. Já a equipe faz uma crítica ao seu processo de trabalho entendendo haver algumas lacunas e apontando a necessidade da construção coletiva do plano terapêutico individual, do recurso do técnico de referência, da supervisão institucional, do espaço da reunião de equipe enquanto contribuições para a organização do trabalho no CAPS. O estudo, ainda, indicou alto grau de comprometimento das equipes com o serviço, demonstrando acordo com o processo de Reforma Psiquiátrica, de forma engajada e responsável no seu cotidiano. A possibilidade de ir e vir, os pontos de escuta (o acolhimento, os atendimentos, a circulação de profissionais nos espaços informais de cuidado), as visitas, os passeios, entre outros, denotam a plasticidade do serviço, indicando que os CAPS são mais flexíveis enquanto dispositivos de cuidado do que os serviços psiquiátricos tradicionais. Predominam nestes serviços uma gama de ofertas e a liberdade do usuário para decidir sobre sua participação ou não nas atividades. Algumas limitações são citadas por usuários e familiares, como não ter vale transporte para seu deslocamento ao serviço. Usuários e familiares consideram bom o tratamento e satisfatório seu resultado (Kantorski et al, 2009).

Segundo Kantorski e colaboradores (2009), a avaliação qualitativa do tratamento é possível a partir do fortalecimento da autonomia do usuário, da redução das crises (tanto em frequência quanto em extensão), da independência gradual e progressiva dos usuários, sua adesão ao serviço, do espaço de organização de suas vidas, perspectiva de convivência, socialização, entre outros. Do mesmo modo, a equipe manifesta seus investimentos cotidianos para a construção deste resultado e desejos de contribuir para a autonomia e convívio social dos usuários.

Na mesma direção dos estudos anteriores, o estudo de Bandeira e colaboradores (2011), utilizando a escala de avaliação da satisfação com o serviço (SATIS-BR), com objetivo de avaliar a satisfação de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos em relação aos serviços de saúde mental, demonstraram que a maioria dos familiares se consideravam satisfeitos ou muito satisfeitos em relação a diferentes aspectos do serviço. A satisfação estava relacionada principalmente com as medidas tomadas para assegurar à privacidade do tratamento, a confidencialidade das informações, a competência do profissional e a capacidade dos serviços em ajudar o paciente a lidar mais eficientemente com os seus problemas. Também foi identificado que a satisfação dos familiares estava relacionada ao maior tempo transcorrido desde a última internação psiquiátrica e maior idade do usuário, sugerindo uma estabilidade do quadro clínico. O estudo indicou que os usuários mais velhos eram os que apresentavam sofrimento psíquico há mais tempo. Indicou também que o tempo de tratamento era mais longo para estes, do mesmo modo em que representavam os que não viviam em situação de internação há mais tempo.

Outro estudo que utilizou o instrumento SATIS-BR foi realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) do interior de Minas Gerais. Camilo e colaboradores (2012) utilizaram as escalas de sobrecarga dos profissionais (IMPACTO-BR) e sobrecarga dos familiares (FBIS-BR), com objetivo de avaliar a qualidade do serviço a partir da perspectiva dos pacientes, familiares e profissionais. Os resultados apresentaram-se coerentes quanto à avaliação da satisfação do serviço sob o olhar dos diferentes atores, que de modo geral indicaram elevados níveis de satisfação dos aspectos avaliados no serviço. Dois aspectos relacionados ao serviço suscitaram satisfação dos três atores: compreensão da equipe sobre as necessidades do paciente e a qualidade dos cuidados a eles dispensados. Isto pode ser indicador de que a aceitabilidade social repercute com fator importante de qualidade do serviço, que pode influenciar potencializando os efeitos do tratamento.

Cabe destacar também, que o estudo identificou que os usuários se sentiam mais satisfeitos em relação ao atendimento dos profissionais do que em relação às características do serviço. Os usuários mostraram-se satisfeitos com os seguintes itens: obtenção de informações da equipe, qualidade da discussão sobre o tratamento, a equipe estar ajudando, ser amigável e competente. Apenas itens em relação ao conforto, aparência do serviço e condições gerais das instalações apresentaram porcentagens de insatisfação dos pacientes. Os familiares também apresentaram níveis de satisfação elevados, principalmente com relação ao entendimento de que os serviços colaboraram para que o paciente lidasse de modo mais efetivo com os seus problemas. Em relação à equipe, o sentimento de sobrecarga dos profissionais apareceu na análise dos itens isolados da escala, assim como suas dificuldades na realização de tarefas distintas, no conflito incitado pelo envolvimento afetivo com os usuários, as situações de imprevisto, carência de equipamentos básicos para o trabalho, reduzido número de profissionais e as condições precárias de trabalho. Com relação aos familiares cuidadores, foi identificada alta frequência de sobrecarga nas tarefas cotidianas de assistência, gerando elevada sobrecarga objetiva para sua maioria (Camilo et al., 2012).

Surjus e Onocko-Campos (2011), para avaliar os CAPS de Campinas, sob a perspectiva dos seus usuários, identificaram o discurso que aponta a figura do *louco* no ambiente manicomial. Por outra parte, os usuários entendem o CAPS como espaço que permite *estar doente* ao invés de *ser doente*. Também identificaram que dentro do CAPS, os usuários descobriam em si novos papéis e competências, favorecendo a confiança em si dentro do serviço e tornando a existência fora dele mais satisfatória. O estudo destaca a diversidade das modalidades terapêuticas e projetos extra instituição como dispositivos importantes na construção da multiplicidade do sujeito. Em relação à família, estes aparecem de forma tímida e distante no processo de tratamento. A avaliação também aponta as poucas possibilidades de circulação e de acesso a outras políticas públicas, para além da saúde, indicando um caminho ainda a ser percorrido para que se estabeleçam redes mais efetivas de cuidado.

Os diversos estudos avaliativos que vem sendo realizados no âmbito da saúde mental indicam que as estratégias adotadas para uma melhor qualidade dos serviços de saúde vêm sendo consideradas efetivas e apontam transformações positivas para todos os atores sociais envolvidos, usuários, familiares e profissionais (Costa, Colugnati, & Ronzani, 2014). Contudo, é importante ter em mente que a avaliação crítica destes dispositivos estratégicos pode ter alguns vieses, visto a comparação com os modelos

hospitalocêntricos tradicionais e a dificuldade de os usuários dos serviços expressarem desagrado ou descontentamento com o serviço (Kantorski et al, 2009).

Conforme dados do Ministério da Saúde, em 2001, ano da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, tínhamos no Brasil 295 CAPS em funcionamento. Em 2014, este número passou para 2209. O aumento significativo na estrutura da rede substitutiva indica que a política de saúde mental de Reforma Psiquiátrica está avançando no Brasil, principalmente nas regiões Sul e Nordeste, que apresentam cobertura desigual em relação às outras regiões brasileiras. Por outro lado, o expressivo aumento no número de dispositivos não pode ser entendido como estratégia exclusiva ou hierarquicamente mais importante, tendo em vista que o movimento de desinstitucionalização trata-se de um movimento complexo e exige atenção para as diferentes dimensões que compõe a Reforma. Deste modo, estamos assumindo o risco de promovermos apenas mudanças de ordem espacial-estrutural sem tocarmos em pontos fundamentais que dizem respeito à própria lógica de funcionamento, de organização e de relação estabelecidas (Liberato, 2011).

Aqui nos referimos à reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos, que apresentada de forma sutil pode tornar estas instituições cronicadas e cronicadoras (Barros, 2003; Costa & Paulon, 2012; Pande & Amarante, 2011). Alguns estudos utilizam os termos “Capscômios”, para referir ao risco destes serviços apenas mudarem o local de tratamento (Emerich, Campos & Passos, 2013; Heidrich, 2007) e “Encapsulados”, fazendo referência aos usuários crônicos, geralmente usuários psicóticos que apresentam perdas importantes nas habilidades, e que utilizam o serviço intensivamente, e também aos usuários considerados “novos crônicos”, que apresentam dificuldade de se desvincular do serviço, apesar de estarem bem (Wetzel, 2005).

A permanência dos usuários nos CAPS por longos períodos, por exemplo, expressa esta nova cronicidade em questão, contrariando o entendimento do serviço como “casa de passagem” e favorecendo a dependência dos usuários em relação aos serviços. Desta forma, em oposição ao princípio de desinstitucionalização, os serviços podem contribuir de forma negativa na reconstrução de novas possibilidades de sociabilidade e conexão com outras redes e sujeitos (Liberato, 2011).

Ao mesmo tempo, um estudo realizado em Pelotas avaliando a efetividade dos CAPS no cuidado a portadores de sofrimento psíquico, identificou redução significativa na ocorrência e frequência de crises e também no número de internações psiquiátricas. Este estudo demonstra que usuários que frequentavam o CAPS há mais de 3 anos

apresentavam maior redução nas internações psiquiátricas em relação aqueles usuários que estavam a menos tempo no serviço (Tomasi et al, 2010).

Outro dado importante diz respeito à inserção e participação da família no tratamento dos usuários. A família, na maioria das vezes, possui um caráter positivo nas estratégias de cuidado em saúde, mas ainda no que se refere ao empoderamento e cuidado compartilhado, caracteriza-se como um desafio no dia-a-dia dos serviços substitutivos. Bem como a articulação em rede dos serviços de saúde mental, que ainda se constituem de forma pouco integrada e configura-se como um importante desafio a ser atingido (Costa, Colugnati, & Ronzani, 2014).

3.3 AUTONOMIA

Partindo do entendimento de que a loucura está atravessada por questões como a desigualdade social, marginalidade, intolerância, refletindo-se em opressão e exclusão, corroboramos com Basaglia (1979), compreendendo que é uma questão que extrapola o campo da saúde. Dimenstein e Liberato (2009) destacam a necessidade de se fazer investimentos profundos na inversão desta lógica manicomial para que não façamos apenas uma substituição de espaços em que os modos de abordagem sejam diferentes, mas o objetivo final seja o mesmo.

Conforme Espírito Santo (2009) a Reforma Psiquiátrica põe em cheque o debate sobre importantes questões de direitos humanos e cidadania dos sujeitos com sofrimento psíquico. A desinstitucionalização não é o único caminho para a compreensão da cidadania. É necessário agregar ao debate questões relacionadas aos direitos, inserindo-as reiteradamente na esfera pública e das relações políticas, confrontando direitos e práticas sociais.

Birman (1978) traz a ideia de que a doença mental se constitui como motivo do maior número de segregação social no Brasil. O autor não atribui o fato à ausência de políticas de saúde, mas, sim, à existência de políticas de exclusão. E isto remetido a uma discussão sobre as projeções da sociedade acerca da loucura que obedecem à lógica do paradigma racionalista que estabelece o modelo da normalidade das sociedades modernas de caráter capitalista (Medeiros & Guimarães, 2002).

Com base nesta realidade segregadora percebe-se que o estigma que acompanha aqueles sujeitos com sofrimento psíquico, desqualificados na sociedade, tratados como “coisas”, colabora muito para a cronificação da vivência da doença mental. A partir do

estigma nega-se aos indivíduos “anormais” a condição de cidadão, a participação social e o direito da autonomia para decidir sobre seus próprios direitos, desejo, vontades, enfim, sobre sua própria vida (Medeiros & Guimarães, 2002).

Apesar dos importantes avanços em relação à formulação de políticas públicas em saúde mental e a instalação da rede substitutiva, com dispositivos como os CAPS, o rompimento total com a lógica de cuidado tutelar precisa ser concretizado. Do mesmo modo, o atendimento dos preceitos propostos pela Reforma Psiquiátrica, principalmente no que tange à autonomia e desinstitucionalização dos usuários, pode não estar sendo assegurado (Goulart, 2013).

