



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THATIANNA SOUZA DA SILVEIRA

**“NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!”: cidadania e micropolítica no CAPS II de
Sobral**

SOBRAL

2021

THATIANNA SOUZA DA SILVEIRA

“NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!”: cidadania e micropolítica no CAPS II de
Sobral

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

SOBRAL

2021

THATIANNA SOUZA DA SILVEIRA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S1n SILVEIRA, THATIANNA SOUZA DA SILVEIRA.
NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!": cidadania e micropolítica no CAPS II de Sobral /
THATIANNA SOUZA DA SILVEIRA SILVEIRA. – 2018.
103 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Biotecnologia, Sobral, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.
1. Cidadania. Micropolítica. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD 660.6

THATIANNA SOUZA DA SILVEIRA

“NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!”: cidadania e micropolítica no CAPS II de
Sobral

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Roberta Calvalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Roberlandia Evangelista Lopes
Centro Universitário INTA- UNINTA

Ao Santíssimo Sacramento do Altar.

À minha família, especialmente aos meus pais,
esposo e filhos por sua ajuda e compreensão.

À minha companheira de lutas diárias
Osmarina.

Aos amigos queridos.

AGRADECIMENTOS

A meus pais Edson e Rosália que se fazem presentes nos momentos mais difíceis e me inspiram para que eu possa superar todas as dificuldades.

Agradecimentos especiais ao meu marido, Joacillo, com quem divido minhas aflições e alegrias. Companheiro dedicado de todos os momentos, jamais esquecerei as inúmeras vezes que você cuidou de nossa família para que eu pudesse estudar.

Aos meus amados filhos Rodrigo e Samyr que aos poucos compreenderam a minha ausência e a importância dos estudos em nossas vidas.

A minha companheira do lar Osmarina, que sem ela não teria tempo para tantas leituras e pesquisas.

Aos usuários, familiares e profissionais da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

Aos usuários, familiares e trabalhadores do CAPS Damião Ximenes Lopes, pela generosidade, compreensão e ajuda que permitiram grandes vivências na saúde mental.

A Dra. Rejane Amaral que contribui muito gentilmente com seu acervo pessoal de imagens fotográficas.

Meus sinceros agradecimentos ao professor-orientador Doutor Percy. OBRIGADO, pelo incentivo. Agradeço profundamente a partilha dada a mim de seus conhecimentos e de sua generosa disposição para escutar minhas aflições.

As professoras Dra. Roberta e Dra. Eliana, pelas valiosas sugestões no exame de Qualificação, que me permitiram problematizar dúvidas, ideias e intenções.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pelas aulas, pelas conversas carregadas de indicações bibliográficas e sugestões, pelos sorrisos e acolhimento.

À professora Dr^a Roberlandia que muito gentilmente aceitou o convite para participar da banca. Meus sinceros agradecimentos.

Aos amigos Ana Karoline, Hamilton, Joyce, Cláudia. Gicélia, Roseane, Aline, Lorena, Tiara e Everton pelos momentos de amparo, acolhimento e paciência durante todo o percurso desse imenso desafio da pesquisa.

Ao Dr. Cleano e Dra. Ana Mara que se utilizaram de habilidades técnicas e humanas para que eu reconhecesse que seria possível virar do avesso.

A amiga Bianca, pelo profissionalismo e ajuda que ultrapassaram normas e técnicas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL *IN MEMORIAN*

Sei que você aceitou gentilmente o convite para fazer parte da realização de um sonho tão importante para minha história, acredito que a vida proporcionou esse reencontro. Enfermeira doce, meiga, gentil, talentosa, competente, dedicada e delicada encantou a enfermagem e transformou uma realidade antes anunciada, como aquela figura emblemática da enfermeira realçada em imagens, com o dedo indicador pedindo silêncio. Pois é! Você não se revelou assim, sua moldura e arte são diferentes, em vez do pedido de silêncio há um sorriso largo e acolhedor que atrai muitos de nós. A arte de cuidar tomou em você outra forma e um novo encantamento. Mas quem é você? Não sei dizer, não posso defini-la em meia dúzia de palavras, só sei que suas virtudes, talentos e generosidade inspiraram e transformam vidas.

Obrigada! Prof^a Dra. Antônia Eliane Araújo Aragão (Lili).

RESUMO

A dissertação apresentada tem como propósito conhecer e contribuir com uma análise dos espaços micropolíticos dentro de um CAPS tipo II no município de Sobral-CE, acerca do reconhecimento efetivo da cidadania capitaneada pela Reforma Psiquiátrica. O título apresentado traz a voz de um usuário durante a discussão de propostas na III Conferência Estadual de Saúde Mental em 2010. Proponho uma reflexão sobre cidadania e políticas públicas utilizando-se do arcabouço teórico em Saúde Coletiva e Ciências Sociais que animam a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Apresento o percurso histórico do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, políticas públicas, movimentos ideológicos e sociais que influenciaram o campo da saúde mental que nos leva a pensar sobre as dimensões da loucura e do lugar ocupado pelo louco, apontando para a necessidade de uma transformação do saber e do fazer em saúde mental. Assim ao se investigar a condição de cidadania dos usuários do CAPS e os espaços micropolíticos, utilizamos da cartografia como método empregado em pesquisa qualitativa para alcançar esta aproximação com o fenômeno estudado. A imersão em campo valeu-se de espaços instituídos através das Assembleias e Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental. A técnica para a coleta de informações foi subsidiada pela Observação Participante, adotamos o diário de campo como instrumento para o registro de dados, percepções, angústias, questionamentos e informações. Para organizar, sumarizar e interpretar os dados, elegemos a técnica de categorização temática que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto. Como resultado, foi possível apreender os modos de aproximação entre os sujeitos, os processos de realização das atividades, o potencial social, fragilidades, entraves políticos, sociais e burocráticos e identificando o que precisa ser mais desenvolvido para que a participação social legitime o sujeito enquanto cidadão. Não desconsiderando os espaços micropolíticos que fomentam a participação social, mas que estes necessitam ser repensados. Nesse sentido, venho suscitar que as forças geradas nesses espaços de diálogo sejam oportunas para o exercício civil e que os sujeitos afastem o risco da institucionalização. Alerto também para se discutir a sistematização dos espaços como sendo instituídos para a participação política de usuários, trabalhadores e familiares. Dessa forma a pesquisa acredita no potencial transformador dos encontros para que se possa avançar no campo da Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Cidadania. Micropolítica. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The presented dissertation aims to know and contribute with an analysis of the micropolitical spaces within a CAPS type II in the municipality of Sobral-CE, about the effective recognition of citizenship captured by the Psychiatric Reform. The title presented brings the voice of a user during the discussion of proposals at the III State Mental Health Conference in 2010. I propose a reflection on citizenship and public policies using the theoretical framework of Collective Health and Social Sciences that animate the Psychiatric Reform in Brazil. I present the historical course of the Psychiatric Reform process in Brazil, public policies, ideological and social movements that influenced the field of mental health, which leads us to think about the dimensions of madness and the place occupied by the insane, pointing to the need for a transformation of knowledge and practice in mental health. Thus, when investigating the citizenship condition of CAPS users and the micropolitical spaces, we used cartography as a method employed in qualitative research to achieve this approximation with the studied phenomenon. The immersion in the field was based on the spaces instituted through the Assemblies and the Association of Mental Health Friends Meeting. The technique to collect information was subsidized by the Participant Observation, and we adopted the field diary as an instrument to register data, perceptions, anguishes, questions and information. To organize, summarize, and interpret the data, we chose the thematic categorization technique, which allows us to make replicable and valid inferences about data from a given context. As a result, it was possible to apprehend the modes of approach between the subjects, the processes for carrying out the activities, the social potential, weaknesses, political, social, and bureaucratic obstacles, and to identify what needs to be further developed for social participation to legitimize the subject as a citizen. Not disregarding the micropolitical spaces that foster social participation, but that they need to be rethought. In this sense, I would like to suggest that the forces generated in these spaces of dialogue be opportune for civil exercise and that the subjects avoid the risk of institutionalization. I also warn to discuss the systematization of the spaces as being instituted for the political participation of users, workers, and family members. Thus, the research believes in the transformative potential of the meetings to move forward in the field of Psychosocial Care.

Keywords: Citizenship. Micropolitics. Psychosocial Care Center.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Casas de Acolhimento Transitório
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSF	Centro de Saúde da Família
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINDISAÚDE	Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UV	Unidade de Acolhimento
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1 - Primeiro seminário de saúde mental, Sobral, Ceará, 1988	40
Fotografia 2 - Comissão dos direitos humanos da assembleia legislativa do estado do Ceará em visita ao hospital Guararapes, Sobral, Ceará	41
Fotografia 3 - Intervenção do hospital Guararapes, Sobral, Ceará, 2000.....	42
Fotografia 4 - Desinstitucionalização: discussão coletiva do processo de descredenciamento do Hospital Guararapes, Sobral, Ceará, 2000.....	45
Fotografia 5 - Posse da atual diretoria da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, Sobral, Ceará, 2018	46
Fotografia 6 - Primeira localização do Centro de Atenção Psicossocial de Sobral, Ceará, 1988	50
Fotografia 7 - Cenário do estudo: CAPS II Damião Ximenes Lopes, Sobral, Ceará, 2018..	51
Figura 1 - Sistematização das categorias temáticas e das subcategorias	57
Imagem 1 - Rede de atenção psicossocial, Brasil, 2017.....	31
Imagem 2 - Divisão da Rede de Atenção Psicossocial, Brasil, 2017	32
Quadro 1 - Centro de atenção psicossocial por região e tipo, Brasil, 2017.....	37
Quadro 2 - Premiações da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, Sobral, Ceará, 2018	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização do objeto do estudo	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1	Percursos históricos	18
2.1.2	Caminhando pela história da loucura: filosofia, ciência e política	19
2.2	Cidadania e loucura	22
2.3	Reforma psiquiátrica no brasil	25
2.4	Tecendo redes de cuidado	29
2.5	Centro de atenção psicossocial	35
2.6	Ouve-se a voz a murmurar	38
2.7	“É a vez de falar, se ninguém reclama, não conseguimos avançar”: Participação Social	44
3	METODOLOGIA	47
3.1	Caracterização do Estudo	48
3.2	Cenário da pesquisa	50
3.3	Participantes da pesquisa	53
3.4	Procedimentos da pesquisa	55
3.5	Interpretação e análise dos resultados da pesquisa	56
3.6	Aspectos éticos da pesquisa	57
4	E EU AINDA QUERIA FALAR	61
4.1	Participação social nos espaços institucionalizados	62
4.2	Experiências manicomiais	67
4.3	Prática do cuidado em saúde mental	70
4.4	Programação de atividades em datas alusivas	74
4.5	Organização da rede de cuidado em saúde mental	77
4.6	Fragilidades de vínculos empregatícios	80
5	O ENCONTRO QUE CONSTRÓI PONTES E PASSAGENS: percepções sobre a Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental	83
5.1	O lutador agoniado: retrato da cidadania	83
5.2	Representação social	85
6	PARA SEGUIR ADIANTE	88

REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	97
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS.....	100
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	101
APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	102
ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETÁRIA DA SAÚDE DA PREFEITURA DE SOBRAL	103

1 INTRODUÇÃO

Para compreendermos o contexto atual e a necessidade da continuidade de lutas e reflexões no campo da saúde mental, iremos apresentar caminhos percorridos, conquistas e dissabores, que tem influenciado a atenção psicossocial e meu olhar profissional, trazendo ressonâncias que me deslocam de um universo a outro, quando saio do cotidiano e me transfiro ao campo acadêmico que me possibilita uma ruptura do fazer naturalizado e ganhar um novo encantamento.

Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) no município de Sobral/Ceará onde nasci e resido. Durante o percurso acadêmico fiz estágio voluntário na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) onde percorri os dispositivos da rede desenvolvendo atividades discentes sob a supervisão dos profissionais e professores. Ao final da graduação desenvolvi a pesquisa de conclusão de curso no campo da saúde mental, onde me aproximei ainda mais do universo das transformações sociais, políticas, culturais e filosóficas.

Ao concluir a graduação, minha primeira experiência profissional como enfermeira foi em um Centro de Hematologia e Hemoterapia, onde permaneci por dois anos. Em seguida experienciei um serviço de base territorial e interdisciplinar no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria Eglantine, que proporcionou uma vivência inesquecível e transformadora. Nesse mesmo período concluí especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Após um ano de dedicação à Atenção Primária participei de uma seleção para enfermeira assistente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Damião Ximenes Lopes. Aprovada no processo seletivo, há seis anos percorro a trajetória desafiadora entre assistência, gestão e docência na RAISM. O percurso me proporcionou uma vivência na preceptoria do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM). Durante dois anos estive a frente da coordenação do serviço onde me impliquei na proposta do ressurgimento das assembleias e, por conseguinte a associação de usuários e familiares que já existia, mas encontravam-se desativados.

O interesse na efetivação e resgate dos espaços de participação popular se deu em um momento em que me encontrava a frente da coordenação do CAPS II. Havia um intenso conflito entre trabalhadores e gestão municipal em prol das melhorias das condições de trabalho e assistência aos usuários da RAISM. A equipe denunciava há dois anos em reuniões junto à gestão municipal a precariedade dos serviços comprometendo a assistência prestada. Desta

forma, não havendo por parte da gestão uma sensibilização acerca das reivindicações, foi deliberada em assembleia a paralisação dos serviços da RAISM. Assim, em 06 de novembro de 2013 as atividades da RAISM foram paralisadas contando com apoio de usuários, familiares, membros da comunidade e Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará (SINDISAÚDE).

É importante ressaltar que todo o movimento foi devidamente levado a público através de uma carta aberta que enfatizava a importância do ato, que em nenhum momento evidenciava caráter político-partidário e sim, manifestava-se a favor do resgate da qualidade do atendimento e da alegria de trabalhar construindo e aprimorando a Reforma Psiquiátrica e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por tanto, dos olhares e afetações surgidos desses lugares, venho apresentar a necessidade que suscitou em mim, a partir das experiências vividas. Há algo inquietante, que me afeta, e me faz renovar o compromisso e o respeito aos direitos humanos, produzindo a singularidade de cada sujeito e reconhecendo a condição de cidadania ainda negada.

1.1 Contextualização do objeto do estudo

Ao longo da história da humanidade, os conceitos de saúde-doença e de sanidade-loucura sofreram transformações que acarretaram diversas revisões críticas do cuidado ao homem. Até o século XVII a loucura remetia-se a um modo de estar no mundo, inclusive, ocupando o lugar de oráculos de divindades. Após o grande encarceramento dos loucos na sociedade europeia, a loucura é tomada pelo saber médico-psiquiátrico como doença, tornando-se alvo de práticas excludentes, com base na racionalidade e na perda da cidadania (NUNES, 2002).

A doença, transtorno mental ou loucura, é tão antiga como a vida, mas com o passar do tempo sua identificação, significados e tratamentos vem sendo mudados, acompanhando padrões culturais, socioeconômicos, o desenvolvimento da ciência e os avanços do conhecimento na sociedade. Portanto, novas propostas e reflexões têm se verificado a favor do reordenamento das políticas sociais, especialmente a política de saúde mental, onde a loucura passa a ser concebida segundo múltiplas determinações.

Fruto desse reordenamento, a Reforma Psiquiátrica, tem como propósito o resgate da cidadania e, por conseguinte a construção de novos paradigmas teórico-práticos. Esse processo tem possibilitado reflexões de ordem política, ética, filosófica, profissional, suscitando

questões outrora amortecidas por uma política de caráter excludente. (BERNARDO *et al.*, 1999 *apud* MONTEFUSCO, 2000).

Para Amarante (1988), o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica está relacionado à capacidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, o ser “louco” e a doença mental, conduzindo as referidas relações com o objetivo de superação do estigma, buscando estabelecer com a loucura uma relação, de coexistência, de solidariedade, de trocas, de possibilidades e de cuidado. Tomando o outro como sujeito e não como objeto.

Desta forma, a reforma psiquiátrica recolocou as instituições, os saberes e práticas no foco da discussão e vem retomando a complexidade do humano, da loucura, da saúde mental e da atenção psicossocial a partir de um novo paradigma que exige diálogo entre sociedade civil organizada e organismos governamentais construindo uma esfera pública de poder que contribua para o fortalecimento de cidadãos políticos.

O cidadão é razão universal — e num duplo sentido: ele é verdade imediata da natureza humana e medida de toda legislação. Mas é igualmente aquele pelo qual o desatino se separa da razão; ele é, nas formas mais espontâneas de sua consciência, nas decisões que é levado a tomar desde então, antes de toda elaboração teórica ou judiciária, ao mesmo tempo o lugar, o instrumento e o juiz da divisão. (FOUCAULT, 2000, 486).

Quando este cidadão se encontra adoecido psiquicamente, há uma destituição desse lugar de cidadania, como se o sujeito não estivesse mais apto a tomar suas próprias decisões.

Acerca dessa situação, Dell’Acqua (1987), demonstra a possibilidade de outras práticas e discursos sobre a loucura, tornando as instituições não somente locais de exclusão e violência, mas também espaços sociais de reconhecimento dos sujeitos enquanto cidadãos, de produção de subjetividades, de exercícios de convivência, sociabilidade, solidariedade, e integração, tornando-se imprescindível a conquista dos direitos humanos, dentre eles a cidadania e a liberdade.

Deste modo, é necessário que a condição de cidadania dos doentes mentais seja destacada para que se possa fomentar a discussão a respeito desse conceito, tão presente no modelo de atenção psicossocial. Assim, por compreendermos que cidadania é um termo de grande interesse para a reforma psiquiátrica brasileira e que guarda uma relação entre usuário-serviço, usuário-trabalhador é que propomos o estudo sobre o reconhecimento da cidadania dos usuários dentro do CAPS tipo II da RAISM e que possibilitem a compreensão e acesso a seus direitos.

Observa-se, portanto, que as conquistas da reforma psiquiátrica são importantes

para animar a sustentação de práticas antimanicomiais, mas, ao mesmo tempo, também é fonte de inquietação, pois o cotidiano do CAPS exige uma reflexão e construção contínuas por cada um que opera dentro de um plano molecular em busca de garantir o protagonismo, o empoderamento, a autonomia e a cidadania dos usuários.

Na saúde, “campo de produção em ato”, as práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam e produzem algo novo, portanto, configuram trabalho que visa produzir efeitos, e buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades (FEUERWERKER, 2014). A micropolítica, entendida como o plano molecular onde se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder, seria o plano a ser analisado em relação ao cotidiano da produção no CAPS tipo II da RAISM.

Costa (2011) aponta que após quinze anos de implantação dos primeiros serviços de atenção psicossocial, passamos por uma fase acentuada de institucionalização de seu cotidiano, com tendência à perda de sua vitalidade, do potencial de inovação e do espaço político. Profissionais precisam destituir-se das representações da loucura como incapacidade, inferioridade e doença mental e os usuários, por sua vez, ao se excluir da responsabilidade de cogir reiteram o caráter de incapacidade, atrelado à loucura (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Assim, as questões vivenciadas no cotidiano do CAPS tipo II da RAISM me afetam, inquietam e produzem um desejo de pensar e fazer diferente, perpassando também a minha subjetividade. Portanto, aproximar-se e conhecer cenários de participação coletiva no CAPS, expressa uma amostra da potencialidade do sujeito que busca o respeito, a cidadania e fomenta o interesse a uma transformação social que produza um empoderamento e possibilite a inclusão na vida dos cidadãos à cultura, saúde, educação, política e ética como incontestável e indispensável.

Neste contexto, torna-se relevante adentrar nos conceitos históricos onde se construiu o lugar social da loucura e apresentar ao leitor os múltiplos territórios da desinstitucionalização que vão além do lugar, da razão e da norma. Descobrir novas relações, tecendo redes, revelando uma nova forma olhar e respeitar o outro não como o “desviante ou alienado”, mas como alguém que se apresenta incomodado quando diz que “somos loucos porque o mundo não suporta nossa sensatez”.

Acredito na relevância deste estudo que buscará contribuir para o crescimento, fortalecimento e efetivação de novas concepções da política de saúde mental, sob um olhar mais atento de profissionais, usuários e familiares, a fim de terem oportunidade de refletir sobre a concretização da reforma psiquiátrica brasileira, fortalecida pelos movimentos sociais,

fomentadores do protagonismo de cada sujeito em busca de um estado que garanta o respeito à diferença e à diversidade, possibilitando a convivência e a acessibilidade aos direitos constitucionais do cidadão.

Deste modo, este estudo se estrutura a partir das interrogações que consistem em saber como se encontra hoje a condição de cidadania do doente mental? Os espaços coletivos institucionalizados conseguem realmente dar voz aos sujeitos, proporcionando o livre exercício da cidadania? A participação do usuário do CAPS nas assembleias e na associação de usuários, se constituem como espaços micropolíticos que fortalecem os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira produzindo uma transformação social? A institucionalidade do CAPS vem se transformando em instituição cronificadora, reproduzindo o modelo manicomial?

Importantes autores brasileiros, como Amarante, Birmam, Feuerwerker e Merhy, compartilham do pensamento que se faz necessário estabelecer uma relação direta entre processos micropolíticos e conquista de direitos sociais atravessando a ideia de participação social como política da atenção psicossocial implicada em promover a autonomia, o protagonismo e o reconhecimento da cidadania.

A partir desses questionamentos e da imersão em campo nos propomos a cartografar os espaços micropolíticos de um CAPS II, problematizando o reconhecimento da cidadania que hoje se apresenta como um dos principais desafios da Atenção Psicossocial. A construção dessa problemática vem ao encontro da advertência apontada por Birmam (1992), quando traz à luz da história o paradoxo da cidadania considerada como fundamento da questão da enfermidade mental.

(...) na figura da doença mental foi reconhecido ao louco o estatuto social do enfermo, com direito à assistência e tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base nesse mesmo reconhecimento que se autorizou também a exclusão social e a destituição de seus direitos sociais, isto é, sua cidadania. (BIRMAM, 1992, p.73).

Concordando com Birmam (1992), nesse sentido, pode-se afirmar que não se trata do não reconhecimento da cidadania dos doentes mentais, mas de uma positividade que não consegue existir de fato e de direito, pois a exclusão social e a condição de cidadania dada ao desarrazoado ou doente mental estabeleceu-se estruturalmente na tradição cultural, quando no campo da loucura foi transformado no campo da enfermidade mental. Desse modo, essa será a principal discussão proposta por esta dissertação.