Para Soares e Camargo Jr, (2007), ao se pensar a saúde, em sua prática hegemônica (biológica e naturalista) de produção científica e clínica, quase não se discute sobre autonomia, já que as concepções de objetividade e neutralidade são centrais e separam a subjetividade de profissionais e usuários. Com a redução da autonomia, há um afastamento e um aprofundamento da diferenciação de poder entre usuário e profissional, entre usuário e seu corpo, e ainda, entre usuário, profissional e as instituições. Assim, ao ignorar os aspectos socioculturais, ao apartá-lo e oprimi-lo pela diferença de poder referendada pelo saber, reduz-se drasticamente suas possibilidades de ação enquanto sujeito no seu processo de saúde-doença. Conforme Onocko-Campos e Campos, no entendimento médico hegemônico da doença enquanto objeto de intervenção particular da ciência, o paciente tem sua autonomia restrita no que diz respeito ao seu processo de adoecimento, e vive este processo de forma dependente e passiva, como objeto que necessita reparos e dependente da ação de outros (Onocko-Campos & Campos, 2006).

A partir disso, Soares e Camargo Júnior (2007), num entendimento complexo de autonomia, referem que para a superação das relações autoritárias e paternalistas no processo saúde-doença é fundamental o fortalecimento das relações entre usuários e profissionais da saúde, entre usuários e familiares, colaborando para a constituição de redes de autonomia/dependência, fundamentais para o estabelecimento do cuidado e da saúde. Este processo favorece a construção continuada da autonomia em conjunto com o processo terapêutico. A vulnerabilidade e fragilidade a que ficam expostos pelo adoecimento, implica na necessidade de cuidados destes indivíduos por outros, o que não significa, necessariamente, perda de autonomia. Ao avesso, esta necessidade pode ser uma ocasião para seu resgate e fortalecimento. Entretanto, para que este processo assim ocorra, é imprescindível que o sujeito que se encontra em situação de

adoecimento e fragilidade seja efetivamente incluído como sujeito do processo, e que as relações estabelecidas não se constituam em relações de dependência que anulam o sujeito (Soares & Camargo Júnior, 2007).

O conceito de autonomia no contexto da saúde é compreendido como a maneira que o sujeito encontra para se relacionar com sua rede de apoio, ou seja, sujeitos, lugares, instituições. Nesse entendimento, a autonomia não é um processo estático, mas sim um processo dinâmico de coconstrução, onde ele é corresponsável pela sua constituição e também pela constituição da sociedade em que está inserido (Onocko-Campos & Campos, 2006).

O entendimento desse sujeito no serviço de saúde precisa estar de acordo com estratégias de cuidado que possibilite recolocá-lo no trilho da responsabilização da sua própria vida. Considerar a autonomia neste sentido diz respeito a uma gestão de cuidado que tem uma importante implicação política, no sentido da valorização de direitos humanos duramente conquistados. (Onocko-Campos & Campos, 2006).

Esta busca pela autonomia necessita de condições mínimas para seu desenvolvimento, o que passa, necessariamente, pela criação de políticas públicas e de dispositivos institucionais garantidos por lei. Desse modo, fortalecer a autonomia significa defender a autodeterminação do sujeito, e fortalecer suas relações, criando espaços democráticos que possibilitem o seu exercício. Assim, a autonomia ganha um novo status, tornando-se propósito da política, da gestão e do trabalho em saúde para a garantia dos direitos humanos preconizados (Onocko-Campos & Campos, 2006).

Percebe-se, muitas vezes, que apenas a partir do adoecimento se dá o acesso aos direitos básicos garantidos pela legislação. Alguns estudos apontam para novos arranjos dos CAPS, que são identificados pelos próprios usuários e familiares como potentes possibilidades de mudanças práticas no serviço, como, por exemplo, as Assembleias, os Conselhos Locais de Saúde, grupos de familiares, entre outros, que são espaços importantes de interlocução e autonomia (Surjus & Onocko-Campos, 2011).

As discussões sobre a cronificação dos usuários dos serviços de saúde mental, o modelo biomédico, a negação dos direitos humanos e cidadania fizeram surgir novas práticas e estratégias no trajeto terapêutico, voltadas à reabilitação social dos sujeitos, pensando o processo saúde-doença a partir de um olhar integral e humano (Jorge et al, 2011). A integralidade e a humanização do cuidado poderão ser alcançadas na medida em que a acolhida, o diálogo, o vínculo, o compartilhamento de responsabilidades, a escuta qualificada, estejam inseridas no cotidiano dos serviços de saúde em parceria

entre profissional e usuário. Segundo Jorge e colaboradores (2011), esse conjunto de dispositivos favorece a perspectiva de construção de uma nova prática em saúde, objetivando a defesa da vida dos usuários, individual ou coletivamente, através da produção do cuidado. Desse modo, se pretende reduzir o sofrimento, buscando qualidade de vida para as pessoas e o desenvolvimento da autonomia para que trilhem seus caminhos.

As estratégias de intervenção adotadas nos CAPS são definidas a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que, conforme a Portaria 147, de 25 de agosto de 1994, define-se como o conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário do serviço, desde a admissão até a alta. O PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, que levam em consideração o sujeito como ser histórico, social e político, com demandas singulares do usuário e do seu contexto familiar, assim como à sociedade na qual estão inseridos (Kantorski et al, 2010). É elaborado em uma construção conjunta da equipe e usuários, em uma interação democrática e horizontal, com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seus projetos de vida. (Pinto et al, 2011).

A ruptura com modelos de tratamentos excludentes deve ser a tônica dos projetos terapêuticos do serviço para o acompanhamento do sujeito em sofrimento psíquico. É necessário que esse projeto persiga a lógica da reabilitação psicossocial, oportunizando ao sujeito seu desenvolvimento como protagonista do seu tratamento e, conseqüentemente, de sua vida, exercitando seus direitos sociais. A partir da compreensão do indivíduo como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, meio ambiente e sociedade, é que se entende como possível e necessária a priorização da integralidade do cuidado (Kantorski et al, 2010). Para os autores, com base nesta integralidade, parece lógica a necessidade de edificação de uma rede de cuidados em saúde mental que envolva a atenção básica de saúde e os demais serviços de saúde mental, de forma articulada e integrada à proposta da Reforma Psiquiátrica.

Estes serviços precisam compreender a necessidade de dividir responsabilidades no processo de promoção, manutenção e reabilitação do portador de sofrimento psíquico no território. Assim, seria possível ao CAPS a inversão do modelo manicomial, asilar e excludente, atuando como um mediador de ações de reabilitação e inserção dos sujeitos na sociedade (Kantorski et al, 2010).

O processo de gradual afastamento do CAPS por parte do usuário é um passo fundamental no processo de retomada de autonomia e reabilitação social destes sujeitos. Eis aqui um imenso desafio que nos exige enfrentar a institucionalidade, atentando para a independência dos recursos terapêuticos, a reinserção no mercado de trabalho, o enfrentamento dos diversos preconceitos relacionados ao transtorno mental, convivência familiar e outras redes. Trata-se da reflexão aprofundada sobre a lógica da assistência à saúde mental no âmbito da saúde pública, buscando apontar limites e possibilidades (Goulart, 2013).

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ªEd. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bandeira, M., Silva, M. A. D., Camilo, C. A., & Felício, C. M. (2011). Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 284-293, doi: 10.1590/S0047-20852012000200002.
- Barros, R. B. (2003). Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*, 196-206. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil. (2002). Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília:

- Ministério da Saúde. Recuperado em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
- Brasil. (2004a). Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde. (5aed.) Recuperado em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf.
- Brasil (2004b). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
- Brasil. (2005). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.
- Brasil. (2011). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Camilo, C. A., Bandeira, M., Leal, R. M. A. C., & Scalón, J. D. (2012). Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(1), 82-92. Recuperado em: http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_82-92.pdf.
- Costa, D. F. C. D., & Paulon, S. M. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em debate*, 36(95), 572-582. doi: 10.1590/S0103-11042012000400009.

- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A., & Ronzani, T. M. (2015). Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3243-3253. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014.
- Dimenstein, M. & Liberato, M. T. C. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 212-222. Recuperado em: <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142>.
- Emerich, B. F., Campos, R. O., & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 685-696. doi: 10.1590/1807-57622013.1007.
- Espírito Santo, W. (2009). Questões de cidadania no campo da saúde mental: Reforma Psiquiátrica e II Fórum Internacional. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1) 243-250. Recuperado em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1019/1148>.
- Goulart, D.M. (2013). Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 11(1), 21-33. doi: 10.21500/22563202.599.
- Heidrich, A. V. (2007). Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.
- Jorge, M. S. B., Campos, R. O., Pinto, A. G. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2011). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 22(4), 1543-1561. doi: 10.1590/S0103-73312012000400015.

- Kantorski, L. P., Jardim, V. D. R., Wetzel, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Heck, R. M., & Saraiva, S. D. S. (2009). Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 29-35. doi: 10.1590/S0034-89102009000800006.
- Kantorski, L. P., Bielemann, V. D. L. M., Clasen, B. N., Padilha, M. A. S., Bueno, M. E. N., & Heck, R. M. (2010). A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 659-666. doi: 10.5380/ce.v15i4.20362.
- Leal, E. M. (2001) Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: Figueiredo, A. C. & Cavalcanti, M. T. (Orgs). *A Reforma Psiquiátrica e o desafio da desinstitucionalização - Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*, 69-83. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Liberato, M. T. C. (2011). A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicossocial. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.
- Medeiros S. M., Guimarães. J. (2002). Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 7(3), 571-579. doi: 10.1590/S1413-81232002000300014.
- Nóbrega, M., Silva, G., & Sena, A. (2016). Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. *CIAIQ2016*, 2, 41-49. Recuperado em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735/722>.
- Oliveira, M. A. F., Cestari, T. Y., Pereira, M. O., Pinho, P. H., Gonçalves, R. M. D. A., Claro, H. C. (2014). Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 38(101), 368-378. <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140034>.

- Onocko-Campos, R. T., & Campos, G. D. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Orgs). Tratado de saúde coletiva. 669-688. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (4), 2067-2076. doi: 10.1590/S1413-81232011000400006.
- Paranhos-Passos, F., & Aires, S. (2013). Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 13-31. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002>.
- Pereira, R. C. (2004). Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01). Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Pinto, D. M., Pinto, A. G. A., & Cavalcante, C. M. A. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 493-502. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.
- Rodrigues, P. H., & Santos, I. S. (2011). Saúde e cidadania: uma visão história e comparada do SUS. In Saúde e cidadania: uma visão história e comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Rotelli, F. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. (Orgs.). Desinstitucionalização. 17-59. São Paulo: Ed. Hucitec.

- Soares, J. C. R. D. S., & Camargo Jr, K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78. doi: 10.1590/S1414-32832007000100007.
- Surjus, L. T. L. e S, & Onocko-Campos, R.(2011). A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(1), 122. doi: 10.1590/S1415-47142011000100009.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silva, R. D., Gonçalves, H., & Silva, S. M. (2010). Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 807-815. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400022.
- Wetzel, C. (2005). *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

4 SEÇÃO EMPÍRICA

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE AUTONOMIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): DESAFIOS COTIDIANOS

CONCEPTIONS AND PRACTICES OF AUTONOMY IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER (CAPS): EVERYDAY CHALLENGES

Resumo

Este artigo objetiva analisar as concepções de autonomia no cotidiano de atenção de um Centro de Atenção psicossocial (CAPS). Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, realizado em um CAPS da região sul do Rio Grande do Sul/Brasil. Os participantes foram 6 profissionais, 6 usuários e 3 familiares. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e diários de campo, analisados mediante Análise Temática. Os resultados demonstram diversas concepções sobre autonomia, referentes ao gerenciamento da vida, independência e autossuficiência, e enquanto processo construído a partir das relações. Destaca-se a importância das oficinas terapêuticas e atividades extramuros como práticas fortalecedoras de autonomia. Observou-se que a alta e a reabilitação social apresentam barreiras a serem superadas na Rede de Atenção Psicossocial, mas também dentro do serviço. É necessário pensar a autonomia enquanto potência para a expansão e diversificação das relações, entendendo-a como um objetivo que deve transversalizar todas as práticas dos CAPS e fora dele.