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo é fazer por meio de uma pesquisa histórica uma reflexão político-filosófica sobre os conceitos de cidadania no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os objetivos específicos são explicitar a evolução histórica do conceito de cidadania, apresentar a condição de cidadania do doente mental e compreender os espaços

micropolíticos dentro do CAPS tipo II da RAISM que possibilitam ao usuário o exercício da cidadania.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Percursos Históricos

Por mais voltas que o mundo dê, um dia todos nós iremos nos encontrar em algum ponto. Um ponto pacífico, onde estaremos falando a mesma língua, bebendo o mesmo vinho, contando nossas histórias e rindo, um riso leve e sincero. Assim, estaremos prontos para percorrer juntos este longo caminho; em que simplesmente falamos de nossos dias, vendo o futuro com olhos livres. Charles Chaplin.

Para percorrer esse campo inicialmente, apresento ao leitor um percurso histórico de concepções e práticas que permeiam a loucura com suas diversas significações. Considerado um ser estranho e objeto de várias interpretações, o alienado, excluído ou errante tem em sua existência destinos múltiplos e singulares de acordo com o contexto político, filosófico, científico e cultural de cada época.

Contextualizo o conceito de cidadania, suas formulações teóricas e o campo do cuidado em saúde mental propondo um diálogo sobre esta categoria no processo de reforma psiquiátrica, ainda exercida de modo contraditório pelas pessoas com transtorno mental, uma vez que a cidadania representa uma possibilidade de um redirecionamento da vida desses sujeitos ao mesmo tempo em que ainda é exercida de modo limitado e reduzida aos direitos civis dentro de uma reprodução simbólica do modelo de manicômio.

Em seguida, apresento a reforma psiquiátrica brasileira trazendo para o centro da discussão a dimensão da loucura, ampliando o debate sobre a transformação das práticas, saberes, valores culturais e sociais, tensões, conflitos e desafios. É considerada um processo histórico de formulação crítica, reflexiva, política e científica, e que tem como objetivo, o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico que reduzia o sujeito a uma assistência manicomial tutelada e dentro do paradigma da psiquiatria.

Adentraremos no universo da política de saúde mental no Brasil, suas concepções e em seguida conheceremos a evolução histórica marcada por absurda violência e institucionalização no tratamento aos desviantes no município de Sobral-Ceará. Foram tempos difíceis e sombrios não há dúvidas, no entanto alegre-me dizer que com muito esforço e determinação gerado pelo desejo de justiça social o cenário municipal que antes segregava e institucionalizava, reconhece em meio à morte e ao sofrimento, a necessidade urgente de uma transformação nas práticas e rende-se a construção de um novo modelo de atenção preconizada pelo SUS.

Apresento os CAPS, como dispositivos da rede de atenção, propondo um redirecionamento das práticas pautadas no vínculo, acolhimento e respeito. Não se tratando só de desospitalizar e desconstruir o manicômio há também um processo político de instituição dos direitos civis, apresentando esses sujeitos, antes vítimas de coação e tutela, que passam agora a se apresentar como cidadãos.

Por fim, para fortalecer nossas formulações teóricas e o campo do cuidado em saúde mental proponho um diálogo sobre Participação Social. Regulamentada pela Lei nº 8.142/90 se consolida como estratégia de cogestão no SUS e é garantida na Constituição Federal de 1988. Portanto, a Participação Social permanece instituída no campo dos direitos políticos para o cidadão brasileiro.

2.1.2 Caminhando pela História da Loucura: filosofia, ciência e política.

Essa loucura que liga e separa o tempo, que curva o mundo no fecho de uma noite, esta loucura tão estranha à experiência que lhe é contemporânea não transmite, para os que são capazes de acolhê-la — Nietzsche e Artaud —, essas palavras, apenas audíveis, do desatino clássico, onde o que estava em jogo era o nada e a noite, mas ampliando-as até o grito e o furor? Mas dando-lhes, pela primeira vez, uma expressão, um direito de cidadania e uma ascendência sobre a cultura ocidental, a partir da qual se tornam possíveis todas as contestações, e a contestação total? Devolvendo-lhes sua primitiva selvageria? (FOUCAULT, 2000, p.578).

A loucura está presente em todas as sociedades humanas, no entanto suas compreensões ou interpretações variam conforme a época, lugares e costumes. A humanidade desafia-se a elucidar o comportamento de cada sujeito para ajustá-lo em alguma forma de sociedade que lhe traga significados. Assim conceitua a loucura como sendo um desajuste, fenômeno divino ou patologia.

Até a Idade Média, a loucura era praticamente despercebida como doença e, quando notada, era vista como um fato cotidiano ou como uma dádiva (ou castigo) divino. Os insanos, os portadores de deficiência mental e os miseráveis, eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados, que procuravam se redimir de seus pecados. Apenas os casos mais extremados ou perigosos sofriam segregação social, e as recomendações terapêuticas eram: o contato com a natureza, viagens, repouso, passeio, retiro e o teatro (FOUCAULT, 1979).

Há também momentos históricos em que a própria loucura estabelece uma relação necessária com a humanidade. A obra literária de Erasmo de Rotterdam, Elogio da Loucura, publicada em 1509 é uma sátira interessante repleta de alusões clássicas quando a loucura se compara a deuses. Filha de Plutão e Frescura, educada pela Inebriação e Ignorância, a Loucura

se personifica como uma entidade viva faz seu próprio elogio e se demonstra a imperatriz da humanidade, uma vez que ela é a "mola oculta da vida" e ninguém lhe escapa.

É uma obra divertida que se utiliza muitas vezes do humor para se fazer compreender os diversos lugares da loucura que é descrita como a personagem principal. O autor utiliza-se da loucura para criticar duramente a sociedade e desmascarar hipocrisias sociais.

Resende (1990) enfatiza a loucura descrita por Erasmo de Rotterdam, e a de Foucault em seu escrito *Doença Mental e Psicologia*, como companheira incomparável do homem e a acompanha ao longo de todo seu trajeto conhecido pela história.

No período Medieval, eram surrados e queimados na fogueira, trancados em grandes instituições ou então explorados como objetos científicos. Há momentos em que receberam atenção e foram integrados em comunidades como aconteceu na Bélgica. Após um caso de filicídio em uma família real, a vítima sendo canonizada pelo Vaticano tornou-se a Santa protetora dos Insanos. Na data de sua morte, organizavam-se romarias com familiares e seus loucos, em busca de uma cura milagrosa. Na medida em que muitos não eram curados, as famílias mais abastadas pagavam aldeãos para cuidar de seus parentes até a festa do ano seguinte. Assim, a comunidade passou a adquirir um trato muito especial com os alienados que, passaram a trabalhar com foices e enxadas e a se recuperarem não por milagre, mas pelo trabalho (AMARANTE, 2007).

Na Renascença, "a era da descoberta do mundo e do homem" (FRACASTORO *apud* FOUCAULT, 1935, p. 73), um objeto novo aparece na paisagem imaginária: é a Nau dos Loucos, uma das formas de excluir os loucos, embarcando-os em navios, navegavam de porto em porto, sem destino certo. *Narrenschiff* é um estranho barco que levava sua carga insana de uma cidade para outra deslizando ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos. De todas as naves romanescas ou satíricas, é a única que teve existência real (FOUCAULT, 1935). O Renascimento não trouxe benefícios aos doentes psíquicos, pelo contrário, exacerbou as práticas de perseguição e desrespeito.

No século XVIII, o Iluminismo considerou o louco como um ser alienado, estranho e despossuído de razão. Trancafiavam os loucos em prisões, asilos e hospícios. A insanidade era atribuída ao pecado e às atividades do diabo (ROSEN, 1994, p.117). Os filósofos franceses Voltaire, Diderot e Rousseau, se concentravam na reforma da sociedade. Para os iluministas eram essenciais à aceitação do supremo valor da inteligência e a crença da razão para o progresso da sociedade (ROSEN, 1994, p.110). A loucura sai do mundo das forças naturais ou divinas e se torna a falta da razão. Surge a noção de alienação das faculdades mentais, memória,

razão e imaginação. Uma vez irracional, o louco era visto e tratado como um animal. Ignorância, superstição e condenação moral dominavam o tratamento do insano.

As loucas acometidas por um acesso de raiva são acorrentadas como cães à porta de suas celas e separadas das guardiãs e dos visitantes por um corredor defendido por uma grade de ferro; através dessa grade é que lhes entregam comida; por meio de ancinhos, retira-se parte das imundícies que as cercam (FOUCAULT, 2000, p. 167).

Em fins do século XVIII, evidências de movimentos de reforma em favor do cuidado e tratamento dado ao alienado, começaram a se manifestar. O movimento integrava-se à preocupação com os direitos e situação do homem e tentava vencer a ignorância e o medo que envolvia a natureza da doença mental. Assim em vários países da Europa surgiram propostas e ações, motivadas pelo novo espírito humanista.

Na Inglaterra o projeto de Willian Tuke, um negociante de chá e café, incomodado com as más condições de um asilo para insanos - o Retiro - introduziu um regime fundado no senso comum e no cristianismo. Esforçava-se para oferecer um ambiente familiar para os pacientes. Exercícios, alimentação, ar fresco e atividades, substituíram a brutalidade e as correntes. Provando ser a bondade superior ao confinamento. O exemplo do Retiro influenciou a criação de asilos em vários estados americanos.

Após um ano que Turke concebeu seu plano, o médico francês Philippe Pinel em meio à turbulência e aos horrores da guerra, deu um passo semelhante. Convencido de serem a bondade, a simpatia e um mínimo de contenção, em 1793 removeu as correntes de cinquenta e três lunáticos (HOUSEN, 1994). Pinel demonstrou o valor do tratamento humano para o doente mental. Pinel era também, filósofo e político. Conhecido como pai da psiquiatria, sucessora do alienismo, participou ativamente da Revolução Francesa e como deputado elaborou a constituição democrática republicana e foi um dos construtores do moderno conceito de cidadania (AMARANTE, 2007). Palco de várias transformações políticas e sociais a Revolução Francesa tem muita importância para a área da medicina, particularmente para a psiquiatria e a loucura.

O lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” que guiou o ideal revolucionário propunha que todos os espaços sociais fossem democratizados. Assim os hospitais foram perdendo suas funções de caridade e controle social, passando a assumir o lugar da prática médica.

O alienismo trouxe reflexões importantes acerca do tratamento dado aos alienados, pois apresentavam paradoxos com os ideais da Revolução. Com as duas Guerras Mundiais, a sociedade se deparou com os horrores do holocausto, dirigiu seus olhares para os hospícios e

descobriu que a condição de vida oferecida aos pacientes psiquiátricos internados nada se diferenciavam dos campos de concentração: uma absoluta ausência de dignidade humana. Assim nasceram as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas” (AMARANTE 2007). Para Desviat (1999), esse foi o período que se desenvolve uma maior sensibilidade e respeito pelas diferenças e pelas minorias, iniciando a ideia de reforma.

2.2 Cidadania e Loucura

Sabemos que a reforma psiquiátrica traz para o centro da discussão a dimensão da loucura, ampliando o debate sobre a transformação das práticas, saberes, valores culturais e sociais, tensões, conflitos e desafios. É considerado um processo histórico de formulação crítica, reflexiva, política e científica, e que tem como objetivos, o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico que reduzia o sujeito a uma assistência manicomial tutelada e do paradigma da psiquiatria.

Portanto, para fortalecer nossas formulações teóricas e o campo do cuidado em saúde mental proponho um diálogo sobre reforma psiquiátrica e cidadania.

O conceito de cidadania vem sendo modificado ao longo da história. A origem do termo cidadania vem da Grécia antiga, onde tinha o significado daquele "pertencente à *Pólis*", do espaço de cidade, o espaço público das trocas sociais, políticas, econômicas entre os membros de uma comunidade (AMARANTE, 2007). Na constituição de Atenas, o cidadão traz como direito ou prerrogativa a participação nas práticas deliberativas ou judiciárias da comunidade a que pertence.

De acordo com Hannah Arendt (1996), na Grécia existiam reinos de casas (relativo ao espaço privado) e da *polis* (relativo à cidade, a política). O reino da polis se compartilha com os demais, pois na concepção ateniense o homem deveria participar da vida em comunidade, daí advindo sua virtude cívica, sua responsabilidade e compromisso para com a sociedade. (AMARANTE, 2007).

No final do século XVII, os teóricos da burguesia inglesa, grupo que ascendeu ao poder após a queda do regime absolutista, formularam com muita clareza os conceitos de liberdade e de indivíduo para desenhar os alicerces da sociedade burguesa. Esses tinham como base a primazia do indivíduo, do qual derivou sua visão do individualismo liberal, identificando como direito natural o direito à propriedade (WELMOWICKI, 2004).

Segundo Welmowicki (2004), a definição de cidadania passa por um exame

seletivo, já que existe a separação entre os cidadãos e os não-cidadãos (escravos e/ou estrangeiros). Essa concepção, que tinha em sua raiz a luta contra os privilégios feudais e a defesa da propriedade burguesa contra os ataques arbitrários dos reis e da nobreza (significava o fim das instituições de "sangue" e títulos), também delimitava os parâmetros de cidadania para a nova sociedade: liberdade é, em última palavra, o direito à propriedade.

Nesse período existiu uma igualdade jurídica, segundo a qual perante a lei todos eram iguais, sendo vedado o direito de "impor à sociedade" algo que não estivesse previsto em leis ou que fosse contrário ao decidido pelos juízes.

Para Welmowicki (2004), a cidadania significava garantir a liberdade individual e, em particular, a "liberdade" do trabalhador como indivíduo dono de si mesmo pronto para ser livremente explorado.

A versão moderna de cidadania teve início no mundo pós-Segunda Guerra Mundial. Saído da guerra como potência dominante, os Estados Unidos da América tiveram de pensar numa política que permitisse canalizar o descontentamento social e desse respiro para que o capitalismo voltasse a se estabilizar na Europa. Surge assim o Plano Marshall, uma política de financiamento dos novos governos europeus para que pudessem reconstruir suas economias e implantar reformas sociais do assim chamado Welfare State.

Este significava estender os direitos sociais aos setores operários atingidos pelas consequências da Segunda Guerra como melhoria dos serviços públicos e a intervenção estatal na economia. Marshall retoma o conceito de cidadania como um status de todos os que pertencem a uma determinada comunidade, que significaria uma igualdade como tal.

A cidadania moderna, conceito fundado sobre a ideia de humanidade, enfrentou muitas dificuldades de aplicação, dentre elas o tamanho das repúblicas modernas, o que impede o exercício direto do poder pelo cidadão, sendo necessária a escolha de seus representantes (VIEIRA, 2005).

Essa concepção de cidadania reivindica o acesso, inclusão, participação e pertencimento a um sistema político já dado. O reconhecimento dos direitos de cidadania aponta para transformações radicais em nossa sociedade e em sua estrutura de relações de poder.

Tornar-se cidadão passa a significar a integração individual ao mercado, como consumidor e como produtor. Este parece ser o princípio subjacente a um enorme número de programas para ajudar as pessoas a "adquirir cidadania", isto é, aprender como iniciar microempresas, tornar-se qualificado para os poucos empregos ainda disponíveis, por exemplo.

Num contexto onde o Estado se isenta progressivamente de seu papel de garantidor de direitos, o mercado é oferecido como uma instância substituta para a cidadania (DAGNINO,

2004). O Estado, órgão representante da classe social dominante, através de suas instituições (escola, igreja, parlamento, partidos políticos, justiça, entre outros) legitima ideologias da classe dominante e as dissemina entre a população, tornando-se um entrave para o desenvolvimento desta e o avanço da humanidade.

Essas ideologias não passam de uma estratégia da classe dominante na negociação das desigualdades, de modo a reduzir as tensões sociais e para se manter no poder, seguir na linha da conciliação de classes e continuar explorando e oprimindo as demais classes e setores.

Esta "ideologia ou falsa consciência", como colocam Marx e Engels (2006), passa a prestar serviço ao Estado representante da classe dominante como forma de evitar tensões sociais e como manutenção da ordem. Ora, no mesmo momento e contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania, com esta possibilidade e responsabilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social, foi construída, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental.

Se o alienado era considerado um despossuído da razão plena e a razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza, existiria na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido como um cidadão (AMARANTE, 2007).

A disseminação dessa concepção de cidadania foi expressiva, e ela orientou não só as práticas políticas, mas também mudanças institucionais, como as incluídas na Constituição brasileira de 1988, que traz no seu artigo 196 a seguinte definição de saúde: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p.118-119).

Entendemos que o conceito de cidadania como uma dessas ideologias que vêm desde nossa Constituição Federativa segue ecoando nas leis de saúde e sobre a consciência da classe trabalhadora. Esse cenário leva a refletir sobre a concepção do termo "cidadania", tão presente desde sua legitimação com a Constituição (BRASIL, 1988), conhecida como "Constituição Cidadã", que estabelece as instâncias de participação popular na saúde; e os entraves que inviabilizam a participação popular, visto que esta é um dos pilares do SUS.

O SUS inscreveu em sua agenda sanitária nacional uma nova forma de se fazer saúde, com suas dimensões políticas, tecnológicas e ideológicas. Parte de uma compreensão ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário. Cria um novo objeto, nas suas diretrizes e princípios: universalidade, integralidade da assistência, preservação da autonomia, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, utilização da epidemiologia

para estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação pragmática, descentralização político-administrativa, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços, intersetorialidade e participação da comunidade (MENDES, 1999).

Sabemos que falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas passem a serem cidadãos e sujeitos de direito por decreto. A construção da cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da atenção psicossocial, tornando-se um processo social complexo. Por tanto se faz necessário uma reflexão das práticas, mudanças de atitudes e das próprias compreensões e relações sociais (AMARANTE, 2007).

2.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil

(...) *nós fomos libertos.*

As características sociopolíticas de cada país, o tipo de sistema sanitário, sua forma de organização, o papel outorgado ao manicômio e a vontade de criar uma sociedade mais livre, igualitária e solidária, é que influenciaram o movimento de reforma psiquiátrica no mundo.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, acontece através da atualização e transformação de várias técnicas e organizações propostas por grandes movimentos desenvolvidos no mundo ocidental, depois da 2ª Guerra Mundial, como a Psiquiatria de Setor (francesa), pelos fins da década de 1940, a Análise Institucional¹, francesa, início da década de 1950, a Comunidade Terapêutica², inglesa, início da década de 1950, a Antipsiquiatria³, inglesa, pela década de 1960, as Psiquiatrias Preventiva e Comunitária⁴ e Norte-americanas⁴ (década de 1960), e a Psiquiatria Democrática⁵, italiana, década de 1970 (SAMPAIO; MOURA-FÉ; SANTOS, 1997).

¹ Análise Institucional- Fundamento teórico da política francesa de setor. Surge como uma tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Influenciada pela psicanálise, procura utilizar o hospital como campo de relações de significantes.

² Comunidade Terapêutica- Idealizado por Maxwell Jones. Compreendida em um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais.

³ Antipsiquiatria- Teve início na Inglaterra, ao final dos anos 50. Idealizada por Laing e Cooper. Para essa corrente não existiria a doença mental enquanto objeto natural, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social.

⁴ Psiquiatrias preventivas e comunitária / Norte americana- Desenvolvida nos Estados Unidos, tem como principal autor dessa corrente Gerald Kaplan. A noção de prevenção adotada pelo autor, considerava que poderia ser alcançada em três níveis: primária, secundária e terciária. Modelo de aplicação clínica da teoria da crise, proposto por Langlesley e Kaplan em 1967. Assim surgiram os *crisis centers*, que constituíam uma alternativa para a hospitalização tradicional.

⁵ Psiquiatria democrática- Teve início em Gorizia na Itália, no começo dos anos 60. Franco Basaglia, idealizador da corrente passou a formular um pensamento e uma prática voltados para a ideia de superação do aparto manicomial.

A Reforma na assistência à Saúde Mental brasileira se baseia no modelo italiano, cuja principal influência é o pensamento e as experiências de Franco Basaglia. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. Mais do que uma simples modificação física dos equipamentos de atenção em Saúde Mental, ela é o resultado de complexas discussões a respeito da compreensão sobre o conceito e os múltiplos sentidos com respeito à "loucura" (PUCHIVAILO; SILVA; HOLANDA, 2013).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início entre as décadas de 70 e 80, do século XX, onde diversas instituições, entidades e militâncias estavam envolvidas com a redemocratização do país e com a formação das políticas de saúde. Com a eclosão dos movimentos sociais, inicia-se num primeiro momento, a tentativa de humanização dos hospitais psiquiátricos, posteriormente, essa ideia dá lugar a uma proposta de ruptura com o paradigma manicomial.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica constitui-se na principal diretriz da Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas dentro de toda a movimentação político-social que concretiza a conjuntura da redemocratização (AMARANTE, 1988).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, após um longo período de repressão militar no país. Uma característica marcante do movimento desse período estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho de Estado.

Os Movimentos sociais populares, Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, e o Movimento de Renovação Médica se constituem como resultados de articulações e ganham força com a visita de lideranças mundiais de psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 180 que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália (BARROS, 2011).

Em 1979, no 1º Encontro Nacional de Trabalhadores de saúde Mental em São Paulo, o movimento toma corpo e delineiam-se seus contornos. Os principais objetivos e palavras de ordem foram: denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos, identificados como verdadeiros campos de concentração; denúncia da indústria da loucura nos hospitais conveniados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais

em saúde mental (ROSA, 2008).

Em 1980 no Rio de Janeiro iniciou-se o processo chamado de Co-Gestão entre o ministério da Saúde e o Ministério da Previdência. A administração dos hospitais públicos permitiu, por um lado, a abertura de um importante espaço político para lideranças do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) implementarem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos.

Em São Paulo e Minas Gerais a vitória de governos estaduais opositoristas, em 1982 permitiu a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, possibilitando uma intervenção crescente nos hospitais psiquiátricos estatais e privados. Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde que possibilitou a implementação gradativa em todo país das chamadas “Ações Integradas de Saúde” que desaguaram mais tarde no SUS e na Constituição Federal de 1988.

Na Conferência que aconteceu em Bauru no ano de 1987, o MTSM sofreu uma profunda transformação, tornando-se um movimento com efetiva participação de usuários e familiares que adotou um lema: Por uma sociedade sem manicômios.

Entre 1987-1992 houve um fechamento temporário do espaço político para os interesses democráticos populares e para as políticas de saúde mental. Apesar disso é período de consolidação de algumas conquistas feitas no período anterior. Como a constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, que apontam para a construção do SUS.

Nesse período, uma ala do MTSM desenvolve uma crítica aguda à burocratização do conjunto do próprio Movimento. Essa mesma ala percebe as limitações dos objetivos táticos da luta e transformações do sistema de saúde mental, centrados no modelo sanitário de Vasconcelos (1992) e Amarante (1995), propondo então um avanço dos objetivos estratégicos do movimento, ao se inspirar no modelo proposto por Basaglia e pelo Movimento de Psiquiatria Democrática na Itália.

Em dezembro de 1987 foi criada o Dia Nacional da Luta Antimanicomial no 2º Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru-SP. Em 1988 o Brasil inspirado pela Lei de Basaglia que determinava o fim dos hospitais psiquiátricos instituiu o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado no dia 18 de maio.

A participação social nas políticas de saúde contribuiu para a introdução do capítulo da saúde na Constituição de 1988 e logo a seguir, com a instituição do SUS, regulamentado pela Lei 8.080 de 1990. Em seguida estabeleceu-se a participação da comunidade na gestão do sistema, o que ficou conhecido como controle social. Assim, buscou-se aprofundar e ampliar os direitos sociais e políticos (AMARANTE, 1995).

Em novembro de 1990 aconteceu a Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas onde políticos, sanitaristas, legisladores e técnicos, aprovaram um projeto de reforma para América Latina e o Caribe. A chamada Declaração de Caracas inaugura o movimento da reforma nos países ibero-americanos, dessa forma “suscitou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garanta o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais, estabelecendo modalidades de alternativas na própria comunidade, em suas redes sociais” (DESVIAT, 1999, p. 136).

No universo jurídico-político, as principais transformações ocorreram mediante a apresentação na Câmara Federal, do Projeto de Lei Federal nº 3.657/89 do deputado federal Paulo Delgado em Brasília. Esse projeto contemplava a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental, indicando a extinção progressiva dos manicômios, mediante substituição por outros equipamentos terapêuticos extra-hospitalares e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (BARROS, 2011).

O Projeto de Lei, na singeleza de seus artigos e parágrafos, tem o poder de mudar uma história secular de desrespeito, negligência e agressão a um vasto número de cidadãos brasileiros. Os determinantes imediatos do Projeto de Lei 3.657/89 foram o diagnóstico e as conclusões emanadas da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro/RJ, em 1987. Para esta Conferência convergiram aproximadamente uma década de esforços da sociedade civil e do próprio governo, no sentido de modernizarem a assistência psiquiátrica brasileira (SAMPAIO; MOURA-FÉ; SANTOS, 1997).

O debate em torno do Projeto de Lei Paulo Delgado permitiu um amadurecimento das políticas públicas de saúde mental. A redução da capacidade asilar instalada, a renovação dos hospitais especializados, a intensificação do uso de leitos psiquiátricos de hospital geral e a instalação de uma rede de Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) em várias unidades da federação, como em São Paulo e no Ceará, comprovam a assertiva. Finalmente estava sendo promovido o encontro entre assistência psiquiátrica, política pública de saúde mental e ética.

Importante assinalar que o projeto de Lei do deputado Delgado tramitou entre Congresso e Senado, 12 anos, pois era rejeitado pelos senadores que estavam e ainda estão sob pressão dos interesses políticos e econômicos dos donos de hospitais, que não queriam que nada mudasse, como até hoje reclamam das mudanças.

A década de 90 foi marcada por significativas mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização. Coloca o país entre os principais centros internacionais de reforma psiquiátrica. Podemos citar: redução significativa

de leitos, implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial e emergência das Associações de Usuários e familiares (ROSA; PEREIRA, 2008).

Houve nesse período um significativo avanço no número de organizações de usuários e familiares. Assim a voz dos usuários e familiares deixa de ser apenas objeto de escuta, mas passa a contribuir no processo de planejamento, execução e avaliação de políticas de saúde mental (VASCONCELOS, 2000; CHAMBERLIM, 1988; 1997; WEINGARTEN, 1999).

Para Lacerda e Santiago (2007, p. 198), a questão da participação remete à temática da construção social do direito à saúde, como exercício da cidadania. Para os autores, “o processo de construção de direitos à saúde insere-se, portanto, no espaço micro das relações, entre usuários, profissionais e familiares”.

O movimento da Reforma possibilitou a discussão de outras formas de atenção, englobando toda a complexidade do sofrimento psíquico e as singularidades. Diante dessa perspectiva recomenda-se a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos. Tal substituição se dará por uma rede de serviços de atenção em saúde mental composta por CAPS; ambulatorios de saúde mental; residências terapêuticas; centros de convivência e cultura; atendimento em saúde mental na rede básica de saúde por meio do matriciamento (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

A atenção em saúde mental pode mesmo ser desenvolvida, como proposto pelo Ministério da Saúde, dentro de uma rede articulada de cuidados de base comunitária (BRASIL, 2003).

2.4 Tecendo Redes de Cuidado

O cerne da questão é, de novo, como transformar as políticas sociais e de saúde, não em manipulação clientelista ou corporativista, mas num espaço ético e legítimo de garantia aos direitos da cidadania, ou de resposta eficaz do Estado às pressões democráticas. (MENDES, 1999, p.68).

Neste momento apresento um redimensionamento da política de saúde mental no Brasil. A Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS) faz parte da estratégia da Rede de Atenção à Saúde (RAS), política instituída pelo Ministério da Saúde em 2010 pela Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Para Mendes (2010), a definição de redes de atenção se conceitua como sendo:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e independente que, permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população,

coordenada pela atenção primária à saúde-prestada no tempo certo, no lugar certo, no custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2010, p. 2.300).

Entende-se dessa forma que a políticas de saúde instituída pela RAS, compreendem um cuidado horizontal, destituído de hierarquização, antes organizado por níveis de atenção. Nesse sentido, a Portaria N° 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Assim sendo apresenta-se com maior clareza de princípios, objetivos e estratégias a serem adotados.

A RAS valoriza a implementação da assistência em redes e fomenta a formação das relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos (BRASIL, 2010).

A RAPS foi instituída pelo Ministério da Saúde em 23 de dezembro de 2011 com a Portaria n° 3.088 com republicação em maio de 2013. Tem o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover a vinculação das pessoas com transtornos e sofrimentos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

Tem como objetivos específicos: a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais entre outros.

Em seu artigo 1º fica instituída a RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

Imagem 1 – Rede de Atenção Psicossocial, Brasil, 2017.



Fonte: BRASIL, 2017.

A seguir pretendo discorrer os pontos norteadores de cada componente para que possamos refletir juntos sobre esse olhar que se constitui como política que norteará ações, compondo novos desafios na atenção psicossocial. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “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)” (BRASIL, 2011, p.1)

Em sua organização apresenta princípios, componentes e processos locais que devem ser realizados para implementar ou complementar a RAPS. No art. 5.º, são listados os componentes da RAPS. Como veremos na Imagem 2:

Imagem 2 – Divisão da Rede de Atenção Psicossocial, Brasil, 2017.

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL, 2017

I - **Atenção Básica em Saúde.** Tem como seu objetivo dentro da RAPS as ações de cuidado, promoção e prevenção em saúde mental. Formada pelos seguintes pontos de atenção.

a) Unidade Básica de Saúde - formada por dispositivos como Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

b) Equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua - atuam de forma itinerante ofertando ações em saúde para as pessoas em situação de rua e também ofertam ações de redução de danos junto aos usuários de álcool e outras drogas.

2. Equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório - inclui as Unidades de Acolhimento e as Comunidades Terapêuticas e oferecem cuidados contínuos de saúde para as pessoas com transtornos mentais.

c) Centros de Convivência - são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

II - Atenção Psicossocial Especializada. Formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - compreende todas as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III, i, Ad) que realizam o atendimento interdisciplinar dos usuários de saúde mental.

III - Atenção de Urgência e Emergência. Tais dispositivos têm como função: acolher e realizar a classificação do risco dos casos de urgência e emergência que envolvam pessoas com transtorno mental, em sofrimento psíquico ou que fizeram uso nocivo de álcool e outras drogas. Formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório. Oferecem cuidados contínuos de saúde para as pessoas com transtornos mentais. Formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Acolhimento - oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas - destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

V - Atenção Hospitalar. Faz parte da RAPS, não mais para internações de longa duração, mas para casos graves, como crises ou intoxicações severas por álcool e outras drogas. Esse tipo de atenção agora é ofertado através das enfermarias especializadas em hospitais gerais ou Serviço Hospitalar de Referência. Formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral - oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas;

b) serviço Hospitalar de Referência - suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. Respeitando as determinações da Lei nº 10.216 e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência.

VI - Estratégias de Desinstitucionalização. São dispositivos que buscam a inclusão social de pessoas que passaram por longos períodos de internação. Formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos - residência inserida na comunidade, acolhem os egressos dos hospitais psiquiátricos.

b) Programa de Volta para Casa - provê auxílio financeiro com a finalidade de reabilitação para pessoas que passaram por internação psiquiátrica de longa permanência. O programa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

VII - Reabilitação Psicossocial. Esse componente é destinado às estratégias de geração de trabalho e renda. Compreende as cooperativas sociais e os empreendimentos de economia solidária. Utilizando os recursos do território, tentam promover a autonomia e a inclusão social dos usuários de saúde mental.

A RAPS hoje é uma expressão da Reforma Psiquiátrica brasileira para o fortalecimento do SUS como política de Estado. Continuamos o trabalho para avançar na implementação e qualificação da RAPS, na reabilitação psicossocial e no protagonismo de usuáries (os) e de seus familiares, fomentando processos de cuidado mais integrados e democráticos. Nesse sentido a participação dos (as) trabalhadores (as) é decisiva para o projeto coletivo da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

A RAPS reforça a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/01, na busca pela consolidação de um modelo de saúde mental de base comunitária. Assim direciona os arranjos organizacionais e cria diretrizes para implantação de uma rede que explicita a integralidade do SUS. Contudo, é necessário que ocorra uma transformação completa do modelo conceitual e da prática sobre a loucura e de seus lugares superando o modelo manicomial e construindo espaços e pontos de atenção de maior amplitude que permitam o acesso, a equidade e a integralidade.

2.5 Centro de Atenção Psicossocial

Os CAPS passam a ser a grande aposta da política de saúde mental brasileira, contribuindo para construção de um modelo pautado na desinstitucionalização e reinserção social. Iniciaram “no país através de equipes muito motivadas e engajadas nos ideais da reforma psiquiátrica italiana e não é por acaso que seu nome inspirou-se nos serviços criados durante a cooperação italiana na Nicarágua” (KRAUDY *et al.*, 1987, p. 141).

O primeiro CAPS, Luís da Rocha Cerqueira, na Cidade de São Paulo, surge em março de 1987, e em 1989 foram criados, em Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), representando a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental demonstrando a indiscutível influência dessas experiências na política de saúde mental.

A publicação da Portaria nº 224/92, de janeiro de 1992, é o primeiro documento oficial a estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento dos CAPS reafirmando os princípios do SUS, instituindo e regulamentando a estrutura dos novos serviços. A partir da publicação dessa portaria, o número de CAPS e /ou NAPS aumentou significativamente (ONOCKO-CAMPO; FURTADO, 2006)

A Portaria nº 336, de 2002, do Gabinete do Ministro da Saúde (BRASIL, 2004), inicia a terceira fase, de formalização dos CAPS como peça chave na montagem da rede de assistência, o definindo como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (KRAUDY *et al.*, 1987).

Os CAPS podem ser classificados em modalidades, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde:

CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios com população acima de 15 mil habitantes.

Atende com uma equipe mínima: 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou profissional necessário ao projeto terapêutico) e 4 profissionais de nível médio.

CAPS II: Atende prioritariamente pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados

ao uso de substâncias psicoativas e outras clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível universitário (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou profissional necessário ao projeto terapêutico) e 6 profissionais de nível médio.

CAPS III: Atende prioritariamente pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Serviço de atenção contínua, com funcionamento de 24 horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad. Indicado para municípios com população acima de 150 mil habitantes.

Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível universitário (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou profissional necessário ao projeto terapêutico) e 8 profissionais de nível médio.

CAPS ad: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente ao uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS ad III: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Com máximo de 12 leitos para observação e monitoramento e funcionamento de 24 horas. Indicado para municípios com população acima de 150 mil habitantes.

Equipe mínima: 60 horas de profissional médico, sendo mínimo 1 psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental; 5 profissionais de nível universitário (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou profissional necessário ao projeto terapêutico); 4 técnicos de enfermagem e 4 profissionais de nível médio e 1 para realização de atividades administrativas.

CAPS i: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras clínicas que impossibilitem estabelecer

laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível universitário (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou profissional necessário ao projeto terapêutico) e 5 profissionais de nível médio. (RRASIL, MS, 2015)

Hoje existem mais de 2.200 CAPS no país, com notável interiorização para pequenos municípios. Os transtornos mentais alcançam magnitude epidemiológica que tornam a saúde mental um dos principais pontos da agenda estratégica da Organização Mundial de Saúde (DELGADO, 2015).

Quadro 1 – Centro de Atenção Psicossocial por região e tipo, Brasil, 2017.

REGIÃO	População (2015)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS Ad	CAPS Ad III	TOTAL
Centro Oeste	15.442.232	79	27	03	10	20	07	146
Nordeste	56.560.081	526	150	24	48	83	29	860
Norte	17.504.446	96	35	6	6	11	7	161
Sudeste	85.745.520	295	208	60	118	142	39	862
Sul	29.230.180	195	85	7	47	68	24	426
Total	204.482.459	1191	505	100	229	324	106	2.462

Fonte: Brasil, 2017.

Ante o contexto explicitado, considera-se que o CAPS funcione como articulador das ações no cerne da macrorrede do SUS. Não seria uma rede separada da grande rede de serviços, mas, prioritariamente, deve funcionar em interlocução com os vários serviços de saúde, os quais precisam interconectar-se com os múltiplos setores inseridos no território.

Yasui (2006) apresenta a ideia de compreender o CAPS como uma estratégia de transformação da assistência, concretizada pela organização de uma ampla rede de cuidados em Saúde Mental que não se limita ou se esgota em sua implantação como um serviço de saúde. É um dos pontos de atenção de uma política que estabelece o cuidado amparado em uma rede assistencial. Assim não determina que o CAPS seja o ponto mais importante.

Para Jorge *et al.* (2006), a construção da assistência no CAPS, bem como da rede de serviços substitutivos, deve ir além dos muros destes, os quais são limitados muitas vezes,

por paredes e espaços diminutos. Ademais, para isso, os profissionais dos serviços substitutivos devem estar conscientes de que a atuação na promoção da saúde mental perpassa um olhar voltado para o sujeito em toda sua complexidade, sendo necessária a formação de uma rede de cuidados interdisciplinares.

O pressuposto é que não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerada autossuficiente na produção do cuidado. Pela alta complexidade dos problemas de saúde, as redes se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo, portanto inerentes ao trabalho voltado ao cuidado em saúde (QUINDERE, 2014).

2.6 Ouve-se a voz a murmurar

*Sobral à “Princesa” do Norte
Linda princesa cá do Norte do Ceará
Oh! Meu Sobral.
Cidade luz aqui da terra de Tupá
No farfalhar dos carnaubais que te rodeiam
Ouve-se a voz do Acaraú a murmurar*

Hino municipal de Sobral

O município de Sobral pertence ao Estado do Ceará. É a principal cidade do noroeste e a segunda mais importante do estado em termos econômicos e culturais, sendo a terceira maior região metropolitana, atrás de Fortaleza e Juazeiro do Norte. Conhecida como a “Princesa do Norte”, foi fundada em 05 de julho de 1773 (SOBRAL, 2012).

As origens de Sobral remontam ao século XVIII, quando fugitivos de invasores estrangeiros do litoral Nordestino se deslocaram para o interior cearense e instalaram-se às margens dos rios Jaguaribe e Acaraú. O nome Sobral, foi dado por Carneiro de Sá, ouvidor do Ceará na época, português, oriundo do Distrito de Sobral, pertencente à Freguesia de Vizeu, ao norte de Portugal. A palavra Sobral, de origem latina, quer dizer abundância de sobreiros, espécie de árvore de cujo tronco se extrai a cortiça.

Em 1841 recebe o título de Fidelíssima Cidade Januária do Acaraú devido ao apoio político dado ao presidente da província do Ceará, José Martiniano de Alencar (pai do escritor José de Alencar), contra uma tentativa de deposição. Entretanto, três anos depois, a cidade voltou a se chamar Sobral.

No século XVIII, esteve ligado à produção e exportação de carne de charque e no século XIX pelo cultivo e beneficiamento de matérias primas locais, a exemplo do algodão, a oiticica e a palha de carnaúba.

Na primeira metade do século XX foi criada Diocese de Sobral, tendo Dom José Tupinambá da Frota como bispo, vigário da paróquia é considerado um dos grandes responsáveis pelo crescimento e construção de algumas obras no espaço urbano sobralense, como a UVA (Universidade Vale do Acaraú).

A trajetória política da cidade, Freitas (2000), relembra famílias tradicionais ou personagem que se destacaram na história de Sobral como os Sabóias, os Montes, os Prados, os Barretos e os Ferreira Gomes.

Para Almino (2000), a participação política das famílias Prados e Barretos, e o poder são materializados através da troca de favores. As duas famílias se revezaram no governo de Sobral por 32 anos.

Em 1997, inicia-se a construção do Sistema Municipal de Saúde, por meio de um diagnóstico de saúde e a realização da I Oficina de Planejamento Estratégico do Sistema Local de Saúde de Sobral que ofereceu subsídios para o primeiro Plano Municipal de Saúde (1997-2000). O planejamento buscou incluir a participação de Conselhos de Direitos, dentre eles, Conselhos de Saúde e o Conselho Municipal de Assistência Social, Movimentos Comunitários e técnicos da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde.

Tal planejamento suscitou a necessidade de inverter o modelo hospitalocêntrico até então em vigor e estruturar os serviços com base na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ANDRADE *et al.*, 2004; GOMES; ANDRADE, 1999). Nesse caso, os padrões de atendimento seguiam os estabelecidos em instituições psiquiátricas no Brasil, caracterizados pelo asilamento, isolamento familiar e social e perda de direitos individuais.

Com a implantação da ESF, em 1997, como eixo estruturante na organização de sua atenção primária, se dava os primeiros passos para uma mudança do modelo de assistência à saúde com base territorial e se conjecturava a reformulação no modelo de atenção às pessoas com transtorno mental (BARROS, 2011, p.18).

Existia em Sobral desde 1974, a Casa de Repouso Guararapes, também conhecida pelos sobralenses como “Dr. Remo” que se localizava “do outro lado do rio”, esse mesmo rio que é citado no Hino de Sobral. Talvez ele tenha mesmo ouvido murmúrios, gritos, gemidos e vozes que ecoavam em suplicantes pedidos de socorro.

Com características manicomiais e modelo asilar, o dispositivo foi palco de práticas excludentes, segregadoras, violentas em todos os aspectos, pois os tratamentos violavam direitos básicos do cidadão, caracterizados pelo isolamento familiar, social e maus tratos. Com capacidade para 80 leitos, as pessoas internadas permaneciam por períodos prolongados.

Assim caracterizava-se o município, e revelava que não havia nenhuma política de atenção às pessoas com transtorno mental. O que se via era a completa ausência de uma assistência de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias, acima de tudo, maus tratos e exclusão social (SÁ, 2007).

Diante do cenário se faz oportuno trazer uma narrativa histórica, com fatos marcantes e decisivos para a construção de uma política em saúde mental municipal. Fatos esses que condenam o município no cenário internacional e maculam o título de “princesa”.

Pereira e Andrade (2001) datam como marco fundamental, o início da organização da atenção em saúde mental, uma reunião de planejamento ocorrido em 1997. Estavam presentes o Secretário de Saúde e Ação Social, o consultor em Saúde Mental e um grupo de técnicos de diversas categorias profissionais e que os mesmos posteriormente iriam compor a primeira equipe de Saúde mental de Sobral.

Em 1998 aconteceu o 1º seminário de Saúde Mental que resultou, através de propostas e discussões, na criação de um Programa de Saúde Mental, de caráter ambulatorial, com formação de uma equipe mínima no Centro de Especialidades Médicas (CEM). Esse programa funcionou entre abril de 1998 a novembro de 1999. Paralelo a esses acontecimentos as práticas manicomiais no Guararapes permaneciam e a violência persistia.

Fotografia 1 – Primeiro seminário de saúde mental, Sobral, Ceará, 1998.



Fonte: Acervo pessoal de Rejane Amaral

A concretização da reforma psiquiátrica no município de Sobral- Ceará, ocorreu com base nos princípios gerais da reforma psiquiátrica, mas deve-se, sobretudo, à existência de Damião Ximenes Lopes, que denunciou ao mundo a prática desumana que era imposta aos portadores de transtorno mental com sua morte. Damião Ximenes Lopes foi torturado e

assassinado no dia 04 de outubro de 1999, quando estava internado na Casa de Repouso Guararapes, filiado ao Sistema Único de Saúde, no Município de Sobral, Estado do Ceará. Era portador de transtorno mental - com sintomas de esquizofrenia. Morreu aos 30 anos. Os familiares recorreram à Justiça para que as circunstâncias que levaram à morte do rapaz fossem apuradas e os responsáveis, punidos, ato que desencadeou o processo de aceleração da reforma psiquiátrica no Município de Sobral e criação da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (COSTA, 2008).

A morte de Damião Ximenes Lopes suscitou sentimentos de revolta e denúncias públicas, culminando no descredenciamento do hospital psiquiátrico (SÁ, 2007). Auditorias foram realizadas, com apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. No relatório da Comissão de Sindicância confirmava as denúncias de maus-tratos, espancamentos e abusos sexuais (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Fotografia 2 – Comissão dos direitos humanos da assembleia legislativa do estado do Ceará em visita ao hospital Guararapes.



Fonte: Acervo pessoal de Rejane Amaral

Com a confirmação dos fatos a Secretaria de Saúde e Ação Social e a deliberação do Conselho Municipal de Saúde decretou a intervenção do Guararapes, que após três meses de intenso processo de aproximação de usuários e familiares decide pelo rompimento do modelo hospitalocêntrico. Assim em 10 de julho de 2000 a casa foi descredenciada.

Fotografia 3 – Intervenção do hospital Guararapes, Sobral, CE, 2000.



Fonte: Acervo pessoal de Rejane Amaral

Desta forma, implementou-se a RAISM. Uma política pautada nos princípios e diretrizes do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Inicialmente constituída pelos seguintes serviços: CAPS II; CAPS ad; Serviço Residencial Terapêutico (Lar Renascer); Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral, que é referência tanto para os usuários do município de Sobral e como para os demais da Macrorregião Norte do Estado do Ceará;

Clínica Médica em Hospital Geral, para os casos de desintoxicação moderada e grave; Ambulatório de Psiquiatria do CEM, referência para os casos de transtornos mentais da Macrorregião Norte, e bem como a articulação nos territórios com os CSF (QUINDERE, 2014).

A RAISM conquistou reconhecimento em nível nacional, ao ser contemplada com prêmios, homenagens e menção.

Quadro 2 – Premiações da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, Sobral, Ceará, 2018.