Palavras-chave: saúde mental; autonomia; atenção psicossocial

Abstract

This article aims to analyze the conceptions of autonomy in the daily care of a Psychosocial Care Center (CAPS). It is a qualitative and exploratory study performed in a CAPS in the southern of Rio Grande do Sul/Brazil. Participants were 6 professionals, 6 users and 3 family members. We conducted demi-structured interviews and field journals, analyzed by Thematic Analysis. Results show several conceptions about autonomy, referring to the management of life, independence and self-sufficiency, and as a process built from relationships. It is important to emphasize the importance of therapeutic workshops and out activities as practices that strengthen autonomy. We

observed that discharge and social rehabilitation present barriers to be overcome in the Psychosocial Care Network, but also within the service. It is necessary to think of autonomy as a power for the expansion and diversification of relations, understanding it as an objective that should mainstream all practices of the CAPS and beyond.

Keywords: mental health, autonomy, psychosocial attention

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido a base da constituição das políticas públicas em Saúde Mental no Brasil e estabelecem-se como a ferramenta estratégica de mudança na lógica de atenção à saúde mental. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de seu território, realizar acompanhamento clínico, voltado para a reabilitação psicossocial dos usuários, através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e consolidação de laços familiares e comunitários (Brasil, 2004).

Contudo, o avanço na implementação destes serviços substitutivos não garante o rompimento absoluto com a lógica manicomial, percebida, principalmente, no tratamento tutelar e excessivamente medicamentoso dos usuários de saúde mental (Jorge et al., 2011). Como propunha Basaglia no movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana, a real ruptura com paradigmas manicomiais, relaciona-se sobretudo, com criação de novos sentidos para a loucura. Para tanto, trata-se de propor outra forma de cuidar, que coincide com a possibilidade de perceber os sujeitos em sua subjetividade capazes de serem autônomos em suas vidas (Amarante, 2007).

Nesse sentido, diferentes autores indicam o risco de os serviços substitutivos reproduzirem a lógica manicomial, ainda que sutil, tornando-se uma instituição cronificada e cronificadora (Barros, 2003; Costa & Paulon, 2012; Pande & Amarante, 2011). Ou, ainda, como alguns estudos referem, tornarem-se “Capscômios”, remetendo ao perigo de os serviços mudarem apenas o lugar de tratamento (Emerich, Campos & Passos, 2013; Heidrich, 2007). Usa-se também o termo “Encapsulados” para referir os usuários já denominados crônicos, frequentemente com quadros psicóticos, com perdas significativas nas habilidades e que frequentam o serviço de forma intensiva; e também os “novos crônicos”, usuários que trocam recorrentemente de modalidade de atendimento, ou até mesmo apresentam estado regular, sem, contudo, se desvincular do serviço (Wetzel, 2005).

Com isso, essa “nova cronicidade” favorece uma lógica de dependência do usuário em relação ao serviço, percebida, por exemplo, na permanência por anos nos CAPS. Esse funcionamento contraria a lógica do serviço como “casa de passagem”, configurando-se como único espaço social de referência do usuário (Goulart, 2013). Nesta direção, Mendes e Rocha (2016) destacam que na sutileza do trabalho no campo de saúde mental é possível encontrar diversas formas de não cuidar: o controle disfarçado de organização, a negligência disfarçada de respeito, a institucionalização disfarçada de atenção.

Conforme Liberato (2011), a fragilidade na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que englobe o sujeito na sua multiplicidade, impede que se possibilite a criação não só de outras portas de entrada, como também de saída. A possibilidade de reconstrução do cotidiano dos usuários e outras perspectivas de sociabilidade aparecem vinculadas ao estabelecimento de conexão com outras redes de apoio social. Desse modo, na contramão do princípio de desinstitucionalização, podem estar se estabelecendo outros mecanismos de marginalização que dificultam a aproximação com a diversidade.

As críticas relacionadas ao CAPS e os desafios da efetivação do modelo psicossocial não diminui a potencialidade deste dispositivo. Um estudo que avaliou a efetividade dos CAPS, aponta que mais de 50% dos usuários que frequentavam o CAPS há mais de três anos apresentavam uma redução significativa na ocorrência de crises. Além disso, o número de internações psiquiátricas foi menor entre as pessoas com atendimento intensivo e com maior tempo de CAPS. Entre os usuários “não intensivos”, observou-se uma diminuição do uso de medicação associada à participação em atividades de grupos no CAPS (Tomasi et al., 2010).

A partir de diferentes perspectivas, a literatura indica a importância do CAPS para atenção psicossocial, no qual sua avaliação contínua busca a qualificação da atenção. Um estudo avaliativo sobre os CAPS do sul do Brasil indicou que usuários e familiares consideram satisfatório o tratamento ofertado, destacando o estímulo e o fortalecimento da autonomia do usuário, a redução das crises, a participação no serviço, a perspectiva de reorganização de vida e inserção dos usuários em sociedade, construindo possibilidades que ultrapassam o transtorno mental (Kantorski et al, 2009). Além disso, as atividades terapêuticas, como as oficinas, são identificadas como importantes instrumentos no que tange à socialização, fortalecimento de vínculos, além

de ferramentas potentes na constituição de possibilidades de geração de renda (Kantorski et al, 2010).

A importância de pensar o conceito de autonomia relaciona-se aos avanços ocorridos com a implementação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no Brasil, que resultou na transição do modelo de atenção e cuidado em saúde. Enquanto principal ferramenta para a efetivação da política e como dispositivo estratégico e de referência, os CAPS assumem a promoção do cuidado, a busca pela reinserção social, pelo direito ao exercício de cidadania, pela liberdade de transitar nos espaços sociais e pelo desenvolvimento e exercício da autonomia.

As estratégias de intervenção são planejadas e estabelecidas a partir de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído conjuntamente entre usuários e profissionais. Este instrumento deve contemplar uma proposta de tratamento específica para cada sujeito, respeitando seus desejos e necessidades, da admissão até o momento de desligamento do serviço (Kantorski et al, 2010). Os CAPS, estruturados de portas abertas, acolhedores e inseridos no território dos usuários, têm a possibilidade de romper com a lógica manicomial, à medida que potencializam o protagonismo dos usuários, o reencontro com seus laços sociais, familiares e comunitários, estimulando a autonomia e responsabilização dos sujeitos frente suas vidas (Brasil, 2004).

A promoção de autonomia é uma das diretrizes fundamentais da PNSM. Entretanto, a discussão sobre o tema é recente e permeada de sentidos que tornam complexa sua contextualização e entendimento. O conjunto de documentos que constitui e regula a política aborda a autonomia como meta do processo de cuidado, ainda que de forma tênue e superficial, sem examinar a fundo seu conceito. A partir disso, é emergente a problematização da concepção de autonomia como desafio para a implementação de modos e práticas de cuidado, em especial na saúde mental enquanto política pública.

A análise do conceito de autonomia neste estudo se dá a partir das contribuições e intersecções da saúde mental, saúde coletiva e psicologia social (Ibañez, 2004; Merhy, 2007; Onocko-Campos e Campos, 2007). Segundo Ibañez (2004), a psicologia social retoma a dimensão subjetiva da realidade social e destaca que é a partir da interação com os outros que construímos nossa forma de interpretar a realidade. A partir desta perspectiva, as pessoas exercem um papel ativo, selecionando e transformando significados adequados em função das ações que pretende desenvolver em diferentes situações, sendo a realidade social aquilo que se constrói mediante as práticas sociais

concretas que desenvolvem as pessoas e coletivos na vida cotidiana (Ibañez, 2004). A compreensão do conceito de autonomia nesse estudo vai nesta mesma direção. Não se trata de uma noção de autonomia de caráter individual, que responde às lógicas capitalistas de relação com si e com o mundo, mas autonomia enquanto potência construída a partir de encontros. Neste contexto, o objetivo deste artigo é analisar as concepções de autonomia no cotidiano de atenção de um Centro de Atenção psicossocial (CAPS), a partir das vivências de profissionais, familiares e usuários.

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II da região sul do Rio Grande do Sul/Brasil. O CAPS participante do estudo atende aproximadamente 300 usuários ativos, realizando uma média de 800 atendimentos mensais. No momento da pesquisa, a equipe estava composta por 20 profissionais, sendo cinco psicólogos, duas assistentes sociais, uma médica psiquiatra, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, dois educadores físicos, duas artesãs, um técnico de música, uma recepcionista, duas funcionárias da limpeza e uma merendeira.

Ao total, foram entrevistados 15 participantes, sendo 6 profissionais do CAPS, 6 usuários do serviço e 3 familiares. Os usuários foram sugeridos pela equipe e os profissionais foram escolhidos mediante o vínculo com os usuários participantes. Em relação aos familiares, a proposta inicial foi, a partir de uma conversa com os usuários entrevistados, solicitar autorização para contatá-los. Em duas situações não se concretizou o contato no período previsto para a coleta, e na terceira situação, a usuária informou não ter ninguém que pudesse responder a entrevista. Algumas informações a respeito dos participantes estão descritas na tabela 1.

Tabela 1: Descrição dos participantes da pesquisa

Participantes	Descrição
Usuário 1	57 anos, usuária do serviço desde 2005. Encaminhada pelo Hospital Psiquiátrico após internação. Cinco internações progressivas, nenhuma após o tratamento no CAPS. Solteira, não trabalha e reside no mesmo terreno de um familiar, que é seu cuidador. Frequenta o serviço uma vez por semana.
Usuário 2	53 anos, usuário do serviço desde 2010. Encaminhado pela Atenção Básica. Solteiro, não trabalha e mora sozinho. Sem histórico de internação psiquiátrica. Frequenta o CAPS uma vez por semana.
Usuário 3	50 anos, usuária do serviço desde 2010. Encaminhada pela Atenção Básica.

	Recebeu alta em 2014, mas retornou em alguns meses após uma crise. Divorciada, não trabalha e mora com um familiar. Frequenta o CAPS duas vezes na semana.
Usuário 4	27 anos, usuária do serviço desde 2002. Encaminhada pelo ambulatório de saúde mental. Possui histórico de internação, anterior e posterior ao tratamento no CAPS. Mora em residência terapêutica e frequenta o serviço quatro dias na semana. É bastante participativa das atividades, Assembleias e atividades extra CAPS.
Usuário 5	58 anos, usuária do serviço desde 2010. Encaminhada pela Atenção Básica. Não tem histórico de internação psiquiátrica. Casada, não trabalha. Participa de duas atividades na semana.
Usuário 6	62 anos, encaminhado após uma internação em 2004. Recebeu alta em 2008, retornou em 2016, depois tentar suicídio. Casado e aposentado. Frequenta o CAPS uma vez por semana. Participa da Associação dos Usuários e Familiares de saúde mental do município.
Familiar 1	Familiar da usuária 05. Não participa de nenhuma atividade.
Familiar 2	Familiar do usuário 06. Não participa de nenhuma atividade.
Familiar 3	É técnica da pensão assistida, onde a Usuária 04 reside.
Profissional 1	Trabalha 40 horas no CAPS desde 2012 como servente de limpeza e atua na recepção quando necessário. Sem experiência anterior em saúde mental.
Profissional 2	Técnica artesã, trabalha no CAPS desde 2004 e coordena diariamente oficinas terapêuticas, expressivas e geradoras de renda.
Profissional 3	Técnico musicista, trabalha no serviço desde sua fundação, em 2001. Tem especialização em Atenção Psicossocial, mestrado e doutorado na área de Saúde Mental. Coordena a oficina de música e participa de atividades da Associação dos Usuários e Familiares.
Profissional 4	Psicóloga e supervisora de estágio desde 2015. Cursa especialização em Rede de Atenção Psicossocial com foco em CAPS. Coordena grupos terapêuticos e oficinas expressivas.
Profissional 5	Assistente Social e coordenadora administrativa desde 2010. Possui experiência anterior na área de assistência social e saúde mental. Coordena grupo de familiares e oficina terapêutica expressiva para mulheres.
Profissional 6	Psicóloga do CAPS desde 2007. Possui especialização em atenção psicossocial. Coordena grupos, oficinas terapêuticas e geradoras de renda.