Ano	Prêmios
2001	Prêmio David Capistrano da Costa Filho Categoria - Experiências Exitosas na área de Saúde Mental, promovido pelo Ministério da Saúde.
2003	Homenagem do Governo Federal, pela organização da Atenção em Saúde Mental no município.
2005	Prêmio de Inclusão Social Categoria – Clínica, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria.
2006	Prêmio Saúde é Vital

	<i>Continuação...</i>
	Categoria – Saúde Mental, promovido pela Editora Abril.
2008	I Concurso de Pontos de Leitura: Homenagem a Machado de Assis Reconhecimento do Informativo Consciência Coletiva, pelo Ministério da Cultura.
2009	Menção de Reconhecimento de Experiências Exitosas de Saúde Mental, pela Coordenação Nacional de Saúde Mental.
2010	Selecionada para produção de vídeo da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Fonte: elaborado pela autora

Somadas a todas essas conquistas e reconhecimentos, cito mais algumas que contribuem para a consolidação e fortalecimento da RAISM. Dentre essas, a Residência Médica em Psiquiatria em 2007, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) em 2011 e a Unidade de Acolhimento (UA) na modalidade de UA: adulto (UAA) - José Laert Fernandes Melo, localizada na Rua Dinamarca, 400 – Expectativa, inaugurada em 27 julho de 2018.

As residências são iniciativas da Prefeitura Municipal de Sobral/Secretaria de Saúde, em parceria com a UFC/UVA e Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS). A RAISM destaca-se também como campo de pesquisa, estágio e internato para graduandos de enfermagem, medicina, psicologia e serviço social.

As UA são dispositivos de caráter residencial, devendo funcionar vinte e quatro horas por dia e oferecendo suporte aos CAPS para ampliação de cuidados de saúde para pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012, com republicação no dia 21 de maio de 2013. A concepção deste dispositivo está relacionada aos desdobramentos e experiências das Casas de Acolhimento Transitório (CAT), financiadas a partir do Edital Nº 003/2010/GSIPR/ SENAD/MS.

Atualmente, a RAISM passa por um processo delicado de reorganização de seus dispositivos dentro da rede assistencial do município, que vem desenvolvendo uma nova estratégia de gestão baseada na metodologia Lean⁶.

6 A filosofia Lean surgiu no Japão por Taiichi Ohno, engenheiro e chefe de produção da Toyota no período posterior à Segunda Guerra Mundial. Busca a mais alta qualidade no menor prazo e com o menor custo por meio da eliminação do desperdício, chamado Toyota Production System (TPS) - em português, Sistema Toyota de Produção.

Ressalto, portanto, que a ideia de uma nova tessitura, deve seguir a égide de uma política baseada na construção de novos sujeitos que buscam por seus direitos em um estado democrático. A RAISM é uma teia de fios resistentes e elásticos que tece diversos caminhos de interlocução e se entrelaçam entre assistência, direitos civis, inclusão social e desinstitucionalização, propondo novas possibilidades na saúde mental e atenção psicossocial. Segue há dezoito anos consolidando o SUS em seus princípios e diretrizes, favorecendo a acessibilidade, equidade e articulando-se intersetorialmente.

O caminho apresentado aqui tem inspirado e despertado curiosidades por todo o Brasil. Por muitas vezes é referenciado como modelo de atenção pautado na reforma psiquiátrica que imprime responsabilidade, respeito, competência e compromisso aos direitos sociais e que também se lança cotidianamente a cuidar e envolver-se com a loucura.

2.7 “É a vez de falar, se ninguém reclama, não conseguimos avançar”: Participação Social

No Brasil o processo de ditadura militar vetou o exercício desse direito, somente com a redemocratização, na Constituição Federal de 1988 é que se garante nos Princípios Fundamentais da Constituinte, a Participação Social. Regulamentada pela Lei nº 8.142/90 a Participação Social se consolida como estratégia de cogestão no SUS e se institui enquanto direito para o cidadão brasileiro estando assim, no campo dos direitos políticos.

A Participação Social no campo da atenção psicossocial implica-se em promover a autonomia e o protagonismo do sujeito (AMARANTE, 2011) sob dois vieses complementares: o primeiro consiste na condução de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), o usuário enquanto parte ativa e integrante das escolhas terapêuticas para a produção de seu cuidado. O segundo viés compreende buscar a inserção desse sujeito nos diversos espaços, e assim convém aos usuários e aos familiares participar da cena pública para desbravar espaços de inserção em suas diversas esferas, incluindo a construção do campo político da sociedade brasileira (AMARANTE, 2011).

Fotografia 4 – Desistitucionalização: discussão coletiva do processo de descredenciamento do Hospital Guararapes em Sobral, CE, 2000.



Fonte: Acervo pessoal de Rejane Amaral

Depois dos gemidos e pedidos de socorro, a passagem de um modelo manicomial hospitalar tradicional de assistência a pacientes com transtorno mental para novas formas de organização e assistência foi inevitável. Em Sobral-Ceará, desde o fechamento do hospital psiquiátrico, tem-se materializado a construção de políticas públicas voltadas para a defesa da vida e que deve ser conquistada permanentemente através de um coletivo que busca uma transformação social. A renovação das estruturas políticas e ideológicas levou-nos a uma ruptura das práticas e ao protagonismo dos próprios sujeitos, agora vistos não como coadjuvantes, mas como escritores e atores de uma história real. Neste exercício de desconstrução foi importante a participação social.

A participação social oferece caráter coletivo aos processos de construção das relações sociais, inerentes às pautas e decisões que afetam a vida da sociedade brasileira. Também se compreende como essencial e legítima para a democracia e o livre exercício da cidadania dos atores sociais, aqui em destaque para usuários e familiares acompanhados pelos CAPS.

Desta forma, o CAPS II Damião Ximenes Lopes tece em seus espaços coletivos um desenho de protagonismo e empoderamento que vai tomando forma com as assembleias e a Associação Encontro de Amigos da Saúde Mental.

A Portaria nº 336/2002 preconiza a composição de grupos compondo a cartela de serviços e ações oferecidas pelo CAPS, deste modo, as assembleias são espaços terapêuticos de exercício da cidadania; sob esta mesma ótica o documento do Ministério da Saúde sobre os CAPS (BRASIL, 2004) estabelece as assembleias como espaços de efetivação de atividades

sociais e políticas, assim legitimados. As assembleias estão contempladas no atual cenário da saúde mental, como uma das modalidades oferecidas, representando um espaço de convivência e discussão de questões referentes à assistência. São importantes instrumentos para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. É uma atividade que reúne usuários, familiares e profissionais e outros atores, para juntos discutirem, avaliarem e proporem encaminhamentos para o serviço e potencialmente fortalecer o protagonismo, autonomia e cidadania dos sujeitos.

Em relação à associação, estas se colocam em contraposição a um regime tutelar e tem favorecido o exercício do direito à cidadania, representando os usuários de forma democrática e defendendo os princípios antimanicomiais, revogando a tutela e subserviência.

É importante apresentar a ideia de uma representação coletiva que se articula em prol da defesa dos direitos civis, baseada na solidariedade, justiça, ética, respeito, dignidade e liberdade. Neste movimento a presença dos sujeitos na vida pública promove uma mudança de conceitos pessoais e consequentemente sociais transformando de dentro para fora, homens e mulheres que se opõem a uma sociedade repressora, promotora da diferença estigmatizante que circunda o sofrimento mental.

A participação dos usuários em espaços de grande significação política demonstra ser possível a defesa de um Estado livre e democrático que se empenhe em promover a vida, com o desejo crescente de alcançar um ponto comum a todos. A luta em defesa da vida não pode nem deve ser levada solitariamente, este caminho só poderá ser percorrido em parceria com diversos atores sociais que defendam uma vida de qualidade, liberta de qualquer poder dominante que estigmatize, explore e fira a consciência moral do cidadão.

Fotografia 5 – Posse da atual diretoria da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, Sobral, CE.



Fonte: Acervo Pessoal da autora

3 METODOLOGIA

Descrever a metodologia empregada para o desenvolvimento de um estudo acerca de um tema específico, ou de um determinado fenômeno social de interesse particular do pesquisador é procurar traçar a trajetória percorrida desde a elaboração das hipóteses preliminares do estudo, da delimitação do objeto investigado, da circunscrição do espaço-tempo no âmbito do qual tal investigação foi desenvolvida, além das técnicas utilizadas para obtenção das informações necessárias durante o trabalho de campo e do método escolhido para análise e construção de conhecimento sobre a realidade estudada.

Ao se investigar a condição de cidadania dos usuários do CAPS II-Damião Ximenes Lopes e os espaços micro- políticos fomentadores da desconstrução do modelo manicomial e potencial agente transformador de paradigmas propõe-se uma pesquisa que faz uso de estratégias e métodos.

Tartuce (2006) aponta que a metodologia científica trata de método e ciência. Método (do grego *methodos*; *met'hodos* significa, literalmente, “caminho para chegar a um fim”) é, portanto, o caminho em direção a um objetivo.

Metodologia é o estudo do método, é o corpo de regras e procedimentos estabelecidos para realizar uma pesquisa; científica deriva de ciência, compreende o conjunto de conhecimentos precisos e metodicamente ordenados em relação a determinado domínio do saber.

É, portanto, o estudo sistemático e lógico dos métodos empregados nas ciências, seus fundamentos, sua validade e sua relação com as teorias científicas. É o método que caracteriza a pesquisa científica. Define os caminhos a serem percorridos para a obtenção dos objetivos. Varia de acordo com os objetivos, com o problema a ser investigado e com as hipóteses (BARROS, 2011)

Em geral, o método científico compreende basicamente um conjunto de dados iniciais e um sistema de operações ordenadas adequado para a formulação de conclusões, de acordo com certos objetivos predeterminados. A atividade preponderante da metodologia é a pesquisa. (TARTUCE, 2006).

Segundo Gil (2007, p. 17), pesquisa é definida como:

(...) procedimento racional e sistemático que tem como objetivo de proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

O referencial teórico que sustentou este trabalho de pesquisa de campo bem como as análises permanentemente e que se seguem durante a fase de consolidação e análise final dos dados - encontra nas discussões realizadas na interface entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Essa escolha advém da premissa de que os estudos em saúde coletiva inserem-se numa dimensão mais ampla dos estudos sobre os homens em sociedade, implicados numa permanente co-produção de sentidos, simbologias, valores e normas ultrapassando, portanto, os limites impostos pela compreensão muitas vezes meramente científica de alguns estudos em saúde.

Minayo (1999, p. 20), aponta que, adentrar no campo da Metodologia da Pesquisa Social é “defrontar-se com diferentes posicionamentos e com questões inconclusivas que estimulam diversos autores ao debate de ideias”.

A construção do conhecimento nas investigações em Saúde Pública está imersa nesta rede de determinantes sociológicos, políticos e ideológicos, que complexificam a tarefa do pesquisador e o impelem a buscar novos caminhos para abordar o fenômeno estudado, além da criatividade necessária para construir, conferir significação às informações encontradas em campo. Em consonância com as palavras de Minayo (1999, p. 21-22) “(...) se falamos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico”.

E ainda conforme Minayo:

A rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isto implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação. (MINAYO, 1999, p. 21-22).

3.1 Caracterização do estudo

O estudo aqui exposto, tem como propósito, cartografar os espaços micropolíticos como espaços livres, que permitam aos sujeitos usá-los de várias maneiras e que sejam capazes de estimular a participação social com vistas à valorização individual e coletiva e eliminar as frustrações de viver em uma sociedade que há décadas vem segregando e gerando diferenças. Para tanto, apresentamos uma pesquisa qualitativa.

Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Aplicada inicialmente em estudos de

Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação.

Uma das formas utilizadas em pesquisa qualitativa para alcançar esta aproximação com o fenômeno estudado é a cartografia. A origem do conceito de cartografia esteve ligada às inquietações que sempre estiveram presentes nos seres humanos em conhecer o mundo que ele habita. Etimologicamente, quer dizer “descrição de cartas”. Porém, esta concepção inicial já trazia a ideia de traçado de mapas.

Se formos entender a cartografia enquanto metodologia, precisamos pensar nas perguntas que ela pode nos ajudar a esclarecer. Ao invés de perguntar pela essência das coisas, o cartógrafo pergunta pelo seu encontro com as coisas durante sua pesquisa. Este tipo de pergunta direciona o processo, entendendo o cartógrafo enquanto criador de realidade, um compositor, aquele que com/põe na medida em que cartografa. Cartografar é antes de tudo uma arte (ALVAREZ; PASSOS, 2009).

O que se percebe na cartografia é que o pesquisador-cartógrafo vai constituindo seus passos estando no próprio campo, de que para cartografar, é preciso estar no território. O pesquisador-cartógrafo não sabe, de antemão, o que irá lhe atravessar, quais serão os encontros que irá ter e no que estes mesmos encontros poderão acarretar. Vem ganhando o interesse dos pesquisadores, pois desenvolvem estudos de características interventivas.

Foi formulada pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari na década de 1960, tendo em vista no entendimento dos autores que os modelos de pesquisas disponíveis na época não se adequavam e não conseguiam dar conta do teor processual do objeto de seus estudos por serem de cunho eminentemente demonstrativos representacionais. Esta metodologia vem sendo praticada em pesquisas voltadas para o campo das ciências da saúde coletiva, sociais e humanas, sobretudo quando os objetos de estudo apontam para análise e acompanhamento dos processos e de produção de subjetividade (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Deleuze e Guattari, no livro *Mil platôs*, oferecem um capítulo bastante interessante, que aborda um tema da botânica, o rizoma. Em botânica, chama-se rizoma um tipo de caule que algumas plantas possuem e crescem horizontalmente, geralmente subterrâneos, mas podem também ter porções aéreas.

O Modelo Rizomático não tem limites em si, ou seja, opera de acordo com o tensionamento dos atores que o constituem. Não é previamente estruturado e se dá em consonância com as necessidades de ajuste. Cabe ressaltar: uma das referências para esta

discussão são as novas formas de organização dos serviços de saúde mental, fruto da reestruturação do setor no Brasil.

Para Alvarez e Passos (2009), a pesquisa cartográfica é menos a descrição de estados e coisas do que o acompanhamento dos processos. A instalação da pesquisa cartográfica sempre pressupõe a habitação de um território, o que exige um processo de aprendizado do próprio cartógrafo. Aprendizado no duplo sentido de processo e de transformação qualitativa nesse processo. Movimento em transformação (COSTA, 2011).

De acordo com, Kastrup, Passos e Escóssia (2009, p.11), “a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *méta-hódos em hódos-metá*”. Tal reversão se faz por uma aposta de experimentação do pensamento. Trata-se de um método que não será aplicado, mas experimentado e assumido enquanto uma atitude de pesquisa.

3.2 Cenário da pesquisa

O CAPS II Damião Ximenes Lopes, célula da rede municipal de saúde, localiza-se no município de Sobral-Ceará a 231 quilômetros da capital Fortaleza, com população de 188.233 no censo de 2010, e com população estimada de 206.644 pessoas para 2018 (IBGE, 2010; 2018).

Em 1998, foi implantado CAPS Damião Ximenes Lopes (Fotografia 6), tendo recebido posteriormente em 2002, pelo Ministério da Saúde a classificação de CAPS II. O dispositivo por não ter sede própria tem estado em diversos endereços. Hoje se localiza em um imóvel alugado no centro da cidade na Rua Maestro José Pedro, n 275 (Fotografia 7).

Fotografia 6 – Primeira localização do Centro de Atenção Psicossocial de Sobral, Ceará, 1988.



Fonte: Acervo pessoal de Rejane Amaral.

Esse serviço é referência para os trinta e seis CSFs do Sistema Saúde de Sobral, atendendo um número expressivo de cidadãos, contando com aproximadamente nove mil e quinhentos prontuários, destes apenas cerca de dois mil são ativos, ou seja, estão em acompanhamento assistencial. É um serviço aberto de base comunitária que integra a RAISM, funciona de segunda à sexta-feira, de 8:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h.

Apresenta em sua estrutura física: recepção, farmácia, posto de enfermagem, duas salas para grupos, oito salas para atendimento individual, cozinha e um refeitório. Se organiza através de uma equipe multidisciplinar e uma coordenação clínica, e RMSM.

Fotografia 7 – Cenário do Estudo: CAPS II Damião Ximenes Lopes, Sobral, Ceará, 2018.



Fonte: Arquivo do CAPS

Fazem parte da equipe multidisciplinar: dois terapeutas ocupacionais, uma psicopedagoga, três recepcionistas, três auxiliares de serviços gerais, quatro vigias, três enfermeiros, dois auxiliares administrativos, três atendentes de farmácia, quatro técnicos de enfermagem, cinco psiquiatras, dois assistentes sociais, quatro psicólogos e um farmacêutico.

Opera hoje em uma lógica territorial e ambulatorial. Nesse sentido, é essencial dialogar e refletir sobre como se constroem e se organizam os processos de trabalho. Tal configuração, nos leva a questionamentos que agem como processos desinstaladores, apontando para a retomada de questões, aprofundamento de discussões e possíveis modificações da realidade.

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer nos contextos reais de vida das pessoas. O cuidado é desenvolvido por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, ultrapassando o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos do território. (BRASIL, 2012, p.10).

Criativo e crítico, os incômodos tornam capaz o diálogo, transformando uma realidade estática em um processo dinâmico na condução para mudança de paradigmas. Comprometendo-se com o sujeito para o exercício de sua autonomia e protagonismo, executor de seu papel de cidadão, comprometido com uma transformação social, política e filosófica.

Portanto, a ideia de uma transformação social deve seguir a égide de uma política baseada na construção de novos sujeitos que buscam por seus direitos em um estado democrático.

Dentre as várias estratégias que consolidam a política de saúde mental do município ressalta a Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental e as Assembleias de usuários e trabalhadores. Sendo estes os espaços utilizados para pesquisa. As assembleias acontecem mensalmente no CAPS II, seguindo uma agenda organizada pela gerência do serviço onde os usuários, trabalhadores e familiares encontram-se na primeira quarta-feira de cada mês no turno da manhã, e é conduzida por trabalhadores e usuários. Dentre estes, os que mais comparecem são os que frequentam o CAPS todos os dias, por apresentarem sinais de cronificação e um precário nível socioeconômico e familiar.

A retomada da assembleia ocorreu em 18 de abril de 2013 na sede do CAPS. O momento surgiu da necessidade de aproximar os usuários de questões às quais a RAISM atravessava naquele momento, aqui relatadas anteriormente, para que pudessem formular questionamentos e que as incertezas fossem ditas e compartilhadas. Inicialmente foi conduzida por um psicólogo e um assistente social que explicaram para os que ali estavam os objetivos do momento e sua importância. Na ocasião utilizou-se de recursos metodológicos para que fossem levantadas problemáticas apontadas pelos usuários em atividades grupais previamente elaboradas pela equipe. Os questionamentos foram transcritos, discutidos e em todos os momentos, usuários e familiares fizeram apontamentos e problematizaram. Ao final da assembleia foi lançada a seguinte reflexão: o que queremos construir na próxima assembleia?

A partir da consolidação desse momento, seguem-se as assembleias até os dias atuais, sendo importante registrar a necessidade coletiva do resgate da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, ferramenta social importante que esteve inativa de 2007 a 2012, comprometendo a participação e o envolvimento político. A necessidade do resgate surgiu como pauta na XXVII assembleia realizada em 02 de setembro de 2015, na sede do CAPS Damião Ximenes Lopes, onde foi contextualizado o cenário atual da rede, apresentando as dificuldades que permeavam o serviço comprometendo a assistência. Dentre as insatisfações, citam-se a condição delicada de vínculos empregatícios conferidos pela Secretaria de Saúde, que afetam e fragilizam a relação entre usuário e trabalhador comprometendo a reforma e os

princípios da luta antimanicomial. Assim sendo, foi deliberada a eleição dos membros da associação, apresentando-se no momento, chapa única para nova diretoria.

Deste modo, em 07 de outubro de 2015 durante a XXVIII assembleia de usuários e familiares do CAPS ocorreu à votação para os novos membros da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental. Trata-se de uma entidade civil, sem fins lucrativos, políticos ou religiosos, fundada em 30 de abril de 2003 como uma forma de consolidar uma política de saúde mental no município de Sobral-Ceará e a inclusão social pelo trabalho.

Com objetivos específicos de: realizar um trabalho visando à aceitação dos familiares e da comunidade em relação à pessoa com transtorno mental, em busca do reconhecimento de suas potencialidades, como também o estímulo na implementação de atividades e valorização de seus esforços; estabelecimento de parcerias públicas ou privadas; desenvolvimento de atividades de cunho social, cultural, político e econômico que favoreça o exercício da cidadania dos sócios e de seus familiares; busca de financiamento para projetos de caráter sócio habilitador e capacitação profissional, propiciando a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados (BARROS; JORGE, 2011).

Em sua 3ª diretoria eleita em dezembro de 2017, para um mandato de dois anos, a Associação conta com vinte associados envolvendo usuários, trabalhadores, profissionais e membros da Diretoria Executiva e Conselho Fiscal que se reúnem quinzenalmente na sede do CAPS II às 17h. Atualmente a diretoria está sendo coordenada por um profissional da RAISM que também se representa como familiar, esposa de um usuário. Os demais membros são usuários e contam com o apoio de um assistente social.

O coletivo construído segue a lógica antimanicomial e organiza-se como um movimento social de participação popular. Fomenta processos de participação social de pessoas em sofrimento mental e é parte do cuidado em saúde. Surge enquanto estratégia de promoção de saúde através da autonomia e protagonismo dos sujeitos cuja sociedade historicamente os excluiu, contribuindo para as transformações sociais, em busca de uma cidadania.

3.3 Participantes da pesquisa

Os atores (sujeitos) do estudo foram usuários, familiares e profissionais que aceitaram participar através da anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e que se enquadrem nos seguintes critérios de inclusão.

Critérios de inclusão para os Profissionais: a) profissionais que trabalhem no CAPS Tipo II, de qualquer categoria profissional; b) trabalhadores que, na época da coleta de dados,

estão com vínculo trabalhista com o município, contrato temporário, contrato de serviço prestado e servidor público.

Inicialmente, propomos nos critérios de inclusão para profissionais, apenas os que estivessem a no mínimo cinco anos de atuação no CAPS, porém, devido a frequente rotatividade de profissionais e a fragilidade de vínculos, surgiu a demanda de alteração desse critério para tornarmos possível a participação dos profissionais na pesquisa.

Critério de exclusão para profissionais: a) que não aceitaram participar da pesquisa.

Critérios de inclusão para usuários: a) usuários maiores de dezoito anos; b) que estejam sendo acompanhados no CAPS II.

A princípio, pretendíamos delimitar nos critérios de inclusão apenas usuários que estão sendo acompanhados há no mínimo dois anos pelo serviço, entretanto, percebemos que o exercício da cidadania precisa ser reconhecido por todos, em qualquer momento de sua experiência, a partir dessa premissa, compreendemos a necessidade de inclusão dos usuários de forma mais ampla.

Critério de exclusão para usuários: a) que não aceitaram participar da pesquisa.

Para cumprir os critérios relacionados aos usuários foi necessário acessar a folha de identificação dos prontuários que contém a data de nascimento e os registros de acompanhamento pelo serviço. O acesso aos prontuários dos usuários foi possível por meio da autorização da Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, para tanto se utilizou o Termo de Compromisso para Utilização de Dados em Documentos (ANEXO A).

Salientamos que cuidamos aspectos éticos da pesquisa estabelecendo mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida dos usuários, conforme preconiza a Portaria nº 1.820, do Ministério da Saúde, reforçada pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011b).

Critérios de inclusão para familiares: a) maiores de dezoito anos; b) tenham parentesco seja de primeiro grau (mãe, pai e/ou filhos (as), ou companheiros, com usuários que estão sendo acompanhados c) que os acompanham nos atendimentos individuais e/ou coletivos.

Para contemplar esse critério de inclusão, foi acessado o prontuário do usuário, que registra em evoluções a presença do familiar em atendimentos individuais

Critério de exclusão para familiares: a) que não aceitaram participar da pesquisa.

O TCLE foi apresentado aos participantes das Assembleias e da Associação, juntamente com os objetivos da pesquisa, benefícios e seus riscos mínimos, e de forma individual para cada sujeito, pediu-se que os mesmos assinassem o TCLE a fim de que

pudessem ser seguidas as orientações éticas da pesquisa, e foi entregue uma cópia do termo para cada participante.

3.4 Procedimentos da pesquisa

A técnica para a coleta de informações foi subsidiada pela Observação Participante.

Visto que, a técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

A inserção do pesquisador no campo está relacionada com as diferentes situações da observação participante por ele desejada. Num polo, temos a sua participação plena, caracterizada por um envolvimento por inteiro em todas as dimensões de vida do grupo a ser estudado. Noutro, observamos um distanciamento total de participação da vida do grupo, tendo como prioridade somente a observação. Ambos os extremos mencionados envolvem riscos que devem ser avaliados antes de serem adotados. Entre esses polos extremos encontramos variações da técnica. Uma dessas variações diz respeito ao papel do pesquisador enquanto participante observador. Nessa situação, o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como sendo restrita ao momento da pesquisa de campo. Nesse sentido, ele pode desenvolver uma participação no cotidiano do grupo estudado, através da observação de eventos do dia-a-dia.

Outra variação se refere ao pesquisador enquanto observador participante. Isso corresponde a uma estratégia complementar às entrevistas, sendo que essa observação se dá de forma rápida e superficial. Essas variações descritas só podem ser concebidas para fins de análise. Na realidade, nenhuma delas ocorre puramente, salvo em condições especiais. As questões centrais da observação participante estão relacionadas aos principais momentos da realização da pesquisa, sendo um deles a entrada em campo. As capacidades de empatia e de observação por parte do investigador e a aceitação dele por parte do grupo são fatores decisivos nesse procedimento metodológico, e não são alcançados através de simples receitas. Um maior

aprofundamento sobre o assunto pode ser buscado em Cicourel (1980), que aborda aspectos da teoria e do método em pesquisa de campo.

Sobre o registro das falas dos atores sociais que participaram da investigação, observamos que é possível trabalharmos com um sistema de anotação simultânea da comunicação, a fim de que não seja perdida nenhuma informação. Diante disso, solicitamos anuências dos participantes através do TCLE, bem como do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos (APÊNDICE D).

Foi utilizado um Roteiro da Observação Participante (APÊNDICE C) e adotamos o diário de campo como instrumento para o registro de dados, onde colocamos percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidos através da utilização de outras técnicas.

Nesse método pretendeu-se investigar a participação efetiva dos usuários, familiares e profissionais nas assembleias e na Associação, como espaços políticos e seu papel na atenção psicossocial. Ambos se utilizam da participação para se fazer política e produzir autonomia, protagonismo e empoderamento, para o efetivo exercício da cidadania.

3.5 Interpretação e análise dos resultados da pesquisa

Com o intuito de organizar, sumarizar e interpretar os dados, elegemos a técnica de categorização temática (MINAYO, 2007) que está fundamentada nos pressupostos da Análise de Conteúdo que diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos, em comum, as definições ressaltam o processo de inferência.

A análise de conteúdo, como técnica de coleta de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. É uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los (MINAYO, 2007; BERELSON, 1952).

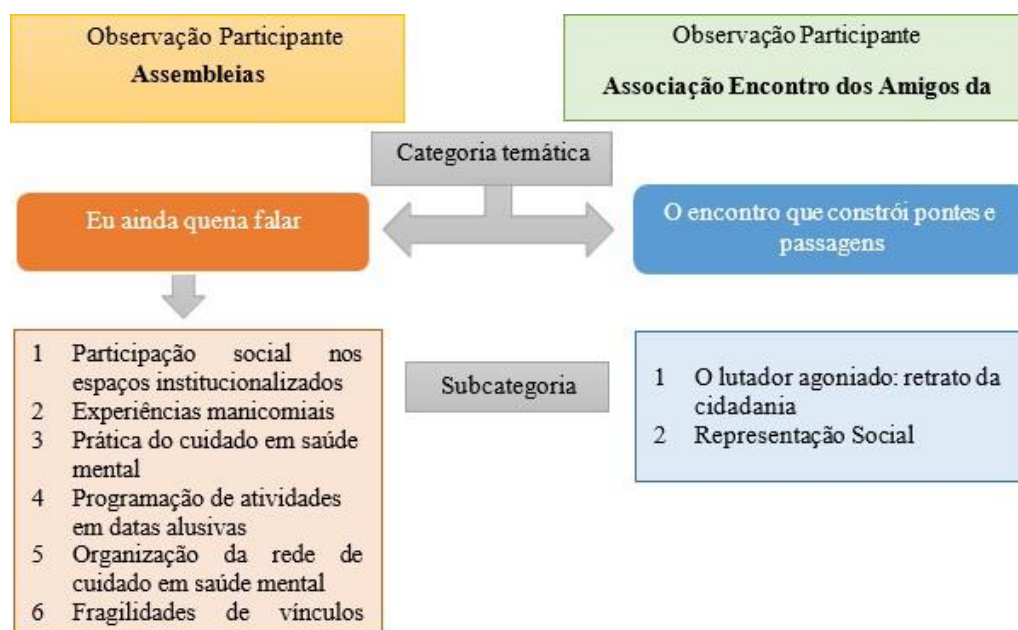
Como modalidade de análise de conteúdo acredita-se que Categorização Temática é a que mais se aproxima dos objetivos do estudo, pois objetiva descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequências das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância,

valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

Devido a extensão e a intensidade das informações coletadas, tanto na assembleia quanto na associação, optou-se por sistematizar, primeiramente, em duas Categorias Temáticas centrais, como pode-se observar na figura abaixo. Cada categoria central diz respeito um momento de observação participante, a primeira intitulada: Eu ainda queria falar; é referente as falas e compartilhamentos durante a assembleia, nesta emergiram mais seis subcategorias que reafirmam a necessidade de ampliar os olhares enquanto o cuidado em saúde mental e a transposição da lógica manicomial.

Por seguinte, a segunda categoria: O encontro que constrói pontes e passagens; manifesta-se durante o momento na Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, e nesta há duas subcategorias: o lutador agoniado: retrato da cidadania; representação social.

Figura 1 – Sistematização das Categorias Temáticas e das subcategorias.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Submetemos esta pesquisa para apreciação da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e, com anuência, através do Parecer Protocolo nº 0007/2018 (ANEXO B), logo

em seguida, submetido para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA/PROPEAQ) com Protocolo do CAAE nº 88790218.2.0000.5053, cumprindo as exigências da Resolução nº 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Todos os participantes preencheram e receberam uma cópia do TCLE e o Termo de Autorização de Imagens e Depoimentos (APÊNDICE D), sendo informados dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos, benefícios e possíveis riscos e da preservação de sua privacidade, contemplando todas exigências éticas e científicas fundamentais.

De acordo com o exigido, a investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos, tais como se apresentam: autonomia, a qual implica consentimento livre e esclarecido dos indivíduos - alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Portanto, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los com dignidade, respeito à sua autonomia, defendê-los diante da vulnerabilidade.

No estudo proposto, a autonomia do sujeito ocorreu por meio da assinatura do TCLE, no qual os sujeitos foram informados acerca da temática a ser pesquisada, dos objetivos da pesquisa e sobre os princípios éticos postulados na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

Foram, porém, informados de que poderiam retirar seu consentimento em qualquer momento, caso não desejassem mais continuar participando da pesquisa, sem que isso acarretasse danos ou constrangimentos de qualquer natureza. A assinatura do TCLE pelo sujeito da pesquisa ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da UVA, mediante a aceitação dos interessados em participar da pesquisa.

Optamos por utilizar codinomes, objetivando à garantia do anonimato. Nesse sentido, durante o processo da coleta de informações, nos deparamos com os seguintes codinomes: andorinha, construtor e Marias.

A palavra, Andorinha, estará relacionada aos usuários do nosso estudo, ela surgiu logo no começo da intervenção, quando um usuário relatou que “*várias andorinhas fazem verão*”, remetendo a luta antimanicomial, que vem sendo travada pelos usuários, por seus familiares e pelos profissionais.

Para os trabalhadores, utilizamos a palavra Construtor, no sentido da música Construção de Chico Buarque, fazendo alusão a construção da saúde mental, onde os

trabalhadores estão permeados por momentos onde a teoria e prática podem transformá-los em máquinas, mas, ao mesmo tempo, eles realizam um desenho mágico, (des)construindo paredes, estigmas e preconceitos existentes na saúde mental, para com os usuários e seus familiares.

Subiu a construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas
Tijolo com tijolo num desenho mágico
Seus olhos embotados de cimento e lágrima
(BUARQUE, 1971).

Para os familiares, optamos por utilizar a palavra Marias, em alusão as mães, pais, familiares e amigos que são fortes, que riem nos momentos difíceis nesse caminhar pela busca da saúde mental, que mistura em seus corpos a dor e alegria de serem Maria, em alusão a música de Milton Nascimento e Fernando Brant, Maria Maria:

Maria Maria
(...)
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
(NASCIMENTO; BRANT, 1980).

Ainda como princípio da bioética, incluiu-se também a beneficência, porquanto a pesquisa deve prevenir riscos, promover benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Outro fator relevante no relacionado aos princípios da bioética é a não maleficência. Este princípio garante que os danos previsíveis sejam evitados. Assim, em nenhum momento estiveram expostos a situações constrangedoras ou a algo com o qual não concordassem ou que não desejassem. Dessa maneira, os sujeitos da pesquisa foram isentos de danos e agravos de qualquer natureza. Ainda como princípios relevantes, destacam-se, conforme exigido, a justiça e a equidade.

A pesquisa foi relevante socialmente, ofereceu vantagens significativas para os participantes e minimização de ônus para estes, garantiu igualdade nas considerações dos interesses envolvidos. Tais princípios básicos asseguraram os direitos e deveres relacionados ao respeito à comunidade científica, ao sujeito da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1995). Por conseguinte, o princípio da justiça e da equidade, assim como os demais foram plenamente

contemplados. Dessa maneira, a pesquisa representou um ganho individual e coletivo, tanto no tempo presente quanto no futuro.

4 E EU AINDA QUERIA FALAR...

*Você também tem que dizer!
Diz! Porque as palavras têm poder.
Mas não adianta só dizer.
Você também tem que fazer!
Faz! Porque você só vai saber se o final vai
ser feliz depois que tudo acontecer.
Gabriel Pensador*

A aproximação com o campo da pesquisa, a saber, a Assembleia, ocorreu durante a realização das atividades que já fazem parte da cartela de serviços oferecidos pelo CAPS e a Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, nos encontros quinzenais dos associados envolvendo usuários, trabalhadores, profissionais e membros da Diretoria Executiva e Conselho Fiscal. No percurso foi importante perceber a participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares e a necessidade de inovar no olhar e nas ferramentas para produzir não somente intervenções no coletivo, mas também no cuidado individual.

Concordando com Feuerwerker (2011), é nesses momentos que a análise da micropolítica se utilizando da cartografia, se faz importante para dar visibilidade ao desenho e a dinâmica em ato do emaranhado de linhas e planos que configuram o real social em determinado momento e sob certos pontos de vista. Não seria “na estrutura e na superestrutura da sociedade que encontraríamos as respostas para as dificuldades de transformação das práticas” (FEUERWERKER, 2011, p. 37).

Assim sendo, faz sentido investirmos nas pessoas e em suas relações cotidianas concretas, buscando politizar tais ações, estabelecendo conexões com todos os processos vivenciados para que os aspectos que envolvam o estigma, a tutela e a interdição social e jurídica não recaiam sobre estes usuários e contribuam para o não empoderamento e o não reconhecimento destes enquanto cidadãos e atores do processo participativo e do controle social. Com base nisso, consideramos que se movimentar na direção da desinstitucionalização significa produzir emancipação e autonomia não tutelada, inventar agenciamentos que produzam interferências na ordem social estabelecida, investir contra o "asilo ilimitado" e a céu aberto tal como Foucault (1999) indicava.

Neto (2015, p. 403) esclarece que "a micropolítica opera no detalhe, por meio de fluxos de intensidades que podem ser extensivos ao conjunto do corpo social, mas possuem um caráter de imprevisibilidade”.

No primeiro encontro houve a apresentação da pesquisa aos coletivos e a solicitação da permissão para participar dos próximos momentos de reunião destes atores. Também se

esclareceu o objetivo da pesquisa, seus possíveis benefícios e riscos e o modo e o tempo em que se dariam as atividades da pesquisadora. No momento, houve a apresentação, leitura e aceite por parte dos participantes do TCLE, sendo exposto de forma clara e objetiva que a qualquer momento, caso desejassem, os participantes poderiam retirar o seu consentimento.

As observações dos encontros e da fala dos usuários nas assembleias proporcionaram o surgimento de eixos importantes para análise do estudo: Participação Social nos Espaços Institucionalizados, Experiências Manicomiais, Prática do Cuidado em Saúde Mental, Organização da Rede de cuidado em Saúde Mental, Programação de Atividades em Datas Alusivas e Fragilidade de Vínculos Empregatícios. De cada eixo surgiram sínteses originadas das ideias centrais.

4.1 Participação social nos espaços institucionalizados

As assembleias e a Associação dos usuários fazem parte da exploração dessa pesquisa, pois já estão no cronograma de atividades do CAPS II – Damião Ximenes Lopes, enquanto espaços micropolíticos de encontros entre usuários, trabalhadores e familiares. Nos leva a questionar esses espaços como sendo não somente o exercício da autonomia e do empoderamento, mas com tudo que sejam capazes de repelir qualquer possibilidade de reprodução manicomial.

Ao longo das idas ao campo percebemos que os participantes se envolvem na atmosfera do encontro. As emoções se entrelaçam entre sorrisos, alegria, euforia, ansiedade, tristeza, angústia e esperança e assim externalizavam seus desejos e sentimentos. Ao chegar ao local que se realizava os encontros, nos primeiros momentos me reservava e ficava observando o comportamento dos participantes. Repetidas vezes percebi um ambiente menos denso. Me parecia haver uma ruptura do fazer naturalizado e burocratizado. Os profissionais por não terem em suas agendas atendimentos programados circulavam e participavam de uma forma mais espontânea, compreendendo que aquele momento se faz necessário abdicar de normas e permite a livre expressão dada pela palavra.

Deixo claro que há uma forma de organização e condução da atividade que se repetiu durante a realização da pesquisa. O grupo responsável pela concretização da assembleia, em geral, são os trabalhadores e residentes da RMSM. O tempo para organizar o espaço da recepção para que a assembleia aconteça leva em torno de meia hora, em que se há uma modificação do espaço físico e subjetivo do CAPS, a cena é de um arrasta birô pra cá, cadeiras pra lá, e o coletivo vai contribuindo para o encontro, entre sorrisos, abraços, cumprimentos,

suor, abano. Todos vão se acomodando em um clima de cordialidade. Por voltas de oito e meia inicia-se oficialmente a assembleia. Organizadores se apresentam, dão boas vindas e convidam o usuário para fazer a leitura da ata anterior descrita por trabalhadores e residentes cuidadores da última assembleia. Em seguida, é proposta a retomada das discussões anteriores e conclusão de demandas solicitadas e pendentes. Em todos os encontros observados na pesquisa tinham entre vinte e trinta participantes. Há na face e no comportamento dos participantes sinais de apatia e descontentamento, como também de interesse e satisfação. Alguns se debruçam sobre o colo de seus familiares, adormecem, levantam-se, circulam, conversam.

Como já citado, todas as assembleias foram conduzidas por profissionais, sendo limitado o espaço legítimo para fala do usuário. Reconhece-se que essas vozes, de uma forma ou de outra, tiveram lugar em alguns momentos. No entanto, observa-se uma distância entre o lugar de fala do usuário e a sua efetiva escuta e participação. Esta distância diz respeito tanto às relações que possuem um caráter normativo de cumprimento das agendas da política de saúde mental, isto é a institucionalização da participação social, como também ao processo de enfraquecimento, desarticulação e apatia de causas multifacetárias das quais, os interesses políticos e econômicos, possuem importante influência. Ao final do encontro me aproximei de um usuário e lhe perguntei: você acha que esses encontros são importantes e como você se sente participando desse momento?

Acho bom, quando a gente vem pra cá e faz a reivindicação e fica aguardando lá, feito por escrito e nunca aparece, se a gente não for atrás não funciona, nós mesmos não temos respaldo né? – Andorinha 1

O depoimento acima citado me fez repensar a questão da desinstitucionalização e do paradigma manicomial, que não mais se restringe aos muros manicomiais revestidos de concreto, mas agora habita em todos os espaços e de forma velada, o que o torna mais perverso e desumano. Esses fragmentos indicaram um processo de restrição sobre os espaços micropolíticos que acontecem no CAPS, visto que aponta uma fragilização e uma potente captura de seu poder representativo enquanto cidadão.

Feuerwerker (2014), nos leva a considerar que a desinstitucionalização e a subjetividade seriam também elementos fundamentais para a produção de novas práticas de saúde, incluindo também a participação e o pertencimento em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes. Ou seja, um CAPS se configura como dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos segundo o modelo hegemônico dentro do hospital, do ambulatório ou do manicômio, eles se configuram como um terreno do trabalho vivo em ato instituinte de novidades; possibilitando a produção/

invenção de práticas cuidadoras e implicado com um agir autopoietico na saúde, “Existe grande potência nesses arranjos. Precisamos aprender com eles” (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016, p. 45).

Diante desses desafios colocados na participação popular em saúde, o campo da saúde mental enfrenta agravantes relacionados ao próprio modo de subjetivação e lugar social que o louco ocupa. Este modo de subjetivação ainda permeia o campo da saúde mental refletida num discurso de incapacidade perante as decisões que lhe dizem respeito. Tal discurso aliado à experiência de adoecimento e a falta de acesso à educação formal, ao trabalho e a formação política redonda em uma postura passiva do usuário que acaba designando a outrem a competência para decidir e lutar por seus direitos (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

As assembleias realizam-se uma vez ao mês, fazendo parte da agenda do CAPS. Acontece na recepção do serviço, em uma sala adaptada para receber a todos que ali chegam. Sua estrutura física pode ser descrita como um espaço com formato irregular, comprida e estreita, com uma coluna de alvenaria ao lado, escada e acomoda também o setor de farmácia. Com iluminação natural e temperatura desagradável (quente e seco), nesse espaço acomodam-se birôs, cadeiras, armários de aço que arquivam prontuários, computador, televisão e telefone. Faz-se necessário descrever detalhadamente o espaço físico, pois este interfere diretamente no evento. As atividades do serviço se iniciam às 8 horas da manhã, horário de chegada comum aos trabalhadores, usuários e familiares.

Alguns pacientes e seus familiares já conhecem o momento da assembleia, logo aguardam na recepção o início desse momento. Aqueles usuários que ainda não conhecem a assembleia e que vieram ao serviço devido a outras demandas são surpreendidos com a informação de que somente poderá ter sua demanda atendida após o término da assembleia, motivo que causa estranhamento, pois estes na urgência psíquica de suas demandas ou por outros motivos, ignoram a orientação de participar da assembleia e tencionam os profissionais de saúde para que o atendimento ocorra prontamente.

O não desejo ou não compreensão em participar da assembleia pelo usuário gera mal-estar nos participantes, pois os mesmos compreendem que é necessário o alinhamento das necessidades para que possam contemplar um coletivo e não somente um bem individual. Ressalto que demandas de atendimento à crise são prontamente vistas, assim, estes usuários não necessariamente devem participar da assembleia.

Percebemos na situação descrita que há uma dificuldade para estabelecer a mobilização dos usuários a uma participação social, ocasionado pela não afetação, não

valorização social, ausência de interesse, ou falta de esclarecimento sobre o momento tanto dos usuários quanto dos familiares em participar da assembleia, pois se por um lado parece existir uma postura de negação em participar desse momento pelos usuários e seus familiares, por outro lado os trabalhadores a cumprem como uma atividade normatizada que já faz parte da cartela de atividades oferecidas pelo CAPS.

A assembleia é um espaço de usuários, de vocês (...), o coletivo tentando buscar direitos” – Construtor 1

Para Amarante (2011) a Participação Social no campo da atenção psicossocial implica-se em promover a autonomia e o protagonismo do sujeito sob dois vieses complementares: o primeiro consiste em que o usuário se implique enquanto parte ativa e integrante das escolhas terapêuticas para a produção de seu cuidado. O segundo compreende buscar a inserção desse sujeito nos diversos espaços, e assim convém aos usuários e aos familiares participar da cena pública para desbravar espaços de inserção em suas diversas esferas, incluindo a construção do campo político da sociedade brasileira.

A esse respeito Figueiro e Dimenstein (2010) apontam que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, os usuários ainda seguem como espectadores nesse processo, sendo preciso a retomada do protagonismo. As Assembleias possibilitam essa apropriação pelo usuário, ao propor a efetiva participação na gestão do cotidiano da instituição.