A coleta de dados foi realizada entre maio e julho de 2017. Como instrumento foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com roteiro pré-elaborado pelas pesquisadoras, abordando questões referentes ao cotidiano do CAPS, entendimento de autonomia e articulação com a rede de serviços. As atividades do CAPS foram

acompanhadas por 2 meses, apoiadas em um roteiro de observação que contemplou a dinâmica e relações do serviço, as atividades previstas no PTS dos usuários, oficinas terapêuticas expressivas e geradoras de renda, grupos de familiares, Assembleias e eventos, constituindo diários de campo com as observações. As entrevistas foram realizadas no serviço, com duração aproximada de 40 minutos, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. Para a análise do material, adotou-se a técnica de Análise Temática, segundo Braun e Clarke (2006). Os passos seguidos no procedimento de análise foram: a) familiarização dos dados (transcrição e leitura das entrevistas); b) codificação inicial dos temas e padrões recorrentes; c) escolha e definição dos temas (análise e relação entre códigos); d) releitura e revisão dos temas; e) definição e nomeação dos temas, f) redação analítica, interligando extratos de falas mais significativos dos temas (Braun e Clarke, 2006).

Essa pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução n. 510/ 2016).

RESULTADO E DISCUSSÕES

Os resultados e a discussão são apresentados a partir de três eixos temáticos: 1) Concepções de Autonomia a partir das vivências de usuários, familiares e profissionais; 2) Práticas de construção de autonomia no cotidiano do CAPS; e 3) Fragilidades e potencialidades no processo de construção de autonomia e das entradas e saídas do CAPS. Os eixos temáticos buscam analisar as concepções atribuídas à autonomia pelos atores sociais envolvidos no cotidiano do CAPS, as intervenções do CAPS e seu potencial no processo de construção de autonomia.

Concepções de autonomia a partir das vivências de usuários, familiares e profissionais

Ao serem questionados sobre o que entendem como autonomia, os profissionais, usuários e familiares trouxeram diferentes compreensões e vivências, como pode ser observado a seguir.

Em termos de atenção psicossocial, acho que tem que considerar as especificidades de cada pessoa. Mas eu entendo que seja minimamente a capacidade de gerenciar coisas cotidianas, alimentação, vestuário, organização do lugar onde a pessoa vive” (Profissional 3).

Fico bem feliz quando eles chegam aqui sem nenhuma autonomia, com uma pessoa cuidando, guiando, e aí passa um tempo e eles estão vindo sozinhos, fazendo as coisas sozinhos, morando sozinhos, fazendo a comida deles. Eu acho isso maravilhoso” (Profissional 1).

“Ela tem total autonomia com as coisas dela. Ela se organiza, faz higiene, se alimenta. Ela não cozinha, porque a gente não tem esse espaço. Mas ela ajuda, lava, limpa, organiza. Ela estuda, ajuda os outros. Então ela é super autônoma com essas coisas todas” (Familiar 3).

As diferentes definições trazidas pelos profissionais e familiares se aproximam do proposto por Leal (2001) e Pitta (1997). Leal (2001) apresenta três diferentes formas de pensar os conceitos de autonomia, no que se refere à saúde mental, a qual se relaciona com a ideia de independência, autossuficiência e autogoverno. De acordo com a autora, à medida em que o indivíduo consegue estabelecer normas para sua vida diária e estabelecer relações sociais, está exercendo sua autonomia de forma mais, ou menos, ampliada. Outra forma semelhante de compreender diz respeito à autonomia como possibilidade de realização de atividades da vida diária/prática de maneira independente (higiene, alimentação, ir e vir, etc.), como aponta Pitta (1997).

Neste sentido, é possível observar que as falas acima denotam a concepção de autonomia relacionada mais com a perspectiva de gerenciamento da vida, caracterizada pela possibilidade de cuidados diários. Percebe-se que há uma relação intrínseca entre os conceitos ‘capacidade’ e ‘autonomia’. No campo da saúde mental, é importante abordar a produção de autonomia em relação às pessoas em sofrimento psíquico que, historicamente, foram consideradas incapazes, e que, para muitos ainda são. Trata-se de compreender que a capacidade de cada sujeito é relativa, variando entre suas situações particulares. Ou seja, a autonomia está inscrita dentro da realidade e da história das pessoas. Desse modo, na perspectiva da saúde mental, não se buscam padrões de desempenho para medir o grau de autonomia, mas estímulos para pessoas lidarem com seus limites e, talvez, superá-los. Nesta direção, ao falar de autonomia, a profissional 3 destaca o quanto este conceito deve ser considerado a partir subjetividade. O familiar 3

refere além do gerenciamento da vida, que a usuária é autossuficiente e “*ajuda os outros*”.

Neste sentido, para Onocko-Campos e Campos (2007), o processo de promoção de autonomia advém do movimento de coconstrução de sujeitos e coletivos. Nesse entendimento, a autonomia não é estática, mas dinâmica, sendo o sujeito corresponsável pela sua própria constituição e pela constituição da sociedade, caracterizando a existência de uma dependência multifatorial.

Quando questionados, a maioria dos usuários não conseguiu ou não soube dizer o que entendia por autonomia, e quando o fez, corroborou com a ideia de liberdade de ir e vir e de gerenciamento de vida, o que também foi analisado durante as observações no CAPS. Apesar de não saberem o significado de autonomia – que poderia ser trabalhado pela equipe – muitos usuários referiram avanços a partir da atenção recebida no serviço, demonstrando autonomia em suas vivências. Por exemplo, sobre autonomia, a usuária 5 refere: “*Eu acho que ser uma pessoa automática, né? Uma pessoa que quer crescer na vida*”. Sua fala remete ao entendimento de autonomia como algo que se executa de forma mecânica, sem exigir reflexão. Além disso, indica a ideia de que a vivência não necessita consciência, mas que ocorre no fazer cotidiano. Entende-se que a concepção de realizar automaticamente as tarefas diárias pode ser um grande desafio para uma pessoa em sofrimento psíquico grave.

Outro exemplo é da usuária 1, que apresenta um déficit intelectual que dificulta a construção de relações sociais. Porém, essa participante comparece regularmente à oficina prevista no seu PTS. Isso parece representar uma condição de autonomia, à medida em que consegue ir sozinha até o CAPS realizar a atividade, a qual genuinamente tem interesse. Assim como a usuária 03, que conforme relato de seu familiar, antes de frequentar o CAPS não conseguia sair de casa, devido à depressão e ansiedade. Embora a usuária ainda relate essa dificuldade, comparece assiduamente ao CAPS para participar das atividades previstas em seu tratamento.

Tykanori (2010) aponta que o conceito de autonomia está relacionado à produção de normas e regras de vida do cotidiano. Para o autor, a questão central não seria autossuficiência ou independência, mas sim a interdependência de relações, o que aponta para o estabelecimento de outras normas, escolhas e relações. Tais concepções podem ser observadas na fala anterior do Familiar 3 e pela seguinte fala:

“Eu penso que a autonomia do sujeito tem a ver com as condições de vida também... Do quanto o sujeito é capaz de enfrentar as adversidades, mesmo

precisando de outro... Autonomia não significa só fazer as coisas sozinho, a gente depende dos outros... Mas ter com quem contar, ter ajuda também para ter autonomia... Saber que pode, que tem direito de acessar os mais diversos setores e serviços...” (Profissional 6)

O aspecto referido anteriormente pelo profissional corrobora com o conceito de autonomia proposto por Onocko-Campos e Campos (2007) e Tykanori (2010), de produção de autonomia pautada em vínculos constituídos com os serviços, a família e a comunidade, a partir de trocas estabelecidas que favoreçam a ampliação das relações interpessoais. Nesta mesma direção, Merhy (2007) refere que a partir do estabelecimento e fortalecimento das relações sociais é possível construir novas possibilidades, que permitem outros arranjos de significados, vidas e produções entrelaçados com o outro (Merhy, 2007). O sujeito como protagonista, atrelado à perspectiva de participação individual e coletiva, é capaz de experimentar outras formas de existir (Fleury-Teixeira et al, 2008). Tal compreensão pode ser percebida através da fala a seguir: *“E a gente aprende assim, cada um tem um jeito de ser. Não pode querer que a pessoa seja igual a gente. Mas a gente está aqui para aprender, ensinar...” (Usuário 6).*

Assim, como referido pelo usuário, aprender e ensinar são componentes interdependentes e fundamentais no processo de construção e desenvolvimento das relações, sendo possível, a partir deste compartilhamento, alcançar os objetivos de vida mais autônoma. Profissionais e usuários devem conectar os interesses de cada um e do grupo, em perspectivas coletivas e individuais, simultaneamente. Para que isso aconteça, é importante o desenvolvimento pleno da atual política de saúde mental, com ênfase no espaço – comunidade, família, amigos – o qual as dificuldades e potencialidades de interação humana ocorrem. O trecho de fala a seguir relata o caráter relacional de autonomia:

“Autonomia eu entendo que é ... além de pensar, poder colocar em prática desejos. Poder desejar, né? Pensar, desejar, efetuar, ser escutado. Acho que autonomia fala de escuta, porque autonomia está ligada a poder. Empoderamento, para mim. Se tu ficas muito tempo sem voz – e a gente faz isso muitas vezes como serviço, não dá voz para o sujeito – tu passas a não ter poder. Tu passas a não ter desejo, porque não precisas, porque está tudo dado, porque tu não és escutado” (Profissional 4).

A articulação entre poder e desejo estão muito relacionados à produção de autonomia. Na mesma direção do que o profissional menciona, Onocko-Campos e Campos, (2007) referem que a autonomia não é algo pronto e determinado. De acordo com Soares e Camargo Junior (2007), autonomia constitui-se enquanto exercício ético e constante; caracteriza-se por processo de múltiplos encontros entre sujeitos e as relações estabelecidas em rede, com respeito às subjetividades, saberes e valores. Corroborando com essa ideia de autonomia enquanto processo saúde/doença, é preciso romper com a lógica da autonomia absoluta, mas, diversamente, fortalecer os vínculos entre usuários e profissionais da saúde, entre usuários e seus familiares, compreendendo essas redes de autonomia/cuidado constituídas como elementares para o cuidado e para a saúde (Soares & Camargo Junior, 2007).

Práticas de construção de autonomia no cotidiano do CAPS

O conceito de autonomia no contexto da saúde precisa considerar como o sujeito se relaciona com sua rede de apoio. Desta forma, o entendimento do sujeito no serviço de saúde precisa estar de acordo com estratégias de cuidado que possibilite inseri-lo como protagonista. Considerar a autonomia neste sentido também diz respeito à gestão de cuidado, que tem uma implicação política, no sentido da valorização de direitos humanos arduamente conquistados. Portanto, a produção de saúde também deve estar atrelada à coconstrução de capacidade de reflexão e ação autônoma dos sujeitos (Onocko-Campos & Campos, 2006). O trecho a seguir representa o entendimento da importância do serviço enquanto prática de cuidado em saúde que aponta para a construção da autonomia:

“Eu penso que todas as propostas as quais se permite ao usuário a expressão, a reflexão, o olhar sobre si, sobre seu cotidiano, as relações interpessoais, são fundamentais para a promoção da autonomia. Quando a pessoa chega no serviço e tem essas oportunidades, a gente já está contribuindo para que ela venha a exercer ou valorizar esse processo de autonomia” (Profissional 3).