Em relação à Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental enquanto outro cenário da pesquisa ocorreu em três momentos. As reuniões da associação acontecem quinzenalmente em salas do CAPS II, ao final do turno da tarde. O primeiro momento foi de um clima festivo, pois se tratou da posse da Diretoria Executiva e Conselho Fiscal, gestão 2018/2020. O pleito aconteceu em assembleia geral onde os nomes de candidatos e propostas foram apresentados. Seguiu-se com contagem de votos, presenciados por todos e resultado apresentado pelo presidente, sendo vitoriosa a chapa Juntos Somos Mais Fortes. A solenidade de posse aconteceu em um auditório amplo, refrigerado, assentos confortáveis em um clima acolhedor. No auditório estavam presentes usuários, familiares, residentes e um número expressivo de trabalhadores da RAISM.

No contexto de posse da nova gestão, o que se observou foi uma expressão da importância da consolidação de movimentos que representem o desejo e a vontade do povo. Ao ser convidado a falar o presidente eleito convoca a todos para uma luta coletiva e expressa a sua emoção quando agradece a confiança e responsabilidade conferida a ele:

Meu coração está quase voando, estou muito feliz, espero que vocês me apoiem, várias andorinhas fazem verão. – Andorinha 2

Desta forma a assembleia foi assinalada enquanto espaço político e democrático, onde todos têm sua importância. Entre aplausos, sorrisos e abraços, percebi que havia um fortalecimento e uma retomada da identidade de cada um, através daqueles que os representavam. Senti uma identificação nos pares. As falas dos representantes durante suas apresentações ao coletivo corroboram para o sentimento de pertencimento e de vontade de fazer a participação social acontecer.

(...) precisamos ser enxergados como gente, precisamos de apoio, queria que a associação fosse em frente, se a associação for em frente eu também vou. – Andorinha 3

É importante assinalar que a participação nesses espaços é potente e produz transformações tanto no processo de envolvimento político quanto na vida desses atores. A afirmativa do usuário é fundamental a partir da premissa de que "a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político" (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 84). Não há dúvidas que esta participação ganha maior legitimidade, empoderamento e força política quando se dá de forma organizada pela via de associações.

Na assembleia de posse dos representantes legais da Associação percebe-se que usuários, familiares e profissionais de saúde se fazem presentes, com uma quantidade maior de trabalhadores, o que demarca que deve-se investir ainda mais na inclusão dos usuários e familiares, como podemos ver:

Só tô vendo trabalhador, tô adorando isso aqui. – Andorinha 4

Tenho gratidão, é bom, se todos os familiares participasse era maravilhoso. – Andorinha 5

Sobre esse aspecto Camargo (2004), comenta:

(...) incluir os pacientes e familiares na gestão do cotidiano institucional, oferecendo espaço para que possam co-responsabilizar-se pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem. Essa estratégia visa a uma maior horizontalização das relações de poder dentro do tratamento, um dos objetivos do processo de reabilitação psicossocial. Caracteriza-se idealmente, como um espaço de exercício e resgate da cidadania. (CAMARGO, 2004, p.111).

A relação e a implicação da família no processo de cuidado também passaram por quebra de paradigmas, variando de acordo com a realidade sociocultural e econômica no decorrer do tempo e do espaço. Os manicômios caracterizavam-se como espaços de exclusão e

segregação, com esta prática as famílias não tinham lugar de destaque e eram consideradas como mais uma parte da sociedade a ser protegida da influência negativa do convívio com a loucura (SILVA; MONTEIRO, 2011).

Pinho *et al.* (2010, p. 111) afirmam que o protagonismo “é construído na convivência recíproca do cotidiano, quando serviço, família e usuário se entendem como parceiros, compartilham as dificuldades e propõem alternativas”.

A implicação familiar em qualquer modalidade de atenção é necessária, pois envolver-se no processo de reabilitação do sujeito com demandas específicas requer empatia e uma considerável dose de conhecimento para lidar com as dificuldades e complexidades muitas vezes causados pela falta de habilidades. Mais precisamente nos casos de adoecimento mental, podemos dizer que o envolvimento familiar minimiza os sinistros prejuízos causados pela estigmatização.

Segundo Petry (2005), desde a desinstitucionalização dos doentes mentais crônicos tem-se percebido a necessidade de que haja uma rede de serviços que possa dar suporte ao indivíduo e à sua família para amenizar as dificuldades encontradas no dia a dia, devendo a intervenção familiar fazer parte da rotina dos serviços de saúde mental. Para isso é preciso que o serviço de saúde seja sensibilizado a resgatar a relação entre pacientes e familiares

4.2 Experiências manicomiais

A assembleia promove um encontro político de participação social da pessoa com sofrimento em prol da luta pelos seus direitos, ao mesmo tempo em que evoca experiências de cada um com a sua doença, assim, alguns se sentem movidos a falar de suas vivências mnemônicas sobre o tempo da existência de instituições manicomiais, tais como:

Lá nós tinha medo dos cara bater na gente. Eu sofri, tinha brigas, lá eu ficava trancado, a parede era grande não podia sair, eles querem fazer as coisas com a gente lá. Vi coisa muito triste, tentavam se matar, fugir, brigar. – Andorinha 7

Brigava por comida, amarrava e desaparecia depois era achado morto, crime sem solução, eu vi o sofrimento lá. – Maria 1

Nós somos libertos, nós íamos pro cemitério com certeza. – Andorinha 8

O relato das experiências manicomiais acontece de forma espontânea em todas as assembleias, os que querem falar levantam as mãos e sinalizam o desejo O direito de tomar a palavra, alguns complementam a fala do outro. Percebo que se expressam no medo de que se repita a flagelação e desrespeito e que há um grito de socorro que ecoa.

Para Junqueira, Carniel e Mantovani (2013), frequentemente os participantes se utilizam do grupo para contar sobre alguma notícia, experiências, novidade pessoal, ou ainda sobre as dificuldades pelas quais estão passando. Isso reafirma uma das dimensões do grupo, que é o compartilhamento de sentimentos e experiências, auxiliando na redução do isolamento social e no fortalecimento coletivo.

Percebo que em alguns momentos o profissional que conduzia a assembleia tomava a palavra para si, com o desejo de amenizar e se solidarizar com o sofrimento. Nesse desejo interrompia o processo elaborativo dos usuários e familiares, mesmo o usuário expressando o desejo em falar, era calado de forma atropelada, prevalecendo à opinião e a experiência do profissional:

Eu ajudava muitos a fugir, ali é uma prisão psicológica e medicamentosa...devemos entender e sentir o sofrimento, ir pra consulta médica, tomar os remédios e participar das atividades, pra nós dito normais é difícil. – Construtor2

Esses paradoxos são encontrados, apontados e discutidos por alguns autores como Amarante (1995 e Yasui e Costa-Rosa (2008) que considerarem a atuação dos profissionais um desafio, pois propõe uma retomada de valores e posições na contramão de um modelo hegemônico.

Sobre este aspecto, Amarante (1995, p. 48) afirma que é:

[...]preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização para falar sobre si, da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamenta a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado.

Yasui e Costa-Rosa (2008, p.35) apontam sobre aspectos do fazer em saúde mental:

[...] é preciso estarmos sempre atentos para que nas finas teias do cotidiano não sejamos capturados pela lógica do conformismo e da repetição, pois este é um processo que se constrói em um movimento contínuo de desfazer e fazer, desconstruir e construir. Desconstruir conceitos e categorias, as modalidades dos vínculos intersubjetivos, inventar novas possibilidades semânticas e teóricas, desfazer os limites disciplinares para tornar novas as produções.

Nos relatos das experiências manicomiais havia sempre um mal-estar profundo devido às histórias de cada um, com uma escuta silenciosa do sofrimento do outro. A fisionomia de impacto pelos relatos dos familiares e profissionais era visível, balançavam a cabeça negativamente e assustados eram absorvidos pelo silêncio de suas próprias falas e questionados em seus pensamentos. Ao questionar a um familiar como se sentia diante da revelação manicomial ali descrita, escuto:

Era um horror, fico triste em saber que meu irmão estava num lugar como aquele, mas era o que tinha ainda bem que fechou. — Maria 2

Ainda bem que minha filha que é doente não pegou esse tempo, já tinha o CAPS, fiquei com pena deles, coitado. — Maria 3

Há entre os usuários a percepção de que ainda paira um pensamento e cultura manicomial na cidade, pois o preconceito contra as pessoas com sofrimento psíquico existe, como expresso na fala a seguir:

Aqui em Sobral tem muito preconceito com a gente, olha o doido do CAPS, sou escoteiro, sou atleta, tomo meu remédio todo dia, sou inteligente, faço tudo, foi uma depressão horrível. — Andorinha 9

Diante da expressiva e contundente colocação de um usuário, fica claro que o processo de desinstitucionalização tem se reduzido a desospitalização. O aparato manicomial e o estigma da loucura, circundam gestos, olhares e atitudes.

Thornicroft *et al.* (2007) propõem que o estigma associado aos transtornos mentais é composto essencialmente por três elementos: ignorância (por exemplo, falta de ou conhecimento inadequado sobre os transtornos mentais), preconceito (crenças e atitudes negativas direcionadas às pessoas estigmatizadas, que incluem não somente pensamentos negativos como também emoções negativas: raiva, hostilidade e repugnância) e discriminação (comportamentos evitativos e de rejeição direcionados às pessoas estigmatizadas). O indivíduo pode ser impedido de se envolver ou se engajar em situações como interações sociais, trabalho, educação, vida comunitária, entre outros, prejudicando sua participação social e consequentemente sua saúde. Dessa forma, diminuir o impacto do estigma da doença mental é certamente um dos maiores desafios para a melhora das condições de saúde mental em uma comunidade.

Para Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2001) e Amarante (2009), o exercício da participação política e do controle social na reforma psiquiátrica deve dar continuidade ao projeto de superação do modo asilar e todas as suas consequências, inclusive a superação de estigmas, dando lugar ao modo de atenção psicossocial que não se limita apenas à criação de novos modelos assistenciais, mas envolve também outras dimensões teórico-práticas que dizem respeito à construção da cidadania e a transformação das relações com as pessoas portadoras de transtorno mental nos diferentes âmbitos da vida.

É preciso insistir, não é no hospital que se exercita o isolamento e a violência moral: é no conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, o manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, poderes e saberes, é o conjunto de aparatos

científicos, legislativos, administrativos e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença. (ROTELLI, 1990, p.141).

Nesse sentido, recorda-se uma frase de Gentis (1972, p. 25- 26), em *Os Muros do Manicômio*, “os verdadeiros muros do hospício são internos, são os que existem entre o pessoal e os pacientes, e esses muros são como escudos arraigados na própria carne, que se dilacera quando eles se racham”.

Certamente, há uma urgência em buscar inovações sociais para que a comunidade e o território, estabeleça uma relação rica entre a norma e a diversidade. Para tanto a equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial. Produção que se dá no agenciamento das pulsações da demanda social e dos afetos, para se produzirem vínculos e ética da Atenção Psicossocial na pactuação familiar e social para um projeto de cuidado; agenciamento esse, enfim, das relações que emergem no encontro que se dá entre o sujeito do sofrimento com sua demanda (MERHY, 2002).

Para Amarante (2015, p. 106), “é no território que os mecanismos de solidariedade, de fraternidade, de rejeição de discriminação são edificados no dia a dia de uma determinada cultura social, por tanto estar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade”.

4.3 Prática do cuidado em saúde mental

Ao decorrer dos encontros, mediante a fala dos usuários e familiares, percebe-se algumas dificuldades relacionadas ao cuidado em saúde mental e a limitação de tal prática ao tratamento medicamentoso no serviço, principalmente quando há falta dos medicamentos de uso contínuo no serviço ou nos CSFs. Outro problema identificado gira em torno da dificuldade de receber as medicações chamadas de alto custo, que são disponibilizadas pelo Estado. Está sendo implantado no município, um Sistema Nacional de Solicitação de Medicação (*Hórus*), que exige um cadastramento dos usuários imprescindível para que não falte a medicação.

No entanto, o processo é burocrático e compromete diretamente a terapia medicamentosa. Diante da demanda, muitos familiares e usuários solicitaram um parecer dos responsáveis pela implantação do sistema e relataram suas dificuldades em relação a essa reordenação, pois ocorre justamente o contrário ao que o novo sistema preconiza. Observa-se que essa problemática é recorrente, sendo que um dos primeiros entraves do cuidado em saúde mental refere-se à dificuldade financeira encontrada pela maioria dos usuários e familiares para aquisição da medicação. Isso é identificado nas falas abaixo:

Aperto o bucho pra comprar medicação. — Andorinha 6

Faço vaquinha, peço esmola, não posso comprar. por que não vem? — Andorinha 9

Renovo o papel, faço tudo, o médico assina, mas a gente não recebe. — Andorinha 9

Esses aspectos relacionados à medicação de alto custo geram dúvidas e angústias em relação aos usuários e familiares visto que muitas vezes, não compreendem o porquê de não conseguirem efetivar o pedido de solicitação nem o motivo da demora ao acesso a essas medicações. Esses sentimentos estão colocados a seguir:

Me sinto doente com a falta da medicação, não me respondem, só quem sabe somos nós, eles não explicam. — Andorinha 2

A maioria tá aqui pra saber a resposta, não é só por mim tem os outros também. — Andorinha 10

Nas falas acima, identificamos o sentimento de coletividade para enfrentamento das dificuldades e obstáculos encontrados ao longo do tratamento e empoderamento do espaço do serviço enquanto suporte e apoio para resolução dessas questões. Esses são os problemas reais que demonstram a insuficiência da leitura antimanicomial e representa os novos padrões de cronificação. Trata-se de uma carência e um abandono que apontam para a falta de recursos e insegurança.

Para isso, Desviat (2015, p. 78) afirma que “a esse abandono e mediocridade da vida dos pacientes liberados das instituições asilares, esses foram transinstitucionalizados, passando para instituições com orçamentos menores e poucos recursos”.

Sabemos que, o adoecimento psíquico em alguns casos reduz a possibilidade de atuação das pessoas limitando a existência com a doença. O embotamento afetivo e o isolamento social são bastante comuns em algumas doenças mentais (FONSECA, GALERA, 2012; BRISCHILIARI, WAIDMAN, 2012). Sendo assim, reclamar sobre uma necessidade, demonstra o empoderamento desses sujeitos, algo tão desejado nas ações de cuidado no campo da Saúde Mental.

A internação psiquiátrica enquanto recurso terapêutico é alvo de reflexão crítica de um usuário, como veremos abaixo, assim como o questionamento sobre os gastos dispensados em torno de uma internação psiquiátrica. Sabe-se que o recurso farmacológico muitas vezes é indispensável para o bem-estar do sujeito que necessita fazer uso de medicações de forma regular e contínua. No entanto o que trago em questão é o mal-estar gerado ao usuário e familiares em todo o processo que implica a aquisição desse recurso e que muitas vezes gera

uma preocupação constante capaz de desestabilizar emocionalmente o sujeito. Assim sendo percebi em alguns momentos que havia somente em suas compreensões a alternativa da internação psiquiátrica, como algo que poderia dar suporte em momentos de crise. Vale lembrar que a internação psiquiátrica é prevista na Lei nº 10.216/2001 quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes para o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico.

Os que estudam diz que gasta mais dinheiro se internar...não quero ir pro hospital.
— **Andorinha 11**

O discurso aponta para uma incompreensão diante de políticas estabelecidas e firmadas com a própria comunidade, onde em determinado momento da história o Estado reconhece o total abandono aos pacientes com transtorno psiquiátrico e propõem uma nova forma de assistência, no modo psicossocial. Na construção desse paradigma, no tocante à internação fica claro para o usuário que esse recurso poderia ou deveria ser utilizado como alternativa diante do esgotamento de outras possibilidades e do desejo do sujeito.

No modo psicossocial espera-se que diferentes possibilidades se estendam ao indivíduo no que se refere a sua necessidade e seu desejo. Acredita-se que implicação subjetiva, familiar, e sociocultural possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio e que se tornem metas radicais para o processo ético das práticas no modelo psicossocial (ROSA, 2000, p. 155-164)

Amarante (2015), aponta que nesse aspecto, há uma contribuição original de Basaglia: os serviços substitutivos deveriam ser fortalecidos a tal ponto que o caminho de volta ao hospital, já não precisasse mais ser realizado.

Os encontros são importantes para que todas as queixas sejam compartilhadas, pois muitos se sentem indefesos. No entanto, o momento de participação e empoderamento torna-se também o lugar da eclosão de sentimentos e emoções. Compreendi com as queixas coletivas que a medicação não deve ser demonizada, pois este recurso faz parte do processo terapêutico daqueles que dela necessitam e precisando, portanto, ser fornecida de modo que o usuário não corra riscos que afetem sua vida e de seus familiares.

No entanto, cabe uma reflexão sobre o valor dado ao uso da medicação tanto pelos usuários como pelos profissionais, pois as queixas giram em torno de um dispositivo biomédico, em que o sofrimento psíquico é posto como uma doença, ou seja, um problema orgânico, quando a proposta da atenção psicossocial é de ampliar a ideia do processo de saúde e adoecimento e dos cuidados em saúde. A visão que se aproxima da cidadania é a perspectiva psicossocial, ao qual estamos vinculados e ao qual acreditamos.

Percebi que em nenhum instante, no que se refere à ineficiência do Estado, foi informado ao usuário sobre seu direito constitucional enquanto cidadão em receber um tratamento adequado e digno de seu problema de saúde. Não houve uma discussão política a respeito do empoderamento e da representação coletiva enquanto força motora para transformação social e sim encaminhamentos como o de apresentar na próxima assembleia o profissional responsável pela implantação do sistema no CAPS, no sentido de esclarecer as dúvidas existentes.

Em relação ao custeio das medicações Negri (BRASIL, 2002) esclarece que:

Em 1999 foi instituído o Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental que, seguindo o princípio da descentralização, permite que a programação e as compras acompanhem a estrutura e as particularidades de cada local. O Ministério da Saúde envia diretamente aos fundos de saúde o equivalente a 80% dos gastos, que estão condicionados a uma contrapartida de 20% do total. Em 2001 foram destinados a esse programa R\$ 22,9 milhões por parte do governo federal. O Ministério da Saúde também trabalha com uma lista de medicamentos chamados “de alto custo” ou “excepcionais”, de valor elevado e utilizados, em geral, em tratamentos por longos períodos, como os destinados a doenças psiquiátricas, neurológicas, osteoporose, hepatite e transplantes (no caso da saúde mental, fundamentalmente os antipsicóticos de segunda geração). A aquisição e a distribuição desses medicamentos são de responsabilidade dos estados, sendo financiadas com recursos do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2002, p. 22-23).

Assim sendo, o acesso ao tratamento (não só ao atendimento, mas também à medicação, quando necessária) está amplamente garantido por lei e programas do SUS.

Problematizando a participação social dos cidadãos na construção e regulação das políticas públicas, compreendo que é importante garantir aos diferentes segmentos da sociedade a participação coletiva em todos os processos desde as formulações das políticas públicas (sob a forma de planos, programas e projetos), acompanhamento e avaliação da execução das mesmas até a definição da organização de recursos. O controle social, portanto, demonstra uma conquista jurídico-institucional da participação social.

Nessa colocação aponto a necessidade de se pensar sobre a gênese do conceito de cidadania, articulando-se com o empoderamento e da representação social e o papel de atores comprometidos com o cumprimento dos direitos. Birman (1992, p. 202) chamou de “*condição negativa de cidadania*” o estado de alienação mental que subentendia a perda da liberdade e de seus direitos civis, pressupostos do conceito de cidadania.

Para isso, no artigo “Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias”, Alves et al. afirmam que: “a organização de várias entidades e associações de usuários e familiares de doentes mentais tem um papel de suma relevância na

salvaguarda dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes com transtornos mentais” (ALVES *et al.*, 1994, p. 202).

Para Goffman, a conquista dos direitos sociais dos usuários da saúde mental, “garante o respeito à sua condição psicossocial, os direitos sociais, civis e políticos, concebendo, portanto, seu lugar na estrutura social, mesmo estando eles em condições diferenciadas do comum, da normalidade social” (GOFFMAN, 2004, p. 108).

4.4 Programação de atividades em datas alusivas

Um momento importante que faço questão de documentar foi a assembleia extraordinária que aconteceu na sede do CAPS em alusão ao dia 18 de maio, dia institucionalizado nacionalmente para a celebração da luta antimanicomial. Nesse encontro o humor estava mais ameno e festivo, estavam presentes usuários, familiares, gestores, representantes da Associação e amigos, e os comportamentos das pessoas transitavam entre sorrisos e abraços. Todos se reuniram no salão ao som de uma banda musical e a gerente abriu a assembleia dando boas vindas, trazendo em seu discurso uma breve narração sobre o momento histórico ao qual estávamos vivenciando e a mudança de paradigmas no cuidado em saúde mental, em seguida, foi solicitado que os presentes fizessem a leitura de informativo produzido pela RAISM.

A programação contou com a presença do historiador Jesus Araújo que produziu e apresentou documentário sobre a análise histórica da Instituição Guararapes. O curta traz relatos estupeficientes de familiares de Damião Ximenes Lopes e demais vítimas e familiares. Foi um momento muito delicado, pairava no ar um clima de angústia e tensão. Os presentes se olhavam e inquietavam com tamanha violência. Até que perguntaram: “há quantos anos fechou?” (Marias). Compreendi que a pergunta era uma forma de convencimento e reafirmação de que aquele lugar não existia mais.

Naquele momento compreendi que se faz necessário o fortalecimento de políticas públicas capazes de banir definitivamente a barbárie dos métodos asilares, denunciada como ineficaz e segregadora assemelhando-se as instituições despóticas, sem correremos os riscos de nos limitar e ficarmos restritos a denúncias de dispositivos de poder ou de teorização sobre ações micropolíticas de grupos e movimentos sociais. É preciso estar atento para que a desinstitucionalização avance no processo democrático e na conquista da cidadania civil, política e social.

Considerando essa questão indispensável para nossa reflexão, Birman (1992), apresenta questões importantes no que se refere à condição de cidadania do doente mental. Em função de sua longa exclusão social o Estado teria uma dívida real com os doentes mentais se definindo pelo desrespeito para com sua condição legítima de cidadania, sendo, portanto, um ser mutilado de sua razão logo, não poderia exercer sua razão e sua vontade. Dessa maneira não poderia ser um cidadão propriamente dito. Enfim, o mundo dominado pela razão científica e pela vontade tecnológica começa a instituir práticas e valores pautados em oposições: razão/desrazão, ciência/magia, sagrado/profano.

Dessa maneira, ao louco foi conferido a nomenclatura de doente mental, assim sendo foi concedido direitos médicos e cuidados terapêuticos, em contrapartida foi retirado as demais condições de cidadania.

Assim o universo da loucura foi excluído definitivamente do espaço social, por apresentar uma ameaça à ordem social, pois subvertia os fundamentos normativos, essa exclusão teve como correlata a exclusão dos loucos, do espaço familiar, de forma que o Estado passou a definir os destinos sociais dos doentes mentais no lugar das instituições familiares perdendo a possibilidade social de gestão de sua liberdade e de seus bens. (BIRMAN, 1992, p.81).