A forma de organização do serviço de saúde mental, enquanto serviço de portas abertas, garante ao usuário livre acesso e o direito de escolha sobre o tratamento. Esses aspectos reconhecem a autonomia enquanto princípio e estimulam seu desenvolvimento, em um antagonismo evidente e direto ao modelo manicomial:

“A gente reforça isso, se não for em liberdade já vai cerceando ele desta própria autonomia. Que ele possa entender do seu tratamento, desde o cuidado, a partir

do que ele também pode contribuir, do pode fazer para o tratamento dar certo, para ele superar a condição que está, a partir desta doença”. (Profissional 5)

“O CAPS mudou completamente o conceito de tratar as pessoas. Tratar com jeito de gente. Tratar com carinho. Olhar o ser humano de outra forma e não com aquela forma que usavam... Truculenta, fechada” (Usuário 6).

Nesse sentido, o modelo de atenção psicossocial no Brasil foi fruto de intensa luta no campo prático e intelectual e sua consolidação ainda apresenta barreiras. Embora os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam claros, sua execução enquanto política de saúde mental e processo da desinstitucionalização é consequência direta da relação entre profissionais, sujeitos em sofrimento e família, além da gestão pública em suas instâncias. E, neste contexto, o acolhimento é um princípio da integralidade do cuidado (Rodrigues & Brognoli, 2014).

O acolhimento, sua relevância no estabelecimento do vínculo entre usuários-familiares, equipe técnica e suas funções na viabilização do cuidado assumem novo papel, constituindo-se como oferta de relação e troca, conforme o próprio significado do termo (Ayres, 2004). Observou-se que a equipe utiliza o acolhimento para estabelecer relações mais humanizadas, demonstrando aproximação com a atual Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2013). Isto corrobora a noção da escuta qualificada como potência na geração de resultados terapêuticos e como elemento fundamental do cuidado. Neste sentido, o usuário ao usar a expressão “*olhar o ser humano de uma outra forma*”, fala das possibilidades desta atenção psicossocial, sustentada pela perspectiva dos direitos humanos, considerando o usuário ativo no seu processo de cuidado.

Nesse seguimento, o Plano Terapêutico Singular é uma estratégia proposta como práxis da saúde mental, que estimula a participação do usuário, ao incitar a criação de possibilidades, sendo utilizada como organizador do cuidado, ao incluir a história e as necessidades individuais, na perspectiva do protagonismo dos usuários em seus processos de cuidado (Lancetti, 2015). Ademais, é indispensável que o PTS supere o paradigma biomédico, a partir de ações coletivas desenhadas em conjunto e reavaliadas constantemente com a participação efetiva dos usuários (Barros, 2010). As falas a seguir articulam esta compreensão, ao expressar o entendimento dos profissionais sobre a importância da construção coletiva e do respeito às subjetividades, além de demonstrar sensibilidade em considerar o desejo, mas sem perder de vista a necessidade de atendimento:

“Quando eu faço plano terapêutico, tento considerar os desejos da pessoa, pensar se ela teria algum benefício na atividade, na proposta da atividade. Às vezes a pessoa gosta de uma coisa, mas a proposta não vai incentivar áreas que são importantes incentivar. Então eu tento às vezes dirigir um pouquinho o plano terapêutico, pensando nessas coisas. Tem uma usuária que quer ir para o grupo de mulheres, mas ela não tem escuta. Eu não a ponho no grupo de mulheres porque não é terapêutico para ela nem para o grupo. Mas tento sempre considerar os desejos. Às vezes não é possível” (Profissional 6).

Este fragmento aponta alguns dos paradoxos presentes na atenção à saúde mental. Por um lado, o desejo dos usuários é contemplado, por outro lado, o profissional precisa avaliar quais atividades beneficiariam mais no momento. Nessa sutileza acontece o cuidado em saúde mental, que exige a atenção constante dos profissionais, para que assim, como refere Mendes e Rocha (2016), não correr o risco do controle se disfarçar de organização, a negligência de respeito e a institucionalização de atenção.

Em relação à construção do PTS, observou-se que os usuários se consideram ativos, embora também dependentes do saber técnico da equipe. O fato de ainda não se sentirem capazes de tomar decisões sozinhos não indica necessariamente um problema; pode denotar confiança na equipe e faz parte do processo de emancipação. Resgatar a autonomia como condição de saúde e de cidadania, como valor fundamental da própria vida e ao mesmo tempo, não absoluto, parece fundamental. O que deve ser compreendido como um processo contínuo em uma rede de interdependências, flexível e intrínseca à prática, sendo sujeito autônomo aquele que reconhece também a importância do outro (Soares & Camargo Junior, 2007). Em relação ao PTS os usuários referem:

“Acho que junto com a equipe. Acho que eu sozinha não consigo.” (Usuário 3)

“A gente escolhe em conjunto com a equipe técnica. Para saber o que é melhor para a gente.” (Usuário 4)

“Me considero meio fraca, meio frágil. Eu peço conselhos para elas. Se eu acho que a medicação que eu estou tomando não está me fazendo bem, eu venho consultar com elas. ‘Olha essa medicação não está me fazendo bem’. Ver se elas podem trocar por outra, se podem me dar opinião sobre essa medicação” (Usuária 05).

Alguns usuários participam do processo de decisão do PTS, ainda que a percepção sobre isso não esteja clara. Da mesma forma, eles reafirmam os vínculos com

o serviço e equipe e indicam possibilidades de avaliação e escolha que, ao longo do processo, favorecem a autonomia: *“Eu não escolhi. Fui olhando, aí eles pediram para eu ir de sala em sala, onde tinha atividade... Aí eu consegui em todas as atividades me dar bem”* (Usuário 6).

Os trabalhadores referem que utilizam estratégias individuais e grupais, priorizando atividade de grupos e/ou oficinas. Tal decisão deve-se à compreensão de que essa modalidade favorece a socialização, permite a expressão das emoções e a troca de experiência, como forma de elaboração para lidar com questões comuns do cotidiano. Nesse contexto, as oficinas ressurgem como espaço de expressão, aprendizagem e construção de afetos. Algumas possuem caráter profissionalizante, e também funcionam como espaços culturais (Guerra, 2004). Nesta direção os usuários referem:

“Eu gosto muito de costurar. Então naquele momento que eu estou ali, com as amigas, às vezes conversando com as amigas... Eu gosto muito de costurar, vendo o talento que eu já consegui... às vezes em casa, eu começo a fazer as florzinhas que eu aprendi aqui no CAPS. Me sinto muito talentosa” (Usuário 2).

“Eu comecei a ver a vida de outra maneira, a gente fazia várias oficinas, coisas que às vezes a gente tem, pela gente, por dedo da gente, mas a gente não sabe que pode... O potencial que a gente tem (Usuário 6).

Em algumas oficinas são produzidos artefatos como bolsas, aventais, quadros, doces e salgados, entre outros, que são assinalados pelos entrevistados como elementos que auxiliam à produção de autonomia. Essas atividades parecem ter importância simbólica para os usuários, uma vez que enxergam sua capacidade para realizar tarefas que não eram possíveis até então, e, muitas vezes, resgatam a noção de capacidade para o trabalho. Alguns usuários usam o que aprendem nas oficinas como forma de trabalho e geração de renda fora do CAPS. O trabalho, mesmo que simbólico, parece ser uma das ferramentas mais potentes de promoção de saúde, à medida que a ideia de estar produzindo algo lhe permite também a sensação de pertença e aceitação na sociedade. Em geral, o serviço apresenta vasta possibilidade de atividades, entretanto, por vezes, a procura torna-se maior que a oferta, implicando em rearranjos na definição do PTS:

“(A profissional x) costumava dizer que o plano terapêutico tinha que ser como um cardápio de restaurante, que a pessoa vai escolher o que mais gosta. Mas hoje em dia não está sendo assim porque não tem vaga.. Já se criou suplência nas oficinas porque tem uma lista de espera” (Profissional 2).

Dessa forma, um elemento que pode dificultar o atendimento da necessidade do usuário deriva do “cardápio” limitado de oficinas e grupos. Assim, compreende-se que isto pode constituir-se em obstáculo da atenção, quando a equipe não consegue proporcionar o tratamento de acordo com a necessidade e também do desejo do usuário.

As atividades realizadas extra CAPS também ganham destaque ao contribuírem para a integração dos usuários no território, promovendo parcerias com outras redes de cuidado. Além disso, estimulam a convivência e circulação por diversos espaços, constituindo experiências transformadoras para os usuários. No caso desse serviço, algumas atividades são realizadas em outros espaços ou incluem parcerias com instituições, como atividades nos museus da cidade. Cabe destacar uma oficina desenvolvida semanalmente, a “agenda cultural”, que tem como característica a descentralização do usuário do CAPS, promovendo sua inserção na cidade. Assim, possibilita aos usuários novas vivências em relação ao seu território, como exposto a seguir: *“Eu conheci muito lugares. Isso eu adorei muito. Conhecer muitos lugares. Porque eu não conhecia, na minha vida” (Usuário 2).*

As observações no serviço também salientam o relevante papel que a Assembleia desempenha. A assembleia é um espaço democrático com o intuito de promover a participação social e o empoderamento dos usuários referente às questões de saúde mental e cidadania. As discussões abordam temas políticos e de direitos, esclarecimentos sobre as práticas do serviço, além da construção participativa dos eventos do CAPS. Os usuários assumem a coordenação dessa atividade, no gerenciamento de pautas e discussões. Assim, as Assembleias reiteram a importância do CAPS como espaço profícuo de participação e construção do sujeito cidadão. Os participantes claramente encontram neste espaço um lugar democrático onde são ouvidos e respeitados.

Todas as práticas destacadas são permeadas por um elemento essencial, o vínculo, observado na confiança depositada no serviço, que possibilita o fortalecimento das relações. Esse vínculo é estabelecido a partir de relações de afeto de trabalhadores e usuários, com base no atendimento qualificado, na escuta, favorecendo a comunicação e a confiança (Merhy, 2007).

Em uma das observações, uma usuária estava se sentindo mal e a pessoa que percebeu e iniciou o manejo da situação foi a funcionária de serviços gerais. Sem menosprezar sua função e seus conhecimentos, ficou evidente que, naquele momento, o vínculo pautado na confiança e no respeito mútuo foi fundamental na realização de um

exitoso cuidado. Isso não diz apenas do saber técnico, mas também do ambiente acolhedor no qual todos os profissionais integrantes do CAPS constituem a equipe. O afeto pode ser uma ferramenta de transformação, como exemplificado a seguir, na fala de um profissional sobre os elementos que constituem a oficina que ministra: *“Para mim, o afeto, no sentido de as pessoas se afetarem pelas relações, é muito importante no processo da reabilitação”* (Profissional 3).

A corresponsabilização entre os sujeitos é favorecida pelo estabelecimento de vínculos, traduzidos pelo respeito e valorização mútua de saberes, pela confiança entre os atores, e que propicia a melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico (Jorge et al, 2011). A isto é dado o nome de cuidado integral democratizado e horizontalizado das práticas em saúde que se constrói na perspectiva da autonomia.

Outro aspecto destacado diz respeito à inserção da família no tratamento dos usuários. Os familiares entrevistados não participam de atividade no CAPS. Como protocolo, acompanharam seus familiares no momento de chegada no serviço, mas não mantiveram o vínculo. Nas entrevistas, os familiares falaram sobre suas próprias questões de saúde mental, demonstrando a necessidade de um espaço de cuidado também para quem cuida, embora não demonstrem ter o CAPS como referência nesse sentido. O cuidado integral implica a família como participante ativa, e se faz premente um olhar ampliado para todos os recursos, que advém de sua configuração e das demais redes sociais do usuário.