Com efeito, se na figura da doença mental foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito a assistência e tratamento, sob proteção do Estado, foi com base nesse mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, isto é, a sua condição de cidadania plena. (BIRMAN, 1992, p. 73).

O encerramento se deu na inauguração do Memorial Damião Ximenes. Espaço reservado para exposição de objetos que pertenciam ao homenageado. O acervo foi doado pelo historiador e familiares. As palavras finais despertavam para uma reflexão sobre as conquistas e os desafios ainda existentes, como expressa um dos profissionais presentes:

Lembrem que as pessoas eram depositadas nesses espaços, aproveitem os espaços de construção coletiva. Bom dia a todos e continuemos a luta. – Construtor 2

Ao que espontaneamente um convidado em voz alta e aguda exclama:

A luta são todos os dias e paz para os irmãos.

Foi uma experiência excepcional fazer parte de construções históricas. De repente eu estou lá, presente em um acontecimento marcante, agora não mais como uma mera expectadora que se debruça sobre os fatos ocorridos, mas sim como protagonista, como alguém que construiu o momento, que fez parte. Foi possível sentir as emoções, a alegria, a troca de experiências que surgiram entre os presentes.

Nesse mesmo encontro, foi solicitado como pauta, o planejamento de ações que comporiam a grade de atividades municipais para a semana de prevenção ao suicídio. Todos foram convidados a formar grupos e proporem sugestões. Logo um usuário lembra que “*amarelo é do suicídio e por que é amarelo*”? Diante da incitação logo a apoiadora do encontro esclareceu e resgatou o histórico da campanha.

Continuando sobre o nosso encontro, todos foram divididos em grupos para que pudessem colocar suas ideias e construir ações, oportunizando a participação coletiva. As equipes formaram grupos 1 e 2. Reuniram-se em salas com temperatura agradável, climatizada e iluminada. Todos ficaram bem acomodados. Havia um condutor para dar segmento de forma otimizada às ideias que fossem surgindo. Todos já sabendo do que se tratava foram logo fazendo algumas colocações:

Se uma pessoa tiver triste, vai passar, toma um cafezinho, o CAPS é muito bom. – **Andorinha 6**

Falar na rádio em nome dos doutores, pacientes, psicólogos. – **Andorinha 7**

Podia fazer caminhada na rua à noite, de manhã é no sol. – **Andorinha 6**

Pedir apoio da guarda. – **Andorinha 8**

Vamos fazer cartaz. – **Andorinha 10**

Em seguida os grupos retornaram e apresentaram as propostas para que fossem compartilhadas e decididas. Sugestões surgiram por parte dos profissionais como:

(...) podemos fazer a campanha escutatória. – **Construtor 3**

Posso lhe ouvir, podemos separar um local na praça para ouvir as pessoas individualmente. – **Construtor 4**

Podemos utilizar o espaço do metrô. – **Construtor 3**

Ao se analisar os discursos dos usuários e trabalhadores, percebemos uma sensibilidade com o tema em questão e a necessidade de escuta, diálogo e valorização como sendo aspectos constitutivos para a relação. Estes pontos são favoráveis para a relação do trabalhador com o usuário e familiares, indispensáveis para a construção de vínculos.

Para Merhy (2002), a equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial. Produção que se dá no agenciamento das pulsações da demanda social e dos afetos, para se produzirem vínculos e ética da Atenção Psicossocial na pactuação familiar e social para um projeto de cuidado.

4.5 Organização da rede de cuidado em saúde mental

As assembleias seguintes seguiam a mesma rotina. Trabalhadores e usuários coordenavam a reunião, outro digitava a ata, telefone tocava, vendedora adentrava o local e em voz alta e estridente oferecia “*quem quer merenda? temos caldo, coxinha, tapioca e café*” e logo foi interrompida por um participante que incomodado com tamanha intrusão retrucou a vendedora. Usuários, trabalhadores e familiares apresentavam os mais diversos comportamentos. Uns se ajeitam nas cadeiras para melhor se acomodarem e adormeciam, outros falavam alto, intrometendo-se na fala de quem estavam com a palavra, muitos usavam o celular como forma de distração e se apresentavam indiferentes ao que se discutia.

Em todos os encontros havia uma restrita presença de trabalhadores, participavam dois ou três e os que estavam responsáveis pela organização do momento. Isso me trouxe certa estranheza, pois deixa claro que o encontro faz somente parte de um cronograma de atividades e seu potencial político muitas vezes é desconsiderado e subutilizado. Saia da assembleia surpreendida e com uma sensação de exaustão, pois as colocações dos profissionais são longas, centralizadas e pouco objetivas. Em diversos momentos presenciei a interrupção de falas dos usuários, restrita participação e até mesmo senti a angústia do desejo de se colocarem, contudo, não havia chance, pois, as palavras atropelavam a opinião do outro. E mais uma vez escutei ao final da assembleia:

Eu ia perguntar! – **Andorinha 8**

Eu quero falar só um minutinho. – **Andorinha 2**

O cenário descrito apresenta uma realidade que precisa ser discutida. Podemos perceber que o domínio ininterrupto da fala, o suposto domínio do conhecimento acerca das necessidades, bem como a desenvoltura em fazer apresentações estruturadas se constitui de certo ritual institucional. Por não compartilhar destas normativas os demais participantes (usuários, familiares e alguns trabalhadores) ficam inibidos e com participação restrita aos espaços dos grupos de trabalho. Há que se considerar as singularidades em jogo e a importância de garantir momentos de expressão e participação dos usuários cuja própria condição social e de saúde coloca em questão a normalização do tempo, do espaço e da forma com que organizamos nossos espaços de convivência e sociabilidade (FOUCAULT, 1999).

Uma vez estruturada de maneira fortemente acadêmica e expositiva, os espaços democráticos de construção coletiva (debates, assembleias, grupos de trabalho, etc.),

primordiais à prática do controle social são restringidos e transformados em espaços meramente normativos e institucionalizados (WENDHAUSEN, 1999).

Outro ponto importante que faço questão de apresentar para que possamos discutir sobre cidadania e a compreensão dos espaços micropolíticos, ocorreu na última assembleia que participei como pesquisadora. Ao início da assembleia o organizador após dar as boas-vindas e se apresentar, ilustra em sua fala o objetivo do momento:

Agora é a vez de falar, para buscar soluções, se ninguém reclama não conseguimos avançar, nosso objetivo é que o CAPS seja melhor. – Construtor 2

A restrita colocação em que reduz o sujeito a uma instituição me fez refletir e questionar sobre os espaços institucionalizados e encapsulados. Precisamos tornar o CAPS melhor em que sentido e para quem? Será que o ponto de partida não seria o cidadão?

Essa colocação me fez lembrar a importância construída ao longo de anos no que tange a participação popular como ferramenta indispensável para conquista de direitos sociais. Contudo me incomoda a restrição colocada de que devemos reduzir a vida do sujeito a um melhor espaço institucionalizado, com objetivo somente de torná-lo melhor.

Como nos lembra Barros (1994, p. 191), desinstitucionalizar é “[...] lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados, também a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada”.

Em um momento em que os processos de desinstitucionalização tendem a se alinhar desde o CAPS e, muitas vezes, neles se encerrar, movimento que justificaria alguns apelidos pouco elogiosos como um “capscômio” ou um modelo “capscêntrico” (AMARANTE, 2003; RAMÔA, 2005), parece ser preciso manter uma atitude investigatória de estranhamento do que está dado, interrogando práticas: Para que serve mesmo? Para que foi pensado? Como não burocratizá-los e institucionalizá-los? Parece que um percurso interessante seja o de construção coletiva de caminhos de análise e de intervenção das práticas de saúde.

É importante ressaltar que, os fragmentos aqui apresentados não têm a proposta de macular ou demonizar os trabalhadores da saúde mental, ao contrário, permitem contribuir para a melhoria dos espaços micropolíticos, visto que corremos o risco de cair em arapucas da nossa própria institucionalização, sabotando o direito constitucional do outro.

Acerca desse processo cartográfico, uma colocação se faz valiosa para o momento atual de indefinição política. Ao chegar percebi que a sala já se encontrava preparada para o encontro. Chegavam estudantes, familiares, usuários e representantes da Associação. Neste dia a assembleia foi conduzida por residentes da RMSM. Logo escuto uma reivindicação: “*bora*

começar” e em seguida é feito o convite para se fazer a leitura da Ata, de imediato há uma voz que se pronuncia “*eu leio, eu leio*”. Ao encerramento da leitura todos aplaudem. Em seguida, o apoiador dá as boas vindas e pergunta: quem está aqui pela primeira vez? Quem veio pela primeira vez, o que acha que é essa reunião? Rapidamente a resposta surge de um usuário:

Reunião para ter mais psicólogo, mais médico, mais comida, mais saúde, mais remédio, mais salário, mais transporte. – Andorinha 2

A assembleia é um espaço de usuários, de vocês (...), o coletivo tentando buscar direitos. – Construtor 2

Nesse instante há uma inflamação coletiva a respeito do direito a bens e serviços. O representante da Associação solicita a palavra e faz um convite para associar-se:

Vamos conhecer as reuniões, peço o apoio de vocês Construtor 5

Continuando na mesma indignação política, surge um apelo urgente na fala de um usuário que foi motivo de aplausos e emoção:

(...) que o novo governo quando entrar melhore a comida, diminua a inflação, venha mais profissionais, esse governo acabou com o pobre e enriqueceu o rico. – Andorinha 3

Nesse momento senti uma emoção indescritível. Pareceu-me sim que tudo valeu a pena, as lutas tiveram resultados mesmo que apareçam assim de forma isolada. Houve uma transformação, a voz gritou e ecoou em meus ouvidos e sentimentos. Renovou-me. Percebi os olhares de aprovação a tudo o que estava sendo dito, não era um comentário individual, mas sim uma reivindicação coletiva de um desejo de todos. Sim, todos eram iguais, sem distinção e sem diagnóstico. O único código que se registrava era o de ser cidadão brasileiro.

Para Rolnik (2012) a experiência estética diz de como as forças do mundo afetam um corpo, é a experiência da produção encarnada, dos processos de construção e autoafirmação. Neste sentido, seu rigor expressa a criação que imprime marcas, potências estéticas de sentir, como máquinas autopoieticas.

Essa ideia de experiência estética com a qual nos afinamos se apresenta conforme convocamos o olhar por meio de uma força investigativa que se situa na relação, no modo como observamos e denominamos o mundo, o que nos atravessa e a maneira como as forças do mundo afetam nosso corpo. Ela não diz respeito a sinais ou símbolos, nem à possibilidade interpretativa dos mesmos, mas à instauração de uma nova potência de escuta, de acolhimento, de empoderamento e de produção de sentido. É nesse sentido que ações micropolíticas potencializam movimentos transformadores que encorajam os sujeitos a participar da

construção de novas realidades.

4.6 Fragilidades de Vínculos Empregatícios

*(...)Subiu a construção como se fosse sólido
Ergueu no patamar quatro paredes mágicas
Tijolo por tijolo num desenho lógico(...)*

Chico Buarque

Dentre as questões que são trazidas pelos usuários e profissionais na assembleia no CAPS e na Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental é um assunto recorrente e urgente, trata-se da demissão dos profissionais dos serviços psicossociais. Este é um ponto de envolvimento dos usuários no controle social, pois indica uma preocupação e busca ações que revertam essa situação e ao mesmo tempo garanta a qualidade do cuidado em saúde mental na cidade.

Na última assembleia que participei enquanto pesquisadora, havia em torno de vinte usuários e uma discreta participação de profissionais. Percebi que o grupo estava mais disperso. Apesar da distração surgiram pautas importantes que provocaram discussões e encaminhamentos. Uma das pautas apresentadas referia-se ao desligamento de profissionais. Tratava-se de dois profissionais que atuavam na RAISM e que não tinham sido contemplados com a renovação contratual de prestação de serviços. Antes de finalizar a assembleia um usuário solicita a fala, levantando a mão como pedindo permissão para se colocar; queria falar uma coisinha:

Não é certo as demissões! – Andorinha 8

*(..) contrata um novo que não tem nada a ver, que não sabe de nada. Seria adequado.
– Andorinha 8*

*O presidente da república tem que ter mais respeito. O trabalhador arrisca a vida. –
Andorinha 3*

O que podemos fazer? vamos falar com a coordenação né? – Andorinha 8

Apoiador questiona: quem poderia ficar a frente dos encaminhamentos? Em seguida espontaneamente, usuário e representante legal da Associação se colocam para reunir profissionais e usuários.

Acho que temos que ir até lá, né? falar com a coordenação. – Andorinha 12

A cena vivenciada na assembleia em que se expõe o encerramento do vínculo

trabalhista de dois profissionais de saúde da RAISM, em virtude do processo da atual contratação do município, é um exemplo de como os vínculos empregatícios dos trabalhadores da rede psicossocial de Sobral tem se tornado um problema para a assistência em saúde mental.

Para que possa ficar claro sobre as questões de vínculos trabalhistas, se faz necessário apresentar a forma de contratação em que hoje a gestão municipal se ampara para manter os colaboradores em suas atividades laborais. Trata-se de contrato de trabalho que tem por objetivo a prestação de serviço temporário, junto à Secretaria de Saúde. O referido contrato tem fundamentação legal e os contratados são selecionados através de um Processo de Seleção Pública Simplificada para Contratação Temporária de excepcional interesse Público e formação de Cadastro Reserva.

Considera que ocorreu a precarização do trabalho em saúde, representada pela desregulamentação e flexibilização na forma de contratação dos trabalhadores, inclusive sem o estabelecimento de vínculo empregatício com a administração pública, observa-se total desproteção social e desrespeito aos direitos trabalhistas com salários "achatados" e condições de trabalho insatisfatórias e, em consequência, a não democratização das relações de trabalho (JORGE *et al.*, 2007).

Percebi uma atmosfera tensa, parecia pisar em um terreno pedregoso e minado de incertezas. Como profissional da RAISM foi impossível não ser afetada por tais questões. Sentir-se vulnerável torna-me muitas vezes apática e imóvel aos processos. Fiquei a refletir sobre os vínculos empregatícios frágeis, que colocam o trabalhador em uma condição de sujeição, sem nenhuma possibilidade de prerrogativas. Isso permite que se instale um sofrimento que incapacita o sujeito, colocando-o ao longo do tempo em uma condição de fragilidade, adoecimento e inércia.

Tal situação foi importante para perceber que há uma vontade de participar do controle social por estes usuários e demais membros da Associação e que há um movimento de tomada de posicionamentos políticos e defesa dos direitos das pessoas que usufruem da rede psicossocial do município. O enfrentamento dos problemas, reverberam diretamente no comportamento dos usuários tornando-os mais empoderados e comprometidos com o próprio cuidado.

A resolução para a situação tomada pelos membros da Associação foi se posicionar de modo contrário à decisão da gestão municipal. Ainda, deliberou-se na reunião que enquanto representantes de um coletivo autônomo, que a gestão da RAISM seria tensionada a esclarecer sobre a desvinculação dos profissionais, uma vez que os membros da Associação demonstraram

compreender que a desvinculação de um profissional de referência causa um prejuízo significativo para os usuários em seus seguimentos terapêuticos.

Ademais, se encaminhou como uma sugestão à elaboração de um relatório em que o coletivo solicita uma justificativa da coordenação do serviço psicossocial e da gestão municipal para a ocorrência do afastamento e averiguar a possibilidade de alocação do profissional em outro serviço em que possa exercer a sua profissão. A proposta se espelhou em um outro momento semelhante em que não houve a renovação do vínculo empregatícios de profissionais após o prazo determinado pelo contrato.

A fim de minimizar danos causados ao trabalhador e ao usuário do SUS e com objetivo de buscar soluções para a precarização de vínculos trabalhistas o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Entre as propostas de intervenção, estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos.

Para Nogueira (2004, p. 83), uma maneira de caracterizar precariedade, diz respeito à extensão temporal dos contratos. São às vezes classificadas como precárias as formas de contrato por tempo determinado. O caráter de precariedade nesses casos, diz respeito, não só a eventual redução da amplitude da proteção social ao trabalho, implicando um menor número de direitos e benefícios, mas também ao fato, de esse tipo de contrato ter duração curta, criando um sentimento de instabilidade ao trabalhador. Portanto, o que está em jogo é a implantação de uma situação de legalidade dos vínculos, sendo que a melhor denominação que se pode dar a tal política seria a de regularização dos vínculos de trabalho.

5 O ENCONTRO QUE CONSTRÓI PONTES E PASSAGENS: percepções sobre a Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental

Para passar de um lado a outro do Canyon, é necessária uma ponte. A ponte é o elemento que permite conectar uma ideia a outra, um tempo a outro. Pontes e viadutos são elementos que servem para transpor os abismos das gargantas. Transportar, transitar, reduzir distâncias. Elementos que estabelecem ligações, laços. São passagens.

FUÃO, 2001

A Associação é outro espaço de participação política e democrática apresentada nesse estudo que viabiliza o exercício da liberdade e favorece a luta pela justiça social, autonomia e cidadania, diminuindo distâncias e transpondo abismos. Podemos pensar nestes princípios, a partir de Foucault, como efeitos de movimentos. Efeitos, no caso valores, direitos e instituições, que criam condições políticas para uma prática de liberdade como um exercício de si, sobre si mesmo através do qual procura-se transformar e atingir um certo modo de ser (FOUCAULT, 1995).

Se faz necessário nesse sentido, propor reflexões sobre buscar novas formas de ser, a partir da compreensão de uma liberdade que não ajuste o sujeito a normas, sob a égide de um bem-estar social que na ordem neoliberal possa produzir uma “cidadania de sujeição” (MACHADO, 1979; DELEUZE, 1992). Para tanto se faz necessário apresentar relatos, sentimentos e emoções vivenciadas ao longo de três momentos em que participei das reuniões com membros da Associação Encontro de Amigos da Saúde Mental.

A participação nos encontros e a partir das colocações dos associados observou-se categorias importantes para a continuidade desse estudo: a compreensão do lugar que ocupam e a importância de uma ferramenta social que fortaleça a representatividade dos sujeitos enquanto cidadãos.

5.1 O lutador agoniado: retrato da cidadania

Ao chegar para participar do segundo momento com a associação, dois representantes já se encontravam no CAPS. Nos dirigimos até a sala onde aconteceria o encontro, aguardamos outros participantes chegarem. Enquanto aguardava fui percebendo a atmosfera do encontro. Estavam silenciosos, não se olhavam, nem iniciaram uma conversa espontânea sobre possíveis pautas que seriam discutidas. Fiquei me perguntando: será que minha presença está trazendo alguma restrição ou causando algum incômodo? Então, resolvi

apresentar o interesse e o motivo de minha presença, pedindo permissão e esclarecendo os objetivos da pesquisa. Em seguida trouxe um questionamento essencial para compreender o sentido dado por aqueles que ali estavam sobre a importância desse encontro. O que estavam fazendo ali? E logo responderam:

A associação existe pelos usuários em geral, lutar por um motivo, por uma sociedade melhor, para ajudar o pessoal. – Andorinha 1

O que eu venho fazer aqui? falta ter ideias, não sabemos o que vamos fazer aqui, não é falta de interesse, é difícil, não vem à ideia. Precisamos deles. – Andorinha 2

A gente pega informação para reunir e encaminha. Na política é a mesma coisa, só que o político dá uma parada, desaparece, a associação é direto, precisamos de sangue na orelha, nem todo mundo quer ir, a associação não depende de política. – Andorinha 13

Logo entendi que mesmo havendo uma percepção inicial de distanciamento nos pares e uma agonia evidente, havia também um sentimento comum de coletividade. A resposta trouxe de forma clara e objetiva a importância da união, da força coletiva, da militância e do protagonismo embora este último se revele de forma atormentada.

Sobre essa questão, vale trazer uma reflexão de Merhy (2004) a respeito do “saber militante”, quando diz que a situação da ação não promete a priori a produção do conhecimento, pois está comprometida com a produção de resposta a determinados problemas. Ou seja, não há precedência epistêmica. Mas, nesse movimento - o da ação -, o sujeito opera como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros.

Entretanto, como pensar em sujeitos múltiplos quando o lugar do protagonista opera no sentido contrário, e que coloca o sujeito em situação de agonia, de sofrimento? O protagonismo, termo amplamente utilizado para se falar da potência deriva de *proto*, que significa primeiro, principal e *agón*, luta, competição, disputa, conflito (COSTA, 2000). Assim, será o primeiro a estar na linha de frente de um conflito social em busca de um bem comum.

Associado ao cenário exposto acima está o fato de que a imensa maioria das pessoas afetadas por problemas de saúde mental vive com um sofrimento e sobrecarga que não deixam espaço para qualquer ativismo, exauridas pelas demandas de cuidado e controle constantes. Além disso, a construção de ações sociais consistentes requer um grau de envolvimento e exposição social que muitas pessoas não suportam, justamente pela carga de preconceito associada à loucura/doença mental. É importante ressaltar que uma postura passiva do usuário acaba transferindo a terceiros a competência para decidir e lutar por seus direitos e reforça ações tutelares por parte dos próprios trabalhadores, seja no cotidiano dos serviços, seja nos lugares

de participação e mobilização política e social (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010). Em outras palavras, vestir a camisa da saúde mental não é tarefa fácil.

Lamentavelmente, foi nessa agonia que encontrei os associados operando o lugar social. Essa questão é apontada por Almeida, Dimenstein e Severo (2010), quando advertem para as forças que corroboram e neutralizam o caráter de incapacidade atrelado a loucura:

Tanto técnicos quanto usuários, precisam destituir-se das representações da loucura como incapacidade, inferioridade e doença mental, afirmando-a como diferença. Ao tornar para si o poder de decisão – por mais que haja usuários no corpo diretório – e a incumbência de manejar a pauta, o técnico corrobora com a tutela, com a hierarquização das relações e, conseqüentemente, reforça a desarticulação da associação. Os usuários, por sua vez, destituindo-se da responsabilidade de co-gerir a associação, reiteram e naturalizam o caráter e incapacidade atrelado a loucura – reificando a identidade de doente mental, justificam a passividade perante as decisões do grupo. (ALMEIDA; DIMENSTEI; SEVERO, 2010, p.585-586).

5.2 Representação social

Foram chegando os representantes da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental. Participaram do momento oito associados, sendo quatro usuários, dois familiares e dois profissionais. Logo se instalou um clima tenso entre os pares, pois a pauta principal a ser discutida resgatava questões da última assembleia referindo-se a não renovação contratual de um profissional que também empenhava-se no fortalecimento desse encontro. De acordo com as sugestões dadas na assembleia, seguiu-se a construção de um ofício em que a Associação se posiciona contrária a questões relacionadas à desvinculação de profissionais e sugere outras possibilidades, recomendando inclusive que os mesmos possam ser realocados em outros dispositivos, minimizando assim os prejuízos ao trabalhador e a rede assistencial.