Fragilidades e potencialidades no processo de construção de autonomia e das entradas e saídas do CAPS

No âmbito da política de Saúde Mental brasileira, nota-se que muitos direitos foram assegurados constitucionalmente, refletidos na construção de políticas públicas de saúde. Porém, tem-se mostrado uma forte influência da política neoliberal nos entraves da consolidação de tais direitos. De acordo com Vasconcelos (2008), no sistema neoliberal, a desinstitucionalização vem sendo confundida com a desospitalização. As redes de saúde mental descentralizadas nos municípios muitas vezes encontram limitações estruturais graves para receber os usuários. Neste cenário estão lançadas as bases da desresponsabilização estatal (da esfera federal, estadual e municipal) e da responsabilização das famílias pelo cuidado. Dessa forma, a implementação de serviços

substitutivos é realizada sem uma rede comunitária compatível com a substituição gradativa do modelo psiquiátrico tradicional.

A noção de normalidade, os conceitos de saúde/doença, e mais significativamente, a medicalização da vida são atualmente moldados pelos valores e estruturas predominantes neoliberais. A lógica neoliberal da mercantilização e da escolha do consumismo também é o cerne de como a saúde mental é tratada, particularmente nas últimas décadas (Esposito & Perez, 2014). As capturas do neoliberalismo perpassam outras questões referentes à saúde mental, como a noção de autonomia, que, nessa perspectiva, pode ser facilmente entendida como individualismo, que estimula a competitividade, traduzidas em um mal-estar produzido pela ética do mercado.

Diferentemente desse entendimento neoliberal, é preciso considerar o sujeito na perspectiva de sua autonomia enquanto sujeito social. Nesse sentido, é fundamental que o trabalho realizado busque estimular a inclusão dos usuários e a ampliação das redes sociais, sem limitar-se aos vínculos que se constituem unicamente dentro do serviço, evitando, assim como refere Mielke e colaboradores (2011), a dependência dos sujeitos aos espaços de cuidado. Assim, uma dificuldade que se apresenta é a atenção ao usuário no momento de encaminhamento e desligamento do CAPS, que aparece como complicador no processo de alta. As entrevistas com os familiares também indicam que a condição de usuário de saúde mental garante algumas facilidades, seja no acesso a receita ou consultas com outros serviços especializados. Nessa direção, profissionais e usuários referem:

“Quando a gente fala na alta, na continuidade, na busca da receita, da medicação, do acompanhamento na Unidade Básica, os usuários resistem, porque em alguns locais eles ainda vão ter que ir para fila na madrugada, não vão ter acesso àquela continuidade com facilidade” (Profissional 5).

“Quando a gente sai daqui, precisa continuar, precisa ter uma assistente social, ter um psicólogo. Mas não tem nada. Eu fui lá na minha UBS de manhã para fazer vacina, e aí tive que ir em outro lugar para conseguir. A enfermagem só atende de manhã. E a parte da tarde? Não funciona” (Usuário 6).

Neste sentido, apesar das dificuldades historicamente relacionadas à loucura, o sofrimento psíquico garante um espaço no qual as demandas serão atendidas ou facilitadas. Percebe-se que o usuário não identifica outro local onde possa ser atendido, sendo que o CAPS, além de garantir isso, facilita a relação com outros dispositivos.

Assim, considera-se que o funcionamento ineficaz da rede contribui para uma nova centralização. O que anteriormente era referenciado no hospital, atualmente há a tendência de concentração no CAPS, dificultando a construção de um novo espaço para a loucura (Rangel, 2008). Para que seja possível o enfrentamento dos problemas relativos à articulação dos serviços da RAPS, é necessário que o acolhimento, o vínculo e a responsabilização pautem a produção do cuidado (Figueiró & Dimenstein, 2010).

O encaminhamento e transição do usuário do serviço especializado para a atenção básica e demais pontos da rede é fundamental para a consolidação dos princípios da desinstitucionalização e descentralização (Chiavagatti et al, 2012). Portanto, percebe-se que a fragmentação e burocratização das relações entre os serviços, institui ao CAPS um caráter de Centro de Convivência, como espaço de acolhimento, escuta e também de garantia de direitos, dificultando a inserção do usuário em outros meios sociais:

“Tem uma usuária que está aqui com déficit intelectual importante e que toma ritalina. Ninguém dá receita de ritalina na cidade. Como eu vou dar alta para ela? Eu já tentei, encaminhei, chegou lá, a pessoa disse “Aqui eu não dou receita de ritalina”, mandou de volta. Então, como é que a gente vai dar alta para as pessoas se elas não têm onde dar continuidade?” (Profissional 6).

Esse trecho demonstra uma dificuldade em concretizar questões preconizadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira. O CAPS não substitui o cuidado em saúde mental, é o modelo de cuidado que deve ser substituído. O tratamento no CAPS precisa ter início, meio e fim, de acordo com a necessidade do usuário, compreendendo a alta e encaminhamento necessários como etapas do tratamento (Mielke et al, 2011). De outra forma, corre-se o risco de haver uma nova cronificação dos usuários nos serviços de saúde, conforme já referido (Barros, 2003; Costa & Paulon, 2012; Pande & Amarante, 2011). Nesta direção, à medida em que o CAPS passa a representar o espaço exclusivo de troca social, favorece a dependência em relação ao serviço e acaba gerando impasses no processo de construção da autonomia (Mielke et al, 2011; Mello e Furegato, 2008).

Essa nova cronicidade evidencia-se, sobretudo, no fato do serviço manter os usuários em seu interior como um espaço seguro e protegido, implicando além da dependência, uma sobrecarga de atendimento. A justificativa dos profissionais baseia-se na ideia de proteção e efetivação de direitos básicos. Ao mesmo tempo, as observações demonstram que a equipe reconhece a manutenção de práticas tutelares, porém, defende

que a concepção de cuidado e a qualidade do serviço os diferencia dos ideais manicomiais.

“Nós, enquanto profissionais, também nos apegamos muito, a gente tem essa dificuldade. É um pouco de responsabilidade nossa. A gente sabe o que precisa ser feito, mas não faz. Tem que avaliar porque alguns não vão passar daquela situação que estão, porque eles estão bem, já saíram daquela situação mais aguda.... Efetivamente, tem que encaminhar. Pode acontecer de eles terem uma piora e retornem para o serviço, o serviço vai continuar aqui. Eles vão ser reacolhidos. Mas a gente tem a dificuldade de fazer esse processo da alta mesmo” (Profissional 5).

Nessa perspectiva, os usuários também explicitaram suas percepções sobre o processo de alta:

“O CAPS não é uma moradia, a gente está aqui só de passagem, só para tratamento” (Usuário 3).

“Embora a gente não entenda muitas vezes, a gente precisa da alta. A gente precisa dar continuidade, nossa vida tem que continuar. A gente vai caminhando, e aí outros vão vindo.... Porque precisa. Se parar sempre aquele mesmo grupo aqui, vai virar um hospital de novo, internação permanente. Não é esse o objetivo. Senão é um mini hospital psiquiátrico...” (Usuário 6).

Mesmo quando os usuários se mostram cientes do objetivo do CAPS enquanto casa de passagem, assim como descrito pela literatura (Goulart, 2013), ainda assim a postura frente à alta pode não ser vivenciada de forma tranquila. A usuária 03 relatou que quando teve alta do CAPS há alguns anos, após decisão da equipe, ficou surpresa, pois não se sentia preparada para encarar a vida sem o suporte do serviço. Após 3 meses, retornou ao CAPS, trazida por seus familiares preocupados com sua agressividade. A equipe fez o reacolhimento, manejou a situação de crise para evitar internação e a usuária permanece em tratamento há 8 anos.

Em outra situação similar, o usuário 02 relatou que, diante da possibilidade da alta, sentiu-se muito preocupado e viu seus sintomas retornarem, à medida que não se sentia preparado para encerrar o tratamento. Nessa situação, a equipe acreditava que o usuário poderia acrescentar em seu PTS a participação na atividade “Grupo de Rede”, preparando-o para a alta do serviço e encaminhamento para a atenção básica. O usuário aceitou participar e posteriormente desistiu da atividade. O usuário permanece em

tratamento no CAPS, mas sem vislumbrar a possibilidade de alta, até o presente momento.

Uma importante questão para as equipes é considerar que a alta não significa desamparo ou abandono. Um dos desafios é a articulação com outros serviços da rede e da sociedade. Por exemplo, a utilização do apoio das unidades de saúde, a constituição de Grupos de Convivência vinculados aos serviços podem ser instrumentos para fortalecer a autonomia e auxiliar na transição no processo de alta. Observou-se que os usuários que têm autonomia para fazer escolhas referentes ao seu tratamento são frequentemente convidados a participar de atividades dentro e fora do serviço e estimulados a gerenciarem suas próprias questões, em um entendimento de que a reinserção social consiste na criação de possibilidades de inscrição dos sujeitos no corpo social, e não em simplesmente ‘devolvê-lo’ para a sociedade, como refere Amarante (1996).

A desinstitucionalização e reintegração das pessoas em sofrimento psíquico na comunidade constituem-se como uma tarefa muito importante para toda RAPS. Silveira e colaboradores (2016) apontam que um dos principais desafios da reforma psiquiátrica é a vinculação dos usuários de saúde mental com as redes comunitárias, formais e informais, e destacam que os usuários com um maior número de internações psiquiátricas referem empobrecimento do contato com a comunidade.

Assim, a alta e a reabilitação social apresentam barreiras a serem superadas na rede, mas também dentro do serviço. São impasses inerentes ao processo de Reforma Psiquiátrica, da construção da RAPS e da relação entre os diferentes atores que constituem mudanças na atenção psicossocial. Todavia, percebe-se no CAPS uma conduta coletiva crítica que favorece o enfrentamento dos desafios frente à autonomia, ao protagonismo e à reabilitação social. A título de exemplo, durante a realização de uma oficina de pintura, a técnica colocou em pauta a Reforma Psiquiátrica, e em seguida passou a palavra para um usuário. A oficina parou para ouvi-lo falar sobre a importância da articulação da militância e da luta Antimanicomial e da reflexão sobre direitos humanos em um momento que o Brasil se encontra em crise, apesar de conquistas anteriores, principalmente referentes à legislação. O usuário falou sobre autonomia, protagonismo e cidadania, mas sobretudo, exerceu seu papel de sujeito histórico, político e social, reafirmando os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Portanto, ao mesmo tempo em que os serviços têm potencial de cronificar, limitar e proteger em

demasia, também podem promover liberdade, autonomia e cidadania (Pande e Amarante, 2011).

Outro momento relevante ocorreu durante a observação em uma oficina. O usuário 06 já havia recebido alta do CAPS após alguns anos de tratamento. Quando perguntado o motivo do seu retorno, ele prontamente relacionou com o momento atual político e de crise do Brasil, e assinalou: “*Não está fácil lidar com tantas perdas*” (Usuário 06). É relevante destacar que, apesar de o CAPS ser um serviço de caráter transitório, ao mesmo tempo é um local de portas abertas, tanto no modelo de cuidar, mas também no amparo das pessoas. É essencial que o sujeito possa construir vínculos e buscar alternativas de cuidado além do CAPS, bem como saber que, se necessário, poderá acessar o serviço novamente. Além disso, o fato do usuário contextualizar o seu sofrimento, demonstra um entendimento de si atrelado aos aspectos de autonomia, pois percebe sua relação com outros sujeitos e com a sociedade e ultrapassa a concepção biológica do adoecimento.

As situações relatadas permitem refletir sobre a relevância de respeitar o ritmo subjetivo na reinserção e construção de autonomia, que não acontece de forma simples. Embora não se tenha documentado nas diretrizes fundamentais do CAPS o tempo previsto de tratamento, é importante considerar que, mais do que a permanência no serviço, a fragilidade na constituição de outros vínculos pode dificultar a alta e outras possibilidades de cuidado. A constante procura por esse serviço enquanto referência na assistência aos usuários não deixa dúvidas quanto ao papel legítimo do CAPS, embora não se possa desconsiderar a sua responsabilidade no que tange às novas cronicidades.

Os desafios frente à reabilitação social a partir da construção da autonomia é um compromisso coletivo, que exige transformações cotidianas, implicando em práticas terapêuticas inclusivas e reabilitadoras (Mielke et al, 2011). Estas práticas são fundamentais, em especial em um momento conjuntural de disputa ideológica, no qual a perspectiva de reversão do modelo Antimanicomial é questionada e o retorno ao modelo tutelar e segregador é indicado como possibilidade/necessidade. Neste sentido, é importante apontar para as melhorias na qualidade de vida percebidas principalmente pelos usuários. A Usuária 01, ao ser questionada se o CAPS havia trazido alguma mudança para a sua vida, respondeu “*Sim, porque eu não precisei mais baixar no sanatório [hospital psiquiátrico]*”. A usuária tem em sua história progressa 5 internações, todas anteriores ao começo do tratamento neste serviço. Outra usuária refere:

“Eu cresci enquanto pessoa. Eu me achava esquisita. Agora eu não sou mais. Me acho normal. Me aceito como pessoa. Me aceito como doente mental, mas com naturalidade da coisa, sabe? Dentro da normalidade da coisa. Dos padrões eu não me aceito. Eu me aceito fora do padrão” (Usuária 04).

Esse fragmento remete ao entendimento de si e sobre sua condição de vida. Tais questões apresentadas exemplificam a aceitação e a compreensão de seu processo de saúde/doença, mas também evidenciam que quem fala aqui é o sujeito da experiência do seu processo de saúde. Assim, através desse exemplo, como de outros usuários anteriormente referidos, é possível perceber que a autonomia se faz presente na afirmação dos seus lugares de protagonistas de suas histórias, a qual a doença faz parte de suas vidas, mas que não é centro dela.

Considerações finais

Os resultados deste estudo apontam para diversas compreensões atreladas ao conceito de autonomia, que se referem, sobretudo, ao gerenciamento da vida prática, independência e autossuficiência, capacidade de enfrentamento frente às adversidades da vida, e também um entendimento de autonomia como processo em movimento, construído a partir das relações com outros sujeitos, espaços e instituições. Estes diferentes entendimentos não são dissociados um do outro, mas estão atravessados e constituem fundamentalmente a história dos sujeitos. O objetivo não é medir importância ou graus de autonomia, mas perceber como essas concepções são vivenciadas pelos usuários em sofrimento psíquico e como o serviço articula a promoção da autonomia, enquanto diretriz da Política de Saúde Mental brasileira. Assim, é necessário evidenciar a autonomia enquanto potência para a expansão e diversificação das relações, de forma que seja estimulada e agregada ao cuidado oferecido aos usuários, considerando que estes sujeitos sofrem inúmeros limites em relação ao estabelecimento e conservação das relações sociais. Estes limites, muitas vezes os tornam dependentes de poucas relações, restringindo os espaços pelos quais circulam e constituem suas redes.

A maneira como os CAPS são estruturados, como espaços abertos situados no território dos sujeitos, evidencia a autonomia como inerente ao cuidado. Além disso, a construção do PTS, pensado coletivamente considerando os desejos do usuário, também possibilita o enriquecimento da sua autonomia e novas formas de estar em sociedade. Os resultados ainda apontam para a importância das oficinas terapêuticas e atividades

extramuros como práticas fortalecedoras de autonomia, à medida em que estimulam a capacidade de expressão, de construção de vínculos e de integração, potencializando a ideia de pertença e acolhimento.

Outro aspecto destacado é a importância das Assembleias como práticas potentes de construção e ressignificação de cidadania. A partir de um espaço democrático, os usuários podem reconhecer a força de suas vozes e desejos, enquanto sujeitos de direito. Para que estas práticas possam ser concretizadas, a constituição de um bom vínculo entre usuário, equipe e instituição faz-se essencial. A partir de relações permeadas pelo afeto, no qual o cuidado é tarefa de todos os atores envolvidos, tem-se a possibilidade de transformação da existência do sujeito e sua forma de se relacionar, dentro e fora do CAPS.

Todavia, um empecilho para a construção da autonomia relaciona-se, principalmente, com a dificuldade de pensar e efetivar o processo de alta do CAPS. Este obstáculo relaciona-se aos aspectos de burocratização e fragmentação da rede, que de fato ainda não atende de forma integral seus usuários. Sendo o CAPS um espaço símbolo de garantias e segurança, isto pode favorecer uma lógica de relação exclusiva de Centro de Convivência pelo usuário, afastando-se das orientações da Política de Saúde Mental, mas sobretudo, obstruindo as possibilidades de construir autonomia e possibilidades de interação com a sociedade.

Como alternativa, seria válido apostar e investir no vínculo, fortalecimento, e articulação com as Associações de Usuários e Familiares, principalmente em usuários com potencial de alta. Em geral, as associações, atividades e oficinas também representam a participação social e o engajamento na luta por uma sociedade que cuide com humanidade daqueles que apresentam sofrimento psíquico. Desta forma, também podem contribuir efetivamente para aliviar a excessiva demanda dos CAPS, visto que muitas vezes os usuários permanecem no serviço buscando um espaço que represente cuidado e segurança às suas demandas.

A efetivação de Centros de Convivência, enquanto ferramenta para a desinstitucionalização dos usuários de saúde mental também poderia contribuir para a coprodução de projetos de autonomia, a partir de novos olhares sobre o território dos sujeitos. Além disto, é imprescindível que se efetive uma rede que atenda, de fato, as necessidades em saúde dos sujeitos numa perspectiva integral. Quando defende-se a Reforma Psiquiátrica, defende-se a doença posta em parênteses para que se construa

uma nova perspectiva de olhar os sujeitos, que também exige atender de forma integral e humanizada as suas demandas, sempre que for necessário.

Referências

Amarante, P. (1996). O homem e a serpente. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Ayres, J. R.C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.

Barros, R. B. (2003). Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e capturas em tempos neoliberais. In: *Conselho Federal de Psicologia (Ed.), Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*, 196-206. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Barros, J. O. (2010). A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Brasil (2004). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

Brasil. (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

Braun V, Clarke V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.*, 3: 77-101.

http://science.uwe.ac.uk/psychology/drivictoriaclarke_files/thematicanalysis%20.pdf

- Chiavagatti, F. G., Kantorski, L. P., Willrich, J. Q., Cortes, J. M., Jardim, V. M. R., & Rodrigues, C. G. S. S. (2012). Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 11-17. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100003>.
- Costa, D. F. C. D., & Paulon, S. M. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em debate*, 36(95), 572-582. doi: 10.1590/S0103-11042012000400009.
- Emerich, B. F., Campos, R. O., & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 685-696. doi: 10.1590/1807-57622013.1007.
- Esposito, L., Perez, F.M. (2014). Neoliberalism and the Commodification of Mental Health. *Humanity & Society*, 38(4), 414-442.
- Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000800015>.
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Campos, F. C. C., Álvares, J., Aguiar, R. A. T., & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Supl. 2), 2115-2122. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900016>.
- Goulart, D.M. (2013). Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 11(1), 21-33. doi: [10.21500/22563202.599](https://doi.org/10.21500/22563202.599).

- Guerra, A. M. C. (2008) Oficina em saúde mental: percursos de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa, C. M.; Figueiredo, A. C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Heidrich, A. V. (2007). Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.
- Ibañez Garcia, T. (2004). El cómo y el porqué de la psicología social. In: *Introducción a la psicología social*, 53-90. Barcelona: Editorial UOC.
- Jorge, M. S. B., Campos, R. O., Pinto, A. G. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2011). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 22(4), 1543-1561. doi: 10.1590/S0103-73312012000400015.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. D. R., Wetzel, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Heck, R. M., & Saraiva, S. D. S. (2009). Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 29-35. doi: 10.1590/S0034-89102009000800006.
- Kantorski, L. P., Bielemann, V. D. L. M., Clasen, B. N., Padilha, M. A. S., Bueno, M. E. N., & Heck, R. M. (2010). A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 659-666. doi: [10.5380/ce.v15i4.20362](https://doi.org/10.5380/ce.v15i4.20362).
- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. São Paulo: Hucitec.
- Mello, R., & Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*, 12(3), 457-464. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300010>.

- Merhy, E. E. (2007). Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Mehry, E.E., Amaral, H. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II* (pp. 25-36). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., & Jardim, V. M. R. (2011). Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2), 265-276. <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006>.
- Leal, E. M. (2001) Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: Figueiredo, A. C. & Cavalcanti, M. T. (Orgs). *A Reforma Psiquiátrica e o desafio da desinstitucionalização - Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*, 69-83. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Liberato, M. T. C. (2011). A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicossocial. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.
- Onocko-Campos, R. T., & Campos, G. D. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos G.W.S., Minayo M.C.S., Akerman M., Drumond J. M., Carvalho Y.M. (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. (pp. 669-688). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Pitta, A. M. F. (1996) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076. doi: 10.1590/S1413-81232011000400006.

- Rangel, M. P. (2008). A “nova cronicidade” nos “novos” Serviços de Atenção Psicossocial. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Rodrigues, J., & Brognoli, F. F. (2014). Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(13), 61-74. Recuperado em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3323>.
- Silveira, L. H. C., Rocha, C. M. F, Rocha, K.B., Zanardo, G. L. P. (2016). O Outro Lado Da Porta Giratória: Apoio Comunitário e Saúde Mental. *Psicologia Em Estudo (Impresso)*, 21(1), 325-335.
- Soares, J. C. R. S., & Camargo Jr., K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>.
- Tykanori, R. (2010) Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. M. F. (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (p.55-59). São Paulo: Hucitec.
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silva, R. D., Gonçalves, H., & Silva, S. M. (2010). Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 807-815. doi: [10.1590/S0102-311X2010000400022](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400022).
- Vasconcelos, E. M. (2008). Abordagens Psicossociais. História, teoria e Trabalho no Campo. São Paulo: Hucitec.
- Wetzel, C. (2005). Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO ENTREVISTA – USUÁRIOS

Percepção do serviço

Há quanto tempo frequenta o CAPS? Como foi sua chegada neste serviço? Quais são as atividades que você participa no CAPS atualmente? Explique cada uma delas. (Se o paciente não referir perguntar dos conselhos, assembleias) Já teve alguma crise/surto? Como foi o tratamento desta situação pelo CAPS? Já ficou internado? Quantas vezes? E desde que frequenta o CAPS, como está a questão das internações? Como é sua relação com os profissionais do CAPS?

Autonomia

Você faz uso de medicação? Qual a importância do medicamento na sua vida? Qual a sua opinião sobre as oficinas terapêuticas realizadas no CAPS? Qual a sua opinião sobre os grupos realizados no CAPS e das outras atividades que você falou que participa? Você acha que deve/pode/consegue participar das decisões sobre o seu tratamento? Você tem acesso ao seu prontuário? Você já questionou alguma decisão tomada pela equipe em relação ao seu tratamento? Você já discutiu com a equipe e família sobre alta deste serviço? O que pensa a respeito dessa possibilidade?

Articulação com a rede

Além das visitas aos CAPS quais outras atividades você desenvolve no seu dia a dia? Sua família participa do seu tratamento? Você acessa algum outro serviço além do CAPS (atenção básica, hospitalar)? Como foi que chegou neste (s) serviço (s)? Existe comunicação entre eles?

ANEXO B - ROTEIRO ENTREVISTA – FAMILIARES

Percepção do serviço

O que é o CAPS para você? Qual sua opinião sobre o CAPS? Há quanto tempo conhece/frequenta o CAPS? Como foi sua chegada neste serviço? De quais ações você participa no CAPS? Explique cada uma delas Como foi decidido que você participaria destas ações? Como é sua relação com os profissionais do CAPS? Você sabe quais atividades do CAPS seu familiar participa? Qual a sua opinião sobre essas atividades? Você acha que a participação no CAPS trouxe alguma mudança para a vida do seu familiar? Se sim, que tipo de mudança? O usuário em tratamento tem história de internação em hospital psiquiátrico? Qual sua visão sobre esta forma de tratamento? Desde que passou a frequentar o CAPS, seu familiar teve crises/surtos? Como isso foi abordado no serviço?

Autonomia

Você acha que o usuário em tratamento pode/consegue decidir sobre seu tratamento? Você já discutiu com seu familiar e/ou com a equipe sobre a alta do usuário deste serviço? O que pensa a respeito dessa possibilidade? Além das visitas aos CAPS quais outras atividades o usuário desenvolve no seu dia a dia?

Articulação com a rede

O usuário tem acompanhamento em outro serviço de saúde (atenção primária, especializada)? Existe comunicação entre o CAPS e estes outros serviços?

ANEXO C - ROTEIRO ENTREVISTA - PROFISSIONAL

Atuação profissional

Qual sua formação? Há quanto tempo trabalha com saúde mental? O que entende por saúde mental? Há quanto tempo compõe a equipe do CAPS?

Promoção de autonomia

Como você avalia as atividades desenvolvidas pelo CAPS? Como você percebe o uso de medicação nos usuários do CAPS? Como você realiza a formulação do Plano Terapêutico Singular? Como fica a posição do usuário neste processo? Qual a importância da realização de oficinas terapêuticas para os usuários? Qual a importância da realização de grupos terapêuticos para os usuários? Que outras ações e atividades você destaca como importantes que são desenvolvidas pelo CAPS? Quais os objetivos destas ações? Você discute com os usuários e familiares sobre alta deste serviço? O que pensa a respeito dessa possibilidade? Você considera que o CAPS ajuda na promoção de autonomia dos usuários? Se sim, de que forma?

Articulação com a rede

Vocês lidam com muitas situações de crise no cotidiano do serviço? Como vocês manejam a crise? Como trabalham com a questão da internação? O que entende por cuidado? Que outros serviços você busca acessar para realização do cuidado? Você acredita que realiza trabalho em rede? Por quê? Qual o grau de comunicação do CAPS com os outros pontos da rede (básica, hospitalar, geração de renda)? E com a comunidade?

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada "Impasses na construção da autonomia: vivências dos usuários, familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial", que tem por objetivo analisar e compreender como ocorrem os processos de cuidado e autonomia, a partir da desinstitucionalização, em usuários que estão vinculados em um CAPS. A sua participação neste estudo será da seguinte forma: é necessário que você participe de uma entrevista, com duração aproximada de 40 minutos. O maior desconforto para você será compartilhar informações particulares e confidenciais. O benefício será contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações.

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento não havendo necessidade de se justificar, e, sem prejudicar o atendimento que você recebe no serviço de saúde. Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos.

Quisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas com a pesquisadora responsável Kátia Bunes Rocha da PUCRS pelo telefone (51) 33537735. Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@puers.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma. Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade

Rubrica do Participante


Rubrica do Pesquisador

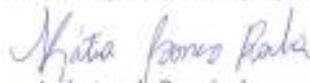
de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas. Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu,..... (nome do participante) declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pela pesquisadora responsável do estudo.

Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Pelotas, _____ de _____.

Assinatura do participante de pesquisa


Assinatura do Pesquisador

Rubrica do Participante


Rubrica do Pesquisador

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impasses na construção da autonomia: vivências dos usuários, familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

Pesquisador: Kátia Bones Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65837017.1.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.046.388

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Mestrado do PPGPSI sob a orientação da Professora Kátia Bones Rocha. O estudo propõe-se a realizar uma abordagem qualitativa para analisar e compreender como ocorrem os processos de cuidado e construção de autonomia dos usuários vinculados a um CAPS (Pelotas), na perspectiva da desinstitucionalização. Os participantes deste estudo são profissionais do CAPS, usuários do serviço e seus familiares.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal do estudo é analisar e compreender como ocorrem os processos de cuidado e construção de autonomia dos usuários vinculados a um CAPS, a partir das vivências destes, bem como de seus familiares e trabalhadores do CAPS. São objetivos secundários Conhecer as vivências dos usuários, trabalhadores e familiares do CAPS e suas estratégias de cuidado; - Compreender que sentidos e significados

os usuários, profissionais e familiares atribuem para a palavra autonomia e as possíveis articulações com suas experiências no CAPS;-

Problematizar as intervenções do CAPS e seu potencial de gerar processos de autonomia, investigando a sua articulação com os outros pontos de

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 91.519-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.044.388

atenção da rede (atenção primária, hospitalar, geração de renda), bem como da comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo considera que existe risco de desconforto na abordagem das entrevistas, dimensionando-o como pequeno. Há o compromisso dos pesquisadores, em caso de mobilização de algum aspecto emocional, de interrupção da coleta de informações e de realização de acolhimento.

Quanto aos benefícios, a pesquisa se propõe a contribuir para um estudo científico visando ampliar a compreensão do processo de cuidado e construção de autonomia dos usuários vinculados a um CAPS, a partir das vivências destes, bem como de seus familiares e trabalhadores do CAPS com a expectativa de que esses conhecimentos possam auxiliar no entendimento do fenômeno e na construção de estratégias para melhorar o atendimento de saúde mental da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo está bem desenhado, apresenta clareza e coerência metodológica, tem objetivos claros e os instrumentos de coleta de informações estão coerentes com os propósitos de estudo. O cronograma foi adequado para que o início da coleta ocorra após a finalização da apreciação do projeto pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na primeira apreciação foram observadas omissões no TCLE, especialmente no que se refere às atribuições do CEP, o que foi retificado na última versão apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_856842.pdf	18/04/2017 19:46:11		Acelto
TCLE / Termos de	TCLE_novo.pdf	18/04/2017	Kátia Bones Rocha	Acelto

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 91.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.046.388

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	19:45:32	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	18/04/2017 19:44:06	Kátia Bones Rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma_novo.pdf	18/04/2017 19:39:16	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Carta.pdf	16/03/2017 16:03:19	Kátia Bones Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostokatharina.pdf	06/03/2017 15:34:34	KATHARINA PEREIRA KAMMER	Aceito
Outros	LattesKatharinaPereiraKammer.pdf	06/03/2017 15:14:32	KATHARINA PEREIRA KAMMER	Aceito
Outros	lattes_katia_bones_rocha.pdf	06/03/2017 15:13:30	KATHARINA PEREIRA KAMMER	Aceito
Outros	Documento_Unificado_do_Projeto_de_Pesquisa.pdf	24/01/2017 16:56:37	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Carta_de_Aprovacao_da_Comissao_Cientifica.pdf	24/01/2017 16:53:41	Kátia Bones Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Katharina.pdf	24/01/2017 16:52:07	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	ata.pdf	24/01/2017 16:51:06	Kátia Bones Rocha	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/01/2017 16:47:17	Kátia Bones Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

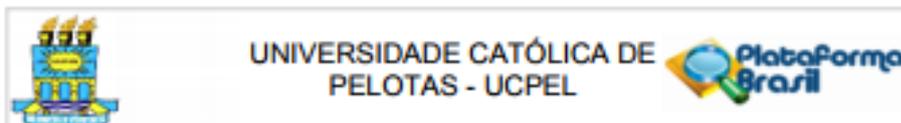
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

ANEXO F – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



Continuação do Parecer: 2.071.356

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar e compreender como ocorrem os processos de cuidado e construção de autonomia dos usuários vinculados a um CAPS, a partir das vivências destes, bem como de seus familiares e trabalhadores do CAPS. **Objetivo Secundário:** - Conhecer as vivências dos usuários, trabalhadores e familiares do CAPS e suas estratégias de cuidado; - Compreender que sentidos e significados os usuários, profissionais e familiares atribuem para a palavra autonomia e as possíveis articulações com suas experiências no CAPS; Problematizar as intervenções do CAPS e seu potencial de gerar processos de autonomia, investigando a sua articulação com os outros pontos de atenção da rede (atenção primária, hospitalar, geração de renda), bem como da comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Correta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa interessante e oportuna.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE deve conter um telefone dos pesquisadores.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_856842.pdf	18/04/2017 19:46:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	18/04/2017 19:45:32	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	18/04/2017 19:44:06	Kátia Bones Rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma_novo.pdf	18/04/2017 19:39:16	Kátia Bones Rocha	Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	16/03/2017		Aceito

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
 Bairro: Centro CEP: 96.010-000
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)2126-8023 Fax: (53)2126-8096 E-mail: cep@ucpel.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 3.071.356

Básicas do Projeto	ETO_856842.pdf	16:05:04		Aceito
Outros	Carta.pdf	16/03/2017 16:08:19	Kátia Bones Rocha	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_856842.pdf	09/03/2017 15:36:15		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostokatharina.pdf	09/03/2017 15:34:34	KATHARINA PEREIRA KAMMER	Aceito
Outros	LattesKatharinaPereiraKammer.pdf	09/03/2017 15:14:32	KATHARINA PEREIRA KAMMER	Aceito
Outros	lattes_katia_bones_rocha.pdf	09/03/2017 15:13:30	KATHARINA PEREIRA KAMMER	Aceito
Outros	Documento_Unificado_do_Projeto_de_Pesquisa.pdf	24/01/2017 16:56:37	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Carta_de_Aprovacao_da_Comissao_Cientifica.pdf	24/01/2017 16:53:41	Kátia Bones Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Katharina.pdf	24/01/2017 16:52:07	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	ata.pdf	24/01/2017 16:51:06	Kátia Bones Rocha	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/01/2017 16:47:17	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.pdf	24/01/2017 16:46:33	Kátia Bones Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/01/2017 16:44:36	Kátia Bones Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 18 de Maio de 2017

Assinado por:
Luciana de Avila Quevedo
(Coordenador)

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
Bairro: Centro CEP: 96.010-000
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)2126-8023 Fax: (53)2126-8298 E-mail: cep@ucpel.br

ANEXO G – SUBMISSÃO DO ARTIGO



REVISTA DE PENSAMIENTO E INVESTIGACION SOCIAL

Inicio Acerca de Área personal Buscar Archivos Avisos Indexada en Envío de artículos

Inicio > Usuario/a > Autor/a > Envíos > #2391 > Resumen

RESUMEN
REVISIÓN
EDICIÓN

Envío

Autores/as	Katharina Pereira Kammer, Larissa Moraes Moro, Kátia Bones Rocha
Título	CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE AUTONOMIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): DESAFIOS COTIDIANOS
Archivo original	2391-9123-1-SM.docx 13-03-2018
Archivos comp.	2391-9125-1-SP.pdf 13-03-2018 Añadir un archivo complementario
Emisor/a	Larissa Moraes Moro
Fecha de envío	marzo 13, 2018 - 11:23
Sección	Artículos
Editor/a	Ninguno asignado/a

Estado

Estado	Asignación en espera
Iniciado	13-03-2018
Modificado por última vez	13-03-2018

Metadatos del envío

[Editar metadatos](#)

Autores/as

Nombre	Katharina Pereira Kammer
Institución	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
País	Brasil
Resumen biográfico	Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e

[Ayuda de la revista](#)




TAMAÑO DE FUENTE

A-
A
A+

IDIOMA

Escoge idioma

Español

[Entregar](#)

PALABRAS CLAVE

[Autoetnografía](#)
[Biopolítica](#)
[Consumo](#)
[Cuerpo](#)
[Discurso](#)
[Emociones](#)
[Etnografía](#)
[Evaluación](#)
[Feminismo](#)
[Género](#)
[Identidad](#)
[Juventud](#)
[Memoria](#)
[Modernidad](#)
[Poder](#)
[Política](#)
[Psicología](#)
[Social](#)
[Resistencia](#)
[Subjetividad](#)
[Tecnología](#)
[Trabajo](#)

USUARIO/A

Ha iniciado sesión como...

larissamoro

[Mi perfil](#)
[Cerrar sesión](#)

AUTOR/A

Envíos

[Activo/a \(1\)](#)
[Archivar \(0\)](#)
[Nuevo envío](#)

CONTENIDO DE LA REVISTA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br