Ainda, há a perspectiva entre os membros da associação de que ela possa vir a ser um espaço potente de controle social que permita o enfrentamento dos problemas políticos e burocráticos da assistência à saúde no município e que seja também um espaço de articulação e de diálogo com a gestão municipal, como é expressado nas falas abaixo:

É importante por causa do compromisso, eu queria que crescesse, as pessoas assumissem, quero que vá em frente, assim eu aprendo. – **Andorinha 12**

Se a associação se fortalecer, pode ajudar outros locais, uma organização grande. – **Andorinha 13**

Estamos aqui para reivindicar nossos direitos. A associação ajuda se for preciso, no médico, no remédio. – **Construtor 1**

A gente conseguiu melhorar a gestão das medicações de alto custo, nem sempre vamos conseguir e não devemos ficar frustrados, nem sempre vai dá certo, nem sempre teremos êxito. – **Construtor 6**

Como diz Merhy (2004), neste tipo de processo a implicação é estruturante, pois coloca análise a si mesmo em ação e intenção. Ou seja, esse processo é obrigatoriamente auto analítico. E também é inacabado e desejante, a relação sujeito e objeto é sempre um acontecendo. O incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. Sempre se repondo, como instituído e instituinte. O saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para (MERHY, 2004).

Esse analisador contribuiu para se pensar nos espaços micropolíticos como produtores de novos encontros, desafios, práticas e possibilidades. Apontamos assim para a necessidade de formação política dos usuários, no sentido de disseminar e abrir canais de discussão no campo da saúde mental acerca de seus projetos e do enfrentamento dos desafios colocados. Acreditamos na micropolítica dos afetos, em que a implicação com as lutas só será possível no momento em que façam sentido no cotidiano da vida dos usuários e seus familiares. Para isso é imprescindível que os espaços de participação e debate sejam ampliados na dimensão cotidiana, e não apenas por ocasião da realização dos encontros com associados. A gestão participativa, a participação de usuários nos conselhos, a atuação de associações e grupos de suporte e ajuda mútuas são algumas formas potentes de empoderamento e consequente desconstrução da cultura manicomial

Mas não basta reconhecer o espaço micropolítico de produção. Há quem o reconheça (mesmo que com outro nome), mas proponha a intervenção sobre ele por meio da ampliação dos controles - para aumentar a governabilidade do gestor - impactando os espaços de autonomia dos profissionais. Restringindo-os, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição vertical de programas e/ou protocolos, atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos. Esses tipos de intervenção estão orientados a matar o trabalho vivo—efeito fatal sobre a possibilidade de relações cooperativas e produtoras de vida com usuários e trabalhadores. (FEUERWERKER, 2014, p. 88).

No entanto, os espaços micropolíticos de encontro (e disputa) podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de “quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas” (MERHY, 2002, p.88)

Por fim, no terceiro e último encontro que participei, ao chegar fui logo surpreendida com a pergunta: *você agora é da Associação?* Perguntou uma associada. Fiquei

de certa forma constrangida, pois há mais de sete anos no CAPS, não havia participado tão intensamente dos movimentos. Então fui novamente apresentar-me como pesquisadora. Participavam da reunião, seis associados. Como não havia pautas, tomei a iniciativa de trazer alguns questionamentos importantes que contribuem para a continuidade dessa pesquisa. Por que estar ali é importante?

Distrai a pessoa, faz amizade nova. – **Andorinha 13**

(...) vim para aprender coisas novas. – **Andorinha 2**

Paz, amor e saúde e fazer tratamento. – **Andorinha 3**

As falas acima me trouxeram uma necessidade de considerar os momentos de encontro não somente como processos institucionalizados e exercício político. Contribui para pensar que a condição de cidadania não deve estar vinculada somente a uma questão restrita de participação social, gestão, militância mas que favorece também para uma ligação orgânica, afetiva e relacional do próprio indivíduo com o conjunto dos demais sujeitos e abre-se para novas vontades e desejos.

Não se trata de, com base na ideia de cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo o tecido social. Trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos. (AMARANTE, 1996, p. 114-115).

6 PARA SEGUIR ADIANTE

O imperativo de apresentar considerações finais trata de oferecer ao público o resultado de um processo pontual de pesquisa de um objeto complexo e em constante transformação. Desta forma trago o desejo de manter o livre exercício de reflexão e a continuidade de discussões e transformações no campo da saúde mental, por compreender o fenômeno da loucura como algo atrelado à história da humanidade. A doença, transtorno ou loucura, é tão antiga como à vida e com o passar do tempo sua significação vem sendo mudada acompanhando as transformações culturais e socioeconômicas.

Aproximar-se e conhecer espaços políticos, permite retomar a discussão sobre a complexidade da loucura, do humano, da atenção, da assistência e, sobretudo do reconhecimento da cidadania. A Reforma Psiquiátrica trouxe avanços no tratamento e atenção às pessoas em sofrimento psíquico, contudo o reconhecimento da cidadania, autonomia e protagonismo são pontos estratégicos que precisam ser continuamente (re) pensados para que não reproduza as formas de dominação e exclusão previstas pelo modelo asilar.

Assim as conquistas da reforma psiquiátrica são importantes para animar e inquietar os modos de operar as relações cotidianas e demonstra a possibilidade de outras práticas e discursos. Desta forma, reafirmo a importância da continuidade de discussão à luz da reforma psiquiátrica no que se refere à condição de cidadania daquele que se encontra em adoecimento ou sofrimento mental.

Apesar de todo o progresso dos últimos anos, ainda encontramos grandes desafios que precisam ser enfrentados. Esses desafios podem ser caracterizados como de ordem social, política e ética, recolocando as instituições, os saberes e práticas frente a um novo paradigma que exige diálogo entre a sociedade civil e organismos governamentais contribuindo para o fortalecimento de cidadãos políticos.

Diante de portarias e construções políticas me permitam colocar pontos interrogatórios e exclamativos que envolvem meus pensamentos quando me proponho a fazer uma análise crítica reflexiva. Bem, compreendo que a RAPS é um avanço e uma continuidade de lutas já aqui referenciadas, no entanto percebo uma restrição nos pontos de atenção. Educação, justiça e cultura precisam estar incluídos e disponíveis, formando uma rede de proteção social ampla e transversal de forma que se articulem e consigam com maior efetividade alcançar a inclusão e possibilitar a integralidade. Pautada na intersetorialidade, deve estabelecer parcerias, que visem à ampliação do acesso das pessoas com transtornos mentais a outras políticas públicas de inclusão social.

Para isso, os espaços micropolíticos podem ser campos estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder e força.

Falar disso torna-se essencial para anunciar a cartografia dos movimentos nos espaços instituídos para a pesquisa, onde a observação participante registrou através do diário de campo o movimento dos encontros, afetos, emoções olhares e discursos. Enquanto pesquisadora estar nas assembleias e na Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental me fez apreender os modos de aproximação entre os sujeitos que delas participam, os processos de realização das atividades, o potencial social que há nesses espaços, fragilidades, entraves políticos, sociais e burocráticos e identificando o que precisa ser mais desenvolvido para que a participação social legitime o sujeito enquanto cidadão.

A questão, portanto, era saber como se encontra hoje a condição de cidadania do sujeito usuário do CAPS II Damião Ximenes Lopes e se os espaços instituídos se constituem como espaços micropolíticos capazes de produzir autonomia e uma transformação social.

Partindo da concepção de que a participação social nasce da organização de pessoas em torno de uma causa, a partir de demandas como desconstrução da ignorância, preconceito e discriminação, legitimando a inclusão e a participação, para, além disso, os movimentos e associações de saúde mental, têm se organizado em resposta aos danos decorrentes de um poder centralizado, segregador, desmoralizante e um confuso reconhecimento de uma identidade orientados por pressupostos de liberdade, direitos, participação social e cidadania.

Assim sendo, discutir a autenticidade desses movimentos requer a necessidade de mais pesquisas e debates em torno da exclusão social e da destituição dos direitos sociais, isto é, de sua condição plena de cidadania. Precisamos considerar autores que apontam o reconhecimento do louco com direito a assistência e ao tratamento sobre proteção do Estado, no entanto no mesmo discurso que se autoriza a inclusão, se reconhece a alienação mental como justificativa de interromper a razão e a vontade.

Com essa colocação não estou desconsiderando os espaços micropolíticos que fomentam a participação social, mas que estes necessitam ser ampliados, repensados e fortalecidos, pois em diversos momentos enquanto pesquisadora percebi uma certa apatia e anomia dos participantes. Mesmo sem ter sido a primeira fala dessa pesquisa, a suposição em tom de afirmação “se a gente não for atrás não funciona, nós mesmos não temos respaldo né?” deixa claro a falta de compromisso social e respeito para com o cidadão que busca por seus direitos.

Importante ressaltar que o alcance da autonomia e protagonismo precisam estar presentes em todos os espaços de atenção que circundam o sujeito. Nesse sentido, venho suscitar que as forças geradas nesses espaços de diálogo potencialmente transformadores fossem oportunas para o exercício do protagonismo e que os sujeitos deixem de ser minimamente silenciados, alienados e tutelados. Também é importante que os usuários deixem de ser meros figurantes se tornem ativos sujeitos responsáveis por suas conquistas, capazes de criar possibilidades, escolhas e alternativas afastando o risco da institucionalização representadas nas relações hierarquizadas do saber e poder colocando em xeque a democracia e a liberdade.

Alerto para se discutir a sistematização dos espaços como sendo instituídos para a participação política de usuários, trabalhadores e familiares, levando em consideração que a política é fabricada a cada dia e em cada momento entre diversos sujeitos (gestores/trabalhadores/usuários), então todos esses encontros são de ordem políticos e a democracia do sistema é produzida (ou não) exatamente aí, na micropolítica dos encontros e por todos os envolvidos. Saliento a importância da afirmação e da convicção das pessoas com transtornos mentais e familiares no planejamento de ações tendo-o como sujeitos essenciais nesse processo, pois só assim as políticas poderão ser de fato efetivas.

Particularmente no estudo em discussão, a pesquisa em espaços micropolíticos provocados pelos encontros muitas vezes me trouxe limitações e dificuldades. A fragilidade dos encontros quinzenais e mensais com diminuta participação e o não reconhecimento do protagonismo se apresentavam de forma clara. É evidente que os momentos com a Associação precisam ser fortalecidos e reafirmados. Os movimentos provocados para que acontecessem os encontros mensais da Assembleia partem exclusivamente da equipe de trabalhadores do serviço haja vista, que fazem parte da agenda de atividades, o que não os tornam menos importante, no entanto a participação do usuário se dá de forma coadjuvante. É importante deixar claro que a micropolítica acontece nos encontros entre cidadãos quer seja em espaços formais ou informais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p.577-589, jul./set. 2010.
- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (org.). **Pistas do Método cartográfico: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, 2009.
- ALVES, D. S. *et al.* Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **Rev. SANARE**, Sobral, CE, v. 5, n. 1, p. 9-20, 2004. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/118>. Acesso em: 07 jun. 2017.
- ARENT, H. **A Condição Humana**. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 1996.
- BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. **Concepções e prática de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof**, v. 28, n. 3, p. 632-645, set. 2008.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. *In*: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BRASIL. [Constituição Federal (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº39, de 19 de dezembro de 2002. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2011. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Ministério da Saúde; Negri, B. (org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 32 dez., 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, n. 12, out. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 13 mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **RAPS - Rede de Atenção Psicossocial**. 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 5 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES Secretaria de Atenção à Saúde Brasília, ago. 2017.

CAMARGO, A. C. S. P. **A vivência do caos: uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental**. 2004. 211 f. Dissertação (Mestrado em Educação) — Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas: PUC-Campinas, 2004.

CONSTRUÇÃO. Intérprete: Chico Buarque. Compositor: Chico Buarque. *In*: CONSTRUÇÃO. Rio de Janeiro. Phonogram/Philips, 1988. CD.

COSTA, A. A. G. **Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática**. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

- COSTA, D. F. C. **Loucos para prot(agonizar):** micropolítica e participação em Saúde Mental. 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- COSTA, M. S. A. **“Doidiça” e depressão:** as concepções dos usuários da rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE. 2008. 157 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico de Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.
- COSTA, P. H. A. **Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas:** um estudo exploratório. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.
- DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. *In:* DAGNINO, E. (org.). **Anos 90:** política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- DALL’AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.
- DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development, 1997. 96p.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs:** capitalismo e esquizofrenia. Tradução Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- DELGADO, P. G. G. O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, fev. 2015.
- DELL’ACQUA, G. Risposta alla Crisi. **Per la Salute Mentale.** For Mental Health, v.1, p.03-23, 1987.
- DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- FOUCAULT, M. *et al.* Verdade e poder. **Microfísica do poder**, v. 8, p. 1-14, 1979.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito:** Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise, Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.
- FREITAS, N. A. **Sobral:** Opulência e Tradição. Sobral: Edições, UVA, 2000.
- FUÃO, F. F. **Canyons:** Avenida Borges de Medeiros e o Itaimbezinho. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOMES, C. F.; ANDRADE, L. O. M. O Programa Saúde da Família em Sobral: uma estratégia estruturante. **Rev. SANARE**, v. 1, n. 1, out./nov./dez. 1999.
- JUNQUEIRA, A. M. G; CARNIEL, I. C.; MANTOVANI, A. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs. **Revista do NESME**, v. 12, n.1, p. 31-40, 2015.
- KASTRUP, V.; PASSOS, E.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- KRAUDY, E. *et al.* Organization of Services and Pattern of Psychiatric Care in Nicaragua: Result of a Survey in 1986. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.76, p. 545-551, 1987.
- LARCERDA; W. A.; SANTIAGO, I. M. F. L A. participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 1, n. 2, p. 197-205, jul./dez. 2007.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa qualitativa levada a sério**. 2003. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_o_que_e.htm. Acesso em: 8 jul, 2017.
- LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis**. v.21, n.1, p.15-30. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100002>. Acesso em: 8 jun. 2017.
- MARIA, maria. Intérprete: Elis Regina. Compositor: Milton Nascimento. *In*: SAUDADES do Brasil. Nova York: WEA, 1980, 1 CD.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- MATEUS, M. D. (org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para à saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (org.). **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; GOMES M. P. C. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MICHEAU, F. A idade de ouro da medicina árabe. In: LE GOFF (org.). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MORGAN, D. L. **The focus group guide-book**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos da noção de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R. *et al.* (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 81-103.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n.5, p.1053-1062, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>. Acesso em: 5 ago. 2017.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L.O.M. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura**: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, n.7, p. 167-197, 2001.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a parceria da família: O discurso do distanciamento. **Interface (Botucatu)**. v.14, n.32, p.103-113, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100009>. Acesso em: 20 set. 2018.

PUCHIVAILO, M. C.; SILVA, G. B.; HOLANDA, A. F.. A reforma na saúde mental no brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. **Rev. abordagem Gestalt**. v.19, n.2, p. 230-239, 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 253-271, 2014.

RESENDE, Heitor. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N; R. (org.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de saúde mental no brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

ROLNIK, S. Notas de aula. PUC/SP. Núcleo de Subjetividade. In: **Seminário de Estudos Metodológicos em Subjetividade**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

SAMPAIO, J.J. C.; MOURA-FÉ, N.; SANTOS, A. W. G. Projeto de Lei Paulo Delgado/Um Instrumento da Luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, 1997.

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: Subsídios para o cuidado clínico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.5, p.1237-1242, 2011.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretarial de Saúde e Ação Social. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Residência Multiprofissional em Saúde da Família – 9ª Turma. **Relatório de Territorialização**: Vila União e Terrenos Novos. Sobral/ CE, mai. 2012.

TARTUCE, T. J. A. **Métodos de pesquisa**. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006.

THORNICROFT, G. *et al.* Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? **Br J Psychiatr.** v.190, p. 192-93, 2007.

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

TUCHMANN, B. W. **Um Espelho distante**. O terrível século XIV. Rio de Janeiro: José Olympio, 1990.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

WELMOWICKI, J. **Cidadania ou classe?** O movimento operário da década de 80. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2004.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v.120, n.6, p.472-481, 1996.

YASSUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37. jan/dez. 2008.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) por Thatianna Souza da Silveira, como participante da pesquisa intitulada **“NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!” Cidadania e Micropolítica no CAPS II de Sobral**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo da pesquisa é fazer por meio de pesquisa histórica uma reflexão político-filosófica sobre os conceitos de cidadania no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os objetivos específicos são explicitar a evolução histórica do conceito de cidadania, apresentar a condição de cidadania do doente mental e compreender os espaços micropolíticos dentro do Centro de Atenção Psicossocial tipo II da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental que possibilitam ao usuário o exercício da cidadania.

Essa pesquisa tem como benefícios a intenção de contribuir com o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Tipo II na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral, a partir da reflexão política-filosófica sobre a concepção de cidadania do sujeito. Assim, o estudo pode auxiliar na reflexão sobre os efeitos do trabalho desenvolvido nesses dispositivos na assistência aos usuários e buscar outros modos de cuidado em saúde mental.

Esse estudo vai produzir informações para a apresentação de um trabalho de uma dissertação de mestrado do Programa Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-campus Sobral, e será apresentado para uma banca de professores doutores e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem citar nomes, mas mostrando algumas informações de forma impessoal e geral.

Caso você concorde em participar desse estudo, solicitamos a sua colaboração em participar do estudo, obtido por meio da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo está sendo disponibilizado em duas vias originais: uma para ficar com você e outra para ficar com a pesquisadora.

Essa pesquisa envolve riscos mínimos como cansaço, desgaste, desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes à realização do grupo. Contudo, a pesquisadora garante que em todo o processo da pesquisa, irá respeitar a sua dignidade e

autonomia, e realizará esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados, e você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se continuará a participar da entrevista. Sua participação é voluntária, o que dizer que não existe pagamento a ser feito.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Destacamos que a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Essa pesquisa foi submetida inicialmente para apreciação da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) e, após a anuência, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – CEP/UVA, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Você terá esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa nos seguintes endereços, telefones e/ou e-mails dos responsáveis pela pesquisa:

PESQUISADORA PRINCIPAL
Nome: Thatianna Souza da Silveira
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Dr. João do Monte, 806 – Centro, Sobral-Ce, 62010-220.
Telefones para contato: (88)36112914 e (88)998388782
ORIENTADOR
Nome: Percy Antonio Galimberti Catanio
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Geraldo Rangel, 436, Derby, Sobral -CE
E-mail para contato: galimberti@ufc.br
ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, nº 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, _____ de _____, 2018.

Nome do participante da pesquisa:

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Nome do pesquisador:

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento da pesquisa intitulada “NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!” Cidadania e Micropolítica no CAPS II de Sobral” e concordo em participar de forma **voluntária** da mesma. Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal e que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar desta pesquisa. Declaro que concordo em oferecer as informações solicitadas pela pesquisadora Thatianna Souza da Silveira e o orientador Dr. Percy Antonio GalimberttiCatania, sendo assim convidado a participar deste estudo, e o faço voluntariamente.

Sobral, ____ de _____ de 2018.

Ciente: _____

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador Principal

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS

Eu, Thatianna Souza da Silveira, abaixo assinado, pesquisadora principal envolvida no projeto intitulado: **“NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!”**: cidadania e micropolítica no CAPS II de Sobral me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos prontuários, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a usuários do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) cujo objetivo é realizar uma seleção prévia dos usuários que estão sendo acompanhados há no mínimo dois anos, onde iremos utilizar a folha de identificação dos prontuários que contém a data do primeiro atendimento, ocorridos no período de: março/2016 a março/2018.

Sobral, 26 de março de 2018.

NOME	CPF	RG	ASSINATURA
Thatianna Souza da Silveira	425.995.633-72	1883599-89	<i>Thatianna Souza da Silveira</i>
Percy Antonio Galimberti Catania	<i>006 967168-01</i>	<i>W 690545-D</i>	<i>J ? -</i>

***(TODOS OS PESQUISADORES QUE TERÃO ACESSO AOS DOCUMENTOS DO ARQUIVO DEVERÃO TER O SEU NOME e RG INFORMADOS E TAMBÉM DEVERÃO ASSINAR ESTE TERMO. SERÁ VEDADO O ACESSO AOS DOCUMENTOS A PESSOAS CUJO NOME E ASSINATURA NÃO CONSTAREM NESTE DOCUMENTO).**

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA****ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

O que observar?

- 1- Comunicação verbal e não verbal dos profissionais, usuários e familiares durante o momento.
- 2- Características emocionais apresentadas pelos profissionais, usuários e familiares durante o desenrolar do grupo.
- 3- Atitudes e posturas dos profissionais, usuários e familiares diante da realização do grupo.
- 4- Os significativos e as percepções, demonstradas pelos profissionais, usuários e familiares, verbais e não verbais durante os questionamentos sobre as questões norteadoras para o grupo focal.

**APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E
DEPOIMENTOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____

_____ RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora, Thatianna Souza da Silveira, responsável pela pesquisa/intervenção intitulada “NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!” Cidadania e Micropolítica no CAPS II de Sobral, realizar fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento a partir de gravações sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização das fotos (seus respectivos negativos), filmagens e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores.

Sobral- CE, ____ de _____ de 2018.

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

**ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETÁRIA DA
SAÚDE DA PREFEITURA DE SOBRAL**



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0007/2018

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação do Mestrado em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – UFC, intitulado: “NÃO FAÇAM NADA POR NÓS, SEM NÓS!”: CIDADANIA E MICROPOLÍTICA NO CAPS II DE SOBRAL, desenvolvido por Thatianna Souza da Silveira, sob orientação do prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral autoriza a realização da pesquisa cartográfica no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Damião Ximenes Lopes. A coleta será através da técnica de grupo focal com a participação de usuários, familiares e profissionais do serviço. Salienta-se a necessidade de pactuação prévia entre a pesquisadora e a coordenação do serviço quanto à identificação dos dias, horários e local adequado para realização do grupo focal, cabendo ainda à Coordenação do CAPS estar ciente dos critérios de inclusão e exclusão e, preferencialmente, cuidar dos aspectos éticos da pesquisa estabelecendo mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida dos usuários, conforme preconiza a Portaria nº 1.820, do Ministério da Saúde, reforçada pela Carta dos direitos dos usuários da saúde.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência junto a todos os participantes da pesquisa, devendo estes serem convidados a participar e/ou autorizar a participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão como compromisso com a devolução dos achados ao sistema de saúde de Sobral.

Em caso de dúvidas sobre este parecer, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 16 de Abril de 2018

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica