



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Psicologia - IP
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG - PsiCC

“O Caps me deu voz, me deu escuta”:
Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial
na perspectiva de trabalhadores e usuários

Tânia Maris Grigolo

Brasília, DF
2010



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Psicologia - IP
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG - PsiCC

“O Caps me deu voz, me deu escuta”:

Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial
na perspectiva de trabalhadores e usuários

Tânia Maris Grigolo

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de
Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia
da Universidade de Brasília como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutor em Psicologia
Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília, DF
2010

G857c Grigolo, Tânia Maris.
“O Caps me deu voz, me deu escuta”: um estudo
das dimensões da clínica nos Centros de Atenção
Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários
/ Tânia Maris Grigolo. Brasília, 2010.
283 f.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa.
Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) –
Instituto de Psicologia (IP), Universidade de Brasília
(UnB).

1. Psicologia Clínica. 2. Centros de Atenção
Psicossocial (Caps). I. Título.

Tânia Maris Grigolo

“O Caps me deu voz, me deu escuta”:

Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial
na perspectiva de trabalhadores e usuários

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de
Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia
da Universidade de Brasília como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutor em Psicologia
Clínica e Cultura.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Presidente da Banca - PsiCC /UnB

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado - IPUB/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Wivian Weller - FE/UnB

Prof. Dr. Francisco Martins - PsiCC/UnB

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Gandolfo Conceição - PsiCC/UnB

Prof^a. Dr^a. Maria Izabel Tafuri – Membro Suplente - PsiCC/UnB

Brasília/DF, 29 de julho de 2010

Dedicatória

Aos usuários que compartilharam suas trajetórias de vida, seus projetos e suas perspectivas sobre o cuidado, nos Centros de Atenção Psicossocial.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília pela abertura, empenho e dedicação ao garantir a qualidade, o diálogo e a diversidade no campo da Psicologia Clínica no Brasil.

Ao Professor Dr. Ileno Izídio da Costa, orientador, mestre e interlocutor fundamental para a realização desta tese e de todos os projetos, lutas e conquistas que envolveram a realização deste doutorado.

À professora Wivian Weller, mestre, conterrânea, que inspirou, orientou e apoiou meus estudos no campo das pesquisas qualitativas.

À Secretaria de Saúde de Aracaju, em especial ao coletivo gestor da saúde mental que permitiu, apoiou e favoreceu o acesso à Rede de Saúde do município.

Às coordenadoras dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e em especial dos Caps: Caps Liberdade, Caps David Capistrano Filho e Caps Jael pela atenção e acolhimento durante a realização da pesquisa e a todos os profissionais, apoiadores institucionais e gestores que participaram do trabalho de campo.

Aos usuários dos Caps de Aracaju que me receberam, apoiaram e participaram deste estudo, por sua contribuição ativa, sensível e crítica.

Ao Dr. Pedro Gabriel Delgado, mestre, gestor, militante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pelo apoio fundamental para minha trajetória acadêmica e profissional.

Ao Dr. Francisco Martins, pela aceitação, pela escuta atenciosa e por sua contribuição para o conhecimento no campo da saúde mental, da clínica e da *psicopathologia*.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico que apoiou parte da realização deste doutorado.

Aos colegas da equipe técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental, pela compreensão, incentivo e apoio.

Ao meu marido e companheiro de projetos de vida e sociedade, com amor.

Ao meu querido filho Luigi que a cada dia renova minha força de lutar e a esperança por uma sociedade melhor.

Ao meu irmão pela aposta e incentivo desde a graduação.

Aos meus pais, com amor e gratidão.

Eu sou dado ao maravilhoso, ao fantástico, ao hipersensível; por mais que quisesse, pude ter uma concepção mecânica, rígida do Universo e de nós mesmos. No último, no fim do homem e do mundo, há mistério e eu creio nele. Todas as prosápias sabichonas, todas as sentenças formais dos materialistas e, mesmo dos que não são, sobre as certezas da ciência, me fazem sorrir e, creio que este meu sorriso não é falso, nem precipitado, ele me vem de longas meditações e de alanceantes dúvidas.

(Lima Barreto)

Resumo

Esta pesquisa teve como objeto de estudo as dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial a partir da perspectiva dos trabalhadores e usuários envolvidos no cotidiano do cuidado dos Caps. Para tanto situa-se no âmbito das pesquisas qualitativas e avaliativas em Psicologia Clínica e Saúde Mental. Utilizamos como método os Grupos de Discussão (GDs) com trabalhadores e a técnica de Entrevistas Narrativas (ENs) com usuários de três CAPS III da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (SE). Buscamos percorrer os temas que foram se configurando como centrais para o entendimento das dimensões da clínica em cada um dos Caps. Assim, tomamos cada serviço como um caso, no sentido de aprofundar o estudo das suas singularidades, no cotidiano do cuidado. Através desta pesquisa destacamos a multidimensionalidade da clínica da atenção psicossocial que envolve a trajetória dos serviços, dos profissionais, a formação para o trabalho em saúde mental, a complexidade das práticas terapêuticas, do cuidado nas crises e das relações com o território. Assim como, apontamos a importância do relacionamento entre os profissionais, dos profissionais com os usuários e com os familiares, no cotidiano dos Caps, considerando a dimensão ética e política destas relações e o desafio da participação mais efetiva dos usuários. Destacamos as perspectivas sobre as práticas terapêuticas e considerações sobre as concepções de clínica, vigentes entre os trabalhadores. Outro aspecto destacado foi a avaliação que profissionais e usuários fazem sobre os Caps. Constatamos também a coexistência de procedimentos do modelo clínico tradicional com concepções e práticas da atenção psicossocial e a tensão existente nos trabalhadores, entre o preconizado e o praticado. As narrativas dos usuários evidenciaram o Caps como um lugar de referência e mediação para suas vidas, de escuta, de organização do cotidiano, de produção de vínculo e cuidado diferenciado. A avaliação dos usuários sobre os Caps também apontou lacunas, principalmente nas relações cotidianas com os profissionais, nas ofertas terapêuticas, nas relações com as famílias e na participação dos usuários nos Caps.

Abstract

This study had as its main object the clinical dimensions of the Psychosocial Care Centers in the Brazilian Psychiatric Reform, from the perspective of workers and users involved in the daily care of these services. It is therefore an evaluative and qualitative research in Psychology and Mental Health. It was used the Discussion Groups (DGs) with workers and the Narrative Interview technique (ENs) with users as privileged methods in three CAPS-III of the Network for Psychosocial Care in Aracaju (SE). Each service was taken as a case study in order to deepen it in their singularities in daily service, aiming to cover the issues that were shaping up as central to understand the clinical dimensions in each one. It was emphasized the multidimensionality of psychosocial clinical approach that involves the trajectory of services, professional training for work in mental health, the complexity of therapeutic treatment, care in crisis and relations within the territory. It was pointed out the importance of the relationship between health professionals, professionals and users and with their families in Caps everyday routine, considering the ethical and political dimension of these relations and the challenge of more effective users' participation. It was evidenced the perspectives of the therapeutic practices and clinical conceptions used by the workers, highlighting professionals and users evaluations of the Caps. It was found the coexistence of traditional clinical model with concepts and practices of psychosocial care and tensions between the recommended and practiced by the workers. The users' narratives indicated the Caps as a place of reference and mediation for their lives, listening, organization of daily life, production of links and special care. The users' evaluations of the Caps also noted gaps, especially between professionals' therapeutic services in their daily relationships and their families and the involvement of users in the Caps.

Keywords: Clinical Dimensions, CAPS, Psychosocial Care, Brazilian Psychiatric Reform, Mental Health Users and Professionals.

Lista de Quadros

Quadro 1: Caracterização dos participantes do grupo de discussão: Caps Liberdade.....	69
Quadro 2: Caracterização dos participantes do grupo de discussão: Caps David Capistrano.....	121
Quadro 3: Caracterização dos participantes do grupo de discussão: Caps Jael.....	157

Lista de Siglas

- APACS - Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial de referência para municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes
- CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial de referência para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes
- CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial de referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento durante todos os dias da semana e 24 horas ininterruptamente
- CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial de referência para o cuidado de crianças e adolescentes em municípios acima de 100.000 habitantes
- CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial de referência para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas em municípios acima de 60.000 habitantes
- CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão - Versão 2008
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
- DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde
- DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia
- DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
- EN - Entrevistas Narrativas
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- GD – Grupo de Discussão
- GM - Gabinete do Ministro
- HG - Hospital Geral
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IES - Instituições de Ensino Superior
- MBE - Medicina Baseada em Evidências
- NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
- ONG - Organização Não Governamental
- PSF - Programa Saúde da Família
- REAp - Rede de Atenção Psicossocial
- RPb - Reforma Psiquiátrica Brasileira
- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEP - Serviço de Emergência Psiquiátrica
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência a Saúde
SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR - Terapeuta de Referência
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFS - Universidade Federal de Sergipe

Sumário

Introdução	16
Capítulo I A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e os princípios para uma nova clínica	24
1.1 Os CAPS NO BRASIL: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO	29
Capítulo II A Construção da Clínica da Atenção Psicossocial: o Cotidiano como conceito central	35
Capítulo III Cenários da Pesquisa e Percursos Metodológicos	47
3.1 Os CAPS III EM ARACAJU	49
3.2 O CAPS LIBERDADE	49
3.3 O CAPS DAVID CAPISTRANO FILHO.....	51
3.4 O CAPS JAEL.....	53
3.5 Os OUTROS CAPS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	54
3.6 A PESQUISA DE CAMPO.....	55
3.7 OS GRUPOS DE DISCUSSÃO (GDs)	57
3.8 AS ENTREVISTAS NARRATIVAS (ENS).....	59
3.9 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS GDs E ENS.....	64
Capítulo IV Análise dos Grupos de Discussão: a perspectiva dos trabalhadores.....	68
4.1 CAPS LIBERDADE: UM CAPS REINVENTADO.....	68
4.1.1 Trajetória do Caps e dos Profissionais.....	69
4.1.2 A Formação para o Trabalho em Saúde Mental	81
4.1.3 A Complexidade da Clínica	85
4.1.4 A Dimensão Terapêutica	93
4.1.5 O Cuidado nas Crises	100
4.1.6 Relacionamento entre os Profissionais	106
4.1.7 Relacionamento entre Profissionais e Usuários.....	111
4.1.8 Relacionamento com as Famílias	114
4.1.9 Avaliação do Trabalho nos Caps.....	117
4.2 CAPS DAVID CAPISTRANO FILHO: UM CAPS REFORMADO	121
4.2.1 Criação do Caps e Trajetórias dos Profissionais	122
4.2.2 Formação para o Trabalho em Saúde Mental	126
4.2.3 A Complexidade da Clínica	129
4.2.4 A Dimensão Terapêutica	138
4.2.5 O Cuidado nas Crises	141
4.2.6 Relacionamento entre os Profissionais	145
4.2.7 Relacionamento entre Profissionais e Usuários.....	147
4.2.8 Relacionamento com as Famílias	150
4.2.9 Avaliação dos Caps	151
4.3 GRUPO CAPS JAEL: UM CAPS CONQUISTADO	157
4.3.1 Criação do Caps e Trajetórias dos Profissionais	158
4.3.2 Formação para o Trabalho em Saúde Mental	162
4.3.3 A Complexidade da Clínica	165
4.3.4 A Dimensão Terapêutica	171
4.3.5 O Cuidado nas Crises	175
4.3.6 Relacionamento entre os Profissionais	178
4.3.7 Relacionamento entre Profissionais e Usuários.....	180
4.3.8 Relacionamento com as Famílias	181
4.3.9 Avaliação dos Caps	183
4.4 COMPARAÇÕES ENTRE OS TRÊS CAPS: A AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	187
Capítulo V Narrativas da Trajetória de Vida dos Usuários	189
5.1 ROSE: “EM UM BELO DIA”	189
5.2 JORGE E A HUMANIDADE	202

5.3 SIMONE E A VONTADE DE SER FELIZ.....	224
5.4 SEMELHANÇAS BIOGRÁFICAS ENTRE ROSE E SIMONE.....	240
5.5 E JORGE? DIFERENÇAS NA TRAJETÓRIA BIOGRÁFICA.....	243
Considerações Finais	247
Referências Bibliográficas	261
Apêndice A	273
TÓPICO-GUIA PARA O GRUPO DE DISCUSSÃO	273
Apêndice B	274
PERGUNTAS GERADORAS PARA AS ENTREVISTAS NARRATIVAS.....	274
Apêndice C	275
LISTA DE CÓDIGOS PARA TRANSCRIÇÃO	275
Regras de transcrição	275
Apêndice D	277
DIVISÃO TEMÁTICA DO GD - CAPS LIBERDADE	277
Apêndice E	280
DIVISÃO TEMÁTICA DO GD - CAPS DAVID CAPISTRANO.....	280
Apêndice F	282
DIVISÃO TEMÁTICA DO GD - CAPS JAEL.....	282

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira nasceu no contexto da Reforma Sanitária, da Saúde Coletiva e das transformações assistenciais e políticas que possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi influenciada tanto pelas mudanças sociais internas como pelos movimentos internacionais de mudança na assistência psiquiátrica e pode ser entendida como um processo complexo que envolve diversos atores. Conforme afirma Delgado *et al.* (2007): “A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que acontecem no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (p.39).

O momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira é de evidente avanço na reorientação do modelo de atenção à Saúde Mental. Em 2002, 75,24% do financiamento da área foi gasto com hospitalizações. Em 2006, esse quadro se reverteu para 44,08%. Conforme o Ministério da Saúde, Brasil (2010), 67,71% dos recursos orçamentários de 2009 foram aplicados nos serviços extra-hospitalares e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) passaram de 500 serviços em 2003 para 1513, até maio de 2010.

Interessa-nos, neste estudo, analisar a clínica que está sendo praticada nestes serviços, as mudanças ocorridas nos cenários, nas práticas e nas relações cotidianas entre profissionais e usuários.

Buscaremos aqui, portanto, ampliar a compreensão sobre as dimensões da clínica praticada em uma Rede de Atenção Psicossocial, através de um estudo etnográfico que se propõe analisar o cotidiano das práticas terapêuticas realizadas nestes serviços, o envolvimento de trabalhadores e usuários nesta clínica e discutir seus fundamentos teóricos.

O interesse desta pesquisa relaciona-se com outros esforços de pesquisas avaliativas realizadas contemporaneamente, sob diversos ângulos, metodologias e territórios de pesquisa: Onocko-Campos & Furtado, 2005 e 2006; Furtado &

Onocko-Campos, 2008; Kantorski *et al.*, 2009; Lima, 2010; Mello, M., Mello, A. & Kohn, 2007; Nascimento & Galvaneze, 2009; Guljor, Pinheiro & Gomes, 2007.

Nossa postura fenomenológica é de que a realidade não se reduz à sua dimensão objetiva e natural, mas está em permanente produção, mudança e movimento, sendo (re) construída entre os sujeitos, no cotidiano das relações e das organizações, e que o pesquisador é parte integrante e agente do processo da investigação, da escolha do problema, do reconhecimento do campo e das relações com os sujeitos. Com o compromisso ético com as pessoas envolvidas e, por certo, com os resultados da pesquisa.

Considerando que há uma clínica sendo (re)construída, constantemente, no cotidiano dos Caps nos questionamos em relação às suas possíveis dimensões: como foi a trajetória destes serviços e da formação dos trabalhadores? Como estão sendo realizadas as práticas terapêuticas nos Caps? Como é o relacionamento entre os agentes desta clínica, trabalhadores e usuários? E os familiares, como são vistos pelos profissionais e usuários? Como trabalhadores e usuários avaliam o cuidado nos Caps? Como os Caps aparecem nas trajetórias de vida dos usuários?

Para buscar o conhecimento das dimensões da clínica operada nos Caps, procuramos, a princípio, situar a realidade estudada e escolher o campo de investigação direta, onde poderíamos entrar em contato, observar, conhecer e participar do cotidiano de uma Rede de Atenção Psicossocial, já constituída e referencialmente.

Por que escolhemos os Caps?

Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial, de caráter substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, surgiram no final dos anos 80 no Estado de São Paulo, na capital em 1987; em Bauru, 1988, e em Santos, 1989.

Embora sejam experiências singulares e com as características próprias do contexto sanitário e atores locais envolvidos, os Caps representam o início de um novo cenário para a saúde mental e de um novo conceito: a Atenção Psicossocial que concretiza a possibilidade de uma nova política pública e de uma nova clínica, no âmbito da saúde mental no SUS. Nesta mesma época, surgem diversas iniciativas, principalmente nas regiões Sudeste e Sul do país, totalizando, ao final dos anos 80, conforme Brasil (2007), dez serviços tipo Caps.

A Política de Saúde Mental, até o final dos anos 80, se caracterizava de acordo com Resende (1987), pela exclusão dos indigentes aos trabalhadores. Os centenários hospitais ou colônias psiquiátricas públicas das grandes cidades mantinham em isolamento os pobres e abandonados. Os trabalhadores que possuíam vínculo previdenciário, por sua vez, lotavam os hospitais, leitos privados e os ambulatórios existentes aumentando a demanda de internações.

As críticas à “indústria da loucura”, no final dos anos 70 no Brasil, provinham de diversos setores e repercutiram na política pública, que passou a exercer maior controle sobre o número e o tempo de internação nos hospitais psiquiátricos.

Segundo Delgado (2006):

O país possuía mais de 80.000 leitos psiquiátricos nessa época, para uma população de “90 milhões em ação”, em plena ditadura militar (os leitos ainda seguiriam aumentando, até o ano de 1981). Hoje, com o dobro da população, temos menos da metade dos leitos, uma mudança radical no cenário da instituição psiquiátrica nos últimos 25 anos. Os leitos deixaram de se ampliar nos anos 80, e começaram a ser efetivamente substituídos por “instâncias assistenciais diversificadas” a partir dos primeiros anos da década de 90. (p. 2)

Mesmo assim, as internações psiquiátricas consumiram até os anos 90, 99% dos recursos da área da saúde mental no Brasil. As internações psiquiátricas representaram, nesta época, a terceira maior parte dos gastos com internações em geral. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um ator central para o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este movimento, desde 1978 denunciava a violência manicomial, a desassistência e os interesses privados na área da saúde mental, além de questionar os pressupostos do saber asilar-psiquiátrico.

Este processo se fortaleceu na década de 80 agregando usuários e familiares, além de várias categorias profissionais, dando origem a um movimento social amplo: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Este, por seu mérito, incluiu usuários e familiares como novos agentes na luta pela cidadania, pelos direitos e pela mudança do modelo de atenção em saúde mental.

Este movimento social foi importante protagonista da construção do projeto de lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Após doze anos de tramitação, com vários debates, modificações e substitutivos no Congresso Brasileiro, este projeto resultou na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Neste contexto de intensas discussões no campo legislativo, assistencial e político, diversos municípios iniciaram a construção de experiências concretas de substituição dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado na comunidade das pessoas com transtornos mentais.

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana teve grande influência sobre os primeiros processos de implantação de serviços comunitários no Brasil, mais especificamente em Bauru e Santos. Este movimento se caracterizou pela participação da sociedade no processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos e na transformação do modelo de atenção em saúde mental, pelo questionamento das concepções e das práticas terapêuticas existentes e propôs, não somente um processo de desospitalização dos usuários mas, principalmente, a desinstitucionalização.

A desinstitucionalização é um marco teórico, político e assistencial, que está presente na política de saúde mental brasileira desde os anos 80, conforme enfatiza Amarante (1995) *“A desinstitucionalização passa a ser conceito básico determinante da reorganização do sistema de serviços e das ações de saúde mental”* (p. 88) e prevê, até os dias atuais, um complexo processo de transformação que inclui a substituição dos hospitais psiquiátricos, a criação de condições de vida, moradia, trabalho e renda além de rever concepções e práticas terapêuticas no âmbito da atenção em saúde mental e da sociedade.

A partir da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, foram sendo criadas as condições concretas para uma Política Nacional de Saúde Mental voltada para a mudança efetiva do modelo de tratamento. Em 1992, através da Portaria SNAS 224 de 29 de janeiro de 1992, o SUS incorporou, pela

primeira vez, na rede de atenção, os NAPS/CAPS (Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial). Estes serviços foram definidos pelo Ministério da Saúde, Brasil (2004), como *“unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional”* (p.244).

Observa-se que a Portaria SNAS 224/92 definia os NAPS/CAPS dentro de uma lógica de divisão dos cuidados em primários, secundários e terciários, colocando os Caps como serviços intermediários aos ambulatoriais e hospitalares. Esta lógica foi alterada, com o aprofundamento conceitual e modificada na Portaria GM 336/02.

A Portaria SNAS 224, no entanto, incluiu o funcionamento 24 horas e durante os sete dias da semana, como já acontecia no modelo dos NAPS de Santos (SP), por exemplo. Desta forma, tínhamos, naquele momento, pelo menos três possibilidades de serviços: Caps funcionando em regime de um turno de 4 horas, em dois turnos de 4 horas cada e durante os dias úteis da semana, e os Naps, abertos 24 horas e sete dias na semana.

Embora normatizados, estes serviços ainda não dispunham de financiamento suficiente e adequado, no âmbito do SUS, para promover sua expansão. No final dos anos 90, havia cerca de 180 Caps no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2007).

Após dez anos da primeira normatização dos NAPS/CAPS, e, com pelo menos quinze anos de implantação destes serviços no Brasil, a Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 redefiniu estes serviços e disponibilizou novos recursos para sua manutenção. Esta redefinição no financiamento dos Caps, aliada a outros incentivos disponibilizados aos gestores, foi responsável pela expressiva expansão destes serviços na última década.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão presentes atualmente em 1044 municípios do país e em todos os estados brasileiros. São serviços de atenção em saúde mental de base comunitária, que têm como missão substituir progressivamente os hospitais psiquiátricos como referência para a população no acesso aos cuidados em saúde mental. Podem ter diferentes tipologias, de

acordo com o porte populacional do município e com a população de referência. Constituem-se em dispositivos estratégicos para a consolidação do modelo comunitário e para a ampliação da responsabilidade pública brasileira na atenção integral da população com necessidades de cuidado em saúde mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, acompanhando a tendência mundial e a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem caminhado para reverter a referência da atenção em saúde mental, saindo dos hospitais psiquiátricos para o cuidado comunitário das pessoas com transtornos mentais.

A atual política de saúde mental instituiu outros dispositivos comunitários e de desinstitucionalização além dos Caps. Visando, desta forma, construir uma rede integrada de ofertas de cuidado e não apenas um único lugar para a atenção em saúde mental, tais como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), o Programa De Volta pra Casa e o Programa de Reorientação Hospitalar (PRH) que compõem o tripé da estratégia de desinstitucionalização da Política Nacional de Saúde Mental, que visa possibilitar a saída das pessoas com internações de longa duração, para a convivência em comunidade e o restabelecimento de seus direitos de cidadania.

Estes dispositivos de desinstitucionalização, juntamente com a implantação de leitos em hospitais gerais, os Caps, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); e o Programa de Saúde da Família (PSF), possibilitam que a atenção em saúde mental se redirecione para a comunidade.

Essa trajetória de expansão das ações e serviços trazem à tona outras questões que dizem respeito não somente ao aumento no número de serviços para a saída dos hospitais psiquiátricos, mas, também, sobre a qualidade e efetividade destas ofertas.

A integração dos serviços em uma rede de atenção psicossocial; a articulação com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e a qualificação e avaliação permanente das ações de saúde mental; bem como o aperfeiçoamento da clínica dos Caps, as transformações na formação dos profissionais e o avanço na produção de conhecimento são desafios para a política de saúde mental e, também, para as universidades. É urgente aprofundar o conhecimento desta nova realidade e da complexidade deste campo, tanto para o âmbito das políticas

públicas e do cuidado em saúde mental, quanto para as instituições formadoras, no sentido de fundamentar, subsidiar e avaliar as transformações em curso.

Os Caps tem uma posição estratégica na rede de saúde, com a missão de promover a articulação dos serviços e das ações de saúde mental no território e de operar como instrumentos para a construção de possibilidades de cuidado e de vida para os usuários.

Esta pesquisa teve como objeto de estudo as dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial, a partir da perspectiva de profissionais e usuários envolvidos no cotidiano do cuidado dos Caps. A intenção é dar visibilidade às diversas dimensões da clínica praticada pelos Caps, tendo em vista o processo de transformação do modelo de atenção em curso e as necessidades da política, da gestão e da clínica da atenção psicossocial.

Este estudo se estrutura em sete Capítulos que mostram os caminhos percorridos no campo teórico e empírico, para o enfrentamento desta questão e seus desdobramentos.

No primeiro capítulo apresentamos uma breve contextualização da Reforma Psiquiátrica e da Clínica da Atenção Psicossocial levantando questões sobre a construção deste campo e de seus fundamentos e traçamos um retrato dos Caps através de dados do AVALIAR CAPS contextualizando os principais problemas de estrutura e funcionamento destes serviços no Brasil.

No segundo capítulo apresentamos os referenciais teóricos recorridos debatendo e esclarecendo os conceitos utilizados e as concepções sobre a clínica, o sofrimento psíquico e o cotidiano, que estão no horizonte desta pesquisa.

No terceiro capítulo descrevemos os cenários e as perspectivas teórico-metodológicas da pesquisa. Escolhemos para a análise das dimensões da clínica três Caps III, da rede de atenção psicossocial do município de Aracaju e Sergipe. Utilizamos Grupos de Discussão (GDs), com trabalhadores, e Entrevistas Narrativas (ENs), com usuários. Percorremos os temas que foram se configurando como centrais para o entendimento da clínica em cada um dos Caps. Assim tomamos cada serviço como um caso, no sentido de aprofundar o estudo das singularidades de cada um e discutir os temas da clínica no cotidiano

do cuidado, tal como se apresentavam para cada grupo de discussão feito com os trabalhadores.

Desta forma, o Capítulo IV traz a análise dos grupos de discussão de cada Caps, através dos Temas Principais que foram debatidos pelos grupos e que visam responder aos objetivos desta pesquisa. A seguir, no Capítulo V, apresentamos a análise das Entrevistas Narrativas realizadas com três usuários, um de cada Caps, onde buscamos compreender suas trajetórias de vida até a chegada ao serviço, suas visões de mundo e das práticas terapêuticas dos Caps.

Nas considerações finais, já apropriados das perspectivas dos trabalhadores e usuários, ressaltamos as dimensões da clínica da atenção psicossocial e traçamos as comparações possíveis entre os grupos de trabalhadores com as perspectivas dos usuários valorizando suas singularidades. Destacamos, também, contribuições para as políticas públicas e levantamos questões para outras pesquisas na área.

Capítulo I

A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e os princípios para uma nova clínica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem gerado intensos debates sobre o modelo de atenção em saúde mental no Brasil. Em um contexto de avanços políticos e assistenciais, que estão ocorrendo no país nos últimos anos, também estão, no centro do debate, as práticas de atenção psicossocial, suas relações com a sociedade e com as novas exigências políticas e éticas deste novo modelo.

Segundo Delgado (1992):

A Reforma Psiquiátrica é um recurso de designação para o conjunto de modificações que vem sendo produzidas ou tentadas desde a década de 70, interessando ao modelo assistencial psiquiátrico público, sua sustentação teórica e técnica, e as relações discursivas que se vêm estabelecendo entre a Psiquiatria e as demais disciplinas de saúde e do campo social e as instituições e movimentos sociais. (p. 68)

A partir de sua regulamentação pela Portaria GM/336 de 2002, os Caps não são mais considerados apenas serviços intermediários entre o ambulatorial e o hospitalar, conforme definia a Portaria SNAS 224/92. Estes serviços tornaram-se responsáveis pela organização da demanda e do cuidado em saúde mental nos seus territórios. A noção de responsabilização pelo cuidado passou a ser central na nova concepção destes serviços, deslocando significativamente sua lógica norteadora: de alternativos e intermediários, para substitutivos e territoriais; do modelo centrado na referência hospitalar, para o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico grave, nos seus territórios de referência.

Para Leal & Delgado (2007), os Caps devem ser entendidos como um modo de operar o cuidado, mais do que um estabelecimento de saúde. Para realizar este modo Caps de operar o cuidado é preciso que algumas marcas que caracterizam estes serviços estejam presentes. Estas marcas são: a rede, a clínica e o cotidiano. Neste estudo teremos este tripé de conceitos como referência para percorrer os itinerários da clínica em uma rede de atenção psicossocial.

A construção de uma rede de serviços comunitários em saúde mental, bem como a articulação com a Atenção Básica, em muitos municípios, particularmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), está em pleno desenvolvimento. Os profissionais da ESF passam a ter nos Caps e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF¹) importantes pontos de apoio para a constituição de redes de atenção em saúde mental na comunidade e para o cuidado integral das pessoas com sofrimento psíquico.

Ainda são grandes os desafios que as políticas públicas de saúde e de saúde mental precisam enfrentar para garantir o acesso a todos que necessitam de cuidados em saúde mental.

Em 2010, segundo dados do Ministério da Saúde, Brasil (2010), a cobertura em relação aos Caps chegou a 62%² da população no país e continua em tendência de crescimento, o que torna ainda mais significativo voltar a atenção para o modo de funcionamento cotidiano destes serviços como pontos de uma rede de saúde em cada território.

Dizer que os Caps são dispositivos, nos remete a obra de Foucault em *Vigiar e punir*, 1991; *História da sexualidade*, 1997 e em *Microfísica do poder*, 1988b. Para este autor, os dispositivos da sociedade moderna são utilizados para dominação e controle, mas também podem servir para produzir efeitos inesperados que necessitarão de novo arranjo estratégico. Referindo-se a um “dispositivo de sexualidade”, tenta demarcar o que chama de dispositivo: “*o dispositivo tem uma função estratégica*” (p. 244).

Neste sentido, conforme Grigolo, Schmidt & Delgado (2010), os Caps são dispositivos estrategicamente criados para produzir transformações teóricas e práticas, capazes de promover mudanças no modelo de atenção em saúde mental. Interessa-nos neste conceito, o seu caráter heterogêneo e não

¹ Os NASFs foram criados através da Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008, e tem a finalidade de ampliar a abrangência das ações da atenção básica e sua resolubilidade apoiando a ESF na rede de serviços e o processo de territorialização. Desde sua criação, o componente de matriciamento em saúde mental foi definido como uma de suas funções principais. Existem atualmente (março 2010) 1011 NASFs credenciados, dos quais 83 % contam com profissionais de saúde mental.

² A cobertura é calculada através da divisão do número de Caps (que é calculado considerando-se que os CAPS II, Caps AD e Caps I dão cobertura a 100.000 habitantes, que o CAPS I é referência para 50.000 habitantes e que o CAPS III dá cobertura para 150.000 habitantes) pela população geral vezes 100.000. O Brasil passou de 21% de cobertura, em 2002, para 62% em março de 2010.

determinado. Os Caps são serviços abertos onde se produzem o cuidado e a atenção psicossocial, mas também discursos, relações, normas, poder e diferentes evidências. São, portanto, atravessados por permanentes tensões e sujeitos a diferentes análises, dado o fato de encarnarem um processo de mudança de modelo ainda em curso.

A maior inovação em relação ao modelo anterior – baseado no hospital, ou melhor, no sistema hospital-ambulatorio-emergência, cujo alicerce é o componente hospitalar, modelo incapaz de produzir a inclusão social de pacientes com transtornos mentais – é o fato de estarem, os Caps, visíveis e abertos às permanentes e públicas análises críticas e constante transformação e interação com o território. Estas condições configuram a possibilidade de promoverem transformações clínicas e políticas em direção a um novo e efetivo modelo de atenção de base comunitária, territorial.

Os Caps não são instituições fechadas e não foram propostos para serem autolimitados e reproduzirem um modelo de atenção rígido e imutável. A trajetória de cada serviço é singular e dependerá do que os seus agentes, sujeitos de sua construção - profissionais, usuários, familiares, gestores - fizerem deles, no conjunto de suas complexas redes de atenção.

Estes dispositivos, no atual cenário da atenção psicossocial, geram muitas questões importantes para a investigação: os Caps são lugares que possibilitam mudanças na formação dos profissionais e nas práticas de cuidado em saúde mental? Os usuários consideram terapêuticas as práticas realizadas? Como os Caps aparecem nas trajetórias de vida dos usuários? Como são realizadas as práticas terapêuticas nos CAPS? Como os profissionais as definem? Os profissionais estão colocando em questão o modelo clínico que fundamenta suas práticas? Enfim, quais as dimensões da clínica que está sendo operada nos Caps?

Buscamos, neste estudo, contribuir com o aprofundamento da reflexão sobre a clínica operada no cotidiano destes serviços, a partir da perspectiva dos profissionais e usuários de uma rede de atenção psicossocial.

Estas inquietações teóricas e políticas nos levaram ao contato direto com serviços, usuários e trabalhadores no cotidiano de suas práticas para poder

aprofundar, discutir e verificar como esta clínica, que se constituiu a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, está acontecendo nos Caps e como seus principais agentes (usuários e profissionais) a operam e fundamentam.

Esta pesquisa guarda relação com outro estudo realizado (Grigolo, 1995) tendo em vista que interessava, naquele momento, a vivência dos usuários, sua subjetividade, sua identidade e a avaliação que faziam da instituição psiquiátrica. Agora o interesse se centra em um novo contexto e lugar: os Caps e as mudanças operadas na clínica destes serviços. Trata-se, agora, de investigar, neste novo cenário, como são compreendidas e realizadas as práticas terapêuticas, como neste serviço está sendo produzida a clínica, como é a experiência de usuários e trabalhadores no cotidiano do cuidado em saúde mental e os impasses encontrados neste percurso.

A clínica precisa ser debatida, aprofundada e tomada como central para o sucesso do projeto de mudança do modelo de atenção em saúde mental no país. Assim como a dimensão política e do exercício da cidadania dos usuários, a dimensão da clínica é fundamental. A clínica da atenção psicossocial trata de qualificar a experiência subjetiva do sofrimento psíquico dos usuários e suas relações familiares, sociais, no cotidiano dos Caps e do território. As dimensões desta clínica estão relacionadas à sua complexidade e às relações entre seus agentes, onde se constroem o vínculo, a escuta, as negociações de projeto terapêutico, os embates entre diferentes racionalidades e concepções de ser, de mundo e de sofrimento psíquico, de todos os envolvidos.

Para Leal (1999);

A “clínica da Reforma”, embora tome em consideração o conhecimento sobre a loucura acumulado pelo saber psiquiátrico, afirma-se preocupada em não ceder diante do reducionismo instituído pelo seu olhar. Tanto a racionalidade naturalista da medicina moderna deve ser mantida permanentemente em questão, quanto a definição dos indivíduos enquanto sujeitos da razão e da vontade. Deve estar sob dúvida a idéia de que subjetividade humana seja definida pela razão linear, assim como a possibilidade de descrevê-la a partir de uma ontologia do sujeito, capaz de defini-lo para todo o sempre. A loucura deveria então ser abordada enquanto objeto complexo. (p. 13)

Para esta autora, a criação de outras possibilidades de vida deveria tornar-se o objetivo a ser perseguido por aquele que cuida. A autonomia do sujeito, como a capacidade dele mesmo gerar suas regras, normas e projetos de vida,

aparece como uma categoria de referência para os objetivos da clínica. As ações neste campo precisam, então, ser dirigidas e determinadas por outros valores.

A idéia de “sujeito” e a “visão de mundo” dos novos atores desta clínica mostravam-se em transformação no estudo realizado por Leal (1999).

Em nosso trabalho pretendemos qualificar a clínica praticada e seus impasses nas visões destes novos agentes do cuidado, trabalhadores e usuários, em uma rede de atenção à saúde, no cotidiano dos Caps.

Por influência da Desinstitucionalização Italiana predominava no campo da atenção psicossocial uma idéia de que era preciso colocar a clínica em suspenso e ampliar a dimensão social e política, para romper com a instituição psiquiátrica. Segundo Pacheco (2001), Basaglia (1985) não negligenciou a clínica, mas não avançou em qualificá-la *“em prol da necessidade mais urgente do estabelecimento de um campo de direitos e de negociação possível dentro do contexto manicomial”* (p. 84).

Ainda segundo Leal (1999), nas últimas décadas o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira passou a se debruçar sobre a clínica, constatando que há no campo da atenção psicossocial brasileira, uma clínica da Reforma. Ela considera que para “outra idéia de clínica” devem ocorrer diversas mudanças: mudança do objetivo a ser alcançado (não mais a eliminação de sintomas, mas ampliação da rede social através do cuidado), mudança do olhar e da possibilidade de compreender o outro (não mais tomado como alguém sobre o qual tudo se sabe) e mudança das representações daquele que olha e da identidade do trabalhador, responsável pelo agenciamento do cuidado.

A experiência do sofrimento psíquico grave tem demonstrado que este não se reduz à sua dimensão política e social e que o resgate da dimensão clínica é fundamental para o cuidado nos Caps e para o avanço do movimento da Reforma. A clínica convencional, porém, não dá conta da complexidade desta dimensão, neste novo contexto de cuidado, onde se cuida em liberdade, na continuidade da vida cotidiana, com todas as suas necessidades e seus impasses. A clínica precisa ser colocada em questão e modificada nas práticas dos novos serviços e sujeitos da atenção psicossocial.

Este processo de transformação da atenção em saúde mental tem acumulado experiências e evidências que estruturam formas de cuidar na comunidade e estão configurando uma nova clínica. Nossas questões se fundamentam na idéia que esta clínica da atenção psicossocial está em construção e se faz junto à rede de atenção substitutiva e territorial, pelos seus agentes. Estes são argumentos teóricos que sustentam esta investigação, que busca evidenciar elementos da complexidade desta clínica nas relações e práticas terapêuticas no cotidiano dos Caps.

1.1 Os Caps no Brasil: estrutura e funcionamento

Para termos uma caracterização de alguns elementos da estrutura e do funcionamento dos Caps, vamos tomar como ponto de partida a análise de alguns dados do AVALIAR CAPS³ 2008 (Brasil, 2009) que é um instrumento da Política Nacional de Saúde Mental, que avalia periodicamente estes serviços no Brasil. Estes dados podem nos ajudar a formar um quadro inicial de referência e compreender as características e os problemas relacionados ao seu modo de operar e às dimensões que a clínica apresenta nestes serviços.

Conforme apresenta Grigolo, Schimdt & Delgado (2010), um primeiro ponto a ser destacado na avaliação de um Caps diz respeito ao acolhimento, pois indica como está o acesso direto e a inclusão imediata no cuidado para a população de referência, bem como o vínculo estabelecido, desde o início, com os usuários e familiares. A maioria dos Caps (87%) faz acolhimento e possibilitam o acesso direto, sem agendamento prévio. É preciso considerar que 23% destes serviços possuem alguma característica do acolhimento que indica dificuldades para o acesso e 4,8% afirmam ter agendamento para primeiro atendimento.

³ O AVALIAR CAPS é um dos instrumentos de acompanhamento e monitoramento da rede pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Está em sua terceira edição (2008-2009), e tem como objetivo acompanhar, orientar e avaliar de forma ampla, processual e permanente estes serviços. O último AVALIAR CAPS foi aplicado no final do ano de 2008, com um período de coleta de dados em janeiro de 2009, com datas definidas para o preenchimento. Os dados de produção (resultado) referiam-se a um único mês pré-determinado do ano de 2008.

Mais do que os percentuais, que são positivos, o que se destaca e pode ser tomado como analisador é o registro da existência de barreiras para o acesso direto ao atendimento nos Caps, em algumas redes de saúde. Este problema é especialmente significativo para o caso dos usuários em crise, que não podem esperar por hora e dia marcados para o atendimento e para os usuários com problemas relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas.

As questões relativas ao processo de trabalho têm estado presentes na maioria das avaliações no âmbito da gestão e das pesquisas avaliativas já citadas. Constituem hoje um ponto de estrangulamento que envolve aspectos estruturais da organização do SUS e não apenas da área de saúde mental e se refere às formas de contratação de pessoal, à precarização dos contratos, às condições e às formas de organização do trabalho das equipes.

Neste aspecto, alguns pontos podem ser destacados nos resultados deste levantamento nacional: Caps com equipes pequenas, mesmo que correspondam ao mínimo exigido pelas portarias do MS. Vale ressaltar, que a equipe mínima normatizada diz respeito ao início do funcionamento dos Caps e tem efeito para credenciamento do serviço, devendo ser ampliada tão logo a atuação territorial seja mais efetiva. Outro aspecto é a baixa carga horária de alguns profissionais, principalmente dos médicos. Os resultados do AVALIAR CAPS 2008 (Ministério da Saúde, 2009) indicaram uma média de 1,5 psiquiatras por Caps no Brasil, com carga horária média de 26, 3 horas por semana. Além disso, algumas equipes possuem grande instabilidade, com mudanças abruptas da maioria da equipe, causadas pelas formas precárias de contratação.

Outra dimensão de problemas relacionados ao processo de trabalho diz respeito à gestão da política de saúde mental no nível local e à coordenação dos Caps. Constata-se o insuficiente investimento na formação e preparo dos responsáveis pela gestão da política e dos Caps, para exercerem esta função, e a falta de orientação técnica nessa escolha resulta em gestões burocratizadas, que se caracterizam mais pelas formas autoritárias de condução dos serviços do que pelos princípios da gestão participativa do SUS.

Outro recurso de apoio para os profissionais se prepararem para o trabalho nos CAPS é a supervisão clínico-institucional⁴. Esta tem sido uma política aprovada pelos profissionais que já acessaram os recursos. Os serviços que contam com supervisão (42,6% do total) destacam este dispositivo como momento importante de formação e suporte para os profissionais.

Outro tema diz respeito ao isolamento dos Caps em relação à rede de saúde, à rede social e ao distanciamento do território. Os Caps foram criados como dispositivos estratégicos para mudar a referência da atenção em saúde mental com relação aos hospitais psiquiátricos, mas não foram pensados como únicos e como um serviço total que daria conta de todas as demandas da atenção psicossocial em um município ou região.

Outro aspecto relevante para análise é o fato de que em muitos lugares o Caps, uma vez criado, tem passado a receber todas as demandas de saúde mental das áreas da saúde, da assistência social, da justiça, da educação e da comunidade em geral. Muitas equipes, no esforço para se colocarem como barreiras no caminho das internações psiquiátricas, foram se tornando reféns do “dar conta da demanda” e dos efeitos colaterais desta empreitada: serviços sobrecarregados, equipes desgastadas, desviando-se de sua referência para os casos mais graves e complexos, afastando-se do território, das equipes de saúde da família.

Estes pontos destacados estão intimamente relacionados uns com os outros, possibilitando formar um quadro provisório, de referência dos principais problemas enfrentados hoje por muitos Caps no Brasil.

A seguir destacaremos algumas possibilidades de descrição dos problemas e indagações mais freqüentes, sugeridos pelos dados colhidos pelo AVALIAR CAPS 2008 (Ministério da Saúde, 2009).

Ao mesmo tempo em que há Caps sobrecarregados e isolados na rede, há também serviços quase vazios, com horário de funcionamento reduzido, fechados

⁴ A Supervisão Clínico-Institucional foi Instituída pela Portaria GM/1174 de 07 de julho de 2005. Conforme Leal (2006) a supervisão clínico-institucional diz respeito a um campo complexo de intervenção que não pode ser reduzido à interação dual paciente-técnico, mas que deve incluí-la. Supõe uma relação de imanência entre a clínica e a instituição, ou seja, as características da instituição, o seu modo de operar, a forma como se organiza o processo de trabalho, como se define a clínica e o modo de operar o cuidado.

para almoço ou fechados “para férias coletivas”. Estas situações são extraordinárias, pois os resultados indicaram que a maioria dos serviços cumpre as normativas em relação aos horários e dias de funcionamento, mas alertam para algumas situações precárias, que envolvem outras características como o não fornecimento de alimentação em 15% dos Caps, revelando um modo de funcionamento no modelo clínico ambulatorial convencional.

Situações como estas alertam em relação à gestão do SUS e da saúde mental nestes lugares e indicam distorções na implantação do projeto de uma rede de atenção psicossocial sob o mandato e princípio da saúde mental pública.

Outro elemento destacado é o espaço físico e o ambiente do Caps. As respostas indicaram que 50,1 % dos Caps consideram o espaço físico suficiente. Quase na mesma proporção, 49,9%, o avaliam como insuficiente. Dentro da categoria do ambiente do serviço, 80% considera a limpeza boa ou ótima indicando uma maior satisfação em relação a este aspecto. Mesmo assim é de se considerar a necessidade de constantes investimentos neste âmbito.

No momento atual, a Reforma Psiquiátrica Brasileira conta com uma rede Caps composta por 1502 serviços, com tempos de existência muito diferentes entre si, o mais antigo com 23 anos e outros recém criados. Há problemas de diversas ordens: Caps novos e bem cuidados, mas com falta de equipamentos, Caps mais antigos, sem manutenção há anos, sem pintura, jardinagem e com equipamentos quebrados. Esta realidade torna mais difícil o cotidiano entre trabalhadores e usuários que precisam de cuidados em saúde mental.

Além do já citado, os equipamentos também foram destacados como elemento de avaliação. Os materiais para a realização de oficinas de pintura e desenho e aparelho de televisão são os insumos/equipamentos mais presentes (70 e 71,3% respectivamente), 69,7% dos Caps possuem computador, 63,5% aparelho de som, 58,2% de dvd, 57,2% jogos, 45,31% têm acesso à internet, 33,9% possuem aparelho de vídeo e 21,6% instrumentos musicais. A disponibilidade de carro para os Caps é diversa: 54,2% utilizam carro da secretaria de saúde e somente 26,3% possuem carro próprio. Destacamos a disponibilidade de carro como essencial para que o trabalho dos Caps no território

seja viabilizado. No entanto, todos estes são equipamentos básicos para a clínica da atenção psicossocial.

Outro elemento investigado pelo AVALIAR CAPS 2008 (Ministério da Saúde, 2009) foi o atendimento dos usuários em crise: 92% dos Caps respondem que atendem situações de crise, destes 39% são de usuários já atendidos nos serviços, 18% se referem aos usuários que abandonaram o atendimento no Caps e retornaram em situação de crise, 13% chegam em crise pela primeira vez e os demais referem outras formas.

Os Caps são serviços criados para evitar internações psiquiátricas, acompanhar os usuários de forma contínua e também nos momentos de maior necessidade. Assim, é nas situações de crise que se pode verificar a mobilização e o envolvimento das equipes para cuidar, potencializando todos os recursos do usuário, da equipe, do serviço, da família e da rede de atenção comunitária.

Quando perguntado pelo AVALIAR CAPS sobre qual o tipo de leito o serviço tem como referência para internação, 43% dos CAPS respondem que utilizam leito de Hospital Psiquiátrico. Somam-se a este percentual os CAPS que respondem ter como referência tanto hospitais psiquiátricos quanto hospitais gerais (23,3%). As questões que precisam ser analisadas se referem à quantidade, ao lugar e a forma como as internações estão se dando.

Embora os leitos em hospitais psiquiátricos tenham diminuído no Brasil⁵, nos últimos anos, as respostas nos mostram um número entre 1 a 5 internações em um mês típico, isto é, em um mês onde o serviço teve um funcionamento regular. Este questionário mostrou também que o acompanhamento das internações não tem sido freqüente nos Caps. As respostas variaram de “nunca” a “algumas vezes”. Quando o acompanhamento acontece, as formas mais usadas referem-se ao contato e atendimento aos familiares. Menos freqüente é o contato direto com os usuários ou através dos profissionais da instituição onde estão internados.

A quantidade, o lugar e a forma de acompanhar as internações são indicadores para a avaliação do potencial substitutivo e do cuidado prestado na

⁵ Há no Brasil 35.454 leitos em Hospitais Psiquiátricos segundo dados de em maio de 2010 da Coordenação Nacional de Saúde Mental – Ministério da Saúde.

rede de atenção em saúde mental. Constituem-se em elementos para a preocupação cotidiana das equipes: quantos usuários estão sendo internados? Em quais situações? Onde? Por quanto tempo? Com qual acompanhamento?

Estes dados do AVALIAR CAPS nos dão um quadro da situação geral no Brasil e muitos destes pontos estão presentes também na realidade da Rede de Atenção Psicossocial que investigamos. As características avaliadas neste levantamento de dados aparecem como determinantes para as dimensões da clínica operada nos serviços e, por isso, são relevantes para este estudo.

Tratamos aqui, entretanto, de compreender, de forma mais aprofundada, alguns conceitos que estruturam esta clínica e como ela está sendo construída em cada Caps; suas dimensões e singularidades, através da vivência cotidiana do cuidado, na perspectiva dos trabalhadores e dos usuários.

Capítulo II

A Construção da Clínica da Atenção Psicossocial: o Cotidiano como conceito central

A clínica como experiência direta com o sofrimento e a busca de alívio pela observação de si mesmo, pelas pistas, cheiros, olhar e escuta, foi reconhecida, classicamente, pelo ato de estar ao leito do doente. Hipócrates representa a contradição colocada no âmbito do conhecimento médico da época: ao mesmo tempo em que a clínica parte da experiência imediata do sujeito e toda a tradição e complexidade deste tipo de saber, passa a elaborar um corpo sistemático de conhecimento para “abreviar” seu estudo.

Para Foucault (1998a), Hipócrates reduz a medicina a um sistema e abandona a observação do doente como ponto central, ou seja, abandona o que é central para a clínica: o sujeito e sua relação com o sofrimento. É esta mudança de olhar, de posição epistemológica da clínica em relação à pessoa em sofrimento que buscamos problematizar. A clínica da modernidade se tornou hegemônica e se encarnou no modelo de tratamento centrado no hospital psiquiátrico e vice-versa e fundamentou a formação dos profissionais através de uma psicopatologia naturalística e descritiva.

Foi o aparecimento da noção de indivíduo⁶ no final do século XVIII que gerou condições, segundo Foucault (1998a), para o estabelecimento de uma linguagem racional sobre este indivíduo e sobre a clínica como parte de um discurso de estrutura científica. A clínica produziu uma mutação essencial no saber médico. *“O aparecimento da clínica, como fato histórico, deve ser identificado com o sistema destas reorganizações”* (p. 17), afirma Foucault. Reorganizações não somente dos conhecimentos médicos, mas de uma ética, de um discurso sobre a doença. A pergunta “o que é que você tem” é substituída por “onde lhe dói”?

⁶ Quando falamos de indivíduo estamos nos referindo a noção burguesa produzida no século XVIII de um ser da razão, liberal, não determinado pela sociedade.

Para Foucault (1990) as diferentes formas de objetivação do sujeito realizam-se através do saber, pela ciência e através de divisões classificatórias entre normais e anormais, doentes e sãos, criminosos e inocentes e também pelo modo de se reconhecer como sujeito de uma sexualidade. As ciências como representantes da razão, da verdade, instituem-se para ordenar e racionalizar as relações humanas.

A ciência, as clínicas médica e psicológica, nasceram neste contexto do mapeamento da subjetividade, dos espaços, do corpo, do indivíduo. A instituição psiquiátrica gerou não apenas uma determinada clínica, mas um discurso, uma racionalidade sobre o normal e o patológico que produziram relações sociais e institucionais.

O espaço do psicológico também entra em cena neste contexto e nesta racionalidade. O indivíduo passa a adquirir vida própria, é um ser em si mesmo, desprovido de raízes sociais e culturais e à Psicologia coube classificar, controlar e também desvendar a subjetividade interna de um ser determinado. A clínica moderna foi atravessada pelo modelo teórico-metodológico positivista, que reduziu a subjetividade a algo dado ao indivíduo. Com isto, se produziu a condição para o aparecimento de um modelo de ciência médica e psicológica baseada nos mesmos princípios das ciências naturais, onde o sujeito desaparece para dar lugar a um conjunto de sinais e sintomas e a um corpo biológico sem subjetividade. Este horizonte teórico-epistemológico marcou a construção do espaço clínico, da Psiquiatria e da Psicologia, trazendo consigo suas contradições e crises, desde seu nascimento.

Consideramos que a experiência clínica não se reduz ao conhecimento estabelecido sobre ela e aos lugares de tratamento que lhe foram designados nos séculos XVIII e XIX na sociedade ocidental. É preciso uma revisão de seus pressupostos teórico-epistemológicos visando compreender a clínica que está sendo praticada hoje, a partir de outro contexto, novos fundamentos e cenários de cuidado e de novos agentes.

A clínica pós século XVIII-XIX tem sido ressignificada nos diversos campos de conhecimento que ampliaram sua definição e prática, a partir de diversas visões de mundo e de Ser. A Psicanálise trouxe a escuta como central para a

clínica e contribuiu com o questionamento sobre a concepção médica afastando-se do tripé diagnóstico-prognóstico-prescrição. Conforme Lévy (2001), a clínica freudiana enquanto uma ética do sujeito traz a escuta como central e pode possibilitar uma clínica do sujeito⁷ para além de descrições e categorizações diagnósticas.

As psicologias fenomenológicas e as psicologias sociais ampliaram e aprofundaram a noção de clínica concebendo-a a partir de um sujeito protagonista, participativo e relacional, que pode compreender e agir no mundo ao mesmo tempo em que é construído por ele.

A clínica no século XX é plural e incorpora as contribuições de vários campos de saber: da antropologia, da sociologia, da psicologia social comunitária, da saúde coletiva, dando origem não mais a um único modelo clínico inabalável, mas a diversas possibilidades clínicas que consideram o sujeito envolvido e, por isso, também, estão sujeitas aos riscos da vida, do cuidado e das formas de conceber o sofrimento psíquico. O que nos coloca em permanente necessidade de crítica e produção sobre a clínica praticada no campo da saúde mental.

A clínica médica e psicológica do século XVIII e XIX adquiriu uma marca própria de reconhecimento e atuação junto às instituições. E a clínica da atenção psicossocial? Há um novo campo de saber e prática que se estrutura?

A clínica no campo da saúde mental, no século XX, tem sofrido um processo de “transição aguda” desde o modelo hospitalar-manicomial e seus fundamentos teóricos para uma clínica produzida a partir de novos pressupostos e novos atores (usuários, cidadãos, trabalhadores, familiares), novos cenários de cuidado (a comunidade, a família, o PSF, os Caps, o território), sob um novo estatuto legal (não mais “loucos de todo gênero”, mas sujeitos de direito, no contexto da vida comum), de outra política de atenção em saúde mental (não mais centrada na exclusão e hospitalização) e de novos desafios éticos e clínicos para os trabalhadores deste campo.

⁷ Não tratamos de discutir aqui a noção de sujeito na Psicanálise ou em outras visões de ser humano, pois estrapolaria nossos objetivos para este estudo, apenas queremos apontar as diferenças epistemológicas que marcaram rupturas entre a clínica médica e psicanalítica e que contribuíram para a formação de outras visões de mundo e de ser humano. Que, por sua vez, influenciadas pelo atual momento de produção do conhecimento e por outras experiências de cuidado e atenção psicossocial, contribuem para o nascimento de outras clínicas.

Compreendemos que este novo cenário da política e da assistência em saúde mental configura outro modelo de atenção e está promovendo mudanças qualitativas também na clínica do campo da saúde mental. Os trabalhadores e usuários têm experimentado e construído, no cotidiano, outras formas de cuidado nas redes de atenção psicossocial.

Nosso estudo volta-se para a clínica que emerge do cotidiano dos serviços e de suas práticas terapêuticas, agora sob o mandato social da cidadania de seus agentes e sob a égide de um processo de mudanças dos paradigmas da assistência.

A desconstrução de uma idéia naturalizada e despolitizada da clínica vem tomando lugar nos trabalhos acadêmicos e nas experiências da clínica da atenção psicossocial no Brasil, conforme Benevides & Passos, 2000; Leal & Delgado, 2007; Lobosque, 1997 & 2003; Lancetti, 2000 & 2007; Onocko-Campos, 2001; Campos, 2005; Mendes, 2007; Costa, 2003; Costa & Grigolo, 2009; Martins, 2003; Vasconcelos, 2008; Leal, Serpa, Muñoz, Goldenstein & Delgado, 2006 e Szapiro, 2009.

Este novo campo do conhecimento funda-se, por sua vez, necessariamente em um entrelaçamento de diferentes saberes, que não deixam de ser conflitivos, mas visam “quebrar” as noções de Um “sujeito biológico”, “subjetivo”, Um “sujeito do inconsciente” ou de Um “sujeito social” como um ser absoluto formado por entidades independentes e fixas que conformam um caráter, um ser normal ou desviante.

Conforme Mafesolli (2007), a razão moderna tem apresentado fraturas e sinais de sua corrosão. O Indivíduo e a Sociedade como entidades separadas são conceitos que desmoronam frente ao caos do vivido e a experiência da subjetividade. Nada no sujeito é somente biológico, somente social ou somente subjetivo. As clínicas psicológica e psiquiátrica, que tiveram como sustentação a razão, os princípios do liberalismo, a noção de Indivíduo e de um sistema social disciplinador e ordenador da vida, estão em questão neste século.

Deleuze e Guattari (1966) apontam, nas fraturas do sistema capitalista moderno, o problema da subjetividade mostrando que ela é essencialmente fabricada pelo modo de produção vigente. Para estes autores, a subjetividade não

faz parte de uma suposta natureza humana, mas, pelo contrário, é produzida nas relações e na sociedade. Neste sentido, não é possível compreender separadamente estrutura e sociedade, na constituição do sujeito.

As demandas da clínica hoje, frente à sociedade e aos sujeitos, são de diversas ordens e não podem ser reduzidas a uma compreensão linear, causal ou, ainda, deduzidas a priori de um modelo teórico externo. Guattari & Rolnik (1986) entendem que é partindo das experiências, das singularidades e das microconstruções cotidianas da subjetividade que é possível compreendê-las. A clínica produzida, neste movimento, ultrapassa o campo do Indivíduo e está na intercessão permanente entre sujeito e sociedade.

É neste cenário de complexas mudanças epistemológicas e políticas que se coloca a clínica da atenção psicossocial. A experiência dos Caps tem revelado que os conceitos e os modelos clínicos ensinados e aprendidos nas instituições formadoras, hegemonicamente, reproduzem a clínica psiquiátrica moderna e o modelo psicopatológico descritivo fundamentado em concepções simplificadoras dos sujeitos. Este aprendizado tem se mostrado insuficiente frente às relações diárias com as pessoas com sofrimento psíquico grave.

Neste sentido, os estudos recentes de Martins, 2003; Leal, 2006; Leal, Serpa, Muñoz, Goldenstein & Delgado, 2006; Leal & Delgado, 2007; e Serpa, Leal, Louzada & Silva, 2007, têm demonstrado que há uma incompatibilidade entre a psicopatologia descritiva, que serve de fundamento para as classificações psiquiátricas como o CID X e DSM IV, e as concepções e necessidades da clínica da atenção psicossocial, pois, cada vez mais, esta psicopatologia está esvaziada de sentido, do sujeito e de sua experiência com o sofrimento psíquico grave.

Soma-se a isto o fato de que, o modelo de formação dos profissionais ainda está em descompasso com os avanços teóricos e com as mudanças que se fizeram na rede de atenção em saúde e em saúde mental.

Neste contexto, a clínica não é mais um domínio dos profissionais em seus consultórios ou nos hospitais, mas está sendo praticada em diversos cenários e tem o desafio de produzir saúde e saúde mental nas relações de cuidado, onde se fizer necessário: nas casas, na rua, no cotidiano dos serviços abertos, nos hospitais gerais, nas comunidades, enfim, nas redes e nos territórios da vida.

Pretendemos assinalar a necessidade de questionar os princípios políticos, éticos e conceituais das clínicas fundadas na modernidade sobre a experiência da loucura, da doença mental, de suas certezas, categorias e prescrições e, principalmente, pontuar a necessidade de abertura deste campo, da discussão ampla e diversa sobre a clínica praticada, a partir das mudanças do presente. Consideramos ser necessário o aprofundamento de referenciais e fundamentos para o campo da saúde mental, como da atenção psicossocial, que tem produzido experiências, estudos, pesquisas e ações que estão neste caminho.

Autores como Caniato (1997), têm procurado situar a clínica em outra dimensão, compreendendo a dialética da subjetividade no sentido de evitar os riscos de psicologizá-la ou objetivá-la. Ela afirma:

Quando se considera a dimensão histórica da subjetividade e as questões psicossociais que estão imbricadas na saúde/doença mental, quando se abandona o caminho enganoso da pura imanência psíquica e passa-se a analisar os meandros da heteronomia na constituição das subjetividades, esta reflexão coloca-se, apenas, como início de uma certa Psicologia Clínica no Brasil. Sair do modelo médico e positivista tradicionais e de seus paradoxos alienantes exige novos mergulhos críticos nas diferentes e específicas mediações psicossociais que impregnam as teorias e as práticas clínicas (p 93).

Nesta direção encontramos vários autores de diferentes referenciais e práticas. Safra (2004), por exemplo, caracteriza a clínica como essencialmente ética *“ao voltarmos o olhar para a situação clínica, veremos que ela se caracteriza pelo cuidado que estabelece as condições necessárias ao acontecer humano. Esses são fatos que nos levam a afirmar que a clínica é essencialmente ética... e a ética é clínica!”* (p.27).

O que acontece no campo da saúde mental, muitas vezes, é a adoção de modelos pré-estabelecidos tomados como absolutos. Isso evita a discussão e a crítica não possibilitando que os próprios profissionais re-inventem modelos, códigos e teorias a partir de suas práticas o que cristaliza a clínica e empobrece o cuidado, como a adoção a-crítica da psicopatologia descritiva, por exemplo, que tem sido amplamente ensinada e aceita pelos profissionais.

De acordo com Serpa, Pitta, Leal, Goldenstein & Onocko-Campos (2009):

Sua ambição é alcançar uma descrição objetiva das manifestações clínicas imediatamente observáveis, desempenhada por uma espécie de “observador” ideal. Esta descrição pretende estar livre de compromissos teóricos e isenta de juízos de valor, se limitando a oferecer listas de sintomas, cuja combinatória

segundo critérios operacionais conduz ao diagnóstico dos transtornos mentais. (p. 3)

Nesta direção, Martins (2005) considera que a semiologia médica clássica toma os signos pelos seus índices, pelos seus códigos. O modelo desta semiologia é mecânico e pressupõe que a mensagem dada por um emissor é captada por um receptor de forma direta. É uma semiologia sindrômica, da descontinuidade, da excepcionalidade que tem como lugar de tratamento privilegiado o asilo, o hospital.

A semiologia psiquiátrica clássica cresceu em um espaço social bem definido e delimitado historicamente: o asilo. O espaço de exceção está em íntima relação com a tendência cientificista de tratar o outro como um objeto puramente natural e, particularmente, de pensar estar cuidando do corpo (cérebro) enfermo dos pacientes. (p. 273)

Nesta semiologia, perde-se o sujeito, a dimensão da vida cotidiana, do sofrimento psíquico, do *pathos*, do humano, de todos no mundo da vida. Todo sofrimento é patologizado e multiplicam-se tecnologias para aliviar sintomas. A clínica moderna atual especializa-se cada vez mais em controlar sentimentos, emoções e prometer felicidade rápida, retirando o sofrimento da vida de cada um. Desde os mais avançados medicamentos para todas as dores às tecnologias de mapeamento cerebral, intervenções físicas e também virtuais para o controle do comportamento, que prometem o sucesso a pacientes que também, dentro da mesma racionalidade, buscam alívio rápido e cessão imediata de seus sintomas incômodos.

A clínica neste século, não é mais a dos asilos, mas a do cérebro, dos medicamentos e dos diagnósticos que definem identidades e tratamentos, como nos ambulatórios de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo, Ambulatório para Distúrbios Hiperativos e Déficit de Atenção, Ambulatório de Ansiedade, Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares, Ambulatório dos Transtornos de Personalidade e do Impulso, para dar somente alguns exemplos.

Para Martins (2003), é necessária à clínica outra semiologia que se interesse pelo próprio Ser e pelo modo que se constituiu, não apenas pelo que a pessoa tem no cérebro ou apresenta em seu comportamento, mas pelo que é. Neste sentido, a clínica não pode definir quem as pessoas são, mas conhecê-las

como são, em sua singularidade, na sua vida. Este autor ressalta que a linguagem, como um signo maior, precisa ser qualificada na clínica, pois é através do estudo da linguagem cotidiana que se efetiva na clínica, que se pode ter acesso às dimensões psicológicas e fenomenológicas de cada ser.

A experiência do sofrimento psíquico grave é mais complexa do que as descrições da psicopatologia moderna. Aprofundar o estudo sobre as formas do existir humano é essencial. Martins (2007) argumenta que o sofrimento psíquico não se reduz a um distúrbio localizado no cérebro ou em uma função psicológica. A clínica precisa tomar *“a direção de qualificar como o próprio sujeito se apresenta em suas limitações e nas suas confrontações com o devir, o aparentar, o dever e o pensar”* (p.6).

A clínica praticada nos Caps necessita ser colocada em questão sobre seus procedimentos e fundamentos teóricos pelos seus próprios agentes. Qual compreensão sobre o normal e o patológico dirige esta clínica? Qual semiologia dá sustentação a um novo projeto de clínica? Qual concepção de pessoa, de sofrimento psíquico? Estas são questões que ultrapassam os limites propostos neste estudo, mas que precisam estar no horizonte das investigações sobre a clínica da atenção psicossocial.

Conforme Martins (2003), o humano elabora complexas estruturas semióticas de significantes e significados para falar de si e para expressar suas vivências. Para aproximar-se da compreensão delas é necessária uma semiologia que trate do próprio humano. Para ele (Martins, 2007), a clínica é dionisíaca, é mundanizada, está permeada de interesses, de dor, de dificuldades do dia a dia, é imperfeita como a vida. Não é apolínea, perfeita tal como o esquadro e as formulações matemáticas. É desta forma que vamos descrevê-la e compreendê-la no cotidiano dos serviços pesquisados.

Assim, pode-se falar da clínica retirando-a do pedestal e da assepsia que a ciência moderna a emoldurou trazendo-a para o mundo vivido e, numa atitude fenomenológica, aproximar-se dela na perspectiva dos trabalhadores e dos usuários colocando entre parênteses séculos de elaborações teóricas e de preconceitos sobre o sofrimento psíquico.

Entretanto, o Campo da Atenção Psicossocial, que se configura no Brasil a partir dos anos 90, com o processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental, da lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos movimentos sociais de usuários, trabalhadores e familiares, é solo fértil para mudanças nas concepções, nas formas de cuidar e se relacionar com as pessoas e suas experiências de sofrimento psíquico.

Perguntamo-nos, assim, pelas dimensões da clínica no cotidiano das práticas dos Centros de Atenção Psicossocial.

Pensar a atenção psicossocial, frente às demandas do viver no contexto atual e das políticas de saúde, constitui um desafio para todos os saberes e as práticas envolvidas neste campo: como aproximar trabalhadores e usuários que estão, a priori, separados por séculos de produção teórica e práticas de afastamento? Como ressignificar modelos teóricos, seguranças técnicas, certezas e posturas pessoais enrijecidas? São questões que emergem no estudo da clínica no campo da atenção psicossocial.

A (re) desconstrução da clínica está se dando na microfísica das relações, no cotidiano, com as pessoas em sofrimento psíquico grave nos Caps, nas ações de saúde mental, nos territórios onde se experimentam e consolidam práticas terapêuticas diferenciadas. São algumas destas práticas que pretendemos estudar nesta pesquisa.

Nos municípios e Estados, através da Reforma Psiquiátrica Brasileira, existem inúmeras experiências de outras formas de atenção ao sofrimento psíquico, que desconstroem, no cotidiano, a ética hegemônica da clínica e vivenciam outros valores em relação aos direitos e ao cuidado produzindo, assim, outras clínicas possíveis, que vem sendo nomeadas de várias formas: clínica ampliada, clínica da referência, clínica do sujeito, clínica da crise, clínica sem manicômios, clínica transdisciplinar, clínica da atenção psicossocial.

Compreendemos aqui que há transformações na clínica decorrentes das mudanças no modelo de atenção em saúde mental, construídas no cotidiano dos Caps, nas relações entre trabalhadores e usuários (mesmo com todas as dificuldades estruturais enfrentadas, o pouco tempo de experiência frente ao

modelo centrado na doença e no hospital psiquiátrico e os descompassos entre a formação e às necessidades do cuidado).

É fundamental, neste momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, compreender a experiência da clínica da atenção psicossocial, as relações e as práticas terapêuticas destes serviços e como este movimento se faz, gerando transformações.

O questionamento do modelo de atenção em saúde mental tem se colocado a partir de uma tentativa de romper com pressupostos teóricos deterministas, restritivos e concepções rígidas de ciência, e produzir no cotidiano dos novos dispositivos de atenção novos conceitos e fundamentos, a partir da experiência dos usuários como sujeitos de seu sofrimento e das práticas terapêuticas geradas no território, com os trabalhadores de saúde mental, de saúde da família, com as famílias, com a comunidade e as redes sociais.

Para Safra (2004), estar com o outro em sua plenitude, em suas dimensões éticas e estéticas deve-se sobrepor ao pensar sobre o outro, com teorias a serem constatadas e confirmadas. A experiência clínica deve poder surpreender, aprender, ensinar, criar e libertar. Também é preciso aprofundar o estudo sobre as dimensões desta clínica. Como se dá a influência do modelo clínico nas práticas terapêuticas da atenção psicossocial, atualmente existentes? Como aparece nestas práticas? Como condiciona as relações entre trabalhadores e usuários? Como condiciona o cuidado nos serviços de saúde mental? Como as visões de mundo dos trabalhadores e usuários estão presentes no cotidiano das práticas terapêuticas? Como a clínica dos Caps influencia as possibilidades de vida dos usuários?

Neste estudo será utilizado o termo sofrimento psíquico grave tal como o definiu Costa (2003) referindo-se ao campo do subjetivo, da angústia, o qual é impossível de ser reduzido a um conceito unívoco e simples e o termo grave se referindo ao não comum ou facilmente administrável. Este conceito é central para a problematização da clínica, no sentido de colocar em questão os fundamentos teóricos que os conceitos convencionais de doença e de transtorno mental trazem incorporados. O sofrimento psíquico é da ordem do humano e da vida, é de seu ser biológico, mas o ultrapassa, é complexo, não descarta a dimensão subjetiva e

ao mesmo tempo concreta e relacional da experiência do sofrimento e não o reduz aos seus sintomas.

De acordo com Costa (2006), o sofrimento psíquico grave é:

não só tudo aquilo que está sob o domínio da definição de psicose, mas para apontar alguns desafios filosóficos: a) buscar superar a classificação nosográfica, empiricista, categorial e sintomatológica das classificações psiquiátricas, que, por si só, se pretendem ateóricas (o que é um equívoco); b) apontar mais para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico, que falam da angústia humana, das contradições da estruturação psíquica, do sofrimento (psíquico, afetivo, emocional, relacional), para além do sintoma e c) tentar resgatar, portanto, a dimensão 'normal', 'natural', 'inerente' de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Neste sentido, o qualificativo 'grave' se refere tão somente à intensidade do sofrimento e não a uma classificação específica, buscando resgatar a dimensão contígua de todo sofrimento humano, de um extremo ('suportável') a outro ('desorganizado'). (p. 9)

Para este autor a vivência do sofrimento psíquico é um fenômeno transcultural e trans-histórico tão antigo quanto a humanidade, que perpassa a existência humana singular, variando nos modos de representação, de expressão e de intensidade vivida pelo sujeito. O qualificativo de grave aparece, neste sentido, como uma dimensão própria, mas contígua com toda forma de sofrimento humano.

O cotidiano é outro conceito importante nesta pesquisa para compreender as dimensões da clínica da atenção psicossocial. É no cotidiano que se pode observar como as práticas estão sendo operadas, se há ruptura de modelo teórico e como interagem os agentes desta clínica. É no cotidiano, nos detalhes, na relação diária entre usuários, profissionais, no ambiente do serviço, no cuidado de si e dos outros, nas crises, nos sons, no contato, nas formas de organizar o cuidado, no acolhimento, nas dificuldades e na disposição da equipe, que se constrói esta clínica.

Goldberg (1998) tomou o cotidiano como categoria central para sua análise, já clássica, sobre o Caps Luis da Rocha Cerqueira. Para este autor, o cotidiano é ao mesmo tempo instância terapêutica e objeto de indagação técnica e científica e adquire um lugar de destaque no modelo de cuidados de um Caps. Esta categoria complexa e simples ao mesmo tempo, nos serviu de referência na análise das dimensões da clínica da atenção psicossocial nos serviços pesquisados.

Para este autor, o cotidiano institucional abriga a equipe de cuidados, o projeto terapêutico e as instâncias individuais e coletivas que entram em interação e negociação permanente, na clínica da psicose.

Como o cotidiano institucional está organizado? Voltado para fora? Em função da doença? Como disparador de processos de vida? Capaz de introduzir o novo em trajetórias de repetição e incapacidade? São questões que derivam desta análise do cotidiano do Caps. Estudos, como o de Goldberg (1998), confirmam que as pessoas com sofrimento psíquico grave são muito vulneráveis ao ambiente institucional e ao modo de cuidar nele operado.

O cotidiano, portanto, é uma instância dinâmica e construtiva cuja estrutura de repetição não cessa de organizar mundos de vida, ou de permitir a superação contínua de estados drásticos de dilaceração do aparelho psíquico. Mas cumpre observar desde já que, ao reconhecemos o cotidiano como instância simbólica de reconstrução contínua para o paciente, não poderíamos reduzi-lo a uma espécie de pano de fundo da doença, servimo-nos dele primordialmente para aferir resultados de estratégias de tratamento. (Goldberg, 1998, p. 133)

O ambiente de cuidado e o modo de operá-lo são variáveis fundamentais para a clínica da atenção psicossocial e precisam ser eles, também, produtores de liberdade e saúde. O cotidiano é multidimensional e nos ajuda a compreender de forma mais complexa e ampla a clínica dos Caps, as instâncias coletivas e individuais, bem como as características objetivas e subjetivas, as dimensões da clínica que passam também pelas questões culturais e políticas no cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico grave.

Desta forma vamos tratar o cotidiano não apenas como o lugar e o tempo onde acontecem as práticas terapêuticas dos Caps, mas tomá-lo como instância terapêutica, dimensão da clínica da atenção psicossocial, que organiza e possibilita as relações de cuidado.

Estes referenciais teóricos estarão em constante diálogo com a prática observada e refletida pelos profissionais e usuários, sujeitos desta pesquisa sobre as dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial.

Capítulo III

Cenários da Pesquisa e Percursos Metodológicos

Esta pesquisa visa analisar as dimensões da clínica praticada no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores e dos usuários.

Da perspectiva dos trabalhadores resgatamos as trajetórias e a formação dos profissionais, analisamos as relações entre os trabalhadores, dos trabalhadores com os usuários e com os familiares; resgatamos as práticas terapêuticas utilizadas e a avaliação que fazem dos Caps.

Da perspectiva dos usuários analisamos, através das narrativas, as trajetórias biográficas, o percurso de atenção em saúde mental, as relações com os trabalhadores nos Caps, com a família, com os outros usuários e com a comunidade e a avaliação que fazem dos Caps.

Neste sentido, a pesquisa de campo se tornou central em nosso estudo, possibilitando a vivência na rede de saúde do município, nos serviços de atenção psicossocial para a compreensão das dimensões da clínica em cada um deles.

Escolhemos o município de Aracaju, em Sergipe, considerando alguns critérios: Sergipe está entre os Estados com maior cobertura de CAPS/100.000 habitante do Brasil, com uma taxa de 1,03⁸. A capital, Aracaju, é uma cidade com 544.039 habitantes, conforme estimativa do IBGE para 2009, com uma cobertura de 1,30 CAPS/100.000 habitantes e com 87,6 % de cobertura de equipes de saúde da família.

A saúde no município se organiza com base em Redes de Atenção: Rede de Atenção a Saúde da Família, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede Ambulatorial Especializada e Rede Hospitalar.

A assistência psiquiátrica pública em Aracaju por muito tempo esteve concentrada em torno do Hospital Psiquiátrico Estadual Adauto Botelho, mais um

⁸ A cobertura é calculada através da divisão do número de Caps (que é calculado considerando-se que os CAPS II, Caps AD e Caps I dão cobertura a 100.000 habitantes, que o CAPS I é referência para 50.000 habitantes e que o CAPS III dá cobertura para 150.000 habitantes) pela população geral vezes 100.000. O Brasil passou de 21% de cobertura, em 2002, para 62% em março de 2010.

entre tantos Hospitais Psiquiátricos no Brasil a trazer o nome de uma das mais importantes figuras da psiquiatria nacional: Aduino Junqueira Botelho (1895-1963), discípulo de Juliano Moreira e Henrique Roxo, terceiro diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), hoje UFRJ.

Aduino Botelho esteve no centro do poder político e científico sobre os rumos da psiquiatria brasileira durante todo o período Vargas, quando criou e coordenou de 1941 a 1954 o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) no Rio de Janeiro. Na gestão de Aduino Botelho foram abertos 16 mil leitos psiquiátricos no país.

Este personagem importante da história da psiquiatria brasileira sobrevive ainda em muitos hospitais “Aduino Botelho” por todo o Brasil.

O Aduino Botelho de Sergipe chegou a ter 700 leitos e era referência para todo o Estado, assim como o Hospital Garcia Moreno em Nossa Senhora do Socorro, município da região metropolitana de Aracaju. Com o processo de Reforma Psiquiátrica estes hospitais foram sendo gradativamente fechados. Conforme a coordenação da Reap de Aracaju, o Aduino Botelho encerrou suas atividades de internação em enfermaria em 1996 e o Hospital Garcia Moreno encerrou em 2006, após 27 anos de funcionamento.

No prédio continuou funcionando o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) que, junto com um Ambulatório no Pronto Atendimento Médico (PAM) do antigo INAMPS, prestavam toda a assistência psiquiátrica pública da época, ainda havia as duas clínicas psiquiátricas privadas, Clínica Santa Maria e Clínica São Marcelo. A cobertura de Equipes de Saúde da Família ainda era muito baixa, em torno de 24%, conforme Ana Raquel, psiquiatra da coordenação municipal na época.

Pode-se dizer que a Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju passou a ser estruturada a partir de 2001, com a mudança na gestão municipal, que mudou a atenção em saúde e em saúde mental no município, em direção a lógica do campo da atenção psicossocial e não centrada somente na assistência psiquiátrica.

3.1 Os Caps III em Aracaju

A partir de 2001, o gestor municipal solicita ao Estado a Gestão Plena⁹ para o município. Com isso os hospitais saem da Secretaria Estadual de Saúde e passam para a gestão do município. Este processo trouxe as duas Clínicas Psiquiátricas privadas (Santa Maria em 2001 e São Marcelo em 2002) para o âmbito da gestão municipal e o SEP ou “Emergência do Adauto Botelho” também.

Neste momento, a gestão decide que a equipe de saúde mental que estava estruturando a Rede de Atenção Psicossocial no município deveria assumir a Emergência Psiquiátrica e que um Caps seria criado no espaço deixado pelo hospital, junto a Emergência, que ainda funcionava e atendia à população de todo o Estado. Esta decisão foi amplamente debatida pelos profissionais e gerou muitas reuniões e longas discussões, pois, para os profissionais, era uma contradição e um absurdo técnico iniciar um Caps dentro do antigo Hospital Psiquiátrico e junto a uma emergência que era considerada muito ruim por estes mesmos profissionais. Segundo a coordenadora da época foi “uma coisa maluca, mas fantástica”.

3.2 O Caps Liberdade

O Caps, que não tinha nome, começou dentro do antigo Hospital e era chamado pelos usuários de “Caps do Adauto”. Sabemos o quanto um Hospital Psiquiátrico deixa sua marca no território e na cultura local, mesmo que os profissionais insistissem que não era “O Caps do Adauto”, que ele teria um nome quando nascesse efetivamente, a identidade era inevitável.

Este serviço iniciou assim, com uma equipe que foi aprendendo a fazer a clínica possível naquele cenário. Desde o início a idéia era ser um Caps III, mas

⁹ A modalidade de Gestão Plena do Sistema é uma modalidade instituída pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB 96) hoje redimensionada no âmbito do Pacto de Gestão, onde o secretário de saúde se responsabiliza por todos os serviços de saúde situados em seu território, desde a atenção básica, ambulatorios de especialidades até os Hospitais, sistemas de regulação e de maior complexidade assistencial.

os leitos estavam na emergência que funcionava ao lado, então a equipe decidiu entrar nos leitos e atender lá as pessoas internadas. Iniciaram oficinas que chamaram de “oficinas de crise” e foram aprendendo com os pacientes que eles produziam muito e podiam realizar “coisas fantásticas” neste momento.

O tema “crise” está na origem deste CAPS que nasceu dentro de uma estrutura manicomial e passou a atender urgências, a enfrentar as “crises” como parte de sua estrutura física e identitária e fazer a clínica da crise. Os profissionais passaram então a questionar o que era mesmo estar em crise? Que crises eram essas? Já que os profissionais passaram a ver que mesmo nas situações mais difíceis há um sujeito presente, é possível o contato, o cuidado e a clínica pode se realizar. Veremos na análise do grupo de discussão, no capítulo IV, que a clínica na crise ainda persiste como tema central para a equipe deste serviço.

Em 2003, o Caps saiu do “Aauto”, foi para uma casa e recebeu um nome que foi fruto de plebiscito com os usuários que o batizaram de Liberdade. O Caps libertou-se, mas ainda não totalmente, levou parte do “Aauto” junto: a emergência psiquiátrica.

Era grande a resistência de todos os Hospitais Gerais (HG) em assumir a urgência e a gestão municipal, bem como a coordenação da rede de Atenção Psicossocial, entenderam que essa era a melhor alternativa. Somente em 2004 foi possível a transferência da urgência para um HG e o Caps, enfim, se libertou “do Aauto”, nas palavras de Ana Raquel, coordenadora da rede na época: o “Aauto morreu de vez”. Veremos, na análise deste Caps, como este processo de transição do Hospital Psiquiátrico e da Emergência para o Caps ainda está presente, não somente na narrativa histórica, mas também seus reflexos no modo de operar a clínica.

O SUS de Aracaju experimentava muitas inovações e avanços tornando-se referência de qualidade e eficiência da rede de saúde pública para o Brasil. Os princípios éticos e políticos deste projeto foram descritos e analisados por seu autor Santos (2006) no livro *Saúde todo dia*, que segue uma trajetória iniciada por David Capistrano Filho, desde a experiência na gestão de Bauru (SP), de documentar, analisar e fornecer evidências para a Saúde Pública. A gestão em Aracaju foi organizada em Redes Assistenciais: Rede de Atenção Psicossocial

(Reap), Rede de Atenção à Saúde da Família, Rede de Urgência e Emergência, Rede Ambulatorial Especializada e Rede Hospitalar.

No âmbito da saúde mental, o gerenciamento da Rede de Atenção Psicossocial (Reap) se realizou através de um Colegiado de Gestão, que reunia coordenadores de serviços e supervisores. Além disso, contaram com a consultoria de profissionais que fizeram parte da Reforma Psiquiátrica em Campinas-SP, que vinham mensalmente apoiar a implantação dos serviços e da política de saúde mental.

Este processo reflete os obstáculos e as conquistas para o enfrentamento do modelo hospitalar fechado e para a transição para o modelo territorial. Com a saída do Adauto, a urgência de saúde mental do município foi instalada no Hospital Geral levando em conta parâmetros de classificação de risco e regulação de leitos. Com isso, e outras medidas de gestão, como a implantação da rede de atenção psicossocial, as internações diminuíram.

3.3 O Caps David Capistrano Filho

Vários serviços foram criados. Além do Liberdade, o CAPS David Capistrano Filho iniciou como um Caps II e passou em 2004 para CAPS III.

O nome David Capistrano Filho homenageia um dos maiores sanitaristas da história do SUS, que no campo da saúde mental foi responsável pela intervenção e desinstitucionalização em Santos nos anos 80 e pela construção das primeiras redes de atenção psicossocial de referência para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Hoje já são vários Caps com o nome de David Capistrano Filho no país. Se considerarmos que o nome do serviço indica sua identidade e sua referência fundamental podemos observar as mudanças de referências teóricas e políticas que estão ocorrendo, neste momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, caracterizada por uma trajetória pós-asilar e territorial: de Adauto Botelho para David Capistrano Filho.

Este Caps foi o primeiro gerido pela rede pública de Aracaju e sua história tem sido marcada pelas reformas que tem sofrido, desde as mudanças na composição da equipe de cuidados, relatada pelos usuários como uma ruptura evidente na trajetória do serviço (o que também aconteceu no CAPS Liberdade) até as reformas na estrutura física, que provocaram a paralisação do serviço com diversas interrupções e reinícios.

Em 2006, o Caps David já havia passado por reformas e em fevereiro de 2007 precisou ficar fechado durante aproximadamente 60 dias para outra reforma na estrutura física (instalações elétricas e de esgoto). Esta interrupção foi sentida pelos usuários como quebra de vínculo e de referência com o serviço. Quando iniciei a pesquisa de campo neste CAPS, em outubro de 2008, ainda haviam problemas não resolvidos na estrutura física do serviço, afetando muito o trabalho e a equipe, o acolhimento noturno dos usuários que estavam pernoitando em salas improvisadas de grupos, a realização das oficinas e grupos terapêuticos.

O Caps David Capistrano Filho situa-se em uma das regiões mais nobres da cidade, próximo a orla da praia de Atalaia, setor turístico, com grande número de hotéis, casas de aluguel temporário e restaurantes. É um bairro de classe média-alta, mas que nos últimos anos vem se desvalorizando e enfrentando muitos problemas relacionados à prostituição e violência urbana.

O contexto do território deste Caps afetava o cotidiano do serviço, que já havia sido assaltado diversas vezes e estava enfrentando, no momento desta pesquisa, arrombamentos e invasões noturnas em uma parte da casa, que fazia divisa com um terreno baldio. A relação com os vizinhos era distante e pouco solidária. Essa situação de insegurança no território do serviço estava afetando muito os trabalhadores e limitando as possibilidades da clínica. O acolhimento noturno, que caracteriza ser este um Caps III, estava em questão entre alguns técnicos, pelas condições de segurança do local. Oficinas e grupos não aconteciam, pois as salas estavam com usuários do acolhimento noturno e as reclamações eram constantes da equipe e dos usuários, conforme veremos nas entrevistas narrativas e análise do grupo de discussão.

3.4 O Caps Jael

O Caps III Jael é o mais recente, aberto em maio de 2008, já em outra gestão municipal. Situa-se na região norte do município, território de referência para a população mais pobre de Aracaju, no bairro Cidade Nova, um assentamento urbano chamado de Pau Ferro. Este serviço foi planejado e construído em prédio próprio da Secretaria de Saúde, conta com uma estrutura física ampla, voltada para o trabalho de um Caps, com espaços para oficinas, grupos, acolhimento noturno, cozinha, refeitório, auditório para reuniões técnicas e comunitárias, educação permanente, dentre outras coisas.

O Caps Jael também tem uma história singular que marca sua identidade, seu cotidiano e sua clínica. Ele nasceu do interesse e da organização da comunidade local. Através de uma líder comunitária muito atuante chamada Jael Patrício de Lima, que lutou pela instalação do CAPS. A criação do CAPS foi proposta por Jael em uma Conferência Municipal de Saúde. A idéia inicial era de um CAPS ad, mas pela demanda da comunidade se tornou um Caps III. Jael foi membro do Conselho Municipal de Saúde, da Central de Movimentos Populares, do Partido dos Trabalhadores e de uma ONG que trabalha com as questões de violência, drogas e sexualidade. Foi conselheira Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente; coordenadora Nacional da Marcha Mundial das Mulheres e coordenadora Estadual do Movimento das Mulheres (Movedim). Morreu durante o processo de construção do CAPS em 2007.

Aqui, também, essa história deixa marcas na identidade do serviço. Os primeiros profissionais iniciaram o trabalho indo às Unidades de Saúde, fazendo contatos, levantando as necessidades da comunidade e fazendo uma aproximação com os usuários atendidos em outros Caps, moradores do território de referência, para estabelecimento de vínculo com a nova equipe, pois estes seriam encaminhados para o Caps Jael. Pela singularidade desse processo de criação do serviço, a população local se sente parte do Caps, participa e o frequenta, leva suas demandas mesmo que não sejam de cuidados em saúde mental.

O Caps Jael passou a ser um ponto de encontro, de reivindicação para todas as questões de saúde e de cidadania da comunidade. Neste serviço verifica-se uma relação direta com as equipes de Saúde da Família sendo referência para 10 unidades básicas de saúde, entre elas as comunidades mais populosas e vulneráveis do município.

3.5 Os outros Caps e a Rede de Atenção Psicossocial

Os outros Caps do município são: O Caps I Arthur Bispo do Rosário que foi o primeiro de Aracaju criado em 2000. Este Caps foi feito em co-gestão com uma Organização não Governamental e permanece sendo gerido desta forma e com dificuldades de integração plena a Rede de Atenção Psicossocial do município.

O Caps ad Primavera (2002), para usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas e o Caps i Vida, para crianças e adolescentes (2004) que não fizeram parte deste estudo, pois consideramos que a clínica destas populações - usuários de álcool e drogas, crianças e adolescentes - são clínicas com características singulares que mereceriam estudos específicos.

Desde 2005, a rede de atenção psicossocial de Aracaju possui também 4 Residências Terapêuticas em convênio com uma ONG, onde residem um total de 27 moradores que vieram dos processos de fechamento dos dois Hospitais Psiquiátricos da região (Hospital Garcia Moreno, do município de Nossa Senhora do Socorro, e o Hospital Aduino Botelho, de Aracaju). Cada residência terapêutica tem como referência para o cuidado dos moradores um Caps. Duas estão no território do David Capistrano Filho e duas estão referenciadas para o Caps Liberdade.

Há ainda duas clínicas psiquiátricas privadas com 160 leitos cada uma. O Hospital Universitário possui 8 leitos, apenas para intercorrências psiquiátricas. O serviço de urgência atualmente encontra-se anexo ao Hospital Geral São José e é referência para todo o Estado. O Serviço Médico de Urgência (SAMU) é responsável pela remoção de usuários em crise para a urgência.

Compõem ainda a rede de atenção psicossocial 4 unidades de saúde com equipe de referência em saúde mental (Psiquiatra e Psicólogo), que atuam de forma ambulatorial e como apoio para as equipes de saúde da família.

Atualmente, conforme o Manual de Ações Programáticas da Secretaria de Saúde de Aracaju (2008), a gestão mantém a organização dos serviços na estrutura de Redes de Atenção. A Gestão da rede Reap é feita por um Coletivo Dirigente que inclui o coordenador de saúde mental, coordenador de Residências Terapêuticas, do núcleo de Saúde Mental e Atenção Básica, os coordenadores dos CAPS do município, os apoiadores institucionais e a coordenação do núcleo de Inter-redes.

Aracaju possui agora 43 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em 8 regiões de saúde, com cobertura de saúde da família de 87,6%.

Neste sentido, Sergipe, e Aracaju em especial, se destaca no cenário das políticas de saúde e saúde mental, pela complexidade e estruturação de sua rede, pela implantação dos Caps III, que levam em consideração o território e proporcionam atenção integral, como, também, pela constituição de uma atenção psicossocial articulada com outras redes e dispositivos de atenção em saúde.

3.6 A Pesquisa de Campo

A Rede de Atenção Psicossocial, como descrito anteriormente, possui cinco Centros de Atenção Psicossocial: um Caps tipo I, um Caps i (infância e adolescência), um Caps ad (álcool e outras drogas) e três Caps III, que funcionam 24 horas, todos os dias da semana. É um município de destaque e referência para toda a região e no contexto nacional, por ter avançado na substituição do modelo de atenção.

Os Caps III foram escolhidos para serem analisados nesta pesquisa por serem os dispositivos de maior complexidade, que estruturam a rede de atenção para os transtornos mentais graves da população adulta em Aracaju.

O contato com os serviços de saúde e de atenção psicossocial de Aracaju se fez de forma direta, in loco. Fizemos uma imersão na realidade dos serviços, o que é fundamental para o interconhecimento, sem o qual não há pesquisa de campo, de acordo com a perspectiva etnográfica (Beau & Weber, 2007).

Desta forma estivemos em campo em interação pessoal, durante todo o mês de outubro de 2008.

Na primeira semana, conhecemos os serviços e o funcionamento da rede de saúde e saúde mental do município, a construção histórica das políticas e dos serviços, as relações com o Estado e outras instituições, os projetos em andamento e as dificuldades da Rede.

Na semana seguinte concentramo-nos nos CAPS, convivendo com cada um durante a maior parte do tempo possível, participando do cotidiano, das conversas com profissionais e com usuários, de oficinas, grupos, atendimentos a usuários em crise, almoçando, colaborando em tarefas e discussões, participando de reuniões e assembléias.

Na terceira e quarta semana convivemos com os três CAPS III do município: CAPS Liberdade, CAPS David Capistrano Filho e CAPS Jael. Estes CAPS foram escolhidos para os grupos de discussão com os profissionais e as entrevistas narrativas com os usuários após o conhecimento de todos os serviços, em função de sua homogeneidade em relação ao tipo de CAPS - todos são CAPS III, atendem adultos com transtornos mentais graves – e, também, por sua heterogeneidade, tendo em vista a complexidade de cada território e da clínica que põem em prática.

O caminho da observação direta nos pareceu ser a opção metodológica mais adequada para o início das observações e entrada nos serviços. Esta técnica contribuiu muito para a compreensão do funcionamento mais geral da rede de saúde-saúde mental e dos Caps, no sentido de entrar em contato, conviver e participar com os profissionais e usuários no cotidiano dos serviços, onde as práticas terapêuticas se realizam.

Na observação direta, segundo Becker & Geer (1957, como citado em Gaskell, 2002), *“o pesquisador está aberto a uma maior amplitude e profundidade de informação, é capaz de triangular diferentes impressões e observações, e*

consegue conferir discrepâncias emergentes no decurso do trabalho de campo” (p. 72).

Conforme Beau & Weber (2007), a pesquisa de campo exige o interconhecimento, a reflexividade e a longa duração, isto é, interação pessoal, não representativa ou anônima; a auto-análise constante do que se faz e do que se passa no campo e de tempo suficiente em campo: *“um mês ou um ano, que importa, dirão alguns, mas certamente não três ou quatro dias de tempos em tempos”* (p. 194). *Para esta perspectiva “o tempo passado no local abre possibilidade de verdadeiros ‘encontros’, de verdadeiros ‘intercâmbios diferenciados’, de um envolvimento com o tempo de seus pesquisados”* (p. 194). Não impondo um tempo, mas buscando um conhecimento ampliado das características dos atores e sujeitos na realidade pesquisada.

Neste sentido o tempo passado em campo contribuiu para o entendimento das características próprias de cada CAPS em sua relação com a rede, dos momentos diferenciados de cada um, da complexidade e profundidade que envolve a concepção e as práticas clínicas nos três serviços pesquisados.

Neste estudo optamos pela utilização de diversas técnicas de pesquisa e pelo envolvimento dos principais sujeitos do cotidiano dos Caps: os usuários que estão sendo atendidos e os profissionais que lá trabalham.

3.7 Os Grupos de Discussão (GDs)

Os Grupos de Discussão (GDs), segundo Pollok (1955, em Weller, 2006b), começaram a ser utilizados pela Escola de Frankfurt a partir dos anos 50 do século XX. A partir dos anos 70 desenvolveu-se fundamentado no interacionismo simbólico, na fenomenologia e na etnometodologia, configurando-se como um método de pesquisa e não apenas uma forma de coletar informações.

Os grupos de discussão possibilitam não apenas o levantamento das opiniões de diversos sujeitos - forma muito comum nos chamados grupos focais. Nos grupos de discussão as opiniões do grupo são produto das interações entre

as pessoas e possibilitam conhecer as orientações coletivas, as visões de mundo (*Weltanschauung*), presentes em cada um e no grupo.

Para Mannheim (1980, em Weller, 2005), a *Weltanschauung* “é o resultado de uma série de vivências ou de experiências ligadas a uma mesma estrutura, que por sua vez constitui-se como base comum das experiências que perpassam a vida de múltiplos indivíduos” (p. 262).

Os grupos refletem muito mais do que suas opiniões ou interferências dos indivíduos no grupo. Refletem sim as orientações coletivas ou visões de mundo.

Sob este enfoque foram realizados GDs com os profissionais dos três Caps III do município de Aracaju.

Após conhecer e conviver em cada serviço verificou-se que o melhor momento para realizar o grupo de discussão seria o dia da reunião de equipe, o que foi sugerido pelos próprios profissionais. Nos três serviços isso foi consenso. Tendo em vista possibilitar o encontro da maior parte dos trabalhadores do Caps, não restringimos a participação no grupo de nenhum trabalhador, independente da profissão ou função ocupada no CAPS (nível médio ou superior).

A partir das questões colocadas como norteadoras da pesquisa elaborou-se um tópico - guia (apêndice I), para a condução dos grupos de discussão com os profissionais. De acordo com Weller (2006), o tópico guia não é um roteiro a ser seguido formalmente, mas sim um guia para o pesquisador. Bohnsack (1999, em Weller, 2006) indicou alguns critérios ou princípios para a condução de grupos de discussão (p. 249):

- buscar um contato recíproco com os entrevistados e proporcionar uma base de confiança mútua;
- dirigir a pergunta ao grupo como um todo e não a um integrante específico;
- iniciar a discussão com uma pergunta vaga, que estimule a participação e interação entre os integrantes do grupo;
- permitir que a organização ou ordenação das falas seja realizada pelo grupo;
- formular perguntas que gerem narrativas e não a mera descrição de fatos;

- fazer com que a discussão seja dirigida pelo grupo e que seus integrantes escolham a forma e os temas do debate;
- intervir somente quando solicitado ou se perceber que é necessário lançar outra pergunta para manter a interação do grupo.

O pesquisador também poderá lançar questões chamadas imanescentes, que são questões geradas a partir da narração e da discussão do grupo, no sentido de aprofundar ou esclarecer determinados pontos e perguntas exmanentes, que são do interesse do pesquisador, por exemplo, incluir temas que não foram tratados, mas que são importantes para a pesquisa. Neste estudo utilizamos estes dois tipos de perguntas, além das previamente preparadas, outras foram necessárias no decorrer da discussão dos grupos.

3.8 As Entrevistas Narrativas (ENs)

A técnica da entrevista narrativa (EN) foi desenvolvida por Fritz Schutze, sociólogo alemão influenciado pelo Interacionismo Simbólico que parte da idéia de que a realidade social se forma nas interações, não é estática e se recria permanentemente nas interações entre as pessoas em sociedade. De acordo com Appel (2005), a metodologia das entrevistas narrativas também está fundamentada na Fenomenologia Social que analisa o saber cotidiano que orienta as relações sociais. Nesta abordagem a realidade é construída através destas interações cotidianas, onde os indivíduos se apropriam das regras sociais e as transformam.

Também podemos identificar influências da Etnometodologia que surge como uma nova e característica abordagem sociológica a partir da publicação, em 1967, dos *Studies in Ethnomethodology*, de Harold Garfinkel, assim como da Teoria Fundamentada (Glaser & Strauss, 1967).

A etnometodologia procurou abordar a análise do raciocínio prático e das ações práticas dos agentes. Pergunta-se: como os agentes sociais reconhecem, produzem e reproduzem ações e estruturas sociais? Deu, portanto, maior ênfase

na cognoscibilidade dos agentes. Esta ênfase permite a descoberta dos modos como os agentes analisam as situações e partilham uma compreensão subjetiva sobre elas.

Segundo Jovchelovitch & Bauer (2002), a principal aplicação da EN está nas análises biográficas, uma vez que a EN *“tem em vista uma situação que encoraje e estimule um entrevistado a contar a sua história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social”* (p. 93).

A EN parte da concepção que o narrar é uma experiência das mais antigas e utilizadas para relatar e reconstruir histórias e acontecimentos da vida das pessoas considerando que as narrativas também constroem a própria história. Sua concepção faz uma crítica ao esquema pergunta-resposta da maioria das entrevistas. De acordo com Farr (1982, em Jovchelovitch & Bauer, 2002), a técnica da EN *“leva a sério a idéia de que a linguagem, assim como o meio de troca não é neutro, mas constitui uma cosmovisão particular”* (p. 96).

Uma questão importante na entrevista narrativa é saber diferenciar a perspectiva do entrevistado e privilegiá-la, e a perspectiva ou linguagem do entrevistador, este deve evitar impor sua linguagem e visão de mundo. A escolha da entrevista narrativa neste estudo se deu pela possibilidade de trazer a perspectiva dos próprios usuários sobre sua trajetória de vida e o cotidiano no CAPS.

A EN necessita de um planejamento e preparação. A familiaridade com o campo é o primeiro passo. Neste sentido, vale ressaltar o conhecimento prévio das práticas e da produção teórica sobre os CAPS e a observação direta no início do trabalho de campo. Com base nestas primeiras aproximações formularam-se as questões norteadoras (exmanentes) da EN e uma pergunta inicial ou pergunta geradora (anexo II) para as entrevistas com os usuários. Conforme Schütze como citado em Jovchelovitch & Bauer (2002, p. 97) a EN segue algumas fases:

Fase	Regras
Preparação	Exploração do campo Formulação de questões exmanentes
Iniciação	Formulação do tópico inicial para a narração

Narração Central	Não interromper Somente encorajamento não verbal para continuar a narração
Fase de Perguntas	Esperar pelos sinais de finalização (“coda”) Somente “Que aconteceu então” Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes. Não discutir sobre contradições. Não fazer perguntas do tipo “por quê?” Ir de perguntas exmanentes para imanentes
Fala conclusiva	Parar de gravar São permitidas perguntas do tipo “por quê” Fazer anotações imediatamente após a entrevista

Esta estrutura orientou as entrevistas narrativas com os usuários dos Caps visando perceber como eles vivenciam o cotidiano nestes serviços, de que forma o Caps passou a fazer parte das suas histórias de vida, como vivenciam o sofrimento psíquico e como avaliam o cuidado.

O contato com os usuários se deu desde o início do trabalho de campo, de forma muito curiosa e interessada. Eles nos receberam no Caps, perguntavam quem éramos, o que estávamos fazendo ali, alguns buscando aproximação e conversa, contando situações vividas no ali, no cotidiano e na sua vida. Foram nos acolhendo na mesa do lanche, nas assembléias, nas oficinas e grupos.

A assembléia dos Caps é um dispositivo institucional de discussão do cotidiano e da convivência no serviço, onde usuários, familiares e profissionais se juntam para trocar informações, avaliar e interferir no seu funcionamento. Pareceu ser o espaço mais apropriado para nossa apresentação a todos e explicação da pesquisa. Os usuários foram convidados a se voluntariar para a entrevista nas assembléias de cada CAPS, também em oficinas e grupos e no contato diário nos serviços.

A experiência de escutar e qualificar a perspectiva dos usuários que, por muito tempo na história da assistência psiquiátrica, estiveram excluídos da participação em seu próprio tratamento na família e na sociedade, torna-se cada vez mais um imperativo ético-clínico e político para a construção de outra forma de compreender o sofrimento psíquico grave e para a construção de serviços que sejam regulados pela cidadania.

De acordo com Vasconcelos (2005), a construção de narrativas no âmbito da saúde mental nos coloca diante da complexidade ética e metodológica que se implica neste campo e na delicadeza que merece este tema. Conforme este autor, os desafios são de diversas ordens: teóricos, subjetivos e éticos. O primeiro desafio é o da própria *“narrativa como reconstituição subjetiva de uma história dolorosa”* (p. 225), os cuidados éticos com as possíveis denúncias em relação às instituições e aos familiares, a não negação das diferenças colocadas pela experiência do transtorno mental e a própria presença do transtorno e seus sinais nas narrativas.

As entrevistas, nas pesquisas em saúde mental, também constituem um momento de acolhimento, de atenção às necessidades do outro (usuário, profissional), de suas angústias e possível sofrimento, no sentido de estar atento a este sofrimento, acima de tudo.

A direção que tomamos nesta pesquisa também nos aproxima do conceito de “empowerment”, que tem sido utilizado por diversos autores no campo das organizações e dos direitos dos usuários que, conforme Vasconcelos (2005) é o *“aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”* (p. 231). Buscamos nas narrativas dos usuários, não seus diagnósticos ou traços psicopatológicos, mas suas trajetórias biográficas relacionadas às formas de atenção que tiveram para seu sofrimento psíquico e como os Caps, em especial, aparecem nestas trajetórias de vida.

Desta forma adotamos a diversidade metodológica com o objetivo de compreender a clínica da atenção psicossocial.

Para este tipo de estudo é necessária a participação efetiva dos usuários, sujeitos desta clínica, suas visões de mundo e avaliações sobre os serviços, sobre o cuidado, bem como as suas experiências com o próprio sofrimento psíquico. Estas vivências precisam ser reconhecidas como evidências nas pesquisas científicas, para o avanço das avaliações dos serviços de saúde mental, para as práticas terapêuticas e para a construção e avaliação das políticas públicas.

Nesta pesquisa realizamos entrevistas narrativas (EN) com 10 usuários dos três CAPS pesquisados: 5 usuários do CAPS Liberdade, 3 usuários do CAPS David Capistrano e 2 usuários do CAPS Jael.

Para os objetivos desta pesquisa fizemos a análise em profundidade de 3 EN, 1 usuário de cada Caps, embora todas as entrevistas tenham sido tomadas como referência para a formulação de uma orientação coletiva dos usuários sobre a clínica dos Caps.

O critério de seleção dos usuários não foi orientado por uma amostra do tipo representativo ou estatístico e nem pré-definida, mas orientada para a construção de certa “visão de mundo” (*Weltanschauung*), que conforme já explicitamos, reflete as vivências e experiências coletivas e individuais de cada usuário em sua trajetória de cuidado e de vida.

Desta forma buscamos não toda a história de vida de cada usuário, mas as trajetórias biográficas de cada um em relação ao seu sofrimento psíquico e aos Caps. De acordo com Manheim (1964, em Bohnsack & Weller, 2010) as visões de mundo são construídas a partir das ações práticas e pertencem a uma dimensão considerada pré-científica ou atórica. Para este autor compreender a dimensão da experiência dos atores, ainda não teorizada, é fundamental para a construção de uma compreensão científica e complexa da realidade.

Conforme indicação de Strauss (1994, em Weller, 2006) utilizou-se, nesta pesquisa, uma amostra teórica que visa a um *corpus* teórico e vai sendo definida no campo, ao longo da pesquisa e não previamente e caracteriza-se por um processo consecutivo e cumulativo de coleta de informações. A saturação se dá no próprio campo, no processo de realização dos grupos de discussão e das entrevistas narrativas.

Neste estudo, após as conversas e acordos administrativos com o Coletivo Gestor da Rede de Atenção Psicossocial (Reap), optamos por apresentar a proposta deste estudo aos trabalhadores e usuários na assembléia de cada Caps, onde foi possível falar e explicar a todos os usuários e profissionais sobre o objeto e os métodos da pesquisa e convidá-los a participar.

Foi fundamental a disposição dos usuários em contribuir para a pesquisa, não somente nas EN, como também nos encontros cotidianos nos Caps onde

relatavam suas histórias, as avaliações, elogios e reclamações sobre os outros usuários, os profissionais e o serviço.

Além das EN com os usuários de cada Caps, verificamos a necessidade de realizar entrevistas com profissionais que não participaram dos grupos de discussão e outros que faziam parte da gestão da rede de atenção psicossocial e da história de sua construção. Entrevistamos, assim, mais três psiquiatras: dois que foram da gestão do município e participaram da construção da Reap e mais um que trabalha em vários pontos da rede e nos Caps.

3.9 Procedimentos de Análise dos GDs e ENs

Todas as entrevistas narrativas e os grupos de discussão foram gravados e transcritos. A análise dos grupos de discussão teve como base o método documentário de interpretação desenvolvido por Ralf Bohnsack, (em Weller & Bohnsack, 2010).

O método documentário tem suas origens na Sociologia do Conhecimento de Karl Manheim (1950), assim como na Fenomenologia Social de Alfred Schütz e na Etnometodologia de Garfinkel (1967), que foi o primeiro a reconhecer a importância do método documentário e sua utilização na análise das visões de mundo e das organizações sociais, contudo a Etnometodologia fez um uso restrito deste método. Conforme Bohnsack e Weller (2010), outra leitura e aplicação do método foi feita por Ralf Bohnsack, que atualizou a interpretação documentária transformando em *“um instrumento de análise para a pesquisa social, empírica e de caráter reconstrutivo”* (p.73)

A análise dos Grupos de Discussão ocorreu de acordo com os seguintes passos:

- 1- escuta detalhada e repetida de todo o material;
- 2- divisão temática das passagens: divide-se o conteúdo da discussão em temas e subtemas, indicando se um tema foi iniciado pelo grupo ou pelo pesquisador;

- 3- seleção de passagens centrais da discussão do grupo (metáfora de foco);
- 4- seleção das passagens relevantes para a pesquisa;
- 5- transcrição de todo o material gravado com destaque para a passagem inicial, as passagens de foco e as passagens importantes para o tema da pesquisa. (Os códigos utilizados na transcrição dos grupos e entrevistas estão no anexo 3);
- 6- reconstrução da estrutura temática das passagens analisadas que também foram divididas em temas e subtemas;

Buscou-se, em primeiro lugar, conhecer e interpretar o sentido imanente, isto é, o sentido próprio das narrativas, dentro de seu vocabulário e sua organização de falas. Desta forma, o pesquisador reescreve o que foi dito pelos informantes trazendo para a compreensão mais geral a linguagem própria do grupo. Esta fase denomina-se interpretação formulada. É a estrutura básica do texto de análise.

Em um segundo momento, fez-se uma interpretação refletida, de segunda ordem, de acordo com Weller (2006). Na análise refletida, o pesquisador analisa as narrativas com o conhecimento teórico e empírico que possui; traça comparações, estabelecendo o “quadro de referência” ou o “quadro de orientação” (*frame*) que está norteando a perspectiva dos entrevistados, suas idéias, ações e motivações sobre os temas abordados; e, também, faz a análise das interações entre os participantes dos grupos de discussão.

A prática das EN nos mostra sua importância e riqueza na obtenção de dados qualitativos que dificilmente seriam alcançados de outra forma. As narrativas não apenas provocam o entrevistado a discorrer sobre um tema, mas trazem já, em seu interior, uma reflexão, uma análise própria sobre o vivido, onde narração, reflexão e vivência estão unidas em um mesmo *lócus* narrativo.

A EN revela, também, sobre o contexto em que o protagonista situa suas argumentações e valorações. Assim, trazem ao pesquisador a possibilidade de estudar determinados grupos e atores sociais, suas perspectivas e visões de mundo.

Para a análise das EN realizadas com usuários dos três CAPS estudados, primeiramente procedemos à análise formal do texto identificando, os diferentes tipos de texto e os principais elementos de inicialização e finalização de um tema conforme proposta de Shütze (1987):

As proposições indexadas têm uma referência concreta a 'quem fez o que, quando, onde e por que', enquanto as proposições não-indexadas vão além dos acontecimentos e expressam valores, juízos e toda forma de uma generalizada 'sabedoria de vida'. (p. 106)

Nas narrativas, conforme Weller (2010), é comum encontrarmos, além das passagens propriamente narrativas, passagens explicativas ou argumentativas que também entram na análise das EN. Seguimos a proposta de Schütze (1983), segundo o qual o material não-indexado pode ser dividido em alguns pontos:

- a) auto-descrição biográfica ou teoria sobre o "eu";
- b) teorias explicativas;
- c) avaliação da trajetória biográfica: teoria sobre a biografia;
- d) explicações ou construções de fundo;
- e) projetos biográficos e modelos ou teorias de orientação;
- f) descrições abstratas;
- g) avaliações gerais e teorias comentadas.

Este é o caminho que percorremos para definir os cenários e as orientações teórico-metodológicas desta pesquisa.

Schutze (1983 em Weller 2010) parte do princípio que a narração pode reproduzir com mais detalhes as estruturas que orientam as ações dos indivíduos. A EN não busca necessariamente reconstruir as histórias de vida, mas compreender em profundidade como as biografias foram construídas, os contextos em que as narrativas foram produzidas e os fatores que motivam as ações e produzem mudanças na vida das pessoas. Visa gerar textos narrativos sobre as experiências vividas.

Para Weller & Pfaff (2010), perguntar pelo sentido documentário é perguntar pelo "como" da formação prática da realidade dos grupos. Cabe ao pesquisador fazer a análise do sentido documentário que revela através dos conhecimentos implícitos expressos e partilhados pelo grupo, encontrar os

modelos de orientação, os quadros de referência que possibilitam ao pesquisador reconstruir as visões de mundo presentes nos grupos.

Para a realização e análise dos grupos de discussão tomamos como referência o método documentário, bem como os princípios e diretrizes das EN de Schutze (2010). Desta forma, fizemos a interpretação de cada grupo de discussão com base em interpretações formuladas e refletidas. A análise comparativa entre os grupos e EN destaca como um tema foi visto e discutido nos diferentes grupos de profissionais e entre os usuários.

Como dissemos anteriormente, realizamos grupos de discussão nos três CAPS III de Aracaju. Para a análise tomamos cada grupo como um caso, tendo em vista compreender as singularidades da clínica nos diferentes Caps, através da trajetória e da experiência de cada serviço, de cada grupo de profissionais e as relações entre eles e o contexto da rede de atenção em saúde mental do município.

Conforme prescreve a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Humanidades (CEP-IH) da Universidade de Brasília.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido, conjuntamente, tanto no início das entrevistas com os usuários, quanto nos grupos de discussão com os profissionais, informando sobre a desistência a qualquer momento, a disposição de prestar todo e qualquer esclarecimento solicitado, o sigilo, o anonimato e a privacidade. Usuários e profissionais foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e sua utilização.

Além disso, a Lei 10.216 (que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial no Brasil) uma conquista dos usuários e de toda a sociedade, restituiu-lhes a condição de cidadãos e é um marco legal de referência para este estudo, que procuramos respeitar plenamente.

Capítulo IV

Análise dos Grupos de Discussão: a perspectiva dos trabalhadores

4.1 Caps Liberdade: um Caps reinventado

O grupo de discussão no Caps Liberdade se realizou após vários encontros com os profissionais e usuários, em diversos momentos do cotidiano do serviço: assembleias, reuniões e “paradas” dos profissionais que estavam repensando e planejando o trabalho.

Desta forma, a princípio, houve dificuldades para encontrar um momento possível para o grupo, pois os profissionais estavam utilizando todas as reuniões de equipe para re-discussão e planejamento do serviço. Mesmo assim, houve grande interesse em participar. Os profissionais estavam muito mobilizados para falar sobre o Caps e sua atuação e foi possível a participação de todos os profissionais interessados.

O grupo de discussão Liberdade ocorreu no próprio Caps no dia 28 de outubro de 2008, das 10 horas e 13 minutos às 13 horas e 21 minutos. O tempo de duração foi de 3 horas, 8 minutos e 59 segundos. Participaram 12 profissionais: 2 Enfermeiros, destes 1 coordenadora do Caps, 1 Apoiadora Institucional (Psicóloga); 2 Terapeutas Ocupacionais; 1 Assistente Social; 4 auxiliares de enfermagem; 1 Agente de serviços de saúde e 1 Auxiliar Administrativo (Quadro 1).

Códigos¹⁰	Nome fictício	Ocupação	Tempo de trabalho no Caps	Idade
Am	Marcos	Enfermeiro	5 anos	37
Ff	Maria	Enfermeira (coordenadora)	3 anos	45
Df	Márcia	Psicóloga (apoiadora)	2,5 anos	28
Ef	Lucia	Terapeuta Ocupacional (TO)	6 meses	45
Cf	Flávia	Terapeuta Ocupacional (TO)	4 anos	34
Hf	Paula	Assistente Social (AS)	4 meses	27
If	Vilma	Auxiliar de enfermagem	1 ano	32
Bf	Irma	Auxiliar de enfermagem	4 anos	28
Gf	Julia	Auxiliar de enfermagem	4 anos	31
Jf	Sonia	Auxiliar de enfermagem	1 ano	42
Kf	Beti	Agente de serviços de saúde	5 anos	61
Lf	Dione	Auxiliar Administrativo	3 anos	22

Quadro 1: Caracterização dos participantes do Grupo de Discussão: Caps Liberdade.

4.1.1 Trajetória do Caps e dos Profissionais

A discussão do modelo assistencial foi a mais importante e difícil questão do momento da criação do Caps Liberdade. As contradições estavam explicitadas dentro de um mesmo espaço físico, com equipes que se diferenciavam muito em experiência, concepções e práticas de cuidado (passagem inicial):

Y – “Gostaria de começar pedindo a vocês que falassem um pouco sobre a história desse Caps. Assim, poderia começar a falar de como foi criado esse Caps?”.

A. – “Meu nome é Marcos, sou enfermeiro e estou aqui há uns quatro, cinco anos. Assim, quando começou o : : a primeira vez que trabalhei com o Caps foi no caso ainda quando surgiu o anexo lá: : na emergência psiquiátrica, no antigo prédio do Adauto Botelho, do que restou do Adauto, do serviço que envolvia todo o prédio, uma emergência. E no momento em que se decidiu implantar o Caps o

¹⁰ A letra m (minúsculo) é para masculino e f (minúsculo) para feminino. A lista completa dos códigos de transcrição se encontra no apêndice C

único local que levaram as negociações possíveis foi lá, o anexo dessa emergência”.

Marcos, enfermeiro, esteve desde o início do Caps Liberdade e pôde vivenciar as mudanças ocorridas desde sua criação. Ele inicia a discussão do grupo contando sobre a instalação do Caps junto ao prédio do antigo hospital psiquiátrico, onde ainda funcionava a emergência do Estado, o começo do trabalho no Caps, as dificuldades para a atuação dentro de um lugar com profissionais que vinham do modelo hospitalar e da emergência psiquiátrica com outros que vinham para criar um novo serviço, partindo de lógicas diferenciadas.

Já havia os profissionais da emergência do antigo hospital do Estado trabalhando lá há muito tempo quando chegaram os profissionais do Caps. Refletem no grupo que a discussão sobre a mudança do modelo assistencial ficou muito complicada naquele contexto. Continuam contando a história do CAPS desde quando saiu do prédio do antigo hospital e foi para uma casa, mas levou a emergência psiquiátrica junto. Marcos relata que somente depois de muita “briga” conseguiram desvincular a emergência psiquiátrica do Caps e vir para a casa atual. Aquele período foi de muita reivindicação e argumentação dos profissionais, pois a proposta era que a emergência ficasse em um Hospital Geral da cidade, mas isso demorou a acontecer.

O Caps Liberdade teve que iniciar pela negação. A equipe que fazia parte da gestão na época aceitou fazer o enfrentamento do modelo assistencial por dentro do antigo Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho que ainda existia através do Serviço de Emergência Psiquiátrica. Desta forma, o Caps Liberdade, que ainda não tinha nome acabou sendo chamado pelos usuários de Caps do Aduino.

Este serviço tem grande importância para a história da rede de saúde de Aracaju e para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPb). O Caps Liberdade foi o primeiro CAPS III da Rede de Atenção Psicossocial (Reap) de Sergipe¹¹ e vivenciou o processo de saída do Hospital para a construção de um serviço aberto e territorial. É símbolo de um momento da RPb¹² e guarda até hoje, em sua

¹¹ Já existia o Caps David Capistrano Filho que funcionava como Caps II na época.

¹² Ver Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira: da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos* 9(1), 25-59, jan-abr.

identidade, a missão de fazer a ruptura com o antigo modelo de Hospital e de Emergência Psiquiátrica e se instituir como um Caps possibilitando outras formas de cuidado.

Irma, auxiliar de enfermagem, que chegou quando o Caps já funcionava em outra casa, mas com a emergência ainda no mesmo espaço, e Flávia, terapeuta ocupacional, que estava no CAPS David (CAPS II na época), colocam, de diferentes lugares, como o debate foi intenso em torno da criação deste serviço no prédio do antigo hospital e junto à emergência e a luta pela separação dos serviços. Essa história marca a identidade deste Caps, sua responsabilidade com a mudança de referencial para o cuidado em saúde mental e os desafios que segue tendo na constituição e funcionamento da rede de atenção psicossocial (Reap) de Aracaju.

Bf – “Como eu não peguei a fase do Adauto, mais peguei a do Rolemberg ainda com a urgência. Então pra eu que cheguei do concurso do município ficava confuso entender o que era Caps junto com a emergência. Como trabalhar num serviço que eu não sabia o que era, porque estava chegando do concurso e não entendia nada de Caps junto com a emergência psiquiátrica, era mais confuso ainda, era mais difícil ainda, chegava ser um martírio pra gente que naquele momento precisava trabalhar e entender, mais a confusão eram inevitáveis (nesse ponto) mais depois que saiu.”

Cf – “Nessa época da criação do Caps liberdade eu trabalhava no outro Caps que era o David o primeiro da rede municipal. Então só pra contar como era a visão da gente dos que tava lá no outro sobre o Liberdade, a gente tinha uma critica muito acirrada, porque a gente, algumas pessoas já (imaginavam) o que era o Caps já entendia um pouco e a gente não entendia porque a gente tinha nascido dentro de um hospital funcionando todinho assim, então a gente que era lá do David na época fazia uma critica acirrada mesmo, a gente achava um absurdo, achava absurdo mais ainda (a existência do primeiro Caps III dentro do Adauto) aí pronto era uma briga, lembro nas reuniões a gente fazia uma critica pesada, mais enfim o Liberdade nasceu dessa forma dentro do hospital aos poucos foi se construindo a historia lá dentro isso foi uma batalha muito dura como o Marcos falou.”

A clínica praticada no Caps é influenciada pela história de sua constituição e, mesmo com apenas um profissional da atual equipe tendo vivenciado o processo desde o início, a origem deste serviço está presente e faz parte de seu cotidiano e de sua identidade. O Caps Liberdade lutou por sua autonomia e diferenciação, se nomeou de Liberdade, quando se separou do prédio do Hospital, e, atualmente, enfrenta os desafios desse projeto.

O grupo concorda que foi fundamental a separação do hospital e da emergência para se tornarem efetivamente um Caps. Marcos considera que,

mesmo com todas as dificuldades daquele momento, a equipe trabalhava muito, aprendia e se capacitava.

Na época, por não haver espaço, um técnico saía com os usuários para atividades na rua, fora do CAPS. Na discussão uma auxiliar de enfermagem diz que isso foi muito interessante e concordam que era uma boa e organizada prática terapêutica. Esta reflexão do grupo associa-se à atual situação do Caps em que os profissionais se lamentam por terem poucas ofertas e não estarem realizando atividades fora do serviço. A estrutura física é um fator essencial ao trabalho e isso fica evidente na trajetória do Caps Liberdade. A equipe teve que enfrentar as dificuldades de trabalhar em uma estrutura com todo um sistema simbólico arraigado do lugar do Hospital Psiquiátrico e conquistar outro espaço de atuação, para poderem se reconhecer como Caps.

Irma considera que a estrutura onde estavam confundia muito a atuação da Enfermagem que tinha que ficar mais restrita ao seu núcleo profissional¹³ para dar conta do cuidado específico e das medicações. Ela também pensa que, para os usuários do Caps, era um ambiente desfavorável ao cuidado, pois causava muito impacto para todos ver os pacientes da urgência chegando amarrados, com policiais, bombeiros ou SAMU. Essas eram situações concretas vivenciadas pelos profissionais e pelos usuários no início do Caps.

Bf – “a estrutura física do lugar não cabia nem um Caps sequer, como a gente viu que não era adequado quando a gente mudou pra cá, quanto mais com urgência. A gente tinha::: internados mesmo na urgência tinha dia de ter vinte três de todo:::; o Estado, fora os nossos do Caps e aí e ficava no mesmo ambiente isso confundia muito a gente da enfermagem que ficava diretamente, ficava muito focado no núcleo por conta da urgência a gente tinha que ter o cuidado de enfermagem das medicações e uma pessoa que estava em tratamento no Caps razoavelmente bem via a outra chegar amarrado no com bombeiro, com policiais tinha certeza que causava alguma coisa (()) estranhamento, quem ia pra as atividades pra fazer oficinas de repente chegava bombeiro, polícia marinha, marinha é exagero, mais que tinha, tinha. E assim chegar amarrado, preso, digamos assim, com o Samu”.

O grupo inicia, neste momento, uma reflexão sobre as repercussões dessa trajetória para a forma atual da clínica no Caps Liberdade.

¹³ Esta designação se refere aos conceitos de Núcleo e Campo de atuação dos profissionais, proposta por Campos (2005). Núcleo que é aquele conjunto de encargos (atribuições) e de saberes que constroem a identidade de cada especialidade ou profissão e Campo que é o conjunto de atribuições e de conhecimentos que devem ser agregados ao núcleo em cada contexto para que haja capacidade de resolver problemas de saúde.

Df: “Então essa mistura de lógicas né acabou trazendo conseqüências pra forma de como a gente começou a pensar a clínica do Caps Liberdade, porque era () e respinga até hoje, e respinga inclusive no fato da gente achar que essa estrutura física a ambiência, a estrutura física, não que a gente acha agora é isso, mais ficar tranqüilo com o tempo que a ambiência desse lugar estava legal. Porque (antes) era um corredor, um corredor de um hospital psiquiátrico que tava sendo é::: fechado e articulado com a urgência eu fico pensando que, eu não participei desse momento mais eu ia lá porque eu também é::: tava trabalhando em outros pontos da rede e tava também no Caps David. Ei aí::: tava no CAPS Arthur @@”.

A implantação de serviços substitutivos, como os Caps em estruturas físicas dos antigos hospitais psiquiátricos, tem sido uma alternativa que alguns municípios encontraram no momento de transição de modelo e de constituição de uma rede de atenção psicossocial. A experiência do Caps Liberdade mostra que não é somente a estrutura física de um hospital psiquiátrico que é inadequada ao trabalho de um Caps, mas que as representações coletivas sobre o lugar e a lógica do cuidado, encarnada no espaço físico e nos profissionais, interferem diretamente sobre o processo de trabalho, sobre as expectativas e o vínculo com os usuários e sobre as possibilidades da clínica.

No grupo de discussão aparecem reflexões que visam compreender as conseqüências dessa trajetória inicial do serviço para a clínica praticada atualmente no Caps. Os profissionais, quando falam da saída do Caps do prédio do Adauto, falam de libertação da estrutura e do modelo de atenção que criticavam e que limitavam sua atuação.

Por outro lado, o fato de mudar de lugar não significou a total libertação do antigo modelo, o que parece ainda levará mais tempo para acontecer, mas a mudança de lugar, de referência concreta para o cuidado, operou mudanças fundamentais. Foi o primeiro passo para outras transformações de concepções e das práticas terapêuticas.

Havia também, desde o início do serviço, uma diversidade de trabalhadores que estavam no Caps, sem saber “qual era a proposta de cuidado daquele lugar, qual era o modelo assistencial, qual era a política”. Tinham profissionais do antigo hospital - médicos, por exemplo - que eram os mesmos que trabalharam e o dirigiram por muitos anos. Profissionais da emergência psiquiátrica e os que vieram do concurso, com o agravante de que, estes, em sua

maioria, não queriam trabalhar na saúde mental. No recém criado Caps III, todos precisaram atuar juntos com experiências, lógicas e expectativas diferentes.

O grupo analisa que essa mistura provocou uma confusão para a forma de atuar do Caps Liberdade até hoje incidindo sobre o perfil do usuário atendido e sobre o cuidado do serviço. Na discussão apareceram as seguintes questões: “a crise é para a urgência ou para o Caps? O Caps cuida da crise também? Então qual é a diferença entre o Caps e emergência?” Consideram que essas questões ficaram confusas, tanto para os profissionais, como para os usuários.

Mf – “. . . Então isso tudo acho que trás conseqüências pra como foi produzido o cuidado, e acho que a gente teve que lutar bastante pra gente poder minimamente é::: assegurar é::: um cuidado diferenciado mesmo, um::: modelo assistencial de fato substitutivo e **a gente ainda tá no olho desse furacão né**”.

A metáfora “olho do furacão” retratou o momento em que a equipe se encontrava. A contradição liberdade-aprisionamento continuava presente, pois, mesmo se libertando das estruturas do Hospital-Emergência, estavam aprisionados em outras questões estruturais e do processo de trabalho. Sentiam-se absorvidos nos seus problemas, ainda sem conseguir encontrar saídas.

Um dos impasses, de caráter estrutural, que apareceu desde o início da discussão do grupo, foram as formas de contrato e de concurso feitas no município. Os primeiros trabalhadores dos Caps de Aracaju foram contratados, puderam ser escolhidos e sabiam que iam trabalhar com saúde mental. Os concursados pelo município, de forma geral, argumentam que fizeram um concurso para a área da saúde pública e não para a saúde mental. Tinham a expectativa de trabalhar em ambulatórios ou no Programa de Saúde da Família (PSF) e não nos Caps. A queixa apresentada era de terem sido obrigados a assumir a saúde mental ou desistiam do concurso.

O momento de substituição dos profissionais contratados pelos aprovados no concurso foi de nova crise para o processo de construção da clínica do Caps Liberdade.

Embora esta troca de profissionais tenha sido para promover a estabilidade da equipe de forma mais permanente, a ruptura e a desestruturação no cuidado foi inevitável e tem repercussões até hoje. Os usuários, que vivenciaram aquele momento, falam desse período nas Entrevistas Narrativas (ENs) e fazem

comparações entre a antiga e a nova equipe de profissionais, conforme vamos analisar no Capítulo VII, mais especificamente na EN de Jorge.

Além da ruptura dos vínculos de cuidado entre usuários e profissionais, com a troca dos contratados pelos concursados, havia diferenças no perfil destes trabalhadores. Na equipe contratada, muitos eram militantes do movimento de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Foram chamados para criar os Caps no município, queriam atuar nesta área e tinham o ideário da mudança do modelo de atenção em saúde mental. Os concursados que os substituíram eram profissionais da área da saúde que realizaram concurso genérico para essa área e em sua maioria não escolheram a saúde mental como seu campo de formação, militância ou desejo.

Nas observações diretas realizadas no cotidiano do Caps e nas ENs com usuários, que vivenciaram aquele momento, aparece, de forma recorrente, a comparação entre as duas equipes: os profissionais e coordenadores do início dos Caps com os atuais.

Julia, auxiliar de enfermagem, relata que também trabalhou contratada pela prefeitura, antes do concurso, e que quando foi chamada falaram que o trabalho seria no PSF, “que era lindo” e só depois que foram entender que se tratava de saúde mental, de fazer contato nas casas com os egressos dos hospitais e que seria criado o Caps.

Gf – “. . . E aí algumas pessoas teve um impacto muito grande trabalhar né com doido, com louco, com essas coisas sem ter um preparo e:: (.) pelo menos para o pessoal da enfermagem”.

Havia um sentimento de terem sido enganados pela gestão do município ou pelo edital do concurso, o que era mais comum no grupo de profissionais concursados. A discussão no grupo de profissionais foi deixando claro que vários deles não queriam trabalhar com saúde mental, alguns foram conquistados pelo acolhimento da equipe quando chegaram e pelas capacitações que tiveram, enquanto outros deixam claro que não querem trabalhar na saúde mental, resistem ao contato com os usuários, ao envolvimento com a equipe; estão descontentes e desmotivados.

O grupo expressa orientações coletivas que marcam determinadas “visões sobre a loucura” presentes na sociedade e que constituem a racionalidade também dos profissionais de saúde. Essas concepções são marcadas no senso comum, pelo preconceito e pelo medo das pessoas, “dos doidos”, “dos loucos” que, em geral, são considerados agressivos e incapazes produzindo um efeito de afastamento da sociedade e o desinteresse dos profissionais.

Além disso, a formação técnica e de graduação na área da saúde reproduzem as concepções e teorias psicopatológicas¹⁴, que reafirmam esta racionalidade. Os cursos, com raras exceções¹⁵, não modificaram a forma de ensinar, os referenciais teóricos e as práticas na formação do campo da saúde mental. Desta forma, a visão que estes profissionais tem das pessoas com sofrimento psíquico grave e da atuação em saúde mental, vem do senso comum, dos hospitais psiquiátricos nos quais, alguns já trabalharam ou tiveram contato através de aulas, visitas ou estágios, sem a oportunidade de questionar os fundamentos deste modelo de atenção e de conhecer outras possibilidades teóricas e de cuidado em saúde mental, e das aulas de psicopatologia descritiva, sem sujeito, que ainda sustentam a formação e a prática de forma hegemônica.

Estas são, sem dúvida, algumas razões para que muitos profissionais da saúde se afastem deste campo como possibilidade de trabalho e investimento profissional.

Os auxiliares de enfermagem presentes no grupo tiveram menos oportunidades de questionar sua formação, concentravam as reclamações e a desmotivação para o trabalho no Caps e ressaltavam a importância das capacitações.

Jf – “e assim o **mais louco** que eu acho, e achei no início quando eu vim pra cá é que::: pelo ou menos que quando fui chamada demorou muito pra ter esse suporte, essa capacitação de um pessoal que foi entrando sem desejar, sem é:: ter muita noção do que é trabalhar com usuário em saúde mental, a::té pra quem

¹⁴ Trabalhos publicados recentemente, sejam estudos de avaliação de serviços ou sobre as concepções das práticas terapêuticas nos Caps, indicam que o cuidado centrado no modelo biomédico ainda não foi superado nesses serviços (Cf. Hirdes, 2008; Menezes & Yasui, 2008, Bezerra, 2007; Alverga & Dimenstein, 2006; Guerra, 2004; Vieira & Sheva, 2004). E autores como Leal, 2006; Leal & Delgado, 2007 e Serpa, et al., 2007 sustentam a hipótese da incompatibilidade entre o conhecimento centrado numa psicopatologia meramente descritiva e a clínica da atenção psicossocial.

¹⁵ Para citar um deles: Barros, S., Silva, A. L. A., Loperolo, A. C., Delgado & Pitta, A. M. F. (1999). Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental - I. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 33(20), pp. 192-199.

já teve as informações as capacitações tem coisa que:: ainda é difícil. E agora né depois de quase de três anos é que recomeçou novamente as capacitações acho que vai melhorar algumas coisas, com certeza”. (grifo nosso)

Jf – “aí muita gente desistiu e outras não, porque no início teve um suporte muito bom das capacitações, semanal, né Flávia? E terminou envolvendo muito a equipe, a gente começou a fazer, tinha muito trabalho tinha mesmo que saber se era realmente daquela forma que tinha que ser feito, porque não tinha ainda um modelo, no David, não era tão difícil trabalhar lá. Inclusive a gente vivia da enfermagem, fazia oficina, ficava na farmácia, fazia as coisas da enfermagem, entregava lanche era uma coisa tão misturada, mais que era: como não era imposta, não era cobrada a gente fazia com muito prazer e até tornava prazeroso o trabalho. E depois foi chegando na época o terapeuta ocupacional e a gente foi entendendo as necessidades de algumas profissões lá”.

Na discussão deste grupo, o tema “Crise” reaparecia a todo o momento como metáfora deste grupo. Os profissionais buscavam compreender as situações que enfrentavam no cotidiano do serviço. Maria, enfermeira e coordenadora do Caps, retoma uma reflexão sobre a trajetória vivida e o tema da crise no Caps Liberdade:

Mf – “. . . é a primeira vez que isso me vem à cabeça, como fica claro agora pra gente, pra mim pelo menos porque que a gente tem tanta dificuldade de trabalhar crise aqui pra mim fica mais claro até”.

No resgate da trajetória do Caps Liberdade apareceu no grupo a compreensão de que as dificuldades que encontram para cuidar em situações de crise ocorrem porque, desde o início, houve a busca pela ruptura entre emergência e Caps e isto acabou gerando um entendimento de que situações de crise são para a emergência e não para o Caps. O grupo de discussão possibilitou o compartilhamento das visões sobre este tema e a construção de uma reflexão coletiva.

A equipe do Caps Liberdade estava dividida sobre a melhor forma de fazer o cuidado. A emergência psiquiátrica, que atualmente se localiza anexa a um hospital geral no município aparece, por vezes, como o lugar para internar por algum tempo, quando a equipe não consegue mais cuidar sozinha dos usuários do próprio Caps. Isso gerou intenso debate durante todo o grupo de discussão. Estava evidente a necessidade que tinham de compreender as dificuldades vividas e o grupo de discussão apareceu naquele momento como um lugar para isso.

Para analisarmos a complexidade da situação da rede de atenção psicossocial e de cada serviço foi essencial a triangulação de técnicas de pesquisa. Através da observação direta, das entrevistas com usuários e dos grupos de discussão, foi possível ampliar o conhecimento sobre o funcionamento mais amplo do sistema de saúde e da rede de atenção psicossocial. Isso possibilitou percebermos, sobre este ponto da discussão, que os profissionais da urgência também estavam descontentes naquele momento. Questionando o papel dos Caps, disseram: “Caps é ilusão” se referindo ao alto índice de encaminhamentos dos Caps (70%) para a urgência.

Esta situação demonstrava a fragmentação da rede, o conflito e desconhecimento entre os serviços. Evidenciavam-se as reclamações de um ponto da rede sobre o outro e a falta de coordenação e mediação entre eles. Apesar de ter uma rede com cobertura considerada suficiente, com vários dispositivos de cuidado, em diferentes níveis de atenção, a falta de integração e os problemas internos de cada serviço estavam provocando a desarticulação do cuidado no território.

Em relação à questão da forma como cada um chegou para trabalhar no Caps, esse era um tópico preparado para o grupo que acabou se tornando uma pergunta imanente, isto é, resultou de um tema trazido pelo grupo.

Maria diz: “eu não queria ficar na saúde mental de jeito nenhum, não queria”, tentou de todas as formas ser transferida para outro lugar, e, como não conseguiu, tinha decidido se exonerar, mas a coordenadora da época pediu que ela viesse uns dias para conhecer o trabalho, conhecer a equipe e não tomasse uma decisão precipitada. Ela achava que não havia muito que fazer com as pessoas consideradas “doentes mentais”, pois estas ficariam para sempre como são; não seriam capazes de fazer nada sozinhos ou precisariam ser colocados para bem longe para não perturbar, mas foi ficando e mudando a visão que tinha das pessoas e do serviço.

A maneira de trabalhar, o coleguismo e a receptividade foram essenciais para que alguns profissionais tenham passado a gostar e decidido ficar trabalhando no Caps. Maria hoje acha que é um trabalho que tem futuro, que tem desejo, que não é faz de conta e que é o lugar que quer ficar trabalhando. Mas,

chegou sem desejo como considera que 90% dos profissionais tenham chegado¹⁶.

Paula, assistente social, já havia tentado trabalhar em um Caps no interior, mas ficou duas semanas e “fugiu de lá”. Quando passou no concurso em Aracaju não acreditava que iria para um Caps “não era meu desejo de trabalhar com saúde mental, primeiro porque é uma coisa que não conhecia muito, não conhecia”.

A deficiência na formação dos profissionais fica evidente e aparece como obstáculo para a inserção destes no campo da saúde mental e será aprofundada como um tema principal adiante. Paula diz: “na verdade quando a gente faz faculdade vê várias áreas mais não vê saúde mental dentro da área de saúde”.

Assim como a receptividade e o acolhimento pelos colegas, a possibilidade de ter um grupo de profissionais onde sentem que podem compartilhar suas inseguranças e dúvidas aparece como essencial para o enfrentamento das tarefas diárias do cuidado e para a decisão de permanecer no serviço de saúde mental.

Outro aspecto do perfil dos profissionais, que estão atuando nos Caps nos últimos anos, aparece neste grupo; são profissionais novos, recém formados, sem muita experiência profissional que chegam “assustados”.

Paula, com 27 anos, havia chegado ao Caps há dois meses e meio e sua preocupação era se daria conta do trabalho, pois considerava o cuidado no Caps muito complexo: “como trabalhar com a história de cada usuário?”, diz que ainda tem muitas dúvidas e está aprendendo: “mesmo passando mais tempo acho que a gente sempre vai ter alguma coisa que vai ser preciso aprender, que precisa de um colega pra poder avaliar e enfrentar a situação junto”.

Paula expressava suas inseguranças e medos em relação ao trabalho com saúde mental e também por estar chegando a um grupo já formado, onde todos conheciam o trabalho da outra profissional que ela estava substituindo. O seu desafio era ainda maior: precisava conseguir dar continuidade ao bom trabalho feito e ser vista, também, como uma profissional.

¹⁶ Essa é a realidade das equipes concursadas que substituíram os primeiros contratados da rede e está presente nos grupos do Caps Liberdade e no Caps David como veremos no Capítulo V.

Julia, auxiliar de enfermagem, fala de outra visão sobre o acolhimento da equipe:

Cf – “interessante agora quando a Paula falou essa questão do acolher quando a gente chega. Quando eu cheguei aqui junto com Janete, uma outra auxiliar de enfermagem, eu acho que foi o que fez Janete desistir, foi que tava em nenhum momento aqui que várias pessoas estavam saindo, inclusive enfermeiros, auxiliares e tudo, e a gente era vista assim, ah tá, veio, graças a Deus que eu já vou embora e durante uma semana ou mais as pessoas é não teve esse acolhimento, essa coisa. Era, que bom que você veio que eu vou me livrar e cada um nos seus grupinhos não teve essa recepção, se fosse naquele momento a minha primeira vez na saúde mental nunca ficaria aqui **surtava logo igual a minha outra colega que foi-foi horrível o acolhimento principalmente na enfermagem, do enfermeiro, das enfermeiras** no horário né, aos auxiliares fui ficando porque realmente eu conhecia e aí...” (grifo nosso)

Am – “você pegou um clima ()”

Cf – “um momento péssimo e que assim qualquer pessoal que viesse naquele momento”.

Os conflitos na equipe demonstram o quanto a organização do processo de trabalho, a gestão do serviço, o processo seletivo, as condições de trabalho, a formação dos profissionais, bem como a existência de apoio mútuo na equipe, são essenciais.

Os profissionais de saúde mental também estão expostos ao sofrimento psíquico como todas as pessoas, já que, como discutimos no conceito de sofrimento psíquico grave, a possibilidade de desestruturação psíquica é do humano e pertence a vida de cada um em continuidade com seu ser. Não é preciso ressaltar o quanto o trabalho pode ser desestruturador. Muitos autores já o fizeram em saúde e saúde mental¹⁷ não é diferente: os profissionais vão necessitar de suporte psicológico no trabalho.

Há, também, outros fatores estruturantes como o salário dos profissionais da saúde mental, que influenciam para o desgosto pelos Caps e pela preferência pelo PSF, por exemplo. No caso de Aracaju as ESF¹⁸ recebem salários mais altos que os profissionais dos Caps.

¹⁷ Bandeira, M., Pitta, A. M. F., Mercier, C. (2000, abr.). Escalas brasileira de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipes técnica em serviços de saúde mental / The brazilian mental health services' staff satisfaction scale (SARIS-BR) and staff burden scale (IMPACTO-BR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 49(4), 105-15 e Da Silva, E. A. (2007). Dores Dos Cuida-Dores em Saúde Mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em centros de atenção psicossocial de Goiânia-Go. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. PPG-PsiCC, UnB, Brasília, DF, Brasil.

¹⁸ As equipes de Saúde da Família (ESF) de acordo com o Ministério da Saúde são compostas por Médicos (nas especialidades de Medicina de Família e Comunidade preferencialmente ou Clínica Médica),

Os auxiliares de enfermagem chegaram desmotivados, sem saber por onde começar o trabalho e com muitos medos. Eles evidenciam outros conflitos na equipe, advindos da separação entre profissionais de nível médio e nível superior. Os auxiliares de enfermagem se sentem isolados e sozinhos em suas angústias no trabalho e encontram apoio somente entre eles mesmos. Apesar de não querer trabalhar na saúde mental, uma das auxiliares, que dificilmente fala no grupo e se define como muito reservada, diz que foi tranquila sua chegada ao Caps, pois se aproximou de outra auxiliar de enfermagem com a qual se identificou muito e desta forma encontrou apoio para o seu trabalho.

O cenário deste serviço, cuja metáfora é a crise, se reflete nas dificuldades para cumprir seu mandato social e sanitário fazendo acontecer a clínica da atenção psicossocial, o acolhimento dos usuários mais graves, o cuidado dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que freqüentam o Caps, os matriciamentos e as ações no território.

4.1.2 A Formação para o Trabalho em Saúde Mental

Esta questão foi trazida pela pesquisadora, embora já tivessem falado algumas vezes sobre a formação que tiveram ou não para trabalhar em saúde mental:

Y – “A formação que vocês tiveram contribuiu para o trabalho que vocês fazem aqui? Vocês sentem que vocês chegaram com alguma preparação para trabalhar no Caps?”.

?f – “não”.

?f – “nenhuma”

Cf – “eu vou falar uma coisa diferenciada que é do Terapeuta Ocupacional, pelo ou menos na formação que eu fiz foi em Salvador ele prepara muito bem o profissional inclusive na área social e saúde mental ta dentro dela. Então assim a gente trás da faculdade toda uma bagagem pra trabalhar em equipe, porque o profissional de TO, por isso que a gente especifica o que é o profissional porque ele é um trabalhador de equipe. O profissional de TO só se trabalha em consultório mais em todo e qualquer trabalho que for, vai trabalhar em equipe,

Enfermeiros, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Dentistas e Auxiliar de Higiene Bucal. É possível encontrar em alguns municípios outras configurações nas equipes. Em Aracaju os Assistentes Sociais foram incorporados as ESF.

então a gente estudou isso, essa interdisciplinaridade que talvez as profissões não tenham. Especificamente assim, essa coisa da saúde mental, da reabilitação psicossocial a gente teve um enfoque muito grande. Então assim é uma coisa diferencial mesmo em relação aos outros da equipe acho que quando o pessoal fala que não teve essa formação dentro da sua disciplina, o TO teve”.

Os cursos de Terapia Ocupacional e Psicologia foram, no grupo, os únicos que contemplaram, de alguma forma, conteúdos e práticas sobre saúde mental e atenção psicossocial. No campo da Enfermagem, tanto na graduação como no nível médio, os profissionais falaram, não somente da falta de formação para a saúde mental, mas também de uma formação referenciada no modelo hospitalar psiquiátrico, através de visitas aos Hospitais Psiquiátricos como “estágio” em saúde mental.

A inclusão dos temas da saúde mental no curso de graduação de uma das Assistentes Sociais se deu por iniciativa da própria aluna que trabalhava no Caps. Neste grupo, embora não tenha tido a participação de nenhum dos médicos, o grupo considerou que o curso de Medicina também não prepara para a atuação em saúde mental.

Para poder discutir melhor esse ponto e outros, da perspectiva da Psiquiatria, a pesquisadora realizou EN com psiquiatras dos Caps. Com o médico do Caps Liberdade a entrevista foi feita na urgência de saúde mental, onde ele também trabalhava naquele momento.

Silvio não falou sobre o curso de Medicina, mas concentrou sua análise na Residência em Psiquiatria. Considera que teve uma formação diferenciada, pois pôde ter acesso não somente a uma prática tradicional, mas também aos novos dispositivos de atenção, como Residências Terapêuticas e Hospitais Dia.

Pudemos constatar na experiência deste psiquiatra o quanto a formação e a residência médica induziram sua trajetória profissional e a disposição para o trabalho nos Caps. Silvio é um psiquiatra da rede de atenção psicossocial, está desde o início no processo de construção dos Caps de Aracaju e trabalha em vários deles.

Naquele momento, este psiquiatra estava angustiado com a falta de colegas no trabalho e a sobrecarga ambulatorial que acabava tendo. Este ponto provocava certo afastamento dele em relação à equipe, pois a grande demanda e

o número reduzido de profissionais o retiraram de outras atividades no Caps como as reuniões de equipe, os grupos terapêuticos e as assembléias.

Aparece também, no grupo de discussão, outra dimensão da formação dos profissionais que são as concepções de doença e saúde mental aprendidas na graduação e os conceitos sobre as pessoas a serem cuidadas. Dizem que aprenderam a lidar com “pacientes” e quando chegam ao Caps a visão é outra. São “usuários”, tiveram que ressignificar seu aprendizado: de pacientes para sujeitos do cuidado.

Os profissionais estão tendo que aprender, na prática, outras formas de cuidar, outras concepções da clínica que não são as mesmas aprendidas na formação acadêmica. A discussão no grupo acaba questionando o papel da graduação na formação dos profissionais para atuarem em saúde mental. Argumentam que estão aprendendo no serviço e denominaram isso de “especialização Caps”.

Outra questão trazida para essa discussão foi o papel dos conselhos profissionais que interferem no cotidiano da clínica do serviço. A lógica de atuação dos Conselhos de categoria profissional voltada para a delimitação de competências profissionais e atribuições específicas, aparece como entrave para o trabalho na atenção psicossocial, pois criam dificuldades para a atenção integral e o compartilhamento do cuidado entre os profissionais dos diversos cursos e níveis de formação.

Neste sentido, não são as necessidades dos usuários que estão em primeiro lugar, mas sim as atribuições específicas e a proteção dos espaços de cada categoria. O questionamento é colocado no grupo sobre a implicação da formação com esta lógica: como a universidade tem se omitido e reforçado essas concepções?

Podemos aprofundar essa análise percebendo, de uma forma geral, não necessariamente na rede de Aracaju, o acirramento de posições corporativas no âmbito da atenção em saúde. Esse movimento é observável em âmbito nacional¹⁹

¹⁹ Podemos citar como exemplos desse movimento a discussão em torno do Projeto de Lei do Ato Médico (PL nº 7.703/2006), a oposição de setores da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) aos CAPS e a Reforma Psiquiátrica, alegando, por exemplo, que estes serviços deveriam se chamar CAMPS (Centro de Atenção Médico, Psicossocial). A discussão sobre quem deve dirigir os serviços de saúde, as disputas dos Conselhos Profissionais da Área da Saúde pela delimitação de suas atribuições específicas. As questões relacionadas às responsabilidades das categorias (Farmacêuticos,

e em algumas redes locais de saúde. As questões colocadas no grupo de discussão são pertinentes ao atual momento da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária Brasileira. Mesmo havendo preconização, diretrizes que apontam para o trabalho interdisciplinar no âmbito da Saúde da Família, da Saúde Mental, que são áreas estruturantes para a Saúde Pública, há, também, no horizonte dessas políticas, o recrudescimento de posições corporativas de grupos organizados e de profissionais na prática cotidiana no serviço.

A Psicologia aparece no grupo como um dos cursos que possui disciplinas e práticas sobre SUS e Saúde Mental. Márcia fez estágio em Caps e o seu primeiro trabalho como Psicóloga foi em um Caps. Essa situação seria impensável há duas décadas e indica uma mudança tanto da formação quanto do modelo de atenção em saúde mental. Márcia diz que saiu da graduação com muitos conceitos e lembra sua angústia para colocá-los em prática. Conclui dizendo: “a minha formação realmente foi muito importante nesse sentido”.

Falam também da clínica que se aprende na graduação dos profissionais da área da saúde que a definem como uma clínica manicomial, mas acham que romper com essa clínica não significa descartar a utilização do conhecimento científico “porque já que a gente tá fazendo uma clínica antimanicomial vamos prescindir do diagnóstico, vamos prescindir de procedimentos universalizantes? não é isso a gente tá pensando, mais em como utilizar esses conhecimentos científicos o que já foi feito, as práticas né, de outra forma”.

Neste aspecto podemos constatar as dificuldades teóricas vividas atualmente neste campo. Os profissionais constatam que as teorias aprendidas não são suficientes e não são adequadas para os pressupostos e o trabalho que realizam e, ao mesmo tempo, não podem abrir mão do que aprenderam, pois ainda são os referenciais que dispõem.

Mesmo assim consideram que “o dia-a-dia é que ensina, é outra história, uma coisa é você conceituar, é você pensar, é você estar ali como estagiária né, em análise institucional. Outra coisa é você produzir uma clínica ampliada, uma

Enfermeiros, Médicos e Médicos especialistas) em torno da medicação que interferem diretamente no trabalho das equipes de saúde mental e na construção de uma clínica compartilhada no território, além das dificuldades já conhecidas pelas relações hierarquizadas entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

clínica transdisciplinar, uma clínica antimanicomial, qualquer nome que você queira dar”.

Embora alguns profissionais reconheçam o papel que seus cursos tiveram em sua formação, eles reforçam o consenso do grupo de que a prática tem sido mais determinante para a aprendizagem da saúde mental do que a formação acadêmica que tiveram.

4.1.3 A Complexidade da Clínica

A complexidade da clínica nos Caps está relacionada à suas diversas dimensões. O grupo inicia conceituando o que é um serviço complexo:

Hf – “quando eu falei complexo, eu falei complexo porque é um serviço que envolve varias coisas, envolve desde o transtorno mental, a comunidade (quem convive com) o transtorno mental , é, a família envolve muito a questão de família, envolve muitas questões até de dinheiro mesmo, que eu nem sabia que existia mais envolve muito a questão do beneficio de prestação continuada e aí os problemas que muitas vezes a família é::: até o usuário tem autonomia pra poder gerir aquele dinheiro mais aí a família quer pegar o dinheiro ou quer cuidar pra poder pegar o dinheiro. Eu acho que é muito isso assim e a gente saber identificar aquele usuário eu ficava muito assustada também quando chegava um acolhimento e aí quando chegava (tava há dois dias) no acolhimento. Aí eu perguntava as meninas, como é que eu vou saber?se a pessoa é usuário de Caps ou não é usuário de Caps se tem o transtorno ou não tem o transtorno. A gente foi fazer a primeira visita domiciliar, fui com Flávia, aí era pra saber se a pessoa, e eu aí Flávia como que eu vou fazer? Aí a Flávia falou quando você começar a conversar você já vai saber a identificar e é isso mesmo a gente começa a ouvir as historias que teve internação, historias de suicídios, já houve histórias de depressão. **Então assim é envolve muita coisa mais a gente vai aprendendo com o tempo mesmo. Então quando eu falo complexo é isso, porque envolve varias vertentes, família, usuários, transtorno, cuidado, como lidar com tudo isso**”. (grifo nosso)

Paula entende que o trabalho no Caps inclui desde o diagnóstico dos transtornos mentais à autonomia e o empoderamento dos usuários para gerirem suas vidas.

O grupo fala das diversas dimensões do trabalho no CAPS que envolvem também a gestão do serviço, a organização do trabalho, o acolhimento à família, as atividades ofertadas, as relações com a rede de saúde e a rede social-comunitária, enfim as relações com o contexto do serviço e os territórios de cada usuário. Trazem também as dificuldades na relação entre Caps e profissionais de saúde de outras unidades, o trabalho coletivo e as responsabilidades individuais.

Além disso, discutem sobre o que representa o serviço e o trabalho do Caps na comunidade e como fazer tudo isso lidando com a subjetividade de todos os envolvidos.

Desta forma, os profissionais vão caracterizando a complexidade da clínica dos Caps e ampliando ainda mais suas dimensões. Eles não separam, na sua definição, clínica de reabilitação psicossocial. Quando falam da complexidade se referem a uma visão integral e atuação conjunta, ampliada, desde saber identificar a gravidade envolvida no sofrimento psíquico dos usuários, até lidar com as questões de moradia, renda e inserção social.

Podemos afirmar que esta forma de compreender configura uma nova clínica no campo da saúde e da saúde mental? Já não restringem a clínica à visão biomédica?

O que podemos constatar são avanços políticos e conceituais na compreensão sobre os sujeitos e sobre o trabalho a realizar, mas ainda há um descompasso entre o discurso, as concepções sobre o trabalho e as práticas, no cotidiano do serviço.

Aparece também a dimensão da desconstrução do olhar sobre a loucura. O grupo discute que não se deve desconsiderar o conhecimento científico produzido, mas pensar como utilizá-lo neste novo contexto de atenção à saúde mental. Destacam que esse embate no cotidiano é muito difícil de fazer e não é simples manejar com todas as dimensões desta clínica.

O grupo gera uma análise sobre os princípios da clínica dos Caps. Reconhecem os fundamentos teóricos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e as influências dos movimentos internacionais.

Para realizar esse projeto, que também é de transformação social, não bastam apenas mudanças técnicas, mas também culturais e políticas e isso configura a clínica da atenção psicossocial, que não se reduz aos seus indicadores formais, protocolos de atendimento ou habilidades técnicas, mas se constitui e se transforma na experiência de estar com o outro em seu sofrimento; de estar à disposição para o acolhimento e para o cuidado, em um ambiente aberto e inserido na comunidade. É através desse cotidiano que podemos

apreender suas dimensões, onde essa clínica está sendo operada, construída e modificada, tanto em suas práticas, como em seus fundamentos.

O grupo chama a atenção para o fato de que a clínica implica em “outro olhar” para a loucura e implica também em “outra forma de viver no mundo”, que muda a convivência de todos na sociedade.

No âmbito das políticas públicas e principalmente do investimento em saúde mental, consideram que é preciso modificar a forma como a sociedade conhece a loucura e, para isso, é preciso muito mais investimento público. O grupo traz o exemplo de campanhas publicitárias do Ministério da Saúde que chamam a atenção de toda a população para determinados problemas de saúde. Consideram que elas deveriam ser feitas também para a saúde mental. Este investimento no âmbito da macro-política é visto como contribuição para o trabalho no cotidiano e facilitador das micro-relações de cuidado, pois facilitaria a circulação das questões sobre a saúde mental e a inclusão dos usuários na sociedade.

O grupo compreende que o seu trabalho extrapola a estrutura física do Caps, é um trabalho muito maior do que o serviço e também maior do que a experiência de cada profissional. Nesse momento o grupo idealiza seu potencial e é chamado pela coordenadora do Caps para a reflexão:

Df – “mas eu acho que a gente tem que começar por algum lugar acho que o começo seria por aqui mesmo, porque será que a gente faz isso aqui? Será que a gente convive tão:: tranquilamente, será que todo mundo convive tão tranquilamente com a loucura?”.

?f – L não

Df – “será que a gente não faz esse movimento aqui dentro mesmo, aí como é que a gente vai levar pra fora uma coisa diferente se a gente aqui não entende isso”.

L (todos falando juntos)

Df – “é:: mas a loucura não é tranqüila por que a vida não é tranqüila não é pra isso sabe, naturalizar isso. **Oh:: loucura é loucura, o louco vai convive com a gente, mais será o que a gente acha, a gente que trabalha aqui que é assim mesmo?** Quantas vezes que a gente não se pega fazendo exatamente o contrario” (grifo nosso)

Bf –L “por que senão o louco. . . né”.

Df – “é. A gente se pega fazendo exatamente o contrario, o que a gente faz aqui, pô essa pessoa ta me enchendo a paciência sai de perto de mim pra eu poder ficar livre um pouquinho”.

?f – L “a gente faz a mesma coisa que a família faz, olha leva pro CAPS porque eu preciso passar um dia aliviada, manda pro CAPS”.

Df – “olha vamo manda pra urgência, a família manda pro CAPS e a gente manda pra urgência, a gente também @ ta nessa roda viva@”.

O grupo é questionado por Maria: “as mudanças não deveriam começar por nós mesmos? O que nós mesmos fazemos e pensamos sobre a loucura?” O grupo é mobilizado, todos falam juntos e ela continua: “será que nós convivemos tranqüilamente com a loucura”?

Passam a problematizar a mudança cultural e de racionalidade que deveria começar a partir deles mesmos, dos próprios profissionais dos Caps, que tem como missão modificar a forma de tratar, mas isso não acontece desta forma. Chamam a atenção para a reprodução no cotidiano do serviço das mesmas formas de exclusão que se faz na família e na sociedade.

No cotidiano do cuidado, os profissionais se deparam com os dilemas morais que fundaram a clínica psiquiátrica: é preciso isolar para tratar? Retirar da família? Internar? Retirar do Caps?

O grupo estava, naquele momento, muito abalado com os casos de crises dos usuários que enfrentavam e, neste contexto, a discussão estava polarizada entre aqueles que não queriam cogitar a internação fora do Caps e aqueles que achavam que esta era a melhor alternativa para alguns usuários, em alguns momentos. Esta discussão os levava a confrontar seus discursos com as ações praticadas.

O momento deste Caps era de Crise e o grupo estava imerso nela. Poucos conseguiam se colocar fora da situação que enfrentavam para refletir. Com raras exceções, se esforçavam para situar os problemas dentro do processo histórico e da trajetória do Caps para, com isso, compreender a situação e minimizar as dificuldades, mas nem todos faziam esta leitura e estavam focados nos problemas.

O enfermeiro, por exemplo, reafirmava a importância de dar visibilidade para a saúde mental na sociedade, argumentando pela simultaneidade dos processos micro e macro-estruturais das mudanças. Argumentava que enquanto enfrentavam os problemas internos do serviço, que sempre haverão, pois são, também, problemas decorrentes de uma dimensão maior das políticas, do SUS,

considerava que é preciso investir nas mudanças culturais e sociais mais amplas e debater com a sociedade.

Neste ponto, a complexidade da clínica do Caps passa pela dimensão intra e intersetorial. As relações do serviço com a rede de saúde e com outros serviços e instituições foram destacadas na discussão. O grupo aponta as articulações necessárias com a justiça, com o Ministério Público, a importância da visibilidade na mídia e a mobilização dos próprios trabalhadores para a desconstrução de práticas alienadas de cuidado.

Cf: achei complexo não é por que é paralelo não, compõe sabe, a articulação com a justiça, por exemplo, com o ministério publico, visibilidade na mídia, mobilização dos próprios trabalhadores, desconstrução sabe de praticas

?f: até com a própria rede.

Df: até com a rede de saúde que a gente percebe que a gente não se conhece, eu sou um Caps, o David é outro CAPS, mais eu não conheço o ministério publico , eu conheço aquele que tem o poder, mais ministério publico não é só isso, eu conheço também a urgência mental como aquela que vai cuidar só da crise mas a urgência não é só isso. A gente não se conhece, a UBS- a gente mesmo com assunto(())

Am: └ uma coisa clássica né.

Df: é clássico. A rede existe o Caps tem papel estratégico de regular a rede que a gente compõe mais a gente não se conhece. E quando a gente não se conhece, a gente não

Bf: └ a gente só usa a palavra rede, mas não é rede

Constatavam as falhas na rede, a falta de aproximação e conhecimento dos outros serviços o isolamento do Caps para tentar “dar conta” de problemas que, no entanto, não se esgotam no serviço e a falta de integração na equipe gerando a fragmentação das ações. Desta forma, a potencialidade do serviço, da equipe e da clínica que buscavam praticar estava diminuída, colocando em questão o projeto do serviço e a garantia do cuidado na comunidade.

Maria desabafava no grupo sua necessidade de sair de dentro do Caps, além de conhecer os outros dispositivos e construir rede. Há um sentimento entre os profissionais de aprisionamento e, novamente, a contradição liberdade-aprisionamento reaparecia. Nas observações diretas realizadas presenciamos em dinâmica de grupo, como os profissionais representavam o serviço. Desenharam, por exemplo, o Caps com grades, prendendo a todos lá dentro. Essa representação nos lembrou o que Basaglia²⁰ dizia no processo de Reforma

²⁰ Franco Basaglia (1924-1980)

Democrática Italiana: “louco preso, trabalhador solto, louco solto trabalhador preso”, com os usuários cuidados em liberdade quem passou a se sentir preso foram os trabalhadores.

Esse era um sentimento comum entre os trabalhadores do Caps Liberdade, seja por que haviam profissionais atuando sem desejo, se sentindo obrigados para não perder o emprego público ou porque não estavam conseguindo realizar o trabalho que idealizavam, ou porque se sentiam isolados sem se relacionar com os outros serviços, com as famílias e com a sociedade ou, ainda, pela responsabilidade de cuidar, de forma integral, nas crises.

A dimensão das desigualdades de raça, gênero e de classe social, que estão envolvidas na clínica da atenção psicossocial, foram trazidas pelo grupo no processo de discussão. As questões exemplificavam o quanto esta clínica é atravessada por estes problemas.

Bf: você falou da criança hermafrodita lembrei outra coisa, que a gente fica levantando a bandeira da loucura, levantando a bandeira da loucura, mais a gente esquece oh, to lembrando da fala de Elvira eu sou negra, a gente esquece que::: tem outras diferenças aí articuladas só que não se dão em blocos né e a gente também não discute muito isso. Discute de uma forma pontual ou que né, é negro pobre, homossexual, têm várias outras diferenças que também são estigmatizadas que a gente também discute pouco, que a gente discute de uma forma, quando a gente não tem também uma atitude preconceituosa.

Df: eu acho que o grande problema-e já falei em outros momentos aqui- que a gente fez aquele dia da rua que a gente foi pra rua , que a gente tem que ir atrás dos outros grupos também:::que também compõe aqui o Caps e que a gente tem que se juntar ao movimento de pessoas que já estão fazendo pra gente ter um movimento maior porque se não só a bandeira da loucura não dá, vai ficar uma loucura, não sai entendeu. Acho que () a gente se junta faz um movimento maior (())

Bf: porque na luta, lembra que a gente foi pro calçadão (()) se tivesse o movimento negro.

Um ponto importante nesta discussão foi reconhecer que os profissionais também sofrem discriminações sociais, econômicas e culturais. Estas condições concretas e subjetivas afetam os usuários de forma ainda mais grave, pois são acentuadas pelo estigma em relação aos “doentes mentais”, mas estes sentimentos que atingem a todos em sua existência - usuários e trabalhadores- acabam afetando o relacionamento entre eles no cotidiano desta clínica.

O grupo retoma a discussão sobre a importância da intersectorialidade destacando a educação como importante parceira que também sofre de isolamento em relação às outras políticas públicas, principalmente à saúde. A

interação no grupo de discussão fez surgir idéias e propostas de ação conjunta que foram importantes, em diversos momentos e fortaleceram o grupo para resolver problemas.

As dificuldades para o diálogo com a rede de saúde e com outros setores são pontuadas, falam da responsabilidade que o trabalho no Caps envolve, pois precisam assumir riscos, não apenas internamente, mas com a sociedade, com a política e com o que se espera desse tipo de serviço.

Am – “E esse diálogo nem sempre é um diálogo fácil, de entendimento rápido, às vezes você precisa argumentar, reargumentar, assumir riscos, entendeu, porque você lida com coisas, você toma decisões no grupo”.

Marcos vê que o superdimensionamento da complexidade deste trabalho pode afetar o projeto do serviço, do caminho a percorrer, de onde se quer chegar: “E essa coisa complexa vai andando, vai andando de uma forma que, como que às vezes você fica se questionando: e aí pra onde eu vou agora? como é que a gente faz?”.

E, além disso, diz:

Am – “. . . Acho complexo por isso que você tem que lidar com uma série, além de tudo, lidar com uma coisa muito, nem sempre muito palpável, que é a subjetividade das pessoas né , dos usuários, principalmente, e das famílias e as nossas”.

O grupo concorda e reforça as dificuldades em relação à própria subjetividade. Esta dimensão era, sem dúvida, o foco dos problemas atuais do grupo. Como lidar com eles mesmos e suas relações no trabalho? Este tema que será aprofundado adiante como tema principal.

São muitas as atribuições e as responsabilidades de um Caps III como este. O grupo listou as atividades que compunham o Caps: a acolhida, os atendimentos individuais e grupais, as oficinas, os espaços coletivos de discussão, as articulações e atividades comunitárias, desde as visitas domiciliares até, por exemplo, um desfile que o Caps promove comunidade. Os profissionais, embora fazendo estas e muitas outras ações, não estavam conseguindo, naquele momento, qualificar para si mesmos o trabalho realizado.

Falavam mais do desestímulo da equipe para “segurar” o trabalho no Caps e de uma clínica que precisa responder às demandas do aqui e agora: o que

vamos fazer agora com Elvira? E José, onde vai morar? Como vai lidar com o dinheiro? Esta é uma clínica que exige envolvimento e uma atitude dos profissionais que não é apenas técnica, mas ética, que envolve como cada um se coloca no trabalho e na vida. Isso ao mesmo tempo em que mobilizava muito a cada um, também os paralisava frente ao tamanho do desafio colocado.

Argumentam, ainda, que as dificuldades que encontram decorrem do fato de estarem tratando de um grupo minoritário e excluído e que ainda é visto como tendo que ser isolado: “isolar para conhecer, isolar para tratar”, “para que não perturbe”. Neste aspecto o grupo vivenciava as contradições de suas práticas em um serviço e em uma clínica que busca a inclusão dentro de um contexto social e cultural que permanece com as demandas da exclusão, do medo, do estigma.

A articulação com a rede, que compõe esta clínica, era avaliada como inexistente naquele momento.

Cf – “. . . A rede existe, o Caps tem papel estratégico de regular a rede que a gente compõe, mas a gente não se conhece. E isso verdadeiramente não existe não do jeito que deveria. Existe em porcentagem mínima em ações individuais, mas não de forma integrada, articulada e cotidiana”.

O grupo considera isso um problema. Marcos diz: “é uma coisa clássica né”. Utilizam a palavra Rede, mas na prática não é Rede o que existe. Achem que seria muito bom se os profissionais circulassem pelos serviços para conhecê-los e até contribuir com seus problemas e também aprender com as respostas que os outros dão, muitas vezes, para os mesmos problemas que eles enfrentavam.

Maria conta no grupo que esteve na urgência de saúde mental no final de semana por motivos particulares e que foi muito interessante ver o quanto pôde resolver problemas, ajudar a encaminhar situações, que os profissionais da urgência não tinham pensado e que, além disso, se conheceram pessoalmente. Considera que isso faz muita diferença: “então a gente começou a articular outras coisas, que é isso que acho interessante, que às vezes a gente se perde aqui dentro, às vezes a gente se perde nisso. Ah! Como a gente tem essa capacidade, tanto potencial pra sair daqui, pra fazer outras coisas”.

O grupo retoma a necessidade de sair de dentro do Caps, de fazer as articulações necessárias, de conhecer e encontrar-se com a Rede. Fica evidente

que estão presentes as idéias e concepções sobre o trabalho em rede, mas que ainda são discursos, pois no cotidiano, as ações compartilhadas não tomam a forma que gostariam e anseiam.

A Rede não estava presente concretamente no cotidiano do Caps como uma aliada e parceira para o cuidado no território.

4.1.4 A Dimensão Terapêutica

Y – “então, queria que a gente tentasse pensar assim, o quê que aqui no Caps é o terapêutico?”

Am – “praticamente de inicio logo ouvir, saber primeiro ouvir a pessoa pra mim já é terapêutico. Quando a pessoa chega sozinha ou com familiar e caminhar ta entendendo e você consegue pará prá dar ouvidos, pra que a voz daquela pessoa tenha potencia. Eu acho que já começa a terapêutica por aí. Porque quando ele bateu e, quando ele bateu e, em PSF ou bateu ate num boteco perto da casa dele , bateu num lugar em que ele foi falar e fala e as pessoas parece que as pessoas estão em outro pais, em outro plano a conversa não se faz entender, a voz dele ele não consegue se fazer entender e a gente consegue parar e ouvir, para, ouvir, porque aí você, o que nem todo mundo consegue fazer isso Não é isso, nem todo mundo consegue ouvir; eu acho que já começa a ser terapêutico e aí você começa a ter uma serie de outras coisas aqui dentro que é a equipe toda pode falar disso aí”.

Cf – “acho que toda e qualquer ação no Caps ela deve ser terapêutica. Então desde quando é Marcos fala do escutar, a planejar junto com o usuário, junto com familiares, a participação dele em qualquer estado, seja ele na alimentação, se eu quero ir no banheiro ou não. Toda ação deveria ser terapêutica, ela deixa de existir quando a gente não acredita que ela é terapêutica e quando a gente começa a fazer e a gente não produz sentido para essa ação, a gente perde a ação, então ela deixa de ser terapêutica nesse sentido. Mas toda e qualquer ação dentro do Caps deveria ser terapêutica”.

Marcos fala que a primeira ação terapêutica é a escuta. Flávia, Terapeuta Ocupacional, concorda e entende que toda ação no Caps deve ser terapêutica. Neste sentido o grupo destaca a importância de construir o Projeto Terapêutico²¹ com cada usuário e seus familiares, planejando tudo o que farão no serviço.

Consideram que as ações deixam de ser terapêuticas quando passam a não fazer mais sentido nem para o profissional, nem para o usuário. Quando um

²¹ Dois conceitos de Projeto Terapêutico: O Projeto Terapêutico é um dispositivo que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. (Onocko & Gama, 2008) ou “O Projeto Terapêutico tem o objetivo de ajudar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder, buscar a autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política”. (Zerbetto & Pereira, 2005)

usuário, por exemplo, não sabe por que está freqüentando determinada oficina ou por que está indo ao Caps três dias na semana, ou quando os profissionais passam a cumprir mecanicamente com obrigações, não qualificam mais o que fazem. Quando não sabem o porquê, nem para onde vão com suas intervenções, perdem a direção da clínica que praticam, os seus procedimentos e resultados. A relação clínica se esvazia de sentido e a dimensão terapêutica se perde.

O grupo passa a elencar outras ações que consideram terapêuticas e efetivas no serviço. Todos concordam que o acolhimento e a escuta dão início a relação terapêutica. Este é o início de toda clínica, mas, nem sempre, a escuta acontece. Marcos acrescenta que escutar é diferente de pegar uma planilha e preencher dados do usuário e familiares em uma entrevista inicial, que é preciso olhar, ouvir e dialogar.

Nesta passagem, houve concordância no grupo e menos conflitos. O grupo relaciona o terapêutico com o sentido das ações e práticas muito mais do que as ações em si mesmas. Destaca, também, a afetividade como um recurso essencial nesta clínica, mas que tem sido banalizada e não refletida pelos profissionais. A afetividade envolvida na relação com o usuário aparece como um indicador sobre a efetividade das ações no Caps.

Enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicóloga concordam neste tema e afirmam que o terapêutico se perde quando se reproduz automaticamente uma ação, uma atividade, sem refletir seu sentido para o usuário e para eles mesmos. Além disso, Márcia traz a reflexão sobre os objetivos das ações terapêuticas, pois nem tudo é terapêutico em si mesmo ou por que faz sentido, mas qual é esse sentido? Para onde vai? Falam do sentido teleológico das ações terapêuticas, seus fins, o que produzem? Para onde?

O Caps é visto como um campo de forças na visão do grupo, um lugar que resiste a uma clínica do ajustamento, mas que também pode reproduzi-la. Márcia exemplifica este aspecto com a questão dos preconceitos dos próprios profissionais envolvidos no cuidado, que algumas vezes, se somam à exclusão que os usuários sofrem.

O grupo propõe também uma ampliação da compreensão sobre a dimensão terapêutica no Caps, no sentido de olhar para toda a estrutura do serviço e garantir que ela funcione.

Am – “olha, ampliar a questão terapêutica pra mim também é incluir que todas as atividades e a estrutura nossa aqui desde a medicação mesmo, é uma coisa que você necessita às vezes pra poder conversar com o usuário. Você precisa ter cuidado com esse momento, para além de núcleo ta entendendo. Eu acho que coisa que a gente faz em equipe aqui, por exemplo, o acolhimento, um acolhimento bem feito, bem afetivo que você possa ouvir que eu já falei aqui. Você conseguir fazer com que aqueles usuários que necessitam mesmo da medicação, é a maioria, uma boa parte deles, que esse esquema não falhe né, para que ele possa no mínimo voltar pra casa com mais tranquilidade, que ele possa, por exemplo, pactuar com a gente as coisas com mais calma, né. Você tem atividades aqui que são importantes apesar das pessoas criticarem muito de que as oficinas encerram os usuários dentro dos Caps, você tem, esses espaços são efetivos, tá entendendo, são efetivos, muito efetivos, eu vi gente entrar aqui não dizia um ai e não conseguia nem expressar o que sentia”.

Df – L “a questão da grupalidade”.

Am – “você consegue hoje, você vê o pessoal é::: como se diz, falando mais das angustias e de repente negociando mais com a família, o sujeito chega lá dizendo “o problema é que você não me ouve” coisas que não conseguiam dizer antes, esses espaços estruturados eles são efetivos

Df – “a própria assembléia no sentido de politização, autonomia e cidadania tem um”

Am – L “então é isso o que eu ia dizer”

Df – “potencial terapêutico fantástico”.

A medicação precisa estar disponível e aparece como um elemento importante que não pode ser tratada apenas por um núcleo profissional. O grupo compreende que o acompanhamento da medicação não é atribuição de uma única categoria profissional, mas que deve ser de todos para que possa ser bem utilizada, quando necessário.

Sobre as oficinas terapêuticas aparece uma crítica vinda de fora do grupo. A crítica sobre esta prática terapêutica se refere a ela ter como consequência a manutenção dos usuários dentro dos Caps por mais tempo.

O grupo, pelo contrário, considerou que as oficinas são efetivas e tem alto potencial terapêutico. Essa visão foi apoiada por vários profissionais no decorrer da discussão. Neste tema o grupo se auto-avaliou e refletiu sobre a falta de ofertas de oficinas, o que estava levando a certa inércia do Caps, naquele momento. O grupo reforça o potencial terapêutico das oficinas e dão exemplos de

usuários que chegam muito mal, mas preferem a oficina ao atendimento individual, pois encontram suporte no grupo, sentem-se bem e são apoiados também pelos outros usuários.

Os profissionais reconheceram que os usuários valorizam e qualificam as oficinas como espaços terapêuticos e que ficam desolados quando elas não acontecem. Destacam o papel das oficinas no fortalecimento dos usuários para enfrentarem o cotidiano da vida e as dificuldades lá fora.

As relações entre profissionais de nível médio, no caso, oficineiros e de nível superior, os terapeutas ocupacionais, reaparece como um elemento de conflito na relação entre eles, que esteve presente de forma mais evidente no início do trabalho deles no Caps.

O grupo continua reforçando o potencial transformador das oficinas terapêuticas. Os profissionais relatam que, sempre no início dos encontros, conversam sobre como os usuários se sentem e como passaram aqueles dias. Com isso, observam transformações e mudanças na forma como cada um está enfrentando a vida. As oficinas terapêuticas aparecem como um espaço do cotidiano institucional que estrutura a vida diária dos usuários lhes dá apoio no coletivo e possibilita a compreensão do sofrimento, vivenciado por cada um.

As oficinas organizam e são geradoras de movimento no cotidiano do Caps. O grupo considera que as oficinas fazem sentido para os usuários, mesmo que eles não saibam qual, pois continuam participando: “porque é uma coisa que gera movimento é uma coisa que faz sentido pros usuários virem, de alguma forma, não entendem, não sabem por que, mas eles vão vindo, vão aprendendo, vão construindo e isso faz um sentido muito grande na vida deles”. Os trabalhadores acrescentam que as oficinas, quando acontecem fora do Caps, também são fantásticas.

Márcia fala da Assembléia do Caps que também foi colocada como um instrumento efetivo e com um potencial terapêutico fantástico, pois agrupam os usuários, técnicos, familiares e também comunidade e vizinhos para debater o cotidiano e projetos do serviço. É um espaço que produz movimento, participação e exercício de cidadania no cotidiano do serviço e dos usuários. As assembléias do Caps aparecem como terapêuticas no sentido da promoção da politização, da

cidadania e da autonomia, conceitos essenciais ao campo da atenção psicossocial.

Neste momento da discussão o grupo conseguiu sair das suas reclamações e conflitos e visualizou as ações terapêuticas que praticavam e consideravam efetivas.

No grupo de discussão aparecem, com mais detalhes, as dimensões da clínica praticada e o que os trabalhadores consideram efetivo no cuidado do Caps. As falas trouxeram sempre uma relação da efetividade das práticas com o momento vivido pela equipe, pois apesar de considerarem efetivas as práticas terapêuticas que realizam, se ressentem de que há ações sendo feitas sem sentido, por obrigação. Constatavam a falta de reflexão no grupo sobre suas ações contribuindo para a mecanização na execução de tarefas. Os problemas pessoais e de relacionamento entre os profissionais interferiam na efetividade de suas ações e o clima grupal na criatividade do grupo. Neste “diagnóstico grupal”, o grupo constatava a diminuição de ofertas de cuidado e a paralisia frente às situações graves.

Marcos reforça que as ações deixam de ser terapêuticas quando passam a ser feitas burocraticamente, até no acolhimento, se o objetivo se torna fazer registros e não prioritariamente escutar e dialogar, essa prática não é terapêutica. Explicita sua concordância com Flávia: tudo que os profissionais fazem sem sentido, também não faz sentido para o usuário e não é terapêutico. Os usuários, por sua vez, sentem quando não há envolvimento, quando não há retorno. Márcia acrescenta que mesmo tendo um significado para a ação, esta ação pode alienar o outro e precisa ser pensada em seus objetivos, em seus efeitos e diversos sentidos.

O grupo traz a questão da afetividade: “é uma coisa que o pessoal banalizou, porque hoje é muito fácil dizer, ah seja afetivo, mas a afetividade é um exercício, é uma coisa assim, nesse trabalho que a gente faz que é muito, mas muito importante”. Critica a banalização que se fez em torno da afetividade, pois é preciso levar a sério a sua importância para o trabalho com saúde mental.

Am: () tem a afetividade que é uma coisa que o pessoal banalisou pra mim ta entendendo, porque hoje é muito fácil dizer, ah seja afetivo, seja, isso é um exercício e a afetividade é uma coisa assim, nesse, nesse trabalho que a gente faz é uma

mais muito, muito importante, é prazeroso você entra no serviço e as pessoas irem até você, por exemplo, irem te cumprimentar, não espera que você chegue até elas pra cumprimentar. Usuários mesmos, mesmos os que estão em crise, aqueles que vem lhe xingar, mesmo aqueles que venha lhe falar mal quando você chega ta entendendo, ele vai por que você o ignora a partir do momento à medida que você passar por ele e não surte nenhum efeito, a coisa ta feia, ele não te percebeu e que realmente você também não ta fazendo diferença naquele local. Então acho que a afetividade também é uma coisa que a gente tem que trabalhar muito como uma coisa terapêutica mesmo no sentido que você leve a serio o que é ser afetivo né.

A afetividade aparece também como um indicador dos efeitos do trabalho no Caps. Se a afetividade está baixa entre usuários e profissionais, isso interfere no cotidiano da clínica. Marcos, por exemplo, considera que se os usuários não lhe demonstram nenhum afeto, lhe são indiferentes, alguma coisa está errada em sua atuação. Sente como prazerosas e qualificadoras as demonstrações que recebe, de atenção e afeto, por parte dos usuários.

Reaparece no grupo a questão sobre o duplo sentido que as ações terapêuticas podem adquirir no processo de trabalho. Consideram que mesmo fazendo sentido para o profissional, as terapêuticas podem alienar e ajustar o usuário em um sistema que visa adestrar, normalizar e fragilizar seu poder singular: “em alguns casos queremos que o usuário seja o que achamos mais adequado ou normal”.

Questionam o conceito de reabilitação psicossocial, pois ele indicaria a volta ao habilitado, ao ajustamento do corpo. Para Márcia o Caps é um campo de forças²²:

Bf: eu gosto da minha argumentação anterior, da clinica né. Da clinica essa terapêutica ela pode ta a favor do ajustamento né ou tornar esse corpo normalizado, da recuperação, da reabilitação, não gosto da palavra reabilitação que parece essa coisa né, de transformar o cor-eu pego o corpo do outro faço uma prescrição, pode ser até através da escuta pra tornar esse corpo igual no sentido de normal ajustável dócil ou qual é o sentido dessa ação, sabe. Aí eu falo o Caps é um campo de força às vezes a gente vai ta com ações de resistências a essa forma de:::terapêutica e às vezes a gente vai ta capturado por ela né. Então penso muito no que a gente ta fazendo e aí vou de novo pra outras desigualdades pensando muito no é::: no caso de Suzana, enfim aqui, no caso de uma usuária por conta disso, porque muitas vezes a gente quer:::que ela seja nas nossas ações mesmo sem querer, mesmo de uma forma implícita, que ela seja uma mulher e isso é que vai normalizá-la. Que o transtorno dela tem haver com isso-até a fala né, identidade de gênero, é antinatural eu já ouvi algumas pessoas falarem nos discursos e aí é bem complicado isso.

²² Essa definição do Caps como um campo de forças se se relaciona ao conceito de Dispositivo, conforme Foucault (1991), conceito utilizado neste estudo como referência para compreender e debater o que são os Caps no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira e também segundo Baremlitt citado por Campos, G.W.S (1999), “dispositivo é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo Radical”. (Baremlitt, 1992, p.151).

Utiliza o exemplo de um usuário homossexual do Caps que não é respeitado em sua orientação sexual, por alguns profissionais, que acham que o terapêutico seria “ela voltar ao normal”.

O acompanhamento das crises dos usuários no Caps é qualificado como uma ação terapêutica muito efetiva. As crises eram vistas como momentos onde não se podia produzir nada, mas a experiência tem mostrado que é efetivo agir de forma terapêutica durante as crises: Márcia diz “tem uma potência, tem vida ali, tem atividade na crise e quando você trabalha junto com o usuário na crise ele, quando sai da crise, te responde, ele lembra o que foi trabalhado e ele também se transforma, ele também se fortalece né, até a outra crise dele vai ser diferente”.

O acompanhamento que se faz na casa dos usuários também é elencado como uma prática importante da clínica dos Caps. Marcos pondera que este acompanhamento é efetivo “mesmo que seja exaustivo e às vezes crie confusão, tá indo as casas, mesmo que seja pra levar medicação às vezes, como as meninas (auxiliares de enfermagem) fazem diariamente”. Estas ações são terapêuticas para o grupo, pois possibilitam entrar em contato com os familiares e quebrar resistências para o cuidado. Citam também o exemplo de um usuário, que com o acompanhamento em casa, conseguiu ficar morando sozinho, após ter ficado por dois anos internado. Maria diz que algumas vezes os profissionais passam a ver as visitas domiciliares apenas como uma obrigação e não como ações efetivas.

Este tema foi muito discutido pelos profissionais e era pauta de reuniões de equipe quando falavam sobre as “evoluções nos prontuários” e a questão dos auxiliares irem às casas para fazer medicação, principalmente nos casos mais graves. Com isso eram estes profissionais que precisavam fazer a vinculação e negociação com a família. Irma interpela para dizer que é muito complicado quando os atendimentos domiciliares viram uma obrigação apenas dos auxiliares de enfermagem, por estarem habilitados a fazer a medicação.

Esse aspecto reflete, mais uma vez, como a divisão técnica e social do trabalho em saúde²³, as separações entre profissionais de nível médio e de nível

²³ Matumoto, S. *et al* (2005). Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)* [online] 1.9(16), 9-24.

superior interferem na clínica que se produz no cotidiano do serviço. Estas convenções herdadas socialmente do modo capitalista e do modelo hospitalar limitam a clínica dos Caps e as ações terapêuticas. Isto aparece como um obstáculo a ser superado e é questionado por toda a equipe. A presença dos auxiliares de enfermagem na discussão foi essencial para que esses conflitos aparecessem e pudessem ser confrontados no próprio grupo.

4.1.5 O Cuidado nas Crises

O tema do cuidado em situações de crise gerou inquietação no grupo, após um período de silêncio, a fala iniciou devagar e com expressões de dor:

Y – “poderiam falar um pouco mais assim sobre a experiência de vocês de cuidar em situações de crise?”.

Cf: Uh, é um caos

?f – L “um caos”.

Bf – “lidar com a crise aqui não sei se como Monica falou são resquícios da gênese do Caps mais que ta difícil ta, ta muito difícil saber lidar com a crise também de entender que o Caps também é pra segurar crise, sabe, também é pra segurar crise. Até que ponto, e quais são as crises que a gente consegue segurar se isso depende da estrutura física, das estruturas:: equipacional, da equipe grande, da equipe pequeninha sabe, eu acho que um dos problemas graves, graves porque lidar com crise não é fácil e é grave, lida com crise aqui não sei dizer de fato o que acontece, porque a gente não ta sabendo, despreparo profissional?; não sei, falta de estrutura?; não sei, não sei informar, mais a crise da dando”.

?f – L “crise”.

Bf: “a gente evita a crise. Da gente cuida da crise aqui (()) é uma crise mesmo, porque da crise na equipe que é uma beleza:: (()) sabe e isso não é bom, não é bom pra gente, porque como pessoa também acaba com a nossa vontade como diz () a gente vai acabando sabe, com as nossas forças a gente fica e eu não sei o que acontece com a crise, a crise é uma crise”.

Irma (Bf) inicia o tema dizendo que está muito difícil lidar ou saber lidar com as situações de crise no Caps. Questiona as razões disso, se as dificuldades passam pela falta de preparo dos profissionais, pela estrutura física, pela equipe e traz um questionamento sobre que crises o Caps deve cuidar, todas? Até que

Zerbetto, S. R., Pereira, M. A. O. (2005, janeiro-fevereiro). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev. Latino-am Enfermagem* 13(1), 112-7.

Silva, A. L. A. (2003). Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, SP, Brasil.

ponto? E usa a expressão “segurar a crise”, como um fardo grande e pesado. Constata que ter que segurar as crises no Caps está provocando crises nos profissionais e isso não é bom, pois está acabando com a vontade e com as forças da equipe.

Neste ponto a discussão focou no tema da CRISE que é a metáfora deste grupo. A discussão tornou-se um momento de auto-análise do grupo em relação às suas concepções e ações.

A atenção à crise no Caps tornou-se um problema, um limite da equipe, que ainda não consegue ver saídas. A interação no grupo de discussão parece colaborar para um diagnóstico da situação que vivenciam, com diversas possibilidades de compreendê-la. Passam pela constatação de que não sabem como lidar com as crises, se sentem impotentes, cansados e que, diante disso, acabam surgindo propostas de internação para os usuários em crise em outros lugares, como para Elvira, por exemplo, que naquele momento simbolizava a CRISE no Caps. O sentimento que aparece é de que o trabalho com as crises é como o castigo de Sísifo, “segurar as crises”, está muito difícil, pesado e sem solução.

Cf: não sei, mas eu acho que a gente tá cansado mesmo

Ff: acho que a gente tá, sei lá, paralisado mesmo de alguma forma, não sei realmente o paralisou a gente pra gente enxergar algumas coisas. Por que desde que eu tô aqui a crise de Elvira é desse jeito e a gente sempre lidou com ela, o que a gente nunca soube lidar pelo menos enquanto eu tô na equipe e me sinto da equipe mesmo e tô dentro dela, era com pessoas violentas, violentas que colocava em risco a vida de outra pessoa ou a nossa mesmo e isso aí eu sempre vi dificuldade da gente lidar com a violência física sabe que isso aí eu via que-quando cheguei aqui vi isso e não sabia lidar e a gente começou ver outras formas com o próprio Fabiano, de lidar com isso o Fabiano vivia contido o tempo todo quando cheguei aqui, foi assim uma mudança radical Arnaldo começou um acompanhamento terapêutico mesmo na crise e ele saiu da contenção e de lá pra cá não voltou mais

?: na crise .

? dando claro, a violência, mais a gente aprendeu a lidar com a crise de José

?: de José

Ff: não, de José, deixa fazer uma referência a gente acompanhou, já do André a gente não conseguiu,

?: nem do Antonio

Ff: não conseguiu,

?: do Antonio?

Ff: mais Joelson a gente já deu, eu digo André, antes do esgotamento.

?: ah tá.

Ff: Antonio já foi na fase de esgotamento

Df: o diagnostico é transtorno de personalidade

?: de personalidade.

Ff: isso é outra questão, de longe é uma pessoa que a gente vem lidando com a crise dela, faz isso, faz aquilo, uns vem com a criatividade, até a mãe dela que no caso. Então a gente já criou varias formas de cuida dela. eu acho que ta num esgotamento tal que a gente não ta conseguindo raciocinar acho que é isso(()) a gente ta analisando forças e aí eu disse no caso de violência física é um dos entraves da gente aqui, é um dos medos que aqui tem, de morrer, certo, ou eles matar alguém, ou matar parentes, ou matar colega, ou matar um ao outro já esse é o medo real assim, da morte. Mas quando a gente paralisou com Elvira eu fiquei desorientada porque na hora que você ta pra morrer eu entendo qualquer reação sabe, essa é a preservação da espécie é minha preservação, é minha preservação de mãe também, minha preservação sabe de, de gente mesmo, de humana, eu não quero morrer não desejo morrer. Então eu até entendo aí a reação da gente quando a gente se vê numa situação dessas, como tem um caso de uma pessoa que tentou mesmo matar a outra, então você fica mesmo meio paralisada. Mais a gente vai buscando outras coisas né por fora, pelos cantos, pelos os lados pra não ir no confronto, mais de Elvira eu não entendi gente que situação foi essa que a gente não conseguiu lidar com uma pessoa não tava colocando em risco a vida dela nem a minha.
Bf: porque a gente nem traçou um plano

Desse cansaço surge também o questionamento sobre o melhor lugar para cuidar dos usuários em crise: O CAPS, a emergência, as clínicas psiquiátricas?

Várias hipóteses surgem no grupo: a compreensão de que justamente com os casos mais graves é que a equipe tem dificuldades de cuidar. A ligação entre hospital-emergência-Caps, que marcou a constituição do serviço e ainda influencia o cuidado da crise, a frustração pelas crises serem recorrentes e cíclicas na vida dos usuários, a visão de que nessa situação não se pode cuidar, com o pressuposto de que a pessoa, o sujeito na crise psicótica desaparece. Esta visão dualista moderna, a divisão entre normal e patológico está presente nas diversas falas dos profissionais como um modelo de pensamento que norteia suas ações²⁴.

O grupo constata que, em vez de intensificarem as ações terapêuticas nas situações de crise, pelo contrário, nesse momento o contato diminui, aparecem dúvidas, o cansaço e o esgotamento da equipe acabam influenciando diretamente no (des) cuidado e na proposta de internação dos usuários. Falam dos limites atuais de cada um e da clínica que estão conseguindo fazer.

Para o grupo, os próprios usuários reproduzem esta racionalidade dualista e a exclusão do convívio do Caps aparece como indicação deles mesmos para os colegas em situações de crise. Veremos com maior profundidade como os

²⁴ Leal, E. M. (1999). *O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira: modelos de conhecimento*. Tese de Doutorado. Instituto de Psiquiatria, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

usuários vivenciam as situações de crise e o seu cuidado na análise das EN. O grupo traz as contradições que estão colocadas neste contexto social e da visão de mundo dos próprios usuários que não querem ser internados ou excluídos do cotidiano do Caps, mas, eles mesmos, sugerem a internação para outros usuários em crise.

Nesta passagem, o grupo diferencia os tipos de crises e situam suas dificuldades com as situações que envolvem agitação psicomotora, muito menos freqüente que nos casos de depressão grave, por exemplo. As variáveis presentes na situação, não são apenas o tipo de crise, mas também características dos próprios usuários, por exemplo: o grupo consegue intensificar o cuidado com usuários novos, que chegaram a menos tempo no serviço e ainda não conhecem muito, enquanto com os usuários já atendidos, em várias crises e por muito tempo no Caps, aparece o “*déjà vu*”, a recorrência, a resistência e o afastamento do cuidado. A visão que os profissionais passam a ter de alguns usuários aparece na discussão sobre o relacionamento usuário-profissional e será tratado adiante como tema principal.

A discussão no grupo revela as diferenças de compreensão sobre o problema do cuidado nas crises. Alguns profissionais argumentam no sentido de que a equipe esgotou o investimento em Elvira, por exemplo, sem ter tentado várias possibilidades para enfrentar da situação. Outros dizem que não estão suportando conviver com ela em crise e estão buscando proteção para sua própria sanidade mental²⁵.

Como se chegou a esse limite no grupo? Como foi construído esse processo? O descuido com os próprios profissionais enquanto equipe de trabalho em saúde mental fica evidente, pois estão fragilizados em sua potência terapêutica. Há uma trajetória de desgaste desde o início heróico deste Caps que fica aparente neste momento.

O grupo se lembra de diversas pessoas em crise que foram atendidas por eles e o quanto conseguiram cuidar. Situações em que criaram arranjos,

²⁵ Ver Silva, E. A. da. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des) cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-Go*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, UnB, Brasília, DF, Brasil.

tecnologias de cuidado²⁶ que deram bons resultados e também de outras circunstâncias em que não conseguiram ser bem sucedidos. A coordenadora do Caps avalia que, na maioria dos casos em que não conseguiram traçar uma estratégia terapêutica nas crises, coincide com os momentos de esgotamento da própria equipe.

Marcos entra na discussão para dizer que “tem uma coisa na situação de Elvira, que é difícil, que é a base familiar dela que não existe, ela mora com as irmãs que são ir-re-du-tí-veis”. Diz que lá é impossível para Elvira morar, mas ela não quer sair dessa casa, a situação familiar se agravou e isso a magoa muito e favorece a irrupção de crises permanentemente. Marcos desabafa: “a gente não consegue lidar com tudo não”. Interpelado, diz que isso não quer dizer que não possam lidar com as situações de crise dela, mas que há uma limitação pela situação familiar, conta que já conversou com Elvira no sentido de buscar outro lugar para morar, mas que ela não admite essa hipótese, pois não acha justo sair da casa que é dela também. Marcos diz que também não sabe o que Elvira fez para essas irmãs para que elas a ignorem tanto.

Marcos traz a situação familiar conflituosa de Elvira como uma variável importantíssima para a compreensão de suas crises e amplia a discussão trazendo o questionamento sobre a onipotência deles e do Caps.

Os Caps nasceram com a marca da substituição do modelo assistencial. Tem como missão evitar internações em clínicas psiquiátricas e por isso a internação é um tema delicado que gera desconforto no grupo. Marcos reclama da ideologização sobre o assunto fazendo com que os profissionais não falem francamente sobre suas concepções a respeito, pois temem serem identificados como defensores do modelo manicomial. A internação de um usuário também é vista no Caps como fracasso da equipe e também por isso é difícil falar sinceramente.

No grupo de discussão, a internação aparece como sub-tema das crises por causa, naquele momento, da vivência da equipe em relação à Elvira. Maria reclama de não terem conseguido ainda traçar uma estratégia terapêutica coletiva

²⁶ Sobre tecnologias leves no cuidado em saúde mental: Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy, E. E., Onocko, R. (Orgs.). (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp.71-112). São Paulo: Hucitec.

para Elvira, de terem paralisado frente à sua crise e por isso não admite que tenham sugerido interná-la. Irma tenta contextualizar e diz que a crise de Elvira está gerando uma crise na equipe. O conflito é explícito sobre o que fazer neste caso. Mas, mais do que a crise de Elvira, a situação da equipe vem se agravando nos últimos anos e agora se torna uma emergência. A gestão estava tentando mediar os problemas com capacitações e reuniões com toda a equipe para avaliação e planejamento do serviço.

Marcos retoma a reflexão e diz que consegue compreender e lidar melhor com essa situação quando olha para trás e vê o processo todo do serviço, quando atendiam vinte e três pessoas internadas na emergência psiquiátrica e mais os usuários do Caps e conseguiam fazer intervenções: “porque quando nós estávamos com a emergência com vinte e três pessoas nós conseguíamos entender melhor a crise, porque você diz, não, aqui é uma emergência então é um lugar pra isso mesmo”.

As intervenções em crise, que faziam, eram vistas como parte do trabalho comum a todos e não havia questionamento quanto a isso, mas quando o Caps se separou da emergência a questão sobre o lugar de cuidar das crises apareceu na equipe, mesmo que se diga que o melhor lugar para cuidar do usuário em crise é o Caps, quando elas ocorrem e imobilizam o grupo o questionamento reaparece. Para Marcos a frustração em lidar com as crises é saber que elas são recorrentes e cíclicas e voltarão mesmo você tendo se esforçado muito e trabalhado com esse usuário ele poderá entrar em crise novamente.

Marcos demonstra sua dúvida também se o Caps é mesmo o melhor lugar para cuidar nas situações de crise, mas diz “mais assim o local que eu me lembro que a gente tem, por exemplo, o melhor pra acolher as pessoas, que conhece, que vai intensificar mais a paciência com as agressões, com as idas e vindas desses usuários e melhor consiga significar talvez sejamos nós mesmos.”

Márcia argumenta que os Caps são sim o melhor lugar para cuidar das crises em função do vínculo que os profissionais têm com os usuários. O grupo concorda que é, neste ponto, que estava concentrada a crise vivida no Caps, pois “é na hora que o usuário entra em crise e que a gente não cuida e isso fica claro com a questão dos usuários das SRTs”. O grupo se refere aos usuários mais

graves e aos moradores das Residências Terapêuticas que o Caps Liberdade é referência para o cuidado.

Seguem refletindo que tentaram fazer o projeto terapêutico dos usuários das SRTs, mas que o trabalho não avançou e esses usuários seguem sem um cuidado individualizado, principalmente nas situações de crise. “O infeliz diagnóstico, que a gente vem discutindo, que deu até um click hoje, é que a gente espera o usuário sair da crise pra voltar o cuidado”.

O grupo começa a lembrar de vários usuários em situações de crise e de como lidaram com cada um. Maria cita Felipe que vivia contido no Caps e que quando um técnico começou a fazer Acompanhamento Terapêutico (AT) ele saiu e não ficou mais contido. Irma acrescenta outro elemento à análise do caso de Elvira. Diz que nos poucos momentos que a viu fora das crises, ela demonstra um sentimento de rejeição muito grande por seu corpo, por ser negra, também não gosta de usar o passe livre para usuários do Caps, tem vergonha de sua condição. Irma pensa que em casa as irmãs reforçam essa visão rebaixada que ela tem de si mesma. Marcos acrescenta que ela é solitária, muito solitária. E Irma diz que: “então isso gera um turbilhão de transformações nela e acaba refletindo nessa crise contínua, que também, agora, tá dando crise na equipe, por que a gente não tá sabendo lidar com ela mais, ou então tá parada.”

4.1.6 Relacionamento entre os Profissionais

O tema do relacionamento entre os profissionais causou constrangimento no início da discussão, houve expressões de dor e silêncio por parte do grupo. A pergunta foi feita:

Y – “como vocês vêem o relacionamento na equipe?”

?f – “Ui, Ui”.

Cf – “os relacionamentos?”.

Y – “é entre os membros da equipe, quer dizer, a importância deles, como está ou como é?”.

Márcia iniciou a discussão no grupo tentando contextualizar a situação vivida. A equipe já passou por vários momentos, alguns mais difíceis, outros mais fáceis, em relação à convivência e ao trabalho no Caps. Nem sempre estiveram tão desagregados e desmotivados, como neste momento. As falas são no sentido de encontrar as razões para isso.

O que aparece, em primeiro lugar, são as relações no núcleo de enfermagem, onde os conflitos entre o pessoal de nível médio e de nível superior se acirraram. A reflexão no grupo, continuada por Irma, levou a compreensão de que estes conflitos se ampliaram para toda a equipe e que eles perderam o controle sobre suas razões e seus efeitos.

Em um Caps III a equipe de enfermagem tem um papel destacado, tendo em vista que são os auxiliares de enfermagem com um enfermeiro de referência, que trabalham no acolhimento noturno. A aplicação de medicação também fica sob responsabilidade dos auxiliares e estes acabam sendo os profissionais que mais responsabilidades têm com os usuários em crise no serviço. Paradoxalmente, os auxiliares são os que menos tiveram formação²⁷ e suporte para este trabalho, pois em seus cursos técnicos, não tiveram suficientemente teoria e prática em saúde mental. Além disso, estes profissionais se ressentem de não estarem trabalhando no PSF, “com a saúde física” como gostariam.

A subordinação profissional dos auxiliares de enfermagem aos enfermeiros é promotora de conflitos e tem prejudicado a inserção destes trabalhadores no cuidado e no trabalho em equipe. Marcos considera que: “isso acontece em todos os serviços onde tem gente que fez academia que tem nível superior, pessoas que fizeram academia e pessoas que fizeram cursos e chegaram só a nível médio, você cria, parece uma coisa natural é como se a responsabilidade fosse responsabilidades diferentes, como se cada um não fosse profissional, ta entendendo, essa é uma coisa que às vezes é alimentada essa forma cruel de ser, mais é alimentada”. Marcos que é enfermeiro, diz que essa relação é cruel, mas que os Caps ainda são os serviços de saúde onde se conseguiu avançar mais no sentido de construir equipes que atuam juntas, sem discriminações por

²⁷ Ver Ferrer, A. L. (2007). *Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Dissertação de Mestrado, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

nível ou por categorias profissionais. Mas, por vezes, essas divisões parecem como naturais, assim como, a colocação dos médicos acima do restante da equipe.

Marcos pondera que já trabalhou em vários outros serviços como postos de saúde e hospitais e que é o Caps deu um salto qualitativo nessa relação. Mesmo que estejam em um momento difícil, o Caps ainda trabalha mais próximo neste aspecto. Isso é confirmado por Márcia. Marcos reafirma que em outros lugares essa relação é ainda mais cruel, que a enfermagem tem isso, atrela os auxiliares ao enfermeiro e que isso é difícil de quebrar.

O grupo faz uma comparação dessa relação enfermeiro-auxiliar com a relação entre médicos e os outros profissionais na equipe. Parece haver três níveis: os médicos, os outros profissionais de nível superior e os de nível médio. Considera isso um problema muito difícil, pois não há uma equipe técnica gerente, que trabalha e dirige o serviço juntos.

Os médicos deste Caps, não participaram deste grupo de discussão então realizamos uma entrevista narrativa (EN) com um deles. No momento há dificuldades no número de psiquiatras disponíveis para os Caps no município e eles estão limitados aos atendimentos ambulatoriais dos usuários, sem nenhum tempo no serviço para participar das reuniões de equipe ou outras atividades terapêuticas.

O psiquiatra deste Caps reclama dessa condição, pois entende o trabalho de uma forma ampliada, antes podia participar das reuniões de equipe, por exemplo, o que considera fundamental para sua integração no trabalho, essa situação tem sido fonte de desmotivação para seu trabalho neste Caps.

O grupo elenca outros fatores de desgaste como a grande demanda de pacientes, já que o terceiro Caps III (Caps Jael) tinha iniciado apenas há alguns meses, a falta de profissionais e de recursos, também aparecem como elementos dessa crise da equipe. Marcos, enfermeiro, tem no grupo, desde o início, uma atitude generosa, relativizadora e propositiva sobre os problemas, constata as dificuldades, mas já procura por alternativas para solucioná-las. Considera que deveria haver maior rotatividade dos profissionais pela rede de saúde, pois o trabalho no Caps é muito desgastante, mesmo que haja um profissional com

experiência e qualificado é necessário que ele trabalhe em outros serviços e possa circular pela rede. Isto poderia significar uma ampliação da visão do profissional e amenizaria o desgaste no trabalho. A discussão no grupo possibilita que as diversas vivências e compreensões sobre os acontecimentos sejam colocadas e confrontadas entre os participantes do grupo no mesmo momento, formando compreensões validadas por eles.

Maria, coordenadora do serviço, situa a crise iniciando em 2007, isso significa que, naquele momento, fazia um ano do início do processo de desgaste da equipe e do serviço, considera que os problemas se acirraram nesse período e chama a atenção para a falta de atitude de todos para sair desta situação, reclama de não ver movimento nesse sentido. Márcia diz: “vejo todo mundo segregado, vejo todo mundo sozinho, ilhado né, e essa força que o Caps Liberdade tem que é de uma equipe interdisciplinar, mais não é só na fala tem afeto, tem todo mundo junto pensando, tem garra, tem vida, eu não sei onde é que tá”. Márcia não sabe o que aconteceu, onde começou essa desagregação.

Maria, diz que começaram a produzir menos, a se afastar, a criar subgrupos e acirrar a divisão entre nível médio e superior, perderam as rédeas, se perderam no caminho, muitos adoeceram, e outros não quiseram se achar, se encolheram e não quiseram fazer o diagnóstico da situação, Maria diz que não se encontram mais fora do Caps e entende que não há mágica, que eles mesmos terão que descobrir o que fazer.

Julia, auxiliar de enfermagem diz que trabalhar em equipe é muito difícil a começar pelas escalas de trabalho que são rígidas, a falta de ajuda quando precisa levar um usuário para a urgência ou para outro Caps, não encontra ninguém para ajudar. “Então quem vai, quem tala fora, quem dá as caras naquele momento se lasque, e às vezes isso faz com que a pessoa recue do trabalho, de fazer aquilo, termina sendo omissa totalmente.” Julia reclama por não encontrar apoio na equipe quando precisa e diz: “Meu grande defeito, quando o meu colega ta na escala e precisa de mim eu também digo não, não vou não, chame outra pessoa ou simplesmente dou jeito de usar outros meandros como tantas outras pessoas fazem aqui”. Marcos conclui “a equipe ta em crise”.

Fica evidente a falta de mediação neste grupo para o diálogo e a resolução dos problemas. Interessa-nos a reflexão sobre os impactos dessa forma de relacionamento entre os profissionais para a clínica que praticam no Caps.

Irma diz que quando Márcia chegou como apoiadora do Caps, ela lembra que já existiam queixas, de que eles não se viam como uma equipe interdisciplinar, por exemplo. Márcia argumenta que essas queixas eram muito isoladas, estavam no núcleo de enfermagem. Irma faz então a imagem de uma célula em que a membrana do núcleo se rompeu e os problemas do núcleo de enfermagem, que existem mesmo, foram paralisando toda a equipe e tomaram proporções que saíram do controle.

Irma argumenta que nenhuma discussão conjunta se viabiliza, que tudo “emparra”, qualquer obstáculo é motivo para imobilizar a equipe que está diminuída por licenças médicas e por não poderem mais contar um com o outro. Diz: “não quero usar palavras fortes, não é entende, não acontece a interação entre o nível médio e o nível superior, pelo menos, as meninas, podem inclusive se eu estiver falando errado, podem dizer: você tá doida, mais essa é a minha versão dos fatos”.

Marcos diz que nesse aspecto já houve momentos em que as pessoas eram mais agressivas umas com as outras e não vê isso hoje.

O grupo traz a proposta das reuniões de planejamento onde poderiam discutir os problemas e fortalecer a equipe. Consideram que há coisas resolvidas pela gestão, como a abertura do outro Caps, a diminuição de usuários sob a responsabilidade do Caps Liberdade, o apoio institucional, a educação permanente, Maria pergunta ao grupo: “E ai agora fica o que é nosso né qual é o nosso problema, fica mais visível, mais gritante a gente ta na paralisa nesse momento, um monte de gente falou isso né é nesse momento de ganhos que a gente recua, que a gente retira o nosso time de campo”. Ponderam que há coisas ainda a serem atendidas mas várias outras foram mesmo resolvidas, concordam que ficou um “ranço reivindicatório” e a equipe se perdeu nisso.

4.1.7 Relacionamento entre Profissionais e Usuários

Julia diz que não é uma relação fácil, acha que não há mais respeito dos usuários com os trabalhadores e que também, em alguns momentos, dos trabalhadores com os usuários.

Y – “como é que vocês vêem assim então, quer dizer vocês já tinham falado um pouco, como é que vocês se vêem em relação ao usuário, a relação com eles?”.

Gf – “não é uma relação fácil né, mesmo porque a maioria dos usuários que já ficam aqui agora aqui acolhidos que são intensivos aqui ao serviço é às vezes eu acho que não existe muito-tem o momento da crise tem, mais tem o momento também que não existe mais o respeito enquanto trabalhador do serviço ou em alguns momentos trabalhador- usuário, () então, também é uma relação muito difícil, não é fácil. Não é só a crise agora de Elvira, mais teve Mercedes teve outras e que também todo mundo se pega, não sabe o que fazer”.

Am – “fica muito difícil se você acha que no momento ta só, fica muito difícil que você cansa”. (sobrenome, iniciais, data)

Gf: “mais é isso que estou acabando de falar Marcos nos momentos cruciais você vai ficar só”.

A reflexão do grupo sobre o tema que foi trazido pela pesquisadora dá continuidade à análise que faziam das relações entre os profissionais, a primeira fala é de Julia, auxiliar de enfermagem, para dizer que a relação com os usuários é muito difícil. As relações em geral no Caps estão abaladas e com os usuários não é diferente. Os técnicos parecem não conseguir falar das relações com os usuários, pois estão mergulhados nos próprios problemas. Após essa primeira fala que demonstra o quanto a relação com os usuários está com dificuldades, os técnicos passam a falar novamente de si mesmos e das suas dificuldades no trabalho.

Lucia, terapeuta ocupacional que apenas tinha se apresentado no início do grupo entra agora na discussão. Considera que o trabalho nos Caps é muito diferente por que mexe com os próprios conflitos, “os meus conflitos atrapalham muito a minha atuação, os meus conflitos internos, essa coisa assim, ah ninguém tem a ver com os meus problemas, mas eu estou vivendo isso, é fato, eu ainda não aprendi a desassociar isso”, Diz que em outros momentos em que está melhor, mais tranqüila, intimamente, a maneira de reagir é diferente: “Então eu acho que a saúde mental ela exige muito do profissional nesse sentido porque

ele, independente de como vai a vida dele, se ele tem algum doente no hospital ou se ele tá, a casa tá desmoronando, independente de tudo, ele tem que tá bem”.

Outros no grupo argumentam que em outros lugares de trabalho também você tem que estar bem, mas Lucia contra-argumenta que não, que a saúde mental exige mais do profissional, que ele tenha maior equilíbrio. O grupo concorda, consideram que os profissionais também são sujeitos e também tem suas loucuras e seus problemas, são pessoas complexas como são os usuários e, às vezes, os profissionais não estão abertos para os usuários, nem para uma agressão verbal e nem para receber um elogio. Argumentam que, às vezes, o profissional vem armado para o Caps, preparado para uma batalha, se um usuário vem e elogia isso desarma.

Esta passagem da discussão sintetizou o clima vivenciado no Caps metaforizado em uma batalha, com trabalhadores buscando se proteger, pois se sentem inseguros e isolados no trabalho, que, por sua vez, exige muito de cada um na equipe. Nesse sentido retornam as falas sobre a falta de apoio mútuo, ficam evidentes mais uma vez as deficiências na formação dos profissionais e a falta de estrutura subjetiva para o cuidado. Essas evidências de uma falta de integração na equipe refletem-se na clínica praticada. Os usuários também percebem e sentem esta situação, falta encontro e diálogo entre eles, estão distantes e muitos também em crise.

Retomam no grupo o tema principal desta passagem que é a relação com os usuários. Maria, coordenadora, diz que quer falar desse assunto, se autodefine como uma pessoa muito espontânea e que tenta ser assim também com os usuários, é sincera e se não está bem para conversar ou escutar diz isso, age assim também com os colegas profissionais. Considera que quando não pode responder alguma pergunta explica ao usuário, por exemplo: “olha hoje aqui não posso responder ou hoje você não vai almoçar aqui por isso, por isso, por isso, não é porque faltou comida, não é, é porque no seu projeto terapêutico isso não cabe”.

No projeto terapêutico dos usuários é onde se define a direção do cuidado que o usuário necessita como as metas, as ações terapêuticas e também a

frequencia que virá e o que fará no serviço. Os usuários não aparecem como sujeitos nesse processo, não estavam participando suficientemente dessa construção, como fica evidente no exemplo dado por Maria e reflete a compreensão que o grupo tem em relação ao projeto terapêutico.

Nas EN com os usuários e nas observações diretas, essas diferentes perspectivas entre usuários e trabalhadores aparecem, os usuários se ressentiam por não saber ou não compreender a diminuição de sua frequência no Caps, por exemplo, e questionavam o sentido de não poderem estar no serviço em outros dias.

O Grupo de discussão foi mais um momento de análise da situação que proporcionou uma melhor e mais abrangente compreensão sobre a dimensão de alguns problemas que apareciam no cotidiano. Possibilitou também, que profissionais, principalmente auxiliares de enfermagem, que tinham dificuldades para falar, pudessem se expressar, favorecendo o diálogo na equipe.

Vilma, auxiliar de enfermagem, que ainda não havia falado no grupo faz um desabafo: “Hoje eu to fazendo onze meses aqui e eu to contando nos dedos quem eu posso ir em busca, por outras respostas que eu já recebi, então prefiro ficar na minha, eu busco mais as minhas colegas da profissão, para ver como a gente faz, melhor do que eu ir atrás de um técnico porque eu não tive boas respostas, até aqui eu não tive”. Ela pede ao grupo, “pelo amor de Deus”, dêem apoio, dêem suporte ao trabalho dela quando precisa, pois “é muito bonito falar”, dá um exemplo: “Tem uma visita pra fazer, vá lá, sim eu vou lá, só como não sei nem quem é a pessoa como que eu vou lá só, alguém me ajuda? ah! mais não tem ninguém, então eu não posso ir, não, mas tem que ir, então ta minha gente eu vou”.

Vilma vê seu trabalho no Caps como um desafio que Deus colocou em sua vida e então ela precisa enfrentar, não vai sair mesmo, diz que no início quase surtou, mas que agora está mais controlada e tenta pedir ajuda de suas colegas, mas que não pode contar com os técnicos de nível superior. Cita exemplos de usuários em crise que ajudou a cuidar e que saíram e estão bem e que isso é muito gratificante e a faz persistir, mas muitas vezes não sabe o que fazer e pede ajuda, mas ninguém diz sim, o que escuta é “o problema é seu, se vire”.

O grupo considera que os problemas da equipe são de comunicação entre eles, pois quando não gostam de uma atitude de um colega, ficam guardando mágoas e se armam contra o outro, em vez de conversar.

Falam em solidariedade e da vontade de cada um de mudar a situação, passam à compreensão de que não estão conseguindo se considerar enquanto equipe, “a gente ta se vendo como profissional isoladamente”.

As queixas são tantas dos profissionais que Maria, coordenadora, se pergunta se o setor responsável pela saúde do trabalhador pode fazer algo ou pode ajudá-los nos impasses que estão vivenciando. O grupo precisava de ajuda para sair da situação que se encontram, mas ainda não sabiam por onde caminhar. As dificuldades para a coordenação do Caps vão aparecendo, Maria está nessa função há pouco tempo, já fazia parte da equipe de profissionais e assumiu com o serviço passando por momentos difíceis.

O grupo retoma os vários problemas, que a gestão se comprometeu em resolver e que estão sendo atendidos, mas, mesmo assim, a equipe continua desarticulada. O investimento em capacitação, planejamento, reuniões e apoio institucional, haviam sido intensificados, nos últimos meses, e o grupo refletia sobre isso.

4.1.8 Relacionamento com as Famílias

Maria inicia falando que seu maior desafio como trabalhadora é conseguir chegar até as famílias dos usuários, pois o contexto familiar é muito grande e diverso

Y – “Vocês poderiam falar um pouco mais sobre a relação com os familiares, com as famílias?”.

Ff – “ah eu quero fala isso porque eu acho uma coisa tão difícil meu Deus do céu pra mim desde que eu cheguei aqui o meu maior desafio como trabalhadora é exatamente a família, pra mim é a coisa mais difícil do mundo de lidar, sabe por que você se envolve com mun:::do, com uma coisa muito grande que é o contexto familiar que são as famílias que as vezes as pessoas não se sentem pertencente aquela família são pessoas que não querem compartilhar suas coisas com aquela família que a gente chama de família pai, mãe, irmão, tio, sobrinho, essa família que eu digo, linear que a gente chama que estruturou como família tem pessoas

que não reconhecem aquele grupo como a família, reconhece outras pessoas como famílias e não aquele grupo, outros grupos, outros. Então, pra mim assim é difícil fazer isso, primeiro fazer com que a família entenda o querer daquela pessoa que às vezes é muito complicado a gente tira pela família da gente né, quando a gente tem um problema em casa @ o que repercute na família inteira e como todo mundo quer dá palpite, todo mundo quer e assim, nem sempre é pra ajudar nem sempre é pra chegar junto, às vezes é até pra desarticular você de vez. Pra mim é muito difícil chegar junto da família, porque tem famílias que vem espontaneamente, mas a maioria e a maioria, assim, não, e eu me arrisco a dizer com firmeza 90% das famílias que tem aqui são família que querem que as pessoas venham pra cá pra ficar um pouquinho livre em casa, não acham que é terapêutico e sim, um lugar pra eles terem uma tranquilidade ah tá lá tá cuidado. Acho isso até legal sabe eles confiam na gente como cuidadores”.

?f – “ou não”.

A família está distante do Caps, este diagnóstico foi feito pelo grupo de discussão e, onde os profissionais reconheceram suas dificuldades para se aproximarem mais das famílias e para promoverem a participação delas no cuidado com os usuários.

As representações dos profissionais sobre os familiares demonstram que, em sua maioria, eles são vistos como ausentes no apoio aos usuários e que consideram o Caps como um lugar para a ausência do usuário de casa, para que os familiares possam ficar um pouco livres deles, muito mais do que um lugar terapêutico. Vêm as famílias também como resistentes a vir e a participar da atenção que o Caps propõe. A família é vista através da des-responsabilização pelo cuidado do usuário. Maria amplia essa visão dizendo que o Caps também está distante não somente das famílias, mas do território, do PSF se tornando para os usuários a única referência.

Marcos diz que tem uma visão diferente, pois há famílias e famílias, há algumas que o envolvimento é zero com o usuário e outras não, então há algumas famílias que exigem mais investimento da equipe e para isso é preciso ter um grupo que dê retaguarda no serviço para que outros possam se envolver mais com o caso de uma família específica, por exemplo: “a gente já fez intervenções com pessoas que você não imagina como foi resolutivo”.

O grupo avalia que tem revéses e êxitos nesta relação, é preciso saber, com cada família, as formas de negociar e conversar que serão mais efetivas. Os profissionais citam, como uma variável que interfere nesta relação, as diferenças culturais, econômicas e de formação que também envolvem as famílias: “Assim,

tem familiar que depende da formação, depende da comunidade que ele ta inserido, depende da estrutura, depende da cultura, na realidade não existe uma forma única de cuidar, existem várias, várias, é multifacetado essa relação com a família”.

Ponderam que é preciso compreender as configurações familiares de acordo com suas singularidades, pois há famílias que cuidam e respondem ao cuidado e outras não. Essas singularidades vão exigir maior investimento da equipe. O grupo chama a atenção também para a participação da família na construção do projeto terapêutico dos usuários.

Os trabalhadores consideram muitas vezes que a família vê o Caps como um depósito ou uma creche. Essas concepções podem servir para explicar o comportamento de algumas famílias, mas são reducionistas e não ajudam a entender toda a complexidade dessa relação.

Para a clínica da atenção psicossocial é essencial conhecer cada família e suas condições culturais, sociais, econômicas, sua constituição e formas de se relacionar com o usuário, seus afetos e potencialidades, pois as famílias são diversas e complexas. O grupo chama atenção para estes fatos, pois uma tendência entre os trabalhadores de saúde mental tem sido a de generalizar as famílias, como se todas fossem ausentes e pouco cuidadosas e, desta forma, ao contrário de buscarem as famílias, se sentem usados por elas como escapes para sua própria sobrecarga²⁸.

O grupo passa a refletir sobre a diversidade dos grupos familiares e isso amplia a análise que estavam fazendo sobre a questão, reconhecendo suas limitações inclusive no campo teórico, admitem que estudaram e discutiram muito pouco sobre esta questão e estão precisando fazer isso: “apesar de que a família é uma coisa indispensável, a gente tem discutido muito pouco sobre família mesmo”.

²⁸ Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H.de L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol. estud.* [online]. 11(3), 569-577.

Bandeira, M. & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das Famílias de Pacientes Psiquiátricos. *Jornal bras.psiquiatria [online]* 54(1), 34-46.

4.1.9 Avaliação do Trabalho nos Caps

O Grupo é chamado pela pesquisadora a avaliar como vêm os Caps.

Y – “Como é que vocês avaliam o Caps., a gente falou de varias coisas, mas o Caps, a proposta Caps, como vocês vêem os Caps?”.

Df – “o Caps aqui como as outras políticas publicas na teoria ela é linda, eu não sou Caetano não mais tudo é lindo, perfeito na saúde mental. A gente aqui precisa caminhar muito ainda pra ser tudo lindo e maravilho e não vai conseguir como tá lá na 336 e::: é isso pra mim precisa de muita coisa, inclusive, nó precisamos começar a rever o que já foi feito, porque a realidade é dinâmica aquela (lei) naquele momento. Infelizmente a gente só consegue fazer as coisas se elas forem legalizadas a gente não vai consegui respaldo se não tiver lá outra três, três meia, uma não sei quanto, então acho que é isso precisamos dá um duro ainda. Mas Caps funciona assim vai além do () com o fundo da economia mesmo, como é feito, operacionalizado da melhor forma. Eu não vejo isso agora nesse momento talvez esteja na crise de onde eu to e pela a crise interna minha, mais eu acredito na proposta do Caps só acho difícil de operacionalizar, não acho impossível mais difícil é”.

Ef – “a minha opinião pode ser imatura porque não conheço assim mais profundo, mais eu penso que uma proposta dessa natureza a nível nocional ela deveria ser é independente do processo político”.

Bf: – L “político partidário”.

As avaliações começam pela comparação entre as diretrizes políticas e a prática, entre o estabelecido nas portarias que regulamentam o serviço e o cotidiano do funcionamento dos Caps. Avaliam que há um distanciamento grande entre o prescrito e o praticado e ainda é preciso avançar muito, não consideram um projeto impossível, mas que está difícil de funcionar conforme o preconizado.

Argumentam que as questões políticas, da gestão dos municípios, que decidem montar os Caps são complicadas, pois muitos solicitam incentivos para o serviço, recebem os recursos, mas não garantem sua aplicação, pois não dão suporte para que os serviços se estruturem e funcionem bem. O grupo avalia que esta condição interfere muito na qualidade da atenção que prestam. Consideram que uma política como essa deveria ter mecanismos para coibir o mau uso dos recursos pelos gestores.

Márcia, psicóloga, apoiadora institucional do Caps, traz a questão da idealização que se fez deste modelo de atenção psicossocial e dos Caps. Considera que é preciso des-idealizá-lo para poder avançar e principalmente retomar a força criativa do movimento social que o originou.

Consideram que, em muitos lugares, os Caps foram montados sem a discussão política que o movimento social trouxe no início e assim foram criados administrativamente, sem fazer sentido para trabalhadores, usuários e familiares.

Em Aracaju, o problema foi outro, os Caps foram criados com o ideário e a força do movimento social de luta por uma sociedade sem manicômios, mas com a realização do concurso público, muitos destes trabalhadores saíram dos serviços e o movimento social também não foi retomado. Além disso, a participação dos usuários ainda era incipiente, embora estivesse sendo reaquecida, por causa do movimento que estava reivindicando melhorias para os Caps.

Os movimentos sociais estiveram, desde o início, na construção do modelo de atenção psicossocial no Brasil, de suas diretrizes e políticas. Foram profissionais ligados aos movimentos de Reforma Psiquiátrica que assumiram, nas últimas décadas, a gestão em muitos Estados, municípios, bem como no âmbito nacional, a condução das políticas de saúde mental. Isso, sem dúvida, foi um fator decisivo para a mudança do modelo e para a construção de uma rede de atenção psicossocial no Brasil. O grupo avalia agora outro momento do serviço quando a maioria dos militantes não está mais nas equipes dos Caps e estas se configuram de outras formas, com trabalhadores concursados que não escolheram como projeto profissional e político o trabalho no campo da saúde mental.

Maria diz que no início tinham a honra, o orgulho e a força de lutar pelo modelo substitutivo, de dizer que não internavam ninguém nas clínicas psiquiátricas, estavam juntos nesse ideal, mas agora por todo o desgaste que passam, os ideais estão se perdendo e a não internação em clínicas psiquiátricas já não é uma questão de honra, pelo contrário, aparece, em algumas situações, como solução para os problemas que enfrentam. Ressalta que parece que esqueceram que estão lutando por um modelo substitutivo e que com isso os adversários dessa política se fortalecem, mas consideram que é preciso avaliar e criticar para fortalecer o atual modelo e não para voltar atrás.

Marcos traz para o debate a possibilidade de haver clínicas adequadas que pudessem ser retaguarda para os Caps, mas é interpelado por Márcia que não

admite essa possibilidade por que “as clínicas são manicomiais”. Marcos reclama de policiamento ideológico e diz que a questão para ele não são as estruturas físicas, mas a forma de agir, de cuidar e reafirma que para ele os Caps são sim o melhor dispositivo atual. O grupo se exaltou nesse momento e todos falavam ao mesmo tempo.

O grupo chama a atenção para esta reflexão simplista, hospitais versus Caps. Será essa a melhor forma de pensar esse modelo? E depois será o Caps contra o que? Contra o PSF? A discussão ideologizada e maniqueísta revela suas limitações para pensar a transformação do modelo assistencial e da complexidade da clínica da atenção psicossocial, no cotidiano do cuidado.

Maria retoma a discussão na dimensão ética, dos princípios de uma utopia cidadã que se refletiria na possibilidade de um dia poder considerar o Caps o melhor lugar para cuidar dela mesma ou de alguém de sua família, mas Vilma, auxiliar de enfermagem, com a concretude do presente, responde que não gostaria de ir para este Caps, no momento atual, se ela ou alguém de sua família precisasse.

O grupo traz a questão da coordenação do Caps e a forma como está sendo feita, Lúcia diz “eu acho que o papel do coordenador ele é fundamental tanto pra potencializar os problemas e dificuldades da equipe quanto pra potencializar as alternativas viáveis e isso é um elogio à Maria”. O grupo considera que acolher a equipe é importante e que precisam exercitar mais isso entre eles.

Consideram que, pelo senso comum, no Caps os profissionais tenderiam a compreender mais os problemas uns dos outros, já que lidam com a subjetividade o tempo todo, mas que não é assim que acontece. Ressaltam a importância de sempre olharem o que já conquistaram e não somente o que falta, pois isso é importante para a equipe não desmotivar.

Nesta avaliação geral do serviço o grupo destaca algumas dificuldades do trabalho no Caps, como a estrutura física que estava muito precária, a questão do adoecimento dos trabalhadores, as relações entre eles e com os usuários. Havia técnicos muito assustados e preocupados com sua própria integridade física, pois

se encontravam no cuidado direto com usuários muito graves e, às vezes, em situações de agressividade.

O problema das agressões no Caps era recorrente e a equipe não tinha encontrado os caminhos para minimizá-lo. Ficava evidente que as situações de agressão e risco para os profissionais aconteciam também pela desestruturação no serviço e no processo de trabalho e eram maximizadas pelas dificuldades de relação na equipe. A falta de apoio mútuo, a separação com o nível médio e o pouco comprometimento, de alguns profissionais, com o trabalho em equipe, a pouca parceria com as famílias e com os outros serviços do território, onde vivem os usuários, também agravava a situação.

Percebemos que os usuários vivenciavam os problemas do serviço e os conflitos na equipe e também estavam sofrendo com a situação. Eles constatam a pouca oferta de oficinas e de escuta por parte dos profissionais.

Maria, coordenadora do Caps, diz que deveriam brigar mais para que o modelo fosse realmente substitutivo, pois: “só quem já teve alguém internado numa clínica psiquiátrica, ou já passou por isso de perto sabe a importância disso daqui”. Fala que vê a diferença entre os Caps e as clínicas, pois esteve trabalhando nos dois lugares. “No Caps as pessoas estão aqui circulando exigindo os seus direitos o familiar pode vir se quiser vir aqui vem de manhã, tarde, noite, na hora que quiser está aqui aberto, a gente tá perto, do lado”.

Marcos reafirma que considera o Caps a melhor estratégia no momento. Maria acha que os Caps não podem ser uma barganha política ou uma obrigação dos municípios: “ter que ser Caps por obrigação que é essa conotação que ta tomando, eu sou Caps porque eu preciso montar serviço substitutivo seja por questões políticas, partidárias, por que na eleição, por que é uma política nova; e eu votei, mereço voto”.

O grupo volta a falar das dificuldades na contratação dos profissionais, argumentam que no serviço público, não se pode contratar ninguém sem concurso, então pessoas que queriam e gostavam da saúde mental não conseguiram passar e saíram do trabalho nos Caps. Avaliam que: “nesse momento da história a gente tá como mocinho”, “nós estamos fazendo história”.

4.2 Caps David Capistrano Filho: um Caps reformado

O Grupo de discussão do Caps David Capistrano Filho aconteceu no dia 21 de outubro de 2008 e teve duração de 1 hora, cinquenta e seis minutos e 16 segundos. Não houve dificuldades para reunir o grupo e participaram 11 profissionais.

Códigos	Nome fictício	Ocupação	Tempo de trabalho no Caps	Idade
Am	Mario	Arte-educador e apoiador institucional	2 anos	35
Af	Sara	Psiquiatra	6 anos	44
Mf	Marília	Terapeuta Ocupacional	3 anos	31
Jf	Jacira	Assistente Social e Coordenadora	4 anos	31
Ff	Fabíola	Educadora Física	1 ano	28
Gf	Gilda	Psicóloga	6 meses	27
Cf	Carla	Assistente Social	2 meses	26
Df	Dulce	Assistente Social	1 ano	28
Tf	Telma	Enfermeira	4 meses	23
Bf	Bruna	Oficineira	4 anos	38
Lf	Lucia	Terapeuta Ocupacional	2 anos	31
If	Inês	Oficineira	1 ano	28

Quadro 2: Caracterização dos participantes do Grupo de Discussão: Caps David Capistrano Filho.

4.2.1 Criação do Caps e Trajetórias dos Profissionais

O grupo fica em silêncio por alguns segundos. Mario, arte-educador e apoiador institucional do Caps, inicia a discussão contando que o Caps David Capistrano foi o primeiro Caps de Aracaju. Antes havia apenas o Caps I - Arthur Bispo do Rosário, gerido por uma Organização não Governamental (ONG). Ele diz que não sabe especificar bem como foi sua criação. Ele trabalhava no Caps Arthur Bispo e foi convidado para compor a equipe, pois a gestão estava tentando trazer pelo menos alguns profissionais com experiência em Caps.

Y – “Pronto, nós estamos reunidos para o grupo de discussão, no Caps David Capistrano, em Aracaju, Sergipe, agora são 10 horas e 20 minutos, do dia 21 de outubro de 2008. A primeira questão pra gente começar a discussão, eu queria que vocês pudessem falar um pouco sobre **como foi criado o CAPS?** Quem esteve ou quem participou, quem sabe, ouviu falar, como é que foi, como é que iniciou?”

Am – “Ta, meu nome é Mario sou arte educador e bom, eu acho que foi o primeiro Caps aqui de Aracajú, o primeiro Caps na verdade ligado a Secretaria Municipal de Saúde, a gente tem, ainda existe é o Arthur Bispo do Rosário que era uma ONG, aí eu não sei especificar bem como foi que ele começou, tivemos muitas vezes criar uma política de saúde mental e eu cheguei aqui tinha uns, cinco, seis, meses que já tava funcionando né? Acho que Sara já estava aqui, né E bom eu me lembro disso, eu me lembro que foram convidadas algumas pessoas que já tinham alguma experiência com isso e aí o convite pra trabalhar com o (()) foram me chamaram pra cá, tavam tentando trazer pelo ou menos trazer alguns profissionais que já tivessem uma experiência com saúde mental eu me lembro disso, não mais”.

Mario é arte-educador e há dois anos também é apoiador institucional do Caps. Chegou para trabalhar neste serviço com seis meses de seu funcionamento. Fala que este foi o primeiro Caps público de Aracaju e representou o início da Rede de Atenção Psicossocial (Reap) sob gestão municipal. A atenção em saúde mental estava concentrada nas clínicas psiquiátricas privadas, no Serviço de Emergência Psiquiátrica do antigo Aduito Botelho e um Caps gerido por uma ONG em convênio com o município - o Caps Arthur Bispo do Rosário, que iniciou em 2000 e até hoje compõe a Reap, como um Caps I.

O Caps David Capistrano foi o primeiro Caps do SUS de Aracaju e iniciou em setembro de 2002 como um Caps II. Ainda não tinha funcionamento 24 horas e em todos os dias da semana. Em 2004 passou a funcionar como Caps III. A

gestão de saúde da época buscou compor suas equipes com profissionais que tivessem alguma experiência em saúde mental. Então, muitos profissionais vieram do Caps Arthur Bispo do Rosário, que foi pioneiro na atenção psicossocial em Aracaju.

Sara, é psiquiatra, trabalhava em um ambulatório pertencente ao Estado. Com o processo de gestão plena do SUS houve a municipalização dos serviços de saúde e o ambulatório foi fechado quando se iniciou a criação dos Caps. Sara trabalha no Caps David desde o início e aponta que sempre houve poucos psiquiatras na rede. Também diz que foi convidada pela coordenação da época para atuar nesse “novo método de cuidados dos usuários de saúde mental”. Está no Caps há seis anos.

Marília, terapeuta ocupacional (TO), veio de Alagoas e chegou em 2005. Já havia trabalhado em um Caps I, que é muito diferente de um Caps III, que faz matriciamento e organiza o trabalho com Técnicos de Referência. Diz que a proposta em um Caps deste tipo é outra e não tinha essa experiência. Entrou na rede através de concurso público.

Jacira é assistente social e atual coordenadora do Caps David. Entrou pelo concurso público de 2004. Diz que a maioria da atual equipe é concursada. O concurso de 2004 foi feito para substituir os profissionais, até então contratados ou terceirizados. A substituição dos profissionais - psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais - principalmente, provocou mudanças radicais na maioria das equipes técnicas e na gestão dos Caps, que já estavam em funcionamento na época: o Caps Liberdade, o Caps David e o Caps AD Primavera. As conseqüências desta mudança, que provocou descontinuidade nas equipes, ainda repercutem e são sentidas pelos usuários no processo de trabalho e no cotidiano da clínica que se faz neste Caps.

Jacira relata que estes profissionais vieram de um concurso público para a secretaria de saúde que não especificava que o trabalho poderia ser em saúde mental ou em Caps. Os primeiros colocados foram para o PSF, mas os outros “tiveram que ir para o Caps mesmo”. Essa fala é reiterada por vários profissionais em diversos momentos da discussão do grupo e apareceu sempre junto a um sentimento de desgosto, de terem sido enganados e obrigados a ir para um

serviço que não queriam. O trabalho no Caps aparece, para vários trabalhadores, como um destino, um castigo de onde não conseguem sair. Os trabalhadores argumentam que não sabiam que poderiam ter que trabalhar com saúde mental e que, mesmo no último concurso, feito em 2008, isso novamente não foi especificado no edital.

A psicóloga, que estava há seis meses no Caps, diz que no edital para sua categoria constava que o trabalho seria de psicólogo clínico, o que não é exatamente o trabalho de um psicólogo no Caps. Todos os profissionais concursados no grupo reforçam esse discurso sobre o engano e sobre o trabalho no Caps. A desmotivação inicial e duradoura é evidente.

Com a enfermeira não foi diferente. Há quatro meses no Caps diz que não teve opção e também nenhuma experiência em saúde mental. Em relação a este ponto, outras profissionais se colocam dizendo que não tiveram contato com usuários da saúde mental em sua formação. Apenas a psicóloga diz que fez estágio em Caps I, mas que, mesmo assim, foi muito diferente do trabalho que faz no Caps David.

Bruna, uma dasicineiras que participou do grupo teve alguma noção de saúde mental por que sua irmã é TO e, desta forma, conhecia o trabalho. Foi a única profissional que demonstrou, no grupo de discussão, que tinha desejo de trabalhar com saúde mental. Procurou espontaneamente o Caps e foi contratada. Veio do Caps Liberdade e gosta do que faz.

Há ainda diversas formas de contratação dos profissionais. Além dos concursados há os terceirizados, como osicineiros, a educadora física e outros que são contratados em cargos comissionados.

Mario reitera que seria bacana se, nos concursos, fosse especificado que o profissional poderia ir para Caps também. Diz que essa é uma reclamação de toda a rede de atenção psicossocial de Aracaju e isso dificulta o trabalho, principalmente no início, pois mesmo que o profissional não seja apaixonado por saúde mental, mas se soubesse que poderia ser encaminhado para trabalhar em Caps, diz: “aí eu tenho que fazer o meu trabalho da melhor forma possível, isso facilitaria muito pra quem se propõe a gerir o serviço pra quem se propõe a estar

nessa grupalidade pra isso você tem alguns que gostam, outros nem tanto, uns que escolheram, outros que nem queriam e aí enfim”.

O grupo concorda. A enfermeira reforça que isso seria mais justo. Os sentimentos dos trabalhadores são de injustiça e de punição, mas o que mais está nesse sentimento? Alguns profissionais entraram há poucos meses, outros há alguns anos e ainda alimentam este sentimento de engano, de desgosto pelo trabalho. Que outros elementos estão envolvidos nessa fala do grupo? A baixa remuneração em relação ao PSF? O despreparo para o trabalho no Caps? O medo e o preconceito em relação à loucura? A precária formação que tiveram nesta área? As dificuldades concretas da clínica da psicose, da atenção psicossocial?

Fica evidente que todo o processo de seleção e contratação dos profissionais foi omisso com a saúde mental, desde a não especificação e falta de conteúdos da área, passando pela desvalorização salarial e de status em relação ao PSF e a inabilidade do setor de Recursos Humanos com os profissionais no momento da contratação. Mesmo assim, podemos perguntar o que os profissionais estão fazendo com isso? E a gestão? Como a clínica fica afetada por esta forma de chegar ao trabalho e por estes sentimentos dos profissionais?

Evidenciamos a falta de mediação para esta reflexão no grupo. A discussão mostra que os profissionais ainda não saíram da constatação e reclamação sobre o problema, o próprio apoiador institucional remete esse problema para fora do grupo, para o concurso, para os editais e não provoca uma reflexão da implicação de cada um com seu trabalho e das conseqüências para o cuidado com os usuários. Esse sentimento cria barreiras para o estabelecimento de relações e vínculos terapêuticos no Caps, entre os trabalhadores e com os usuários, trazendo repercussões diretas para a clínica que se pratica.

Sejam quais forem as razões de cada profissional ter ficado no trabalho do Caps, a superação desta posição de “vítima do concurso público” é necessária para voltar a atenção para o cuidado com os usuários, que é a missão deste serviço.

Marília diz que para os Terapeutas Ocupacionais não tinha outro lugar para trabalhar mesmo, e eles sabiam que seria na área da saúde mental, mas para os

assistentes sociais, por exemplo, poderia ter sido o PSF. Jacira explica que apenas os primeiros classificados foram chamados para o PSF, os seis primeiros, os outros “tiveram que ir para os Caps”.

4.2.2 Formação para o Trabalho em Saúde Mental

A deficiência na formação dos profissionais é reforçada nesse momento da discussão do grupo, este tema já havia aparecido na trajetória dos profissionais e retorna agora pontuado, por solicitação da pesquisadora.

Y – “E a formação de vocês? Vocês sentem que a formação contribuiu pra vocês no trabalho que vocês fazem ou não, ou pouco?”

Tf: “a partir do momento que você perguntou o que faltava né pra trabalhar no Caps, eu acho que tem essa questão também, porque eu mesma na minha formação eu fiz estagio no hospital psiquiátrico, então é uma realidade totalmente diferente de Caps, a gente viu a questão do Caps, mas muito na teoria só a questão da reforma psiquiátrica, mas eu-eu nunca fui, nunca tinha ido no Caps, então aí a gente vem pro Caps pra trabalhar, a gente não tem nenhum preparo e aí a gente realmente se sente perdida, é complicado você entrar num serviço que você nunca viu, que você não conhece, sem nenhum preparo, nem da universidade, nem da instituição que tá lhe empregando, então é muito complicado isso. Acho que hoje em dia as faculdades né depois de toda a reforma, de todo movimento, as faculdades já então começando aprofundar e colocar as práticas no Caps, mas assim eu não me formei não tem muito tempo, me formei esse ano, no inicio do ano e não era assim”.

Y – “Vocês têm estagiários aqui?”

Tf – “Pelo menos em enfermagem não”.

Telma diz que na sua graduação de enfermagem fez estágio em hospital psiquiátrico, que é uma realidade totalmente diferente de Caps, nunca tinha ido a um Caps. Veio sem preparo, sem conhecer, e acha isso muito complicado, se sente perdida. Considera que não há formação em saúde mental para o profissional, nem na universidade, nem na instituição que emprega. Reconhece que isso melhorou um pouco nos últimos anos, mas mesmo assim, não teve nada sobre Caps na graduação. Havia se formado em 2008. Há concordância de todos os profissionais do grupo quanto à falta de formação e preparo para trabalhar nos Caps e na área da saúde mental.

Este é um ponto de saturação entre os grupos de discussão, a deficiência na formação apareceu em todos os grupos de discussão. A rara experiência dos profissionais nos cenários das práticas de atenção psicossocial e da saúde pública, bem como a ausência de referenciais teóricos e, conceitos deste campo nos cursos de graduação da área da saúde e das ciências humanas.

O grupo reflete o quanto a formação em saúde mental continua sendo estruturada pelo modelo clínico e hospitalocêntrico. As práticas, quando existentes na graduação, ainda têm sido sinônimo de estágio ou visita em hospitais psiquiátricos. Desta forma, se pode compreender parte da insegurança, do medo e da falta de motivação, destes profissionais, quando chegam para trabalhar nesta área.

As mudanças no modelo de atenção ainda não foram acompanhadas por mudanças estruturais na formação dos trabalhadores da área da saúde, principalmente em relação ao SUS, à Reforma Psiquiátrica e à clínica da atenção psicossocial. Por indução das políticas públicas de saúde e educação, a reestruturação curricular dos cursos da área da saúde (Pró-Saúde)²⁹, principalmente para os cursos de Medicina e Enfermagem, estão começando a ocorrer. São mudanças destinadas a atender à lógica da Estratégia de Saúde da Família e do SUS, mas em relação às políticas de saúde mental pouco se tem avançado na transformação dos currículos e das práticas na graduação.

A formação dos profissionais continua, muitas vezes, ignorando as mudanças no modelo de atenção em saúde e saúde mental, com exceção de cursos que fizeram mudanças curriculares recentemente ou novos cursos, que tiveram, desde o início, esta preocupação.

Mas, como o grupo reage à possibilidade de contribuir, para a formação de outros profissionais, abrindo o Caps para campo de estágio? Os cursos da área da saúde principalmente Psicologia e Serviço Social em Aracaju têm procurado os Caps como campo de prática para os alunos, tanto por

²⁹ O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), lançaram, em novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo geral do programa é “a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população”. (Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2007)

universidades públicas como IES privadas. O que observamos foi uma relação não sistemática e desorganizada tanto da oferta como da demanda de estágios. Há falta de uma política de educação permanente local que promova, acompanhe e avalie essas iniciativas. Como os profissionais vão constatando na discussão, existem experiências soltas, algumas funcionaram bem enquanto outras nem tanto.

Mario explica que os alunos do curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe-UFS que em anos anteriores vinham para os Caps, naquele ano, optaram por fazer estágio junto ao coletivo gestor, e vão fazer apenas algumas visitas nos Caps.

Não há também nos serviços organização para receber e acompanhar os estagiários e é no mínimo curioso, que os alunos do curso de Psicologia da UFS tenham passado a atuar mais junto à gestão da rede do que na atenção psicossocial com os usuários.

Marília, TO, traz algumas questões para a reflexão do grupo, que estão relacionadas às angústias e fantasias dos próprios profissionais em relação aos estagiários: O que eles vão pensar do trabalho que fazemos aqui? O que vão pensar dos conflitos que viram na equipe? O que vão pensar do meu trabalho?

Os estágios têm alto potencial de aprendizado para os alunos e para promover transformações nos serviços e nos profissionais. O olhar do aluno que indaga sobre as práticas realizadas mobiliza a todos, é um dispositivo disparador de movimento, que provoca mudanças, gera questões sobre o cuidado e a desnaturalização de processos e relações, contribuindo efetivamente para a construção desta nova clínica.

Telma constata que não há estágio de enfermagem no Caps. Sara, psiquiatra comenta que estão chegando alunos de psicologia. Mario explica que não será bem estágio, serão apenas 10 visitas, mas conta que o Caps já foi campo de estágio para a UFS e outras IES, mas nos últimos anos os estágios não vêm acontecendo. Dulce explica que teve uma aluna do Serviço Social, que veio ao Caps, visitou, teve contato com um usuário, que naquele dia “cismou com ela”, e desde então ela não voltou mais. Isso demonstra a falta de preparo do serviço

para receber e orientar os alunos bem como a desarticulação entre serviço e IES para a organização dos estágios.

Comentam que no curso de Psicologia muitos alunos queriam estagiar em Caps, mas havia poucas vagas, então a professora selecionou os que já participavam de seu grupo de pesquisa. Jacira, coordenadora relata que já tiveram turmas muito boas, de estagiários que iniciaram e foram até o fim. Neste estágio alunos e profissionais participavam de grupos de trabalho juntos. Marília, Terapeuta Ocupacional, continua dizendo que havia estágios que os alunos vinham participavam de uma reunião técnica, de uma oficina, mas depois não apareciam mais, não voltavam.

Sara fala que houve época em que vinham muitos estagiários, que chegava a ser demais. O grupo acrescenta também a questão do acompanhamento e da supervisão que demandam disponibilidade e dedicação dos profissionais. Aponta as dificuldades para a realização de estágios no Caps e os profissionais concordam que já tiveram bons estágios no Caps, não se colocam contra este trabalho, mas muito mais, sem apoio e organização.

A contribuição dos Caps para a formação dos profissionais da área da saúde ainda é incipiente, embora essencial. Mesmo com uma rede organizada de serviços em Aracaju, com alto potencial para a realização de projetos de formação que incluam estágios, extensão e pesquisas, ainda não há uma política organizada de integração entre ensino e serviço. Os Caps respondem a algumas demandas isoladas de estágios, mas nem todos estão abertos e a Reap não participa da construção e indução de mudanças nos conteúdos e práticas dos cursos da área da saúde, das instituições de ensino da região.

4.2.3 A Complexidade da Clínica

Bruna,icineira destaca seu trabalho que é realizar oficinas, conta como faz no cotidiano sua organização. Há uma formalização, as oficinas têm dia e horário e o encaminhamento para a participação dos usuários é feito pelos

técnicos de referência (TR). Destaca as atividades ligadas ao seu núcleo de saber e trabalho e também de sua atuação no campo que une todos os profissionais, onde compartilha ações.

Y – “como é realizado o trabalho de vocês aqui? Como vocês organizam o trabalho assim, se envolve, como é feito o trabalho?”

?f – “de cada profissional ou assim em geral?”

Y – “principalmente de cada um, pode falar de como vocês”.

Bf – “Assim tem o campo e tem o núcleo né, eu vou falar como oficina, do meu núcleo como oficina. Tem minhas oficinas, tem os horários certinhos que os técnicos de referência indicam né (()) e aí eu tenho meus horáriozinhos, cada dia uma oficina, a gente senta, pega os usuários, cada oficina tem um objetivo, tudo formalizado, o numero de participantes e aí a gente a cada dia eu to atuando com eles com um determinado material, se é bijuteria, tentando suavizar, minimizar os transtornos dele tá de certa forma conversando, fazendo com que eles esqueçam um pouquinho dos problemas ou até trata mas de uma forma que eu consiga lidar, porque aí se fugir eu tenho que chamar os colegas, o psicólogo pra me dá um suporte, ta assessorando melhor o que ele vem me trazer, de angústia ou de alegria ou não ou compartilhar com todos mesmo. Um vai ajudando o outro em determinados assuntos não tem essa coisa de invadir mais além do que eu possa dar conta também e tem o de campo que eu também sou uma técnica de referência também tenho os meus usuários que eu tenho mais contato, mais vínculo, sempre eu tenho os meus, o oficinairo tem contato com todos os usuários de certa forma né, um pouquinho até a mais pra poder passar pros técnico olha fulano ta assim, assim assado. E como todos os outros é eu faço APAC tem uma serie de outras burocracias aqui dentro mesmo do serviço que a gente tem que dá conta um pouquinho de cada coisa”.

Y – “Vocês organizam por mini-equipes, como é que foi isso, que decisão foi essa, porque vocês (usam dessa forma) ou quando vocês chegaram já era assim?”

Vários: “Já era assim”. (todos falam juntos)

Aparece no grupo uma reflexão, pouco aprofundada, entre os profissionais sobre o objetivo das oficinas que realizam e sobre a melhor forma de organizá-las no Caps. Os objetivos das oficinas terapêuticas são definidos como visando “minimizar, suavizar e esquecer os problemas”, esta visão não é contestada no grupo. As oficinas são formalizadas, por tipo, número de usuários e horários que serão realizadas, são os Terapeutas de Referência que encaminham os usuários. Não fica claro no grupo o quanto os próprios usuários participam dessas decisões. O fazer aparece mediado mais pelo ordenamento e normalização do que por uma proposta clínica do Caps, pelas necessidades e interesses dos usuários e pela construção de sentido para as práticas terapêuticas, tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Bruna, oficinaira demonstra sua necessidade de dizer que não está interferindo no núcleo profissional de outros profissionais da equipe como psicólogos e Terapeuta Ocupacional. Também há um reconhecimento de seus limites em lidar com os problemas, com as angústias de todos os usuários e a sua busca por apoio na equipe.

A clínica feita através destes arranjos, de núcleo e campo, pode ser uma clínica dinamizada por esses conceitos, pois reconhece as especificidades de cada saber e os coloca em relação ao campo ampliado de atenção e atuação de todos. Dependendo da forma como os trabalhadores compreenderem e atuarem com estes arranjos institucionais, ao contrário do que se espera, os papéis podem se enrijecer e as ações se fragmentarem. Se somente oficinairos e Terapeutas Ocupacionais fizerem oficinas, somente Assistentes Sociais fizerem visitas domiciliares e somente Auxiliares de Enfermagem tiverem sob seus cuidados a medicação, por exemplos, é uma evidência de que os núcleos passaram a ordenar todo processo de trabalho. Neste contexto as práticas compartilhadas do campo da atenção psicossocial acabaram ficando apenas como pano de fundo nesta clínica. Esta forma de funcionamento da equipe se mostra capturada pelas especialidades profissionais e diminuem a interação e circulação de saberes e práticas na equipe.

Parece ainda estarmos distante de uma superação dialética das divisões sociais e especializadas do conhecimento e das práticas, na direção do trabalho coletivo e compartilhado voltado para a complexidade dos problemas tratados. Para isso, a reflexão crítica dos profissionais sobre seus processos de trabalho e sua direção é fundamental.

O trabalho da equipe no Caps David é dividido em duas mini-equipes de referência, a Equipe Azul e a Equipe Laranja. A Azul é composta por 2 enfermeiras, 2 psicólogas, 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 2 oficinairas, 6 auxiliares de enfermagem e 1 psiquiatra. Esta mini-equipe é referência para a população de um bairro muito populoso e pobre do território e para duas unidades básicas de saúde (UBS). A Equipe Laranja é composta por 1 psiquiatra, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeira, 1 assistente social, 2 psicólogos, 1 oficinairo, 1 educador físico e 4 auxiliares de enfermagem.

O grupo não sabia especificar as razões para organizarem desta forma, contam que quando chegaram ao Caps, o trabalho já estava organizado desta forma. Explicam que no Caps Liberdade a divisão das mini-equipes se deu pelo número de médicos que tinham e pelos territórios de referência para o matriciamento. Bruna explica: “por que senão ficava todo mundo é de todo mundo e ninguém é de ninguém, enfim meio que solto então a gente fez assim, também pra arrumar um pouquinho isso mesmo e ficar perto do que a gente fosse fazer”.

Sara, psiquiatra que está desde o início, diz que não sabe bem por que é assim, mas acha que foi para viabilizar e melhorar o atendimento. Neste Caps além de haver mini-equipes que são responsáveis por um número delimitado de usuários e também pelo trabalho vinculado a um território com duas UBS em cada um, Os Técnicos de referência acompanham alguns usuários e são responsáveis pela construção e avaliação do Projeto Terapêutico Individualizado (PTI). O Caps David também é referência para os moradores de duas Residências Terapêuticas.

Não há evidências, no grupo, de apropriação por todos dos conceitos que utilizam, tanto de Núcleo e Campo quanto sobre Técnicos de Referência (TR), Equipes de Referência e Projeto Terapêutico. Estes arranjos foram incorporados, e têm sido debatidos em vários estudos³⁰, no processo da Reforma Psiquiátrica, para responder a uma clínica diferenciada, possibilitar o cuidado personalizado e viabilizar o trabalho coletivo. São arranjos que sustentam o trabalho cotidiano da clínica ali praticada. Precisam de reflexão constante sobre seu uso e efetividade em cada contexto, para que não percam seu potencial de transformação, nos serviços tipo Caps³¹.

Sara, psiquiatra, explica que o Terapeuta de Referência (TR) não é escolhido somente por afinidade entre usuário e técnico, considera que fizeram

³⁰ Campos (1999), ao falar de arranjos, quer indicar que “o que se está trabalhando é com a idéia de investir-se também em mudanças da estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, criando-se novos **arranjos** que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. Tratar-se-ia de inventar uma nova ordem organizacional que estimulasse o compromisso das equipes com a produção de saúde, sem cobrar-lhes onisciência ou onipotência, e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional”.

Ver: Campos, G. W. de S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva [online]* 4(2), 393-403 e, também, mais recentemente: Furtado, J. P. & Miranda, L. (2006, set.). O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 9(3), 508-524.

³¹ Esta expressão serviços tipo Caps foi apresentada por Leal, E. M. & Delgado, P. G. (2007) para indicar que os Caps devem ser entendidos muito mais como um modo de operar o cuidado em saúde mental do que como um estabelecimento de saúde.

divisões para o processo andar, senão uns teriam muitos usuários e outros nenhum, fizeram de uma forma ordenada. O TR fica sendo quem foi determinado pelos profissionais. A pesquisadora pergunta: Se o usuário quer mudar? Mario diz: “ai o caldo engrossa” Dizem que isso acontece, a psiquiatra diz que isso acontece com ela, os usuários pedem para ficar em sua mini equipe, mas diz que não é possível ficar trocando várias vezes.

Na forma deste Caps organizar o cuidado os usuários não escolhem seus TRs. Explicam que quando um usuário tem mais vínculo com outro técnico que não é seu TR, este profissional pode fazer esta vinculação e pode até ajudar o TR, mas o TR não muda. A educadora física, diz: “A gente não sabe o que passa na cabeça” se quer trocar por que está apaixonado, por exemplo. Alguns trabalhadores com menos experiência e formação na área pedem ajuda aos outros, para lidar com os vínculos que os usuários estabelecem com eles, citam exemplos de usuários que querem hoje um TR e amanhã outro.

A psiquiatra diz que é preciso ter parâmetros senão não seria equitativa a distribuição dos usuários entre os profissionais. Falam também que com alguns usuários “rola um ciúme” entre os técnicos, de querer o usuário só para si, “é o meu usuário”, “de tanto que a gente gosta”.

É evidente, neste caso, que os instrumentos da clínica, como o TR, estão submetidos a uma ordenação administrativa, buscando a distribuição equitativa, numérica, entre os profissionais mais do que os vínculos entre eles e os usuários, tanto que há diversos usuários que reconhecem em outro profissional a sua referência e mesmo assim o TR oficial continua sendo outro. Os usuários não participam efetivamente da escolha dos Terapeutas de Referência.

Como apontamos o grupo de discussão do Caps David, não sabia defender teoricamente ou enumerar as razões para organizarem o cuidado no Caps através de Mini equipes e TRs. Embora haja visivelmente, um saber prático incorporado, sobre esta forma de funcionamento, que organiza o cotidiano da clínica, neste serviço.

Da mesma forma, o conceito de Matriciamento é incorporado na medida em que é praticado, como nesta fala, que conta uma experiência de visita conjunta para um usuário no território com um agente de saúde:

Gf – “Vou falar aqui uma situação que eu fui fazer uma visita ontem, é, a família de um usuário daqui e antes de ir na residência da pessoa, eu fui na unidade de saúde né, da região onde ele mora, e conversei com a agente de saúde que acompanha a família, ela nos acompanhou nessa visita e assim ela ficou: ah, isso é feito?, eu queria que fosse feito assim outras vezes, eu não sabia que podia ser feito essa visita assim de vocês junto com a gente né? Ela achou super interessante assim, esse contato, essa aproximação e assim ela pôde me passar várias coisas sobre a família do usuário, sobre o usuário que a gente acompanha, ela se mostrou muito assim disposta a ta realizando essas visitas conjuntas mais vezes. É uma das formas de matriciamento né? que eu acho que foi feito né? Isso foi um matriciamento ontem né? o que eu fiz, junto com uma colega aqui do Caps”.

Y – “junto com a atenção básica, o agente comunitário?”

Gf – “isso com o agente comunitário”.

O grupo de discussão entre os profissionais possibilitou a reflexão sobre estas práticas, gerou questionamentos e a necessidade de aprofundamento sobre os conceitos e fundamentos teóricos utilizados como referência. A psicóloga se pergunta foi matriciamento isso mesmo que eu fiz?

O apoio matricial, no Caps David, estava sendo muito pontual, não se constituindo em uma prática cotidiana, organizada e incorporada na clínica de forma coletiva. A Assistente Social e coordenadora argumentou que os matriciamentos foram sendo “quebrados” por várias razões: pela expectativa das equipes de saúde da família em relação à presença do médico nos encontros, pela falta de agenda entre as equipes, pela falta de carro para deslocamento dos profissionais, entre outras dificuldades.

Outro obstáculo colocado para a realização dos matriciamentos, que chamou a atenção, foi a discussão sobre gratificação para fazer esse trabalho junto ao PSF. Se recuperarmos as questões sobre a forma que foram feitos os concursos e a contratação dos profissionais, vimos que a disputa entre Caps e PSF já estava colocada naquele momento. Os primeiros classificados no concurso poderiam ir para o PSF e os outros “tiveram que ir para Caps”, isso provocou certa rivalidade, já que os profissionais do PSF são mais bem remunerados que os de Caps, no município. Então no momento que o grupo discute sobre a função de apoio matricial às equipes de PSF, reaparecem as discussões sobre as diferenças salariais.

Apareceu também como mais um entrave, a visão das equipes de PSF sobre a saúde mental. Estes profissionais, em grande número, ainda têm como referência o modelo clínico convencional e o apoio matricial desejado por eles deveria ser feito pelo médico, assim desvalorizavam o trabalho não comparecendo aos encontros quando o Psiquiatra não estava presente. Desta forma, reproduziam o modelo clínico, esperando uma resposta em termos de diagnóstico e medicação, uma visão restrita da atenção psicossocial na comunidade e da essência da idéia de apoio matricial. Este apoio busca ampliar as possibilidades de cuidado no território, sem encaminhamentos, mas assumindo junto o acompanhamento dos usuários, buscando a integralidade na atenção básica.

Constata-se também na discussão do grupo, a não priorização deste trabalho por parte do Caps, o que acentua seu distanciamento em relação ao PSF e a rede de saúde em geral. A psiquiatra sintetizou como estava o fluxo da rede:

Sf – “As demandas são mais da unidade básica pra nós do que de nós para UBS, na verdade sempre fazemos a referencia, mas assim a gente, geralmente a gente não procura muito eles pra alguma necessidade nossa são mais eles que procuram a gente, o CAPS”.

Mf – “em relação as comunidades eu não conheço os trabalhos desenvolvidos nas comunidades assim da nossa região, realmente desconheço”.

Percebe-se que a lógica territorial e de responsabilização pelo cuidado das pessoas com sofrimento psíquico ainda não predomina no universo das Equipes de Saúde da Família e também dos Caps, pelo contrário, o modelo dominante ainda é do encaminhamento, de referência e contra-referência e de consultas especializadas. Há pouca interação, compartilhamento e responsabilização conjunta pelas pessoas com sofrimento psíquico grave e em geral, no território. A concepção dominante entre os profissionais das UBS e também de alguns profissionais dos Caps é de que os usuários graves são somente do Caps e não mais do PSF. As concepções e as práticas de uma clínica territorial, entre Caps e Equipes de Saúde da Família, ainda não estão suficientemente claras e incorporadas pelos profissionais.

Quando o grupo discute sobre a relação com a comunidade local reaparece o isolamento do serviço, a constatação de que desconhecem os

recursos locais. Quando há relação com a comunidade ela se dá fragmentada nos núcleos profissionais.

A educadora física, por exemplo, conhece pessoas da comunidade, através de um torneio de futebol que inclui estas pessoas, nos times, também realizavam algumas atividades físicas no clube do SESC, situado no mesmo bairro. A Assistente Social conhece o CRAS onde verifica e solicita benefícios assistenciais para os usuários, mas os outros profissionais desconhecem estas ações e não interagem com estes serviços ou com a comunidade de forma ampliada.

Jf – “dos bairros né, a assistente social tem um contato maior com os CRAS que fazem parte da assistência tanto pra saber mesmo como está sendo a condições de vida do usuário, quanto também se ele está precisando de alguma outra assistência, como cesta básica ou quando, ou orientação que precisa seja da Bolsa Família né, aí a gente faz com os contatos com o CRAS, nesses casos fica mais restrito ao serviço social”.

Com os vizinhos do Caps a relação é distante e algumas vezes conflituosa. Como vimos no Capítulo III, o Caps David está situado em um bairro de classe média alta de Aracaju, próximo a orla da praia de Atalaia, com muitos pontos de comércio e de turismo, onde as relações não são de solidariedade entre os vizinhos, pelo contrário, são relações marcadas pelo domínio da esfera privada, do individualismo social³².

O grupo discute sobre o desconhecimento em relação à comunidade do território do Caps.

Y – “Esta relação com a comunidade local, como ela é? Com vizinhos, com a comunidade local?”

Am – “**iii insossa assim**”. (grifo nosso)

Sf – “indiferente”.

Am – “indiferente”.

Sf – “Sem problemas, mas também não tem muito acolhimento, né”.

As relações dos vizinhos com o Caps refletem este contexto cultural, social e também o preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais. Os vizinhos reclamam que seus imóveis desvalorizaram por estarem próximos a um

³² Mesmo em uma cultura litorânea e nordestina a solidariedade social entra em declínio como todos os valores coletivos pela força da modernidade, do mercado, da sociedade capitalista e globalizada. Para este debate ver: Sennett, R. (1988). *O declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras e LASCH; Christopher. (1986). *O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo: Brasiliense.

serviço de saúde mental e entram em conflito direto quando, por exemplo, um usuário joga objetos pelo muro. Jacira conta que quando as residências terapêuticas (SRts) foram criadas as coordenadoras tiveram que fazer um trabalho de sensibilização com a comunidade para receberem esses usuários e assim até se aproximaram mais.

Mesmo nas festas que o Caps promove na rua, os vizinhos pouco as freqüentam. Como é típico, nesta organização urbana, o bairro atravessava problemas com segurança. Havia um terreno baldio em uma das laterais da casa, que estava servindo para arrombamentos e assaltos ao Caps, comprometendo a utilização de uma parte do serviço, que teve os vidros e janelas quebrados. Esta situação gerou muitas discussões no grupo, como veremos mais adiante.

Assim como o Caps os usuários estão isolados na cidade, poucos freqüentam outros lugares sociais, até mesmo a praia que fica muito próxima ao serviço e às suas moradias. Os usuários ficam em casa ou vêm ao Caps³³. O fechamento em si mesmo dos serviços com seus usuários representa uma preocupação para a Reforma Psiquiátrica e para a clínica da atenção psicossocial que visam superar a exclusão social das pessoas com sofrimento psíquico.

Até mesmo as relações com os outros Caps não são comuns e facilitadas. As capacitações na Reap voltaram a acontecer e com isso os Caps passaram a se encontrar mais. O Caps Davi possui uma relação maior com a urgência.

Como vimos também no Caps Liberdade, as relações com o território, a comunidade e os outros Caps não estão acontecendo e os trabalhadores se recentem disso embora não estejam agindo efetivamente para mudar a situação. Com a urgência os dois mantêm mais contato por causa dos encaminhamentos que fazem. O desconhecimento mútuo e a inexistência de trabalho em rede são evidentes.

³³ No Capítulo VII veremos como os Caps fazem parte da trajetória de vida dos usuários e como estes vivenciam seu cotidiano.

4.2.4 A Dimensão Terapêutica

A pesquisadora trouxe para o grupo a questão do que é terapêutico no Caps e quais são as práticas que consideram mais efetivas.

Y – “e as praticas terapêuticas que vocês fazem aqui como é que vocês definiriam assim essas praticas? O que elas são, quais são, Como vocês vêem essas praticas, no sentido mais amplo que é feito aqui como trabalho terapêutico?”

Bf – “Os grupos, as oficinas, o bazar, também é uma atividade que não deixa de ser terapêutica, que são os materiais que eles produzem e vendem que eles se sentem úteis de certa forma, vem os familiares aqui né, convidados deles e eles mesmos podem estar comprando algo que eles fizeram não só dando para as oficinas dando trabalho algo que ele te entrega, não só dando o trabalho(())”.

Y – “Então o que vocês colocariam dentro de práticas terapêuticas do Caps?”

Bf – “o bazar, as festas, passeios, as intervenções.”

?f – “sempre ta promovendo atividades aqui (())”.

Os grupos, as oficinas, o bazar, são práticas definidas como terapêuticas pelo grupo. O bazar é avaliado dessa forma, pois a dimensão produtiva é qualificadora para o usuário, eles produzem e vendem para outras pessoas, para os familiares que também vêm para ver e comprar os trabalhos. Os próprios usuários compram seus trabalhos, “se sentem úteis”. As festas, passeios, as intervenções dos técnicos, o torneio de futebol que inclui os homens que antes não participavam de outras oficinas, melhoraram a saúde dos usuários, estão mais ativos, menos acomodados.

Os usuários que jogam futebol passaram a participar também da oficina de dança, o grupo passa a questionar o que são consideradas atividades femininas e masculinas, dizem: não é que existam atividades somente de homens e de mulheres, mas os homens não participavam das oficinas oferecidas, como de confecção de bijuterias, por exemplo.

Os torneios de futebol incluíram os homens nas atividades grupais e abriram espaço para a dança, que mesmo podendo ser vista, por alguns, como uma atividade feminina, eles estão freqüentando e se beneficiando, de acordo com os trabalhadores. O grupo valida as posições quanto aos efeitos terapêuticos das oficinas e grupos do Caps para os usuários que efetivamente participam

dessas atividades. A melhora na coordenação motora, no alongamento, na dicção e linguagem, através do canto e da dança, é percebida e estes recursos são avaliados como terapêuticos pelo grupo.

As questões de gênero e suas relações com a clínica da atenção psicossocial ainda são pouco problematizadas no campo da saúde mental, mas aparecem como variáveis importantes que influenciam a vinculação e a efetividade das práticas terapêuticas nos serviços bem como as relações entre trabalhadores e usuários.

O grupo ressalta que consideram terapêutico o conjunto das práticas realizadas e apenas isoladamente cada uma, esta perspectiva encontra confirmação no grupo. Ao lado desta dimensão do conjunto das práticas terapêuticas, aparece a dimensão individual, singular de cada usuário que precisa estar presente. A constatação é que para se chegar à eficácia das práticas terapêuticas é preciso levar em conta tanto o conjunto destes recursos como a singularidade da experiência de cada usuário.

Consideram como terapêutica a vivência da grupalidade no cotidiano do Caps, o exercício das relações sociais e da convivência. Outros trabalhadores apontam que o terapêutico está, muito mais, no conteúdo das conversas, dos temas tratados nos grupos, do que na atividade em si mesma.

Para o grupo a dimensão terapêutica passa necessariamente pela subjetividade de cada um, pelo sentimento de bem estar e pela ação voluntária do usuário, que envolve cada atividade, consideram que deixa de ser terapêutico o que se faz automaticamente, por obrigação ou de forma alienada. Trazem para a discussão a necessidade de inovação nas práticas cotidianas, pois senão, elas vão se tornando repetitivas e sem sentido, tanto para os usuários como para os profissionais. Consideram que a auto-estima tanto dos usuários como dos trabalhadores é um elemento importante de ser trabalhado em todas as práticas terapêuticas.

Para os trabalhadores é gratificante acompanhar o usuário em seus altos e baixos, nas suas conquistas. A reflexão do grupo passa pelo caráter de experimentação, inovação e intuição como elementos importantes na construção das práticas terapêuticas em um Caps ou na saúde mental.

Para Carla, Assistente Social, o que se aprende na formação profissional embora dê a base para sua atuação é muito diferente dos recursos que os profissionais precisam no cotidiano do cuidado. O que aprenderam são rotinas e procedimentos pré-estabelecidos, mas o que precisam para atuar na atenção psicossocial é muito diferente disso.

A diferenciação começa pelo trabalho em equipe, que o campo da saúde mental exige. Consideram que o trabalho efetivamente em equipe é o que torna potente, terapêutico e singular o cuidado no Caps.

Nesse sentido, a clínica não pode ser vista separada do processo de trabalho dos profissionais, da forma como o trabalho está organizado e da subjetividade de seus agentes. As práticas terapêuticas serão mais efetivas na medida em que os profissionais trabalhem juntos e compartilhem seus saberes e intervenções. Quanto mais se acirram as divisões entre categorias e níveis profissionais e o fechamento em núcleos, mais empobrecidas serão suas práticas.

A clínica da atenção psicossocial desafia os trabalhadores a cada dia, a cada intervenção. É uma clínica que se faz no cotidiano, junto com os usuários, construindo coletivamente as intervenções e os projetos terapêuticos. Este grupo destaca que para fazer isso é preciso estar disponível.

Concordam que esta é a palavra que sintetiza o terapêutico para eles: a disponibilidade. Estar disponível para o usuário desde a recepção, a avaliação e definição de sua participação nas práticas terapêuticas e também para as conversas no cotidiano. Fazem uma ressalva que essa disponibilidade não é eterna, em alguns momentos não estar disponível para um usuário pode também ser terapêutico e isso precisa ser discutido e compreendido.

Ressaltam que a disponibilidade também é necessária na relação entre eles, para possibilitar a construção conjunta das “micro-terapêuticas” no cotidiano do cuidado.

Quanto à medicação ela é considerada muito importante e terapêutica. A visão de Sara, psiquiatra, considera a medicação primordial para dar condições para que outras ações se realizem, essa visão não é contestada pelo grupo, mas

acrescentam que a medicação precisa estar no conjunto das práticas, senão não há melhora efetiva.

Carla, Asssitente Social, exemplifica a potência do trabalho coletivo do Caps com a questão da medicação. Considera que todos os profissionais acabam se apropriando do conhecimento sobre a medicação, que seria a priori do núcleo médico, ao mesmo tempo os médicos se apropriam dos conhecimentos do serviço social ou da terapia ocupacional para suas intervenções e assim pode haver o diálogo sobre estes conhecimentos e o que cada um faz. Quando há a circulação de saberes a clínica é potente: “poder transitar no universo do outro”, “saber um pouco de tudo”.

Os profissionais avaliam que o compartilhamento dos saberes e das práticas, no campo da saúde mental, avançou mais do que em outros setores da saúde, como nos hospitais gerais e ambulatórios, por exemplo.

Constatamos que ainda persistem as hierarquias, a preservação de poder em núcleos profissionais, o poder da medicação acima de outras ações terapêuticas, a fragmentação das práticas, mas, sem dúvida, podemos constatar que estas questões estão presentes na reflexão do grupo e há iniciativas para sua superação, o debate se dá em torno da tensão entre o esperado e o realizado, do que fazem e o que pensam em fazer, no cotidiano da clínica do Caps.

4.2.5 O Cuidado nas Crises

A pesquisadora coloca a questão sobre as práticas terapêuticas nas situações de crise.

Y – “E no caso de usuário em crise, como é que vocês avaliam suas práticas, no cuidado em crise?”

Sf – “Eu acho assim, num momento de crise como a gente faz essas praticas?”

Y – “Isso, como é a experiência de vocês para tratar em Crise no Caps III, tem o acolhimento noturno, mas também atende crise durante todo o período”.

Sf – “aqui também tem essa coisa particularizada dentro do Caps três assim::: o foco vai se movendo de acordo com o usuário, é, às vezes um sobressai e aí todo mundo fica mobilizado e aí aquele melhora e o outro entra em crise, porque tem esse processo mesmo é raro ta, todo mundo bem ou ta sem ninguém em crise

sempre ((renovando)) todo mundo tem né, tem sempre esse momento(()) e aqui tem muito isso, é muito, o momento todo vai pra aquele usuário, um ou dois que esteja precisando mais naquele momento, é muito assim o movimento daqui eu acho. Então as praticas todas se dirigem para aquele, naquele momento né”.

Am – “nessa hora a gente a intuição entra com toda força, com toda potencia, por conta inclusive que não tem uma oficina pra o usuário em crise, aqui não tem essa oficina, não tem nenhuma opção terapêutica ou grupo terapêutico não tem nada pensado de forma estruturado pro usuário em crise né. Idéia até tem espero que a gente (()) consiga fazer”.

Mf – “sim, mais isso não quer dizer que o usuário em crise não possa ficar na oficina né”.

Am – “Não”.

Sara, psiquiatra, diz que o movimento do Caps vai em direção aos usuários em crise, o esforço da equipe se foca nestes usuários quando necessário e esse movimento é permanente, pois sempre há usuários nesta condição. Mario, apoiador institucional, chama atenção para uma contradição da clínica que praticam, se este é um Caps III que atende integralmente aos usuários em crise como ainda não possuem um recurso terapêutico mais estruturado para estes usuários? Sugere uma oficina de crise, por exemplo, diz que há várias idéias sobre isso, mas que ainda não conseguiram colocá-las em prática.

O movimento do Caps parece ser de reação nas situações de crise e também de certa inércia, não estavam conseguindo pensar a clínica das crises e planejar ações terapêuticas específicas para essas situações. Desta forma o modelo clínico aprendido, muitas vezes, prevalece nas ações.

As crises também exigem inovação da equipe, capacidade de lidar com o inesperado, criatividade e flexibilidade de ofertas, disponibilidade e acolhimento de todos os profissionais, além de abertura das práticas terapêuticas existentes no serviço para as situações de crise. Marília, TO, ressalta que as oficinas existentes não estão fechadas para os usuários em crise, mas reafirmam a importância de refletir e estruturar práticas voltadas para as crises, além de estarem com todas as outras possibilidades abertas ao acolhimento desses usuários.

Debatem a necessidade de criar outras formas de lidar com estas situações, de acordo com as necessidades de cada usuário, pois as crises não são iguais e regulares. Jacira aponta para uma reflexão sobre o trabalho em

equipe que nas situações de crise é ainda mais exigido. É neste momento que se pode verificar a disponibilidade de cada profissional e as questões próprias de cada núcleo, que podem aparecer aí como forma de evitar o cuidado na crise, o que acaba sobrecarregando alguns profissionais mais identificados com esse cuidado, como os auxiliares de enfermagem, por exemplo. Novamente vemos como a falta de reflexão e crítica sobre as práticas realizadas dão lugar à reprodução do modelo clínico convencional de contenção das crises onde são os auxiliares de enfermagem que ficam no cuidado direto.

Para o grupo são as crises que mais desafiam a equipe em sua disponibilidade, envolvimento e compromisso com o cuidado dos usuários. Nestas situações é preciso fazer pactuações com o usuário, com a família, com o Técnico de Referência, com amigos, vizinhos, com as Equipes de Saúde da Família, com outros profissionais de dentro e de fora do Caps e outros serviços, que devem ser envolvidos no cuidado para assegurar ao usuário a melhor atenção possível.

A psicóloga destaca como os outros usuários, por vezes, respeitam e são solidários com o outro em crise e considera que isso é resultado de um trabalho que o Caps vinha fazendo. Discutem nas assembleias o que fazer nas situações de crise, por exemplo, e, com isso, promovem um aprendizado mútuo. Os usuários têm muito a ensinar sobre o modo de agir em situações de crise, pois, já as vivenciaram muitas vezes, mas ainda não é um diálogo fácil entre usuários e trabalhadores sobre o tema. Falta ainda aos profissionais acesso a estudos e pesquisas sobre o tema e maior aprofundamento das reflexões sobre o que fazer nas situações de crise.

As crises assustam e os trabalhadores se sentem vulneráveis, há situações de desespero e medo. Consideram muito estressante o cuidado das crises no Caps. Esse é um sentimento geral no grupo. Consideram que quando as crises envolvem agressão física, a equipe não consegue lidar, de forma mais articulada.

Relatam no grupo a discussão que tiveram em uma capacitação sobre ter mais profissionais homens nos Caps para ajudar nas situações de crise. Dizem que na cultura local, no nordeste, ainda há um ranço machista inclusive na cabeça das mulheres e de todos que foram criados lá e que a presença de um homem ajudaria muito nessas situações, pois alguns usuários, não todos, quando

estão no acolhimento noturno, só com mulheres, vão tirar proveito disso. Concordam que a gestão deveria pensar em ter mais homens trabalhando nos Caps e pensar nisso quando da distribuição dos profissionais.

Os profissionais do Caps vêm propondo que haja mais homens nas equipes e que, mesmo sabendo que isso não garante o cuidado nas crises. Os aspectos culturais e de gênero são trazidos para a discussão e estão presentes, cotidianamente, nas relações entre trabalhadores e usuários.

Essas relações são mais complexas do que podem parecer. Poderíamos perguntar: a presença de um homem na equipe significa menos agressividade em situações de crise? Ou a presença masculina pode desencadear uma agressão física? Quanto a variável gênero está presente no cuidado das crises? Como a cultura interfere nisso? São situações vivenciadas neste Caps e ainda pouco debatidas ou estudadas, assim como muitas das variáveis culturais e sociais presentes nesta clínica.

Bruna, cita o exemplo de uma usuária em crise que ficou em sua oficina e conseguiu ficar mais tranqüila, fazendo biscuit, até ser levada para a urgência. Mario retoma e insiste que a equipe precisa ter ações mais estruturadas para os usuários em crise. Concordam que cada situação é singular, pois no momento de crise um usuário pode querer falar apenas com a Assistente Social, com quem ele tem vínculo, ou então pode acontecer o contrário e ele nem querer ver este profissional ou o seu Técnico de Referência, pode querer ir para uma oficina que não frequenta e que nunca gostou e aí a equipe tem que ter abertura para acolhê-lo.

A responsabilidade da equipe envolvida no cuidado das crises é apontada, pois precisam tomar decisões nestes momentos, conversar entre si, chamar a família, chamar outro usuário ou outro técnico que tenha mais vínculo com a pessoa em crise, mesmo de fora do Caps ou de outra mini equipe, para que possam manter contato, ficar junto. Consideram que é, nestes momentos, que aparece a disponibilidade ou não dos colegas e as questões de núcleo.

Telma, enfermeira considera interessante a forma como os usuários se relacionam com o outro em crise. Eles ajudam, entendem e não param o trabalho

que estão fazendo nas oficinas. Concorde que a discussão sobre o respeito com um usuário em crise está sendo feito.

Jacira, coordenadora do Caps, cita o exemplo de uma assembléia, embora não esteja mais participando, pois têm coincidido com a reunião do coletivo gestor na secretaria. Havia um usuário muito agitado e todos paravam para olhar para ele interrompendo a reunião, até que outro usuário falou vamos continuar, vamos retornar, por que isso é assim mesmo, não é a primeira vez, é assim que funciona. Jacira achou interessante ter partido de um usuário essa intervenção, pois ninguém estava sabendo o que fazer naquele momento.

O grupo destaca a solidariedade de um usuário com outro nas situações de crise e o aprendizado que isso traz para todos, “lá fora a gente já tem tanta dificuldade a gente não pode criar aqui também, né”.

Assim como no Caps Liberdade, as situações de crise mobilizam muito os profissionais que ainda não puderam aprofundar suas reflexões sobre o tema e mudar radicalmente a forma de cuidar, não possuem ações terapêuticas mais contínuas de cuidado que incluam as crises como parte dos sujeitos e de suas práticas. Buscam o cuidado, dão suporte e (re) inventam possibilidades, mesmo assim, freqüentemente encaminham usuários em crise para a internação na urgência de saúde mental, o que recria um funcionamento com referência hospitalar da rede. As crises aparecem como situações limites que demonstram a fragilidade das equipes neste ponto e como a clínica convencional das crises predomina no cuidado cotidiano, o que mostra um momento de transição deste modelo e testa o potencial dos Caps para a transformação no cuidado das crises.

4.2.6 Relacionamento entre os Profissionais

Y – “Bom, é, a gente tinha falado um pouco, mas como é as relações entre vocês(())tendo em vista o trabalho do Caps, vocês poderiam falar um pouco da relação de vocês técnicos?”

(Silêncio)

?f – “entre tapas e beijos”.

Am – “@3@ que poder de síntese to impressionado agora”.

A pesquisadora pergunta sobre as relações entre eles. O grupo fica em silêncio, ri e demora a iniciar a fala. Não era fácil falar sobre os relacionamentos entre eles. A equipe estava dividida entre os mais novos no Caps e, também, entre turnos de trabalho. Os mais novos chegaram e se aproximaram muito, pois passaram pelas mesmas dificuldades e formaram um grupo de amigos.

O grupo traz o tema da amizade entre os profissionais. Alguns reclamam que os amigos, às vezes, excluem os outros. A mistura de relações de amizade e relações profissionais, em algumas situações, interfere negativamente no andamento do trabalho. O grupo considera importante se relacionar bem com todos, desde o porteiro ao pessoal da limpeza e com os trabalhadores dos outros turnos do Caps. Bruna não conhece a equipe da noite, mas vai um dia à tarde. A Terapeuta Ocupacional, diz que no Caps ninguém fica só no seu setor e o trabalho “suga as energias”, então, se não for um ambiente amigável fica tudo mais difícil, não dariam conta.

No grupo, há o reconhecimento da divisão entre novos e antigos. Os mais novos dizem que se juntaram muito, pois enfrentaram os mesmos problemas quando chegaram e isso os uniu mais, criaram laços de amizade, que ultrapassam o trabalho no Caps, se encontram fora do serviço, saem juntos. Estes profissionais chegaram na mesma época, quando vários profissionais antigos estavam saindo do Caps.

Outra divisão na equipe se dá em função dos turnos de trabalho, nem todos se conhecem e não há uma maior integração entre equipe da manhã, da tarde e da noite. Em relação ao turno noturno, a separação é ainda mais forte.

As relações entre os trabalhadores, como vimos também na análise do Caps Liberdade, são um tema essencial da clínica da atenção psicossocial e nesta discussão, aparecem os diversos sentimentos envolvidos e a importância de falar sobre o tema. A mediação para cuidar destas relações também é necessária, para que não sejam obstáculos na condução das práticas terapêuticas no cotidiano dos Caps.

O grupo concorda que a equipe é a força, a potência da clínica do Caps e que o trabalho exige muito do “currículo oculto do profissional”, isto é, aquelas

habilidades que vão além de sua formação técnica. O profissional de saúde mental se envolve mais com os outros, com os usuários e acaba tendo mais intimidade. O grupo ri quando Mario fala de sua teoria de que a intimidade é um erro, esse tema parece de conhecimento anterior do grupo.

Consideram que deve haver um compromisso ético, diário, dos profissionais para que o processo de trabalho possa ser realizado, pois, como em uma família, os afetos entre os profissionais sempre estarão presentes a prejudicar ou a potencializar o trabalho.

4.2.7 Relacionamento entre Profissionais e Usuários

Y – “e com os usuários como é que vocês vêem assim o relacionamento de vocês com os usuários? (3)”

Tf – “é a vinculação mesmo, às vezes mesmo não sendo técnico de referência, Sonia, por exemplo, eu sou a TR mas ela está sempre com Bruna então eu não consigo, tem usuários que você não consegue, que são chatos, que você não consegue, ou que eles não conseguem, já tem usuários que não dá, ou por medo não tem diferença(()).não tem diferença, não tem diferença:: de Rosa, mais Sonia ta sempre com Bruna que acaba havendo uma vinculação maior com ela do que com:: o técnico. Às vezes você acaba assim com o usuário (você ta com raiva) não consigo ficar mais com aquele usuário eu acho ele chato, não quer fazer intervenção. Já tem usuários que outros acham, mas você consegue fazer a vinculação isso assim eu percebo que às vezes tem usuários que não dá, ou por medo, por medo assim, no caso,alguns por medo ou você não consegue nem ver-nem ter a vinculação dele com você e nem a de você com ele, então eu acho que um pouco por isso também, acaba (()), não ficando só lá tem que cuidar, eu acho que passa por isso também.”

A pergunta sobre a relação entre profissionais e usuários provoca silêncio no grupo. Começam falando sobre o vínculo entre eles e os usuários, consideram que há usuários que eles não conseguem se vincular, “que são chatos”, e todos concordam no grupo. Há usuários que ninguém consegue uma boa vinculação e outros que eles têm medo. Chamam a atenção para o compromisso ético do grupo, pois é com esses usuários com mais dificuldades que precisam de maior esforço e de apoio na equipe para cuidar. Há usuários que, pelo contrário, eles consideram que cuidam demais, por terem uma relação de afeto estes usuários podem bater ou brigar com os técnicos que eles continuam próximos. Alertam

assim para a infantilização ou superproteção com alguns usuários enquanto com outros se afastam e não conseguem se vincular efetivamente.

Os profissionais demonstram franqueza ao falar dessas relações admitindo que não conseguem vínculo com todos os usuários, que sentem medo de alguns, que consideram outros chatos e que há outros que ninguém consegue se vincular. Isso é revelador das relações humanas no cotidiano do cuidado, onde a clínica da atenção psicossocial está por ser feita. Por outro lado, o grupo tenta manter o compromisso de atender, de cuidar, mesmo com dificuldades de estabelecer vínculo com todos. Evidencia-se novamente a pouca reflexão, entre os trabalhadores sobre essas relações e a falta de mediação para compreendê-las.

Aparece o incômodo pelo tratamento familiar que alguns usuários lhes dão chamando-as de tia. Aparece também o medo do envolvimento com os usuários, para além das relações no Caps. Bruna fala de sua posição de marcar a separação entre a sua vida fora do Caps e sua relação profissional com os usuários, não considera que sua relação é de amizade, mas sim de profissional, revela o medo da intimidade com os usuários em relação à invasão de sua vida privada.

A periculosidade em relação ao louco está presente na subjetividade dos profissionais, as relações com os usuários não são tranquilas, são carregadas de afetos e de medos, as defesas que se estabelecem também são muitas e uma delas é a separação entre o profissional e o pessoal, como se conseguissem demarcar claramente essa linha divisória. Racionalmente esta separação funciona, para alguns profissionais, possibilitando o trabalho no Caps. As barreiras afetivas e de racionalidade, que se interpõe nas relações entre técnicos e usuários ficam evidentes.

Os profissionais explicam que foi preciso determinar quem seriam os técnicos de referência para os usuários como uma medida organizativa, para distribuir equitativamente o trabalho entre os técnicos. Consideram também que não poderiam fazer essa escolha pela afinidade dos usuários com os profissionais, pois isso desequilibraria o número de usuários por técnico.

Os TR foram determinados para os usuários e mesmo que solicitem não são substituídos, mesmo que o vínculo seja com outro profissional. Argumentam que os usuários são inconstantes em sua vinculação. Nesta forma de organizar o trabalho fica evidente a não participação do usuário no processo de escolha de seu Terapeuta de Referência, como já assinalamos.

O TR deveria ser a pessoa com quem se estabelece um vínculo que torna possível a relação terapêutica, o acompanhamento do projeto terapêutico, mas essa questão está sendo tratada como uma medida administrativa dos técnicos para os usuários, uma medida de organização burocrática do serviço e não como um elemento central da clínica da atenção psicossocial, que por sua natureza precisa ser flexível e considerar os afetos de todos os envolvidos.

Aparecem as preferências e afinidades dos próprios técnicos por alguns usuários, os ciúmes por não serem os TR deles ou o apego “aos seus usuários” e todos os sentimentos da vida ordinária que não têm nada de apenas profissional, mas muito de cada um, de pessoal nessa relação. Não são apenas os usuários que possuem afinidades e que oscilam nesses vínculos, mas também os profissionais. Essas dimensões mesmo presentes não aparecem como elementos a serem refletidos para a definição dos Terapeutas de Referência.

Os profissionais vivenciam os conflitos dessas relações, parecem querer estar inteiros, envolvidos, na relação com os usuários, mas justificam que não podem estar, pois precisam manter-se como profissionais e os usuários podem confundir esse envolvimento, essas relações podem representar um risco para a vida privada de cada um, então vivem a ambivalência de estar e não estar nessa relação. Os profissionais precisam se vincular para cuidar, mas se afastam para se proteger. Esta ambigüidade determina estas relações e afeta os vínculos de cuidado.

O grupo não parece estar conseguindo construir relações compartilhadas, de parceria e de confiança com os usuários para poderem dividir as decisões, as escolhas, os medos e dificuldades do cotidiano do cuidado. Desta forma, colocam à frente e como barreiras, para essa relação, regras pré-determinadas, ordens administrativas e técnicas e a clínica passa a se submeter a este ordenamento.

4.2.8 Relacionamento com as Famílias

O David Capistrano sofreu uma interrupção no seu funcionamento como Caps de maio de 2007 a abril de 2008 por causa de uma reforma na estrutura física da casa. A equipe continuou se reunindo em outro lugar, mas a interrupção nos atendimentos provocou diversas rupturas no cuidado prestado.

Marília explica que faziam uma reunião com familiares uma vez por semana, que acabou por uns nove meses por conta de problemas no espaço físico. Antes eram muitos familiares que vinham e naquele momento as reuniões estavam sendo mensais e poucos familiares estavam comparecendo.

Havia contato com as famílias também nas visitas domiciliares, no acolhimento e nas assembléias. Outros familiares não vêm, não procuram, Sara, psiquiatra, diz que alguns vêm até demais, que querem entrar em todos os atendimentos e outros que não querem nem ouvir sobre o usuário. Marília, TO, diz que uma dificuldade é que alguns familiares levam o usuário em crise para a urgência de saúde mental e lá solicitam internamento sem passar pelo Caps, assim há um distanciamento e fica mais difícil o contato com esses familiares.

As dificuldades encontradas passam tanto pela disposição de cada família para o acompanhamento do usuário, até as questões de funcionamento do próprio serviço, que causam distanciamento entre Caps e familiares. As relações são de conflito com os familiares, pois há muito descompasso entre as expectativas dos familiares e o que o Caps se propõe a oferecer.

Jacira traz a imagem de uma pedra muito bem construída e solidificada. Precisam implorar para que os familiares venham ao Caps, pois a maioria está ausente. Mario resgata a reflexão sobre o modelo de atenção pré-existente, que excluía as famílias do cuidado, internando por longos períodos e restringindo o acesso das famílias ao hospital psiquiátrico.

Concordam com metáfora da pedra, compreendem que esse modelo foi construído por séculos e que essa pedra se solidificou. A relação das famílias

com o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico ainda não mudou. O grupo aponta o distanciamento e a des-responsabilização dos familiares.

Após cerca de 20 anos de implantação dos primeiros Caps no Brasil, ainda é um desafio mudar a forma de relação com as famílias e das famílias com os usuários. O grupo considera que conseguiu modificar estas relações com algumas famílias, que passaram a acompanhar os usuários e a solicitar mais atenção, mas ainda são exceções.

Nesse ponto, fica evidente a não existência de diálogo aberto sobre as expectativas da família e a construção conjunta da parceria que se espera nessas relações. Pelo contrário, parecem prevalecer expectativas frustradas, de ambos os lados, sem mediação para o entendimento.

Além desse aspecto, aparece certa acomodação dos profissionais em relação à posição dos familiares e uma opção explícita pelos usuários. Embora os profissionais considerem o sofrimento das famílias, suas falas dizem: eles não são interessados, eles foram acostumados desta forma, querem apenas se livrar por algum tempo de seu filho, marido ou esposa. Os trabalhadores tomam os usuários como seu alvo de investimento e cuidado e não as famílias.

No Caps Liberdade constatamos estes mesmos sentimentos em relação aos familiares, embora considerem importante o envolvimento das famílias, ainda duvidam da possibilidade de mudanças significativas nesta relação.

Quanto ao funcionamento do Caps no sentido de facilitar a aproximação com os familiares o grupo de profissionais se mostra aberto e flexível para receber os familiares no Caps, de acordo com suas possibilidades. No caso de acolhimento noturno, o Caps solicita que a família esteja presente, deixa aberta a visita a qualquer hora, para não provocar mais distanciamento.

4.2.9 Avaliação dos Caps

O grupo considera que os Caps são uma proposta muito desafiadora, mas consideram que ainda está muito distante do que o prescrito, das diretrizes e das

expectativas em torno destes dispositivos. Consideram fundamental o desejo e a motivação dos trabalhadores de atuar nos Caps e a valorização no trabalho. Para este grupo este é o eixo central de toda a problemática que os Caps enfrentam hoje.

Os profissionais reiteram as dificuldades que encontraram nas relações de trabalho, as deficiências na formação em saúde mental e refletem sobre o desconhecimento dos profissionais de saúde em geral, em relação ao trabalho nos Caps e também sobre o imenso preconceito em relação a este campo, entre estes trabalhadores.

Argumentam que os profissionais deste campo mesmo sem muito interesse pelo trabalho em saúde na comunidade preferem ir ao PSF. Uma das razões para isso é a gratificação deste programa, que aumenta o salário pelo dobro ou pelo triplo - no caso de fazer 40h. O Caps fica como punição para os que não se classificaram nos primeiros lugares do concurso, de onde ninguém consegue sair. O grupo pergunta: que política de gestão de Recursos Humanos é essa? Para um trabalho que é singular é preciso pensar nas pessoas que trabalham nos Caps também de uma forma diferenciada. Gilda, psicóloga conta que quando foi chamada para assumir lhe perguntaram na prefeitura se ela estava sentada para receber sua lotação, então disseram que ela iria para o Caps. Para Jacira disseram: você vai pro Caps, “cuidado para não sair de lá doida”.

Cf: e trabalhando aqui por que quando você trabalha numa parte burocrática alguma coisa assim talvez não faça diferença não, agora em um trabalho que a gente pensa que é singular, que mede a diferença entre trabalhar (())a gente precisa pensar nos recursos humanos que trabalham em Caps de uma forma diferente e isso eu acho que isso, como seria eu particularmente não sei, não faço nem idéia, mas eu acho que precisava ser muito diferente do que ta hoje.

Gf: quando eu passei no concurso o RH pediu você (()) ah ta sentada?, ta sentada?(())você já é recebida assim, aí você liga, ah quero saber minha lotação, não então tá sentada?, Então diga, é pro Caps, sim e aí, não tem o que fazer né, você não tem pessoas sensíveis

Cf: pra mim o rapaz disse, infelizmente, só tem o Caps

Jf: pra mim disse, você vai pro Caps é, cuidado pra não sair de lá doida

O sentimento de estarem presos e cumprindo um castigo é compartilhado por todos no grupo. Carla, Assistente Social, atualmente quer ficar no Caps, mas nem todos os profissionais que chegaram resignificaram sua visão sobre a saúde mental, desconstruíram seus medos e preconceitos e passaram a gostar do

trabalho, mas, mesmo assim, não conseguem ser transferidos. Essa questão retorna ao debate do grupo. Este tema iniciou a discussão e continua presente no grupo até o final.

O cuidado com os profissionais não está acontecendo e eles se perguntam reiteradamente como vão fazer um serviço diferenciado, que cuida, respeita e escuta o outro em seu sofrimento se eles não são respeitados, valorizados e escutados enquanto trabalhadores.

Ao avaliar os Caps, a forma como são tratadas as relações de trabalho aparecem relacionadas diretamente com a efetividade do serviço. Quando perguntados sobre a efetividade dos Caps, são os profissionais que conheceram como eram tratados os usuários no Hospital Adauto Botelho ou nas clínicas psiquiátricas, ainda existentes no município, que conseguem afirmá-la com mais clareza e segurança, do que os profissionais que chegaram na área da saúde mental a partir dos Caps.

Esta situação caracteriza o atual momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, enquanto há usuários e trabalhadores que vivenciaram o Hospital Psiquiátrico como o modelo de tratamento, há usuários e profissionais que nunca passaram por um hospital psiquiátrico e avaliam os serviços de outro lugar, sem comparar com o antigo modelo, mas a partir dos próprios Caps e do trabalho que lá realizam.

Os trabalhadores que participaram da transformação do modelo de atenção em saúde mental no município e vivenciaram as mudanças lá operadas, conseguem afirmar com segurança, as diferenças existentes entre as formas de tratar com diversos exemplos de usuários que saíram das clínicas psiquiátricas, onde já estavam condenados como incapazes e crônicos, e voltaram a viver nas residências terapêuticas, na comunidade e com o cuidado dos Caps.

Para os outros profissionais, as exigências de efetividade dos Caps são maiores. A expectativa que cada trabalhador tem do Caps é uma variável relevante a ser considerada na avaliação que fazem destes serviços. Enquanto para alguns trabalhadores o Caps é diferenciado do Hospital Psiquiátrico, tanto pelo que já produziu no modelo de atenção quanto por sua natureza aberta e

comunitária, para outros, este serviço precisa provar sua efetividade, de forma mais concreta.

Comparado ao modelo de atenção anterior, o Caps como símbolo dessa mudança, é considerado efetivo pelos profissionais, pois mudou a forma de olhar, escutar e cuidar, mas como as dificuldades que eles vêm enfrentando para “segurar” esse cuidado diferenciado têm sido inúmeras, o momento é de questionamento nestas equipes.

Os profissionais concordam que os Caps têm efetividade comparada ao modelo do Hospital Psiquiátrico. Apontam várias diferenças com o que existia.

Carla, Assistente Social, que representa o perfil dos profissionais que não conheceram o modelo hospitalar e estão há pouco tempo na área da saúde mental, constata que ainda faltam dados sobre a resolutividade do serviço, que mostrem as diferenças com o modelo hospitalar mas também identifica, através dos colegas os progressos de alguns usuários, desde que saíram da internação em Hospitais Psiquiátricos.

Marília, Terapeuta Ocupacional, que representa os profissionais que conheceram o tratamento no modelo hospitalar considera “fantástico” todo o movimento da Reforma, mesmo com as dificuldades que encontram. Ela conta ao grupo que quando fechou o Hospital Adauto Botelho e foram buscar usuários para as Residências Terapêuticas, os técnicos diziam: vocês vão levar essas pessoas? Vocês estão loucos? Eram pessoas com 20, 25 anos de internamento, alguns comiam no chão e os profissionais do hospital não acreditavam que aquelas pessoas pudessem melhorar e viver fora da instituição hospitalar.

Marília viu as mudanças ocorrendo com cada um dos usuários que saíram, acredita no processo da Reforma e considera que é importante ver as mudanças acontecerem. Bruna, oficinaira, cita um passeio que fizeram com usuários considerados crônicos, que ninguém acreditava que poderiam ser atendidos no Caps, que transcorreu muito bem. Para ela, no manicômio seria impossível, pois estavam abandonados como bichos e hoje estão mudados.

O grupo concorda que o tratamento no Caps é muito diferente mesmo, desde cada profissional e a equipe que tem um olhar diferenciado, pois valorizam o ser humano, oferecem escuta, estão dispostos a ouvir as pessoas. Citam como

exemplo, quando um profissional do Caps esteve em uma das clínicas psiquiátricas do município e um paciente se aproximou dele, neste momento o funcionário de lá fazia gestos para que não conversasse com ele.

O grupo avalia que escutar, valorizar e dar credibilidade ao que o usuário fala já marca uma diferença no cuidado dos Caps.

A pesquisadora pergunta sobre outras dificuldades que encontram para realizar o trabalho no Caps. As dificuldades foram aparecendo durante o grupo de discussão, mas quando perguntados especificamente sobre este tema o que aparece primeiro são as dificuldades com recursos financeiros para comprar equipamentos básicos de funcionamento de um CAPS III, como camas, portas, fechaduras, capas de colchão e lençóis. Mario que faz parte da gestão, como apoiador institucional, coloca esse problema, pois o Caps possui um recurso para administrar, mas que só lhe permite comprar material de consumo como copos descartáveis, por exemplo, para ele isso limita a reposição e o conserto rápido de equipamentos, camas ou portas que são quebradas.

Consideram o problema da legislação, que impede esse tipo de compra com o recurso de suprimento de fundos, mas Carla, Assistente Social, argumenta que o problema não são as leis que regulamentam os gastos em serviços públicos, mas sim os gestores que não fazem planejamento de compras e reposição, não conhecem as necessidades e não priorizam os serviços que prestam atendimento direto à população. Explica que o maior gasto e zelo dos gestores têm sido com as atividades meio, com seus gabinetes e escritórios administrativos e não com as atividades fim, que atendem diretamente aos usuários: “O Caps fica por último”.

Então para o grupo, o problema não seria das leis e regulamentos quanto aos gastos no setor público, mas da gestão dos recursos para a manutenção dos serviços e mais ainda das concepções de quem administra sobre as prioridades no campo da saúde.

Essa situação agrava os descontentamentos já existentes, como a baixa remuneração e a não opção pelo trabalho com saúde mental. Aparece também a insatisfação com a falta de equipamentos que limitam as práticas terapêuticas, como a falta de aparelho e caixas de som, de DVD e de televisão. A insatisfação

também está com o ambiente da casa que abriga o Caps, com os consertos que não são feitos e as camas que não são repostas.

Como dissemos, o Caps David Capistrano atravessava problemas de segurança, a casa estava sendo invadida à noite. Os auxiliares de enfermagem, que trabalhavam no período noturno, estavam com medo de permanecer no Caps. Com isso, precisaram interditar uma parte da casa, as janelas estavam quebradas e ainda não haviam sido consertadas. Havia retirado as camas do seu lugar e transferido-as para outras salas de atendimento, isso estava prejudicando a realização das oficinas e dos grupos terapêuticos, bem como, limitando a capacidade do acolhimento noturno.

Este Caps estava recomeçando. Há pouco tempo haviam passado por uma reforma que interrompeu o atendimento por muitos meses, tinham retornado há seis meses e estavam vivenciando novamente, uma situação que colocava em suspenso o serviço em sua missão central de acolher os usuários em crise. Esses acontecimentos criavam uma grande instabilidade emocional na equipe que afetava também aos usuários e todo o cotidiano do cuidado no Caps.

Carla, Assistente Social, conta que quando trabalhava no Caps Liberdade reclamavam que tinham apenas dois computadores e uma impressora muito ruins, mas no Caps David não tinham nem uma impressora. Reclamam da demora, por parte da gestão, em resolver os problemas de infra-estrutura. Argumentam: “as coisas não são resolvidas”.

O grupo avalia que há altos e baixos e que, naquele momento, era grande a insatisfação de todos. Tanto o Caps David como o Caps Liberdade vivenciavam dificuldades em relação às condições de trabalho e à desmotivação dos profissionais, o que afetava muito a clínica praticada, afetando as relações entre eles e com os usuários.

4.3 Grupo Caps Jael: um Caps conquistado

O Grupo de discussão do CAPS Jael ocorreu no dia 23 de outubro de 2008, com duração de 02 horas, 04 segundos e 22 minutos e teve a participação de 12 profissionais. (Quadro 3)

Códigos	Nome fictício	Ocupação	Tempo de trabalho no CAPS	Idade
Af	Amanda	Assistente Social e Coordenadora	8 meses	42
Am	Álvaro	Agente operacional	5 meses	30
Sf	Sofia	Assistente Social	5 meses	31
Wm	Wanderlei	Assistente social	5 meses	28
Mf	Monica	Oficineira	8 meses	26
Tf	Tamara	Psicóloga	8 meses	31
Mm	Manoel	Oficineiro	8 meses	22
Kf	Karine	Aux enfermagem	5 meses	25
Cf	Cintia	Agente Operacional	5 meses	32
Ef	Emília	Agente operacional	5 meses	30
Rf	Luiza	Agente operacional	5 meses	43
Mf	Mirela	Oficineira	8 meses	25

Quadro 3: Caracterização dos participantes do grupo de discussão: CAPS Jael

4.3.1 Criação do Caps e Trajetórias dos Profissionais

Y – “Estamos hoje aqui no Caps Jael hoje é dia 23 de outubro de 2008 com grupo de discussão com os profissionais do Caps. Queria começar esse grupo perguntando um pouco pra vocês falarem sobre como esse Caps foi criado? Como é que ele iniciou? Como foi o processo de criação do Caps?”

Af – “esse projeto já tem uns quatro anos que vem aquela coisa toda de construção e o Caps ele, a proposta foi na conferencia de saúde, uma das conferencias de saúde a solicitação da pessoa até que recebeu a homenagem aqui com o nome do serviço né que é Dona Jael que já faleceu ela era líder comunitária, conselheira de saúde então ela levou essa solicitação pra conferencia e aí foi aceito e já havia esse projeto, só que inicialmente era um projeto até pra Caps AD, mais pela demanda mesmo dessa região em transtornos né e terminou ficando como Caps pra psicótico. E a gente já ta funcionando desde fevereiro na verdade a gente vem funcionando, porque a equipe começou a ser montada desde fevereiro desse ano e aí a gente continuou fazendo um trabalho as pessoas que foram chegando foram somando e a gente começou um trabalho na comunidade já que a gente não tava especificamente com o serviço inaugurado, funcionando, todo estruturado, então a gente começou a fazer nas unidades básicas de saúde esse trabalho de contato de saber quais eram as necessidades que eles apresentavam né. E com os Caps que também já tinham esses usuários que estavam em tratamento que seriam encaminhados pra gente porque seria da nossa região já que a gente estaria trabalhando. E desde maio, do dia vinte e oito de maio que a gente inaugurou e aí começou realmente a trabalhar a todo vapor né”.

O Caps Jael foi criado a partir da organização e luta da comunidade que representa a região mais vulnerável do município e que não possuía nenhum serviço de saúde mental. A militante Jael Patrício faleceu antes de ver o Caps inaugurado e, por seu empenho na comunidade e na criação deste serviço, recebeu seu nome. Essa trajetória marca a identidade deste que é o mais novo Caps III da rede de atenção psicossocial de Aracaju e que demonstra as mudanças ocorridas no próprio processo da Reforma Psiquiátrica, desde a criação do Caps David Capistrano e do Caps Liberdade em 2002. Estes dois primeiros serviços nasceram das necessidades do processo de desinstitucionalização, da mudança do modelo de atenção e precisavam dar conta de uma demanda de pacientes que foram por muitos anos internados nos hospitais psiquiátricos da região.

Inaugurado em 2008, foi construído pela organização e luta de uma comunidade totalmente desassistida pelo Estado nos vários âmbitos das políticas públicas. O bairro “Pau Ferro” está em uma região da periferia de Aracaju,

considerado violento, onde o tráfico disputa o poder. A luta da organização comunitária para a instalação de um Caps marca a presença do Estado de uma forma nova, não apenas pela repressão e aumento do policiamento no local, mas pela oferta de cuidados à saúde da população. A construção do Caps trouxe outros investimentos no bairro, como o asfaltamento de ruas, iluminação, segurança local e melhoria no transporte.

O Caps Jael é o único da rede municipal que foi construído para ser um Caps, os outros estão em casas alugadas. Sua sede é ampla, bem cuidada e acolhedora. A comunidade o chamava de “Shopping do Pau Ferro” e sua construção gerou muito interesse da população pelo novo espaço. No início o Caps se tornou um lugar onde a comunidade levava todas as suas demandas, um canal de diálogo com as políticas públicas em geral, os moradores iam ao Caps para saber o que era aquele lugar, conhecer o trabalho e buscar apoio para as mais diversas necessidades de saúde, assistência, segurança, não somente de atenção em saúde mental.

A equipe precisou escutar, conhecer e respeitar a comunidade para poder realizar seu trabalho. Antes de o Caps ficar pronto, os profissionais, que já estavam na equipe, percorreram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), do território, para fazer contato com as equipes de saúde da família e com os agentes comunitários de saúde para se apresentar e propor um trabalho conjunto. Além das UBS foram aos outros Caps do município, pois muitos usuários, por morarem naquela região, passariam a ser atendidos no Caps Jael.

O Caps Jael havia sido inaugurado há 5 meses e os profissionais foram sendo chamados principalmente do último concurso público para formarem a equipe que estava se constituindo. A trajetória de cada profissional é diversa, mas há uma característica diferenciada nessa equipe, está presente nos profissionais o desejo de trabalhar com saúde mental e em um Caps. Muitos não conheciam, não sabiam o que era o trabalho, não tiveram nenhuma experiência e poucos aprenderam deste campo nas suas formações, seja no nível técnico ou nas graduações, como nas outras equipes dos Caps, mas, em maior número, estavam desafiados e interessados pelo trabalho.

Karine, auxiliar de enfermagem, que foi chamada do concurso para o Caps, considera que os auxiliares e enfermeiros sempre vão preferir trabalhar com problemas físicos a mentais: “para o auxiliar de enfermagem se torna um pouquinho difícil juntar esses dois pólos num único tipo de tratamento, porque na área de saúde físico né clínico né físico-clínico, sem mental, você cuida da pessoa que está com uma dor você, cuida daquela dor, se a pessoa tá com um sofrimento psicológico né já é outra pessoa que vai cuidar daquilo específico, tipo o psicólogo né, o psicólogo chega lá e vai conversar e aqui a gente tem que fazer esses dois e muitas vezes fica um pouquinho difícil pra gente, mas é o trabalho no conjunto, e você vai tentando”.

Estas concepções dualistas de sujeito e de saúde predominam entre os profissionais, com destaque para a enfermagem, neste caso, pois têm sido a base da sua formação, em grande parte dos cursos, influenciando diretamente para a insegurança e a falta de desejo para o trabalho em saúde mental constituindo-se em barreiras para a atuação na clínica da atenção psicossocial.

Os profissionais da recepção e administrativos, por sua vez, precisaram enfrentar os preconceitos sociais sobre a loucura. Demonstaram, em suas falas, que os medos foram se dissipando quando passaram a conhecer e conviver de perto, com as pessoas em sofrimento psíquico grave e assim conseguiram se envolver no trabalho do Caps. Cíntia que nunca havia trabalhado neste tipo de serviço considera que o trabalho no Caps é muito diferente. Álvaro, agente administrativo, já conhecia o Caps ad onde foi voluntário em uma oficina de música e já havia trabalhado na educação especial. Os novos profissionais estão conhecendo a saúde mental através do trabalho nos Caps e estão ressignificando a formação que tiveram e as visões sobre os usuários.

Luiza também não sabia o que era Caps, era amiga da Dona Jael que lhe dizia: “você dá pra trabalhar no Caps, você tem perfil, você conversa muito e você dá pra trabalhar no Caps”, mas Luiza imaginava que atenderia outras pessoas “quando eu cheguei a coisa não era como eu imaginava e no primeiro dia, eu não saí de traz do balcão, em hipótese nenhuma, com medo, fiquei mesmo apavorada no primeiro dia e eu fiquei, eu digo não, acho que aqui não vai dá certo, mas continuei, o segundo dia e agora eu não me imagino mais fora do Caps, porque

eu adoro as pessoas daqui e estou convivendo muito bem com o pessoal que é com doença mental, e é isso, eu adoro aqui, acho que não penso em sair tão cedo”.

Sofia, assistente social, estava há 3 meses no Caps Jael mas já havia trabalhado em um Caps II do interior durante 3 anos. Passou no concurso em Aracaju, gosta do trabalho, mas quando entrou na área da saúde mental não conhecia nada, como para a maioria dos profissionais “a faculdade tem muito pouco em relação à saúde mental”, conta que no início achou que não ia gostar, mas depois que conheceu o trabalho “se descobriu na saúde mental”.

Wanderlei, também assistente social, teve experiência de trabalho em uma residência terapêutica do interior do Estado, veio para Aracaju quando passou no vestibular, já trabalhou com educação especial, quando passou no concurso para a saúde não queria mais ir para a saúde mental queria conhecer outros serviços, mas veio “ta sendo uma experiência nova pra mim, porque efetivamente trabalhar em Caps eu nunca trabalhei, num Caps III muito menos, então esta sendo uma experiência bastante interessante, sendo uma descoberta pra mim”.

Monica começou na saúde mental como recepcionista no Caps Arthur Bispo que é um Caps I, se envolveu nas oficinas e passou a ser oficineira, fez uma seleção para vir pro Caps Jael e diz: “aí vim trabalhar aqui, também adoro o que faço”.

Amanda, Assistente Social conta que está há 7 anos na saúde mental, trabalhava e foi coordenadora por 5 anos no Caps Arthur Bispo. Estavam trabalhando para transformá-lo em um Caps III quando foi convidada para coordenar o Caps Jael: “a gente imagina que não é muito diferente Caps III, mas é bastante diferente então to aqui nesse desafio junto com a equipe”.

Tamara é psicóloga, estava há 8 meses neste Caps, como estudante teve contato com a saúde mental no estágio e também com as discussões da luta antimanicomial, diz “sempre foi algo que me seduziu, que eu enxergava a possibilidade de desenvolver um trabalho diferente de trabalhar autonomia”, pois era um movimento de crítica, de reavaliação, de trabalho em equipe. Quando se formou foi trabalhar na área da saúde em geral durante quatro anos, mas diz que esse trabalho não lhe seduziu muito, então passou no concurso e esperou quase

3 anos para ser chamada e agora pode dizer que está tendo experiência profissional com Caps e Caps III, diz que foi uma surpresa vir para o Caps mas uma surpresa interessante, diz “eu estava entusiasmada pra esse desafio, é um desafio constante, cotidiano, diário, de rever as nossas praticas, as nossas atitudes, mais acho que é isso que me encanta também essa possibilidade de pensar o fazer da gente, é isso”.

Manoel, também conheceu a saúde mental nas aulas do curso de Psicologia. No Caps exerce a função de oficinairo de teatro, conta que alguns estudantes tinham medo de se aproximar da saúde mental, mas que para ele o contagiava, fez visitas aos Caps por conta própria e lá descobriu as pessoas, suas histórias e suas vidas e se encantou, mas este encanto ficou guardado até que o convidaram a fazer a seleção para oficinairo no Caps Jael: “aí fui tão feliz que o dia que me colocaram aqui quase que foi quase que, enfim, descobrir, descobrir mais aquilo que sempre me interessou e aí levou faz mais ou menos alguns meses isso, e trabalhar com teatro aqui, acho uma satisfação, sei lá, enfim, é uma oportunidade única”. Considera que o teatro dá voz as pessoas que podem se mostrar e ser quem elas quiserem.

O Caps está sendo uma descoberta para estes profissionais, o contato com os usuários no cotidiano tem transformado suas concepções sobre a loucura e seu desejo pelo trabalho. Em grande parte, a equipe está motivada com o desafio de construir um Caps III nesta comunidade e com o que estão aprendendo, tanto do trabalho de cada um como dos outros profissionais.

4.3.2 Formação para o Trabalho em Saúde Mental

Como nos outros grupos de discussão, a formação dos profissionais para o trabalho nos Caps é quase inexistente e os profissionais estão se preparando no cotidiano do trabalho. Álvaro possui experiência anterior com o trabalho de saúde mental na escola e vivência familiar com os transtornos mentais e isso lhe fez ter sensibilidade para este campo, que tem direcionado sua trajetória profissional. Ele

é agente administrativo, mas também faz uma oficina de música no Caps. Considera a música terapêutica e acredita no ser humano e na possibilidade de equilíbrio nos transtornos mentais.

A equipe participou de capacitações promovidas pela gestão do município. Wanderlei, assistente social, pontua que na grade curricular de seu curso não havia nada de saúde mental, mas que direcionou seus estudos e práticas para esta área. Monica, oficinaira, pensa em estudar mais, fazer serviço social e pós-graduação na área de saúde mental. A motivação com o trabalho que está realizando tem sido essencial para a vontade de estudar mais e continuar nesta área.

Sofia, que já tem uma trajetória na saúde mental, pois trabalhou em outro Caps no interior do estado, faz uma análise do seu próprio processo, considera que tinha os mesmos preconceitos que a sociedade tem da loucura e que direcionou sua formação para a saúde em geral. A saúde mental veio com o trabalho no Caps. Teve desilusões com as dificuldades da área, principalmente com as condições de trabalho mais do que com o cuidado dos usuários. Por isso resistiu a novamente trabalhar em um Caps, mas diz que está por que gosta da saúde mental. Sofia teve que enfrentar o preconceito dos amigos não apenas sobre “os loucos”, mas também sobre “quem trabalha com loucos”. Enfrentando estes preconceitos passou a defender as pessoas e a área da saúde mental: “na sociedade, amigos perturbam, brincam, dizem, ah trabalha com louco, você também é louca e você, eu já tenho aquela postura da defesa né, já vi, sempre tento defender que não é isso não”. Tamara, psicóloga, se identifica com essa posição de defesa da saúde mental e assume isso para sua vida como cidadã não apenas como profissional.

Os profissionais da área da saúde mental explicitam a dimensão ética deste trabalho que exige um posicionamento ideológico, clínico, social, político. Não é apenas uma rotina de cumprir com suas tarefas técnicas, fazer diagnósticos e indicar tratamentos, mas lhes exige uma posição frente à sociedade uma defesa de suas escolhas, de seu desejo, de seu trabalho e uma luta pela mudança das concepções hegemônicas sobre a doença, a loucura e os sujeitos.

Para Karine, auxiliar de enfermagem, a saúde mental vai além do Caps e, se precisa, defende os usuários onde ela estiver. Fala que não teve formação, assim como a maioria dos profissionais que chegaram para trabalhar, desde o primeiro Caps da rede de Aracaju. Só quem tinha alguma experiência eram os auxiliares de enfermagem que vinham do Hospital Psiquiátrico. Para ela a formação depende de cada profissional querer aprender e buscar informação e se realiza no cotidiano do serviço, não existem fórmulas, receitas e nenhum curso que possa preparar os profissionais.

Amanda, coordenadora, diz que para ela, profissionalmente existe o antes e o depois do Caps, pois se realizou, como assistente social, trabalhando neste serviço. Fala de sua realização profissional na saúde mental, mas conta que quando era estudante não queria nem pensar em fazer estágio no antigo Hospital Aduato Botelho, tinha medo e pânico daquele lugar. Desde que foi para os Caps, não pensa em outro trabalho e diz que parece que a saúde mental está no seu sangue, pois as pessoas com transtornos mentais se aproximam muito dela, em qualquer lugar que ela esteja.

A formação e a prática dos profissionais, do campo da saúde mental, historicamente vêm dos Hospitais Psiquiátricos, da clínica psiquiátrica. Esse cenário vem se modificando no Brasil, nas últimas décadas. Hoje temos um perfil diversificado de trabalhadores e de serviços, como verificamos nestes três Caps analisados. Os trabalhadores dos Caps e de outros dispositivos de cuidado em saúde mental na comunidade formam hoje um novo grupo de profissionais, cuja subjetividade está sendo produzida a partir de outros referenciais teóricos e de outro contexto, social, político e assistencial. Mesmo assim, ainda é visível o descompasso entre as mudanças na formação e no modelo de atenção.

Os profissionais do Caps Jael, nunca trabalharam em Hospital Psiquiátrico e tiveram sua prática profissional formada a partir dos Caps. Manoel, por exemplo, que era oficinairo no Caps e estava cursando Psicologia, constatava que a teoria que teve na graduação estava se tornando significativa na prática. Ele representa uma nova geração de profissionais que puderam questionar a clínica psiquiátrica, e aprenderam sob outros referenciais teóricos. Iniciaram suas trajetórias profissionais em um Caps ou em outros dispositivos de atenção

comunitária, sob a égide da lei 10.216, da emancipação e do empoderamento dos usuários e, desta forma, os novos trabalhadores deste campo, constroem sua identidade profissional e suas concepções sobre a clínica, a partir deste novo modelo de atenção: “a prática faz sentido agora”.

4.3.3 A Complexidade da Clínica

O Acolhimento é o início da clínica dos Caps, o início do vínculo terapêutico.

Y – “Vocês podiam me falar um pouco como vocês organizam o trabalho aqui de vocês? Como é que realizam o trabalho? Como que é organizado o trabalho desde que o usuário chega?”

Mm – “Eu acho que é uma boa perguntar para as pessoas mais obsessivas, mas elas não estão nessa mesa hoje”

Sf – “como a nossa equipe é de portas abertas né, o usuário chega aqui é recebido pelo pessoal da recepção e aí nesse momento já se tenta obter o máximo de informações e tentar entender o que ele tá procurando se é a demanda do nosso serviço né, aí é feito a parte de preenchimento, percebido que é prá cá, ou não, não tem certeza que é daqui ou não. Preenche um formulariosinho com dados pessoais dele e aí têm um técnico de plantão todos os dias para esse momento do acolhimento que vem logo em seguida e aí é passado pra gente a ficha, os documentos dele, caso já tenha documento, se caso não tenha pode trazer depois não vai impedir esse primeiro momento, esse contato do técnico, da enfermeira, a demanda dele qual é então é feito isso a gente vai fazer o acolhimento propriamente dito. Aqui no Caps a gente faz com dois profissionais de preferência, existem dois profissionais a cada turma de plantão pra esse serviço, pra esse momento. E aí nesse acolhimento a gente vai definir se o usuário precisa desse tratamento que a gente oferece aqui ou não, se caso tenha duvida porque muitas vezes surgem duvidas se ele se é isso mesmo que ele precisa, se o melhor pra ele é estar aqui ou em outro serviço outra demanda, mais caso tendo duvida mesmo assim ele fica, na duvida a gente deixa pra avaliar melhor né. Aí feito esse momento preenche toda a parte documental mesmo que é necessária e aí já se procura definir nesse momento com o usuário de preferência com o familiar se ele estiver junto à gente sempre tenta fazer junto com a família que já começa a pactuar dali todo o tratamento né. E aí já procura definir quais oficinas, quais os dias o usuário já vem tudo de acordo com a demanda que ele oferece né, com a necessidade dele adequar as oficinas que nós temos já estruturadas já pré definida que a equipe tem as atividades que desenvolvemos aqui com diversos profissionais e aí aplica o que é mais adequado pra esse usuário. Daí em diante ele começa a frequentar vê questão de medicação se ele já está vindo medicado de outro serviço como que é isso aí agenda a consulta psiquiátrica também pra ser avaliado pelo psiquiatra, medicado. E aí ele começa a frequentar o serviço, é inserido no serviço de imediato.”

No Caps Jael, após passarem pela recepção, os usuários são acolhidos por dois técnicos, um de nível superior e um de nível médio, no momento em que o usuário chegou ao serviço. Avaliam que esta forma tem sido efetiva, pois envolve a equipe como um todo no acolhimento, quando se começa a construir o projeto terapêutico com o usuário e assim se pode ampliar a percepção da situação-problema e indicar diversas possibilidades terapêuticas.

Além disso, é visível uma maior integração entre nível médio e superior de técnicos e auxiliares de enfermagem com os outros profissionais, pois realizam junto diversas ações, desde o acolhimento, evitando aprofundar as divisões e a desqualificação entre níveis ou categorias, possibilitando um aprendizado em comum.

A preocupação da equipe no acolhimento, por vezes, aparece muito dirigida para o diagnóstico e a triagem, ou seja, sobre a inclusão ou não da pessoa no atendimento. Esta ansiedade dos profissionais pode atrapalhar a escuta e a função de suporte que este momento exige. O acolhimento é um recurso para a escuta, a atenção para o sofrimento de usuários e familiares, suas angústias e dúvidas. É um momento delicado e essencial para o futuro da relação terapêutica, do vínculo que irá se estabelecer entre a família, o usuário e o serviço. O Projeto Terapêutico começa a ser traçado nesse momento, com usuário e familiares.

O Caps Jael também trabalha com mini-equipes de referência, cujos nomes apontam a intenção dos profissionais: mini-equipe movimento e mini-equipe ação. A história deste Caps, como o mais recente da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju, o faz poder aprender com os problemas vividos nos outros Caps. A estagnação das equipes observada nos outros serviços os desafia a serem diferentes.

A divisão em mini-equipes organiza o trabalho dos profissionais, mas na prática não singulariza suficientemente o cuidado. O que é possível observar é que os usuários elegem uma pessoa, um profissional de referência, com quem têm mais vínculo e não fazem isso com uma mini-equipe, desta forma, a proposta de Terapeutas de Referência (TR) parece se aproximar mais da intencionalidade

da clínica da atenção psicossocial e da idéia de projeto terapêutico singular. É preciso que haja um terapeuta de referência que acompanhe, escute, avalie, construa junto com o usuário e seus familiares, as estratégias terapêuticas. O arranjo de mini-equipes é um recurso complementar e importante para a organização do trabalho dos profissionais.

Os poucos psiquiatras existentes na rede ainda estavam sendo compartilhados com os outros serviços, desta forma, os usuários depois do acolhimento, começam a freqüentar o serviço e aguardavam por uma consulta psiquiátrica no próprio Caps. A lógica dos encaminhamentos e consultas tanto no funcionamento interno como na relação com os outros serviços ainda estrutura a atenção médica, como vimos também nos outros Caps. Desta forma os psiquiatras acabavam ficando ausentes do trabalho em equipe, encerrados em agendas de atendimentos individuais, dentro dos Caps. O que demonstra permanecer, na prática, o modelo ambulatorial e de clínica psiquiátrica junto às práticas da clínica da atenção psicossocial.

Segundo o grupo, as oficinas terapêuticas são um recurso extraordinário da clínica da atenção psicossocial, dão continência, promovem encontros e apoio mútuo e, ao mesmo tempo, produzem movimento, no cotidiano do cuidado. Manoel coloca que o mais interessante nas oficinas é o seu caráter fluido e não totalmente estruturado. Ele questiona as oficinas que visam capacitar os usuários ou têm objetivos de profissionalização, vê nestas propostas certa pretensão do Caps.

O grupo descreve como fazem e como pensam as oficinas no Caps Jael. Concordam que elas não devem ser muito formalizadas e fechadas, precisam ser abertas, flexíveis, onde os usuários, mesmo sendo inscritos em uma, possam circular também pelas outras. Há alguma estruturação no âmbito das necessidades dos usuários e das características de cada oficina. Consideram que as oficinas terapêuticas não são fixas e precisam ser avaliadas e recriadas permanentemente.

Não observamos, porém a participação direta dos usuários na definição das oficinas oferecidas pelos Caps.

A clínica da atenção psicossocial não se faz somente dentro dos Caps e sua complexidade e diferenciação está nas mudanças de concepções sobre os sujeitos e também nas relações que estabelece com os outros serviços e com o território, estas características marcam diferenças fundamentais com a clínica especializada e ambulatorial.

Como analisamos anteriormente, o Caps Jael nasceu de uma reivindicação da comunidade, iniciou seus trabalhos conhecendo o território e os serviços lá existentes. O grupo relata suas dificuldades nas relações com outros serviços, começando pelo SAMU, Serviço Médico de Urgência, do qual reclamam do não atendimento para os chamados de urgências psiquiátricas. O grupo compreende estas dificuldades pela desqualificação dos profissionais do SAMU em relação aos pacientes com transtornos mentais, como pacientes graves, que também podem estar em situação de emergência e também pela desqualificação do próprio Caps como um dispositivo da rede de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram os primeiros serviços procurados pelo Caps, mas, nem por isso, a relação transcorre sem problemas. O apoio matricial ou os matriciamentos têm encontrado barreiras para acontecer na prática. A equipe levanta questões como a falta de carro para os deslocamentos na comunidade, a falta de organização nas agendas entre os serviços e, principalmente, as concepções sobre o matriciamento e sobre a saúde mental, que as Equipes de Saúde da Família (ESF) têm e, demonstram quando esvaziam as reuniões ou não se preparam para elas, mesmo assim dizem: “a gente acredita que isso é um processo que está em construção né, às coisas não ocorrem assim subitamente. É um processo que inclusive em algumas UBS nós já temos avançado nesse sentido”.

Os médicos das UBS só aceitavam ir às reuniões de apoio matricial se houvesse um psiquiatra junto, mas o município não possuía psiquiatras suficientes para o trabalho dos Caps. O matriciamento tem sido realizado por dois profissionais do serviço, um de nível superior e um de nível médio. Este dispositivo é recente e está em construção na prática das equipes tanto dos Caps, dos Nasf como das ESF e reflete a complexidade da clínica no território.

Como verificamos, também nos outros Caps, a lógica dos encaminhamentos ainda predomina entre as equipes de atenção básica e na relação com os Caps e outros serviços da rede. A desresponsabilização das equipes da UBS dada pelo encaminhamento ao Caps é a concepção predominante, pois os transtornos mentais historicamente foram encaminhados diretamente aos hospitais psiquiátricos e não eram atendidos na comunidade. As UBS, de acordo com os grupos de discussão, não entendem que terão que continuar o acompanhamento dos usuários no território, com o suporte do Caps, que terão que fazer visitas, discutir o caso junto com o Caps e pensar alternativas para o cuidado no território onde eles vivem. A atitude tem sido de “passar” o usuário para o Caps e se a equipe continua querendo também responsabilizá-los, os profissionais das UBS consideram que o Caps “não deu conta de atender”.

Então quando o Caps se propõe a receber o usuário em crise e quando necessário, mas também a compartilhar o atendimento com a ESF - afinal os usuários continuam vivendo naquela área, naquele território e fazendo parte das famílias de referência daquelas ESF- isso, às vezes, é entendido como incompetência do Caps. O grupo compreende que: “nosso desafio é de colocar a questão do matriciamento como uma filosofia mesmo, como um princípio da Unidade Básica de Saúde e também, que isso seja também colocado como uma rotina no Caps, esse é o desafio”.

O grupo entende que essa falta de disposição da ESF não se deve tanto à lógica do apoio matricial, mas à própria saúde mental, que não é valorizada, pois os profissionais deste campo não têm um manual para oferecer, ou um protocolo de como agir em cada caso e as ESF vêm com esta expectativa. Os trabalhadores falam da noção de co-responsabilidade, “para esta clínica baseada no território, a co-responsabilidade é fundamental”.

As relações são difíceis não apenas com as UBS, mas com os outros Caps também. Mesmo havendo um coletivo gestor que reúne coordenadores dos Caps, semanalmente, as relações se caracterizam por “atravessamentos”. O Caps Jael passou a receber todos os usuários da sua região de referência no município, inclusive os que já eram atendidos nos outros Caps e, esse processo, não foi tranquilo entre eles.

Contam que os outros serviços estavam sufocados pelos atendimentos. Então quando abriram o Caps Jael, em dois meses já tinham 200 usuários. Consideram que houve encaminhamentos de pessoas que não precisavam mais estar em um Caps, mas que não saem por diversas razões. Tamara diz “e ainda era bem assim as falas né, vamos mandar logo as bombas. Era bem isso que a gente ouvia. Vocês não vão agüentar daqui a pouco o Caps tá todo quebrado e aí a equipe quando ouvia essas criticas aí a gente se motivava mesmo e dizia não, vamos mostrar pra eles que não vai estar nada quebrado e que os usuários bombas que eles vão mandar que não vão ser bomba, aqui o tratamento vai ser outro e aqui eles vão ser outras pessoas”.

Os profissionais questionam os encaminhamentos feitos e mais ainda a forma como foram tratados pelos outros Caps, que pareciam apostar no seu fracasso com os usuários mais graves. Achavam que o Caps Jael estaria quebrado e a equipe estaria desmotivada em pouco tempo. O efeito para esta equipe foi contrário, demonstram força e confiança no grupo, frente às expectativas dos outros profissionais e à forma de ver os usuários.

A equipe de profissionais do Caps Jael afirmava sua identidade pela contestação, pretendiam mostrar aos outros Caps que podiam cuidar dos usuários graves em crise e manter o Caps inteiro, bonito e a equipe motivada, estavam desafiados a cuidar e este projeto os mantinha unidos.

Em relação ao território do Caps estavam tranqüilos naquele momento, mas precisaram antes conhecer as regras da comunidade para poder transitar e se sentir seguros. Questionavam o rótulo de comunidade violenta, em relação às pessoas que moram lá, conheciam os riscos e aprenderam a tomar os cuidados necessários. Sentiam-se bem com a comunidade, pois o Caps havia sido uma conquista que trouxe melhorias e atenção do poder público para lá.

Quando vieram para a comunidade todos estavam com medo porque se falava da violência, do problema com drogas, ficaram receosos, mas a líder comunitária falou em quais lugares não deveriam ir e os ajudou a se situarem, saíam conhecendo a comunidade, chegando mais junto e hoje se sentem a vontade na comunidade, consideram que foram bem aceitos. Trabalham com a comunidade no sentido de que o Caps é de todos eles, é da comunidade. O Caps

trouxe junto muitas melhorias como calçamento das ruas e coleta regular de lixo, naquela parte do bairro.

Este Caps é um marco no território. Todas as demandas da comunidade têm aparecido para o serviço. O Caps faz uma oficina de caminhada com os usuários e as pessoas na rua, nas casas, perguntam se elas podem caminhar também. A comunidade passou a participar e a freqüentar o Caps. Alguns profissionais sentem que a população local gostaria que lá fosse muito mais um centro de convivência, pois veem o Caps não apenas como um local para cuidar das pessoas com sofrimento psíquico grave, mas como um espaço de diálogo com o poder público, uma porta aberta para todas as suas demandas de saúde, de assistência social, em busca de resolver seus problemas e atender suas necessidades.

A complexidade da clínica dos Caps também está no desafio de promover a articulação no território, desde a organização e a prática do cuidado no serviço com o vasto campo dos determinantes sociais da saúde, com a construção das redes sociais e comunitárias.

4.3.4 A Dimensão Terapêutica

Y – “vocês já falaram em algumas praticas terapêuticas que vocês utilizam de oficinas, de grupos, como é que vocês definiriam essas praticas de vocês? Ou como é que vocês veem? Quais são as que vocês acham mais efetivas, O que que é terapêutico?”

Mm – “acho que qualquer ação no Caps ela pode ser terapêutica. Ela pode promover pode mobilizar alguma coisa e aí talvez seja isso o grande barato de não ter essa, a gente produz um local onde oito horas da manha na segunda-feira vai ter uma oficina de pintura e a gente sabe que ali uma forma do pessoal se expressar, mais sentar no sofá e conversar com eles é terapêutico, chamar o usuário pra-eu vou compra um lanche, vamos ali compra comigo na padaria, é terapêutico, é“

?f – “roda de historia, né.”

Mm: “Como?”

Af – “Acho que a escuta mesmo, a escuta, independente de ser num grupo estruturado numa oficina que vem acontecendo. Acho que assim é mais (())”

Sf – “é o ambiente que dá pra proporcionar ao usuário, bem a gente tenta transformar isso nesse ambiente. No momento que ele entra é ouvido, ta num

lugar que não é proibido, que esteja seguro, esteja à vontade pra falar, pra procurar isso assim é a base disso aqui, entendeu é a partir daí que constrói as oficinas, os grupos direcionando. Mais enfim, uma coisa que a gente também não perde mesmo é a própria questão de ta buscando nele a autonomia, ta cutucando pra que isso aconteça né, acho que é (()) o principal que se consegue trabalhar aqui na equipe”.

Para este grupo toda prática pode ser terapêutica em um Caps, não apenas as atividades mais estruturadas, mas também as ações de convivência com o usuário no cotidiano do serviço. A idéia do grupo é que todo o ambiente seja terapêutico desde o início, que a pessoa possa falar, possa ser escutada e se sentir segura. Isso é para o grupo a base da clínica da atenção psicossocial e a partir disso se podem estruturar várias outras práticas terapêuticas como as oficinas e grupos mais direcionados.

Resgatam o objetivo desta clínica que é a busca pela autonomia. Considera que o Caps também é um lugar para que os usuários possam estar sem a necessidade de um objetivo útil, citam o exemplo de uma pessoa que disse “ah eu vim pra cá porque aqui me sinto seguro pra sentir as coisas”.

Este é um debate que aparece em vários momentos da discussão do grupo, sem ser uma disputa entre a equipe, mas sim uma troca entre os profissionais de concepções diversas, que tratam de uma questão central: Qual é a direção da clínica nos Caps: é a inserção social? A autonomia? O aprendizado de uma atividade? O resgate de capacidades? A cidadania? A simples expressão “de suas coisas”? A elaboração de pensamentos e sentimentos?

Sofia, Assistente Social, diz que trabalham para a inserção social e não para que o usuário permaneça muito tempo no Caps, fazem uma oficina de cidadania onde discutem a participação dos usuários no Caps e falam de seus objetivos, discutem também a participação deles na vida lá fora, na comunidade para que possam se “apoderar de sua própria vida”.

Os trabalhadores da recepção falam do apego dos usuários pelo Caps e dos sentimentos de frustração quando eles, por algum motivo, não podem vir ao Caps, Manoel chama a atenção da equipe para os sentimentos da própria equipe com os usuários diz: “a gente meio que se isenta disso, mas a gente se apega a eles e desapegar também é doloroso né. Aquela figurinha que sempre foi

cativante, que mobilizava as coisas é ela- dizer tchau pra ela, você ta bem, fico feliz, mais vai me doer (()) às vezes é importante dizer que a gente também sente.”

Tamara, Psicóloga, pondera que o fato de um usuário não querer diminuir sua vinda ou até não vir mais ao Caps, não quer dizer que esteja institucionalizado ou dependente. Considera que é preciso saber que os usuários se sentem parte do Caps, que têm vínculos e isso é recíproco e precisa ser levado em conta pela equipe.

As relações entre usuários e profissionais são afetivas, de envolvimento, de vínculo e apego, de ambas as partes, embora os profissionais falem pouco sobre o tema, essa dimensão é fundamental na clínica da atenção psicossocial e demonstra sua humanidade e complexidade.

O grupo chama a atenção também para dimensão política desta clínica. Para eles é preciso debater com os usuários a sua participação no Caps e na vida, empoderá-los para exercerem seus direitos, chamá-los para a construção do Caps e de suas próprias vidas. Refletem que os usuários foram alijados da sociedade, das famílias, da política e então o trabalho da saúde mental é contra-hegemônico, contra a corrente da exclusão e isso torna o trabalho mais difícil, pois extrapola os limites dos Caps.

Outra dimensão da clínica da atenção psicossocial está no uso de medicamentos, os profissionais tinham diversas percepções sobre o tema e não estavam tendo possibilidade de aprofundar seu conhecimento. A participação dos médicos do Caps estava restrita, não podiam participar das reuniões, pois ainda eram psiquiatras temporários no Caps Jael, com carga horária reduzida.

O grupo considera que os medicamentos não são o único recurso para o cuidado com os usuários. Para alguns profissionais os medicamentos são indispensáveis e para outros são relativos. Consideram que são úteis para alguns usuários e não tão úteis para outros. Álvaro cita, por exemplo, alguns homens que tinham efeitos colaterais relacionados à capacidade de ter ereção e que isso comprometia sua vida sexual e afetiva. Karine, auxiliar de enfermagem, considera que é preciso considerar os efeitos colaterais, mas não se pode negar que a medicação é importante.

Mesmo com discordâncias em relação à centralidade da medicação para a prática nesta clínica, o grupo concorda que precisam conhecer mais e acompanhar, de perto, o uso dos medicamentos. Monica, oficinaira, sente falta da presença dos médicos nas reuniões de equipe porque entende que o tratamento não é só baseado na medicação e todos precisam conversar sobre as mudanças feitas nos medicamentos, os efeitos que vêem nos usuários e que precisam poder falar, com mais conhecimento, e não apenas repetir: “toma o remédio que é bom”.

Neste sentido, os usuários ainda são pouco escutados sobre as medicações. Os profissionais também pouco discutem este tema e acabam aceitando o discurso sobre a inevitabilidade da medicação em todos os casos de transtornos graves. Mais uma vez, aparece no cotidiano do cuidado os procedimentos da clínica psiquiátrica, mantida paralela à clínica da atenção psicossocial, sem pontos de diálogo e intercessão.

O grupo concorda que as oficinas são um lugar para possibilitar diversas formas de expressão dos usuários, a fala, a escuta, a pintura, o teatro, o desenho, o encontro, a troca com os outros sobre a vida e sobre as visões de mundo de cada um.

Citam o caso de uma usuária que havia chegado muito mal e ficado no Caps de forma intensiva, quando melhorou e a equipe reduziu seus dias no Caps e ela ficou muito agressiva, com raiva dos profissionais, não queria falar com ninguém, até que foram conseguindo se aproximar, conversar com ela. Pretendiam mostrar que o Caps não é um lugar onde se fica a vida toda e que lá fora também há coisas a se fazer, na casa dela, na família, com os filhos, contam que esta usuária foi entendendo e podendo refletir sobre o que era a vida dela fora do Caps.

Os profissionais fazem um grupo de cidadania onde justamente trabalham com “a vontade de melhorar pra voltar a se apoderar de sua vida e não considerar que frequentar o Caps é pra sempre, se sentir protegido, até o momento que precisarem da gente mais vai ter um momento que não vão precisar mais né”.

Reforçam que o objetivo do Caps é cuidar para que os usuários consigam viver em sociedade, com a família, cuidar dos filhos, da vida comum lá fora. As dificuldades para se desligarem do serviço são compreensíveis, pela proteção e

segurança que sentiam no Caps, mas consideram que os usuários são capazes de entender estes objetivos do serviço.

A colocação de limites para a frequência no Caps estava sendo compreendida por alguns usuários como agressão, descuido, quebra de confiança e vínculo e causava reações adversas. Tornou-se uma prerrogativa vinda dos técnicos como uma norma, mas sem sentido para os usuários. Ao mesmo tempo, os profissionais tentavam lidar com as complexas relações entre dependência e autonomia institucional.

4.3.5 O Cuidado nas Crises

As crises são situações tensas para todos os Caps, para as equipes e usuários. Alguns falam dos seus medos, outros riem e a tensão marca a conversa sobre crise no grupo.

Y – “e em momentos de crise como é que vocês cuidam, como é que vocês tratam a crise aqui no Caps?”

Am – “eu tenho medo”

?f – //@.@//

Y – “você têm medo? Fica em crise?”

Am – “é.(())”

Tf – “acho que na hora da crise acho que quem chega primeiro sempre é aquela pessoa que tem um melhor vínculo com aquele usuário né e aí a gente geralmente lida assim né, a pessoa que tem mais vínculo. É Marta, então eu vou lá tento negociar com ela tal, muitas vezes ela não quer nem com quem ela tem vínculo (()) ela ta muito agressiva, quer quebrar tudo e aí algumas vezes a gente tem que fazer uma contenção claro que sem prejudicar, sem machucar, mais tenta segurar pra não poder., aí entra a bendita medicação né nessas horas ela tem que”.

Am – “é necessário”.

Kf – “é muito tenso na verdade, na crise o nome já diz. É tenso pra equipe, pra os usuários que estão presentes né, a gente fica meio sem saber, às vezes fica tentando saber, como vamos fazer agora, como agir, então vamos conversar, reunimos, o que é agora? O que vamos fazer. Tenta abordar tenta o uma intervenção o que a equipe falou outro dia, a intervenção, a conversa, depende do que a gente ta conseguindo ali, se de fato não conseguimos fazer uso da medicação sem ser necessário né e muitas vezes tem que encaminhar pra urgência, dependendo da situação, (())”

?f – “tenta segurar”.

As crises dos usuários geram crises na equipe e, mesmo numa nova equipe, já fica evidente o desgaste provocado nestas situações. Amanda relata que no início da crise com uma usuária, por exemplo, a equipe cuida, acolhe, acompanha, mas com o tempo vem o cansaço e cada um quer deixar para o outro esse cuidado. Como já vimos, este é um ponto de saturação nos grupos de discussão. As crises aparecem como causa e consequência da desestruturação dos profissionais e do trabalho em equipe.

O grupo compreende que cada crise é diferente e tem que ser vista assim. Amanda, coordenadora, destaca as diversas manifestações das crises, não somente aquelas com agitação e agressividade, mas as crises em que as pessoas estão caladas, quietas no seu canto.

O grupo concorda que o Caps é o lugar para cuidar nas situações de crise e não só para encaminhar para a urgência. Os trabalhadores consideram que sempre aprendem mais depois de uma crise. Amanda traz uma situação que estava acontecendo no Caps naquele momento do grupo de discussão, havia um usuário em crise que tinha quebrado uma porta e no dia anterior havia agredido um funcionário. Comenta que este usuário era atendido melhor pelas mulheres, pois ele se mostrava menos agressivo com elas.

O usuário em questão já estava há oito dias em crise no Caps, não conseguia dormir, “está com a cabeça funcionando o tempo todo”, toda hora entra no banheiro para tomar banho, há oito dias a equipe não consegue diminuir esses movimentos dele e estavam considerando que terão que contê-lo. O usuário estava no acolhimento noturno do Caps, mas não melhorava muito. Desde que chegou, está com muitos delírios, onde é o dono do Caps e fala quinze idiomas, também diz que quer a comida de sua casa e está reclamando muito que todos vão para casa e ele fica. A equipe concordava que não estava sendo terapêutica para ele a estada no Caps.

Nas crises aparecem novamente os modelos de clínica concorrendo, na visão e na prática cotidiana do cuidado. A falta de questionamento sobre as teorias psicopatológicas, sobre a visão de sujeito nas crises, nos delírios e sobre os comportamentos dos usuários nestas situações, fica evidente. O sujeito desaparece nas situações de crise, não é considerado e escutado e a restituição

da normalidade ainda é o parâmetro para alta do usuário. Aparece a busca pela remissão de sintomas e adequação do comportamento do sujeito, com os recursos que forem necessários para isso, mesmo que de forma mais humanizada.

A escuta e os acolhimentos nas crises ficam comprometidos e a equipe se constata sem sustentação teórica e prática para agir de outras formas e acabam fazendo o que aprenderam dentro da racionalidade clínica dominante sobre as crises, não deixam de vivenciar muita angústia ao tomarem medidas de contenção química e física, o que afeta a todos e os afasta do cuidado.

O grupo diz “isso é uma crise do usuário, mas que também gera uma crise na equipe, porque, por exemplo, alguém precisa ser atendido tem uma usuária, aí precisa ta correndo lá na (escada) pra perguntar, quem é? Até porque é assim, quando chegou todo mundo abraçou, mas cansou né, aí cansou de chegar junto e tão dizendo assim, colega eu cansei agora quem puder ficar no meu lugar, (()) então também tem isso a crise também mexe, afeta a equipe”.

Concordam que as situações com agitação e agressividade são as mais difíceis de lidar e que ter que fazer contenção química também é horrível. É interessante notar que falam de um aprendizado na crise, mesmo sendo uma situação difícil, aprendem a cada crise que enfrentam. O grupo estava vivenciando situações concretas de situações de crise dos usuários, como vimos também nos outros Caps, e havia uma necessidade evidente de falar destas situações, de trocar idéias com o grupo sobre o que fazer, há angustia e ansiedade na equipe nestes momentos, mas este grupo demonstrava sua disposição para aprender e assumir o cuidado nas crises.

Trouxeram como exemplo, outro caso complexo de uma usuária do Caps que tinha uma relação familiar muito difícil, não era cuidada pela família, não tinha vínculo com os filhos e sempre que voltava pra casa piorava. Ela vivia precariamente, comia no chão como um cachorro, mas quando estava no Caps ficava bem, estavam trabalhando com ela para comer no prato com suas mãos, já tinham vários avanços, mas ela já estava pedindo para ir pra casa. Segundo o grupo ela evoluía, ficava bem quando estava no Caps, mas piorava em casa.

Aparecem, neste caso, os limites da clínica feita apenas dentro dos Caps, sem o envolvimento da família e da presença de suporte social. Desta forma, a equipe vivenciava a angústia de cuidar no Caps, mas de não estar conseguindo, nesta situação, ampliar o cuidado na família e no território.

4.3.6 Relacionamento entre os Profissionais

A pesquisadora traz a questão do relacionamento entre eles no trabalho.

Y – Bom, aí então vocês até já começaram a falar nisso, como é que fica a relação entre vocês? Como é que vocês avaliam a relação entre vocês pra realizar o trabalho ?

Af – “eu sou suspeita pra falar @.@”

Mf – “tá muito boa essa relação”

Af – “peço a Deus que continue.”

?f – “//@2@// a coordenadora”

Tf – “acho que a gente consegue se entender, mesmo que haja assim (()) problemas, ela pensa de uma maneira eu penso de outra até que todo mundo se junta e diz, não, essa é a melhor maneira, então vamos fazer assim, mesmo que não dê certo, mais vamos tentar, entendeu. Acho que a equipe é muito, muito, muito equipe de verdade, a gente consegue chegar junto, fazer tudo junto, cada um tem sua opinião, mais consegue formar uma só, acho que isso é legal.”

A equipe do Caps Jael estava trabalhando junto há oito meses e há cinco meses com o Caps funcionando, tiveram oportunidade de participar de capacitações antes de iniciar o trabalho e consideraram que isso os aproximou. As falas no grupo foram de uma avaliação positiva do relacionamento entre eles, se reconheciam como equipe, se elogiavam e, consideravam que estavam conseguindo enfrentar os problemas conversando.

Karine, auxiliar de enfermagem, pontuava que era uma questão de cada profissional poder entender o trabalho em equipe e ter perfil para isso, pois, para ela, existem pessoas que tem dificuldades de dividir, de partilhar, de construir junto, pois se isolam, são mais fechadas, mas considerava que naquele grupo todos estavam entendendo o trabalho em equipe. Constróem melhor juntos,

partilhando as dificuldades e as dúvidas em equipe “a gente tem que vê que isso é à base desse serviço mesmo”.

Manoel, oficinairo conta que tem uma ótima coisa que está acontecendo e ajudando o grupo que é um projeto de uma Terapeuta Ocupacional de cuidado com o cuidador, que acontece uma vez por mês. Monica fala que é um momento para se cuidar, pois são atividades com os profissionais que envolvem massagem, yoga, assistir a um filme juntos, por exemplo, fazer um café da manhã, enfim, Manoel considera importante “ter esse momento para resguardar também que somos seres humanos”. Karine argumenta que o principal, é a possibilidade nesses projetos de encontrar com todos os funcionários dos diferentes turnos de trabalho, pois isso faz muita falta. Tamara diz que vê este projeto dentro de uma estratégia maior que é o cuidado diário da equipe com a própria equipe, pois as relações entre eles não estão prontas, mas vão se fazendo e os problemas vão aparecendo. Acha que: “a nossa equipe tem sido potente ainda” e o que vai permitir que continue isso é a possibilidade de conversar sobre os problemas, os atritos, de refazer, desfazer os nós e retomar.

O grupo concorda que é ilusão achar que a relação entre eles será sempre boa e que o importante é poder colocar em questão as suas próprias ações, reconhecer o que se fez e ter maturidade para retomar com o outro suas ações.

Percebem um distanciamento com a equipe da noite. Amanda, coordenadora diz que há um trabalho sendo feito para enfrentar esse problema, pois a enfermeira que supervisiona a equipe da noite está organizando horários para que a equipe circule também durante o dia e possa haver maior interação entre eles.

Álvaro destaca que as capacitações que fizeram foram fortalecendo a equipe, diz: “acho que é uma ótima equipe a nossa”.

Os problemas de relacionamento existem entre eles, com menor gravidade do que nos outros Caps e com uma atitude predominante de motivação para a superação e cuidado mútuo. Os vínculos afetivos e o diálogo entre os profissionais estavam sendo preservados e realimentados.

4.3.7 Relacionamento entre Profissionais e Usuários

Manoel diz que em geral as relações são boas, mas que são diferentes com cada usuário, cada um vai conseguir se aproximar mais de um usuário do que de outro e assim vão se formando os vínculos.

Y – “e com os usuários como é que é esta relação de vocês com o usuário? Vocês já falaram um pouco também, mas assim, mais focado agora como é que vocês se sentem na relação com o usuário? Vêem essa relação?”

Mm – “Acho que tem usuários, assim em geral, muito bem a gente se dá muito bem, não tem, não existem rixas enfim é muito bom, mas tem usuários que a gente vai se dá mais bem do que outros, porque vou me interessar mais pelas coisas que ele conta viajo mais com ele, e aí é uma coisa que ficar, vai ter usuário que alguém não consiga aproximar, mas um outro consiga se aproximar dele () nunca fica forçado porque(()) porque decidiu mesmo e aí a gente foi formando sei lá esse tal de vínculo que a gente tá tentando falar, essa questão que fez ele se aproximar e nunca fica forçado porque ele(())porque decidiu mesmo”.

Monica diz que, muitas vezes pode parecer que seria muito fácil chegar e passar direto pelos usuários e nem cumprimentar, mas que dizer bom dia, conversar quando chega, se interessar por eles, faz toda a diferença. Conta que alguns usuários até se surpreendem quando ela lhes deseja bom final de semana. Eles perguntam por que ela está se preocupando com o final de semana deles? Responde que se interessa por que isso também faz parte do tratamento. Diz que a relação com os usuários no cotidiano do Caps se dá não apenas nas oficinas, mas nos corredores, nas conversas.

O grupo fala de uma boa relação com os usuários, destaca que há diferenças com cada um e que o vínculo se estabelece mais com uns do que com outros, mas compreendem isso, pois entre eles (profissionais) isso também acontece e que isso não significa que não gostam um do outro, mas que há a empatia e o vínculo que se acontece entre eles e com os usuários é da mesma forma.

A relação com os usuários também depende de outros fatores, como o lugar, o dia, o contexto, a forma de chegar, Monica conta que conseguiu se relacionar com uma usuária em crise (Elvira), que em outro Caps não tinha tido

um bom contato, e que isso foi facilitado por que chegou cantando e dançando, ela entrou na dança e conseguiu ficar bem naquele momento.

As relações com os usuários são cotidianas, situadas e influenciadas por diversos fatores, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários e do serviço, Álvaro em um momento diz que está aprendendo que os usuários gostam muito de conversar. É isso que tenta fazer, mas há dias que não estão muito abertos para o contato e precisa compreender seus limites e ter suporte na equipe.

Amanda, coordenadora fala que conversam muito na equipe sobre os limites de cada um, quando precisam pedir ajuda dos outros, se ressentem por não estar mais próxima dos usuários, pois como coordenadora tem atribuições que não lhe deixam estar na assistência direta, por esta razão, ainda não sabe o nome de todos os usuários e não participa das assembleias, mas gosta de estar com eles e está incomodada com isso. Quando ela trabalhava do Caps Arthur também era coordenadora, mas fazia grupo, acolhimento e agora no Caps Jael tem mais atribuições, por ser um serviço da secretaria de saúde, e não consegue ficar na assistência direta com os usuários. Sente falta disso, pois, para ela, o bom mesmo é ficar próximo do usuário, conhecê-lo, conversar.

4.3.8 Relacionamento com as Famílias

Y – “e com os familiares como é o que vocês diriam?”

Sf – “é um desafio. Nós montamos uma oficina de grupos familiares há dois meses né Taise, e nós planejamos é um contato com as famílias em dois turnos inclusive pra facilitar a vida, em uma semana à tarde e outra semana pela manhã sempre assim né, mais assim a dificuldade muito grande deles em compreenderem a importância deles nesse processo né, no tratamento com o usuário é uma dificuldade muito grande de questão de ter outras prioridades que eles colocam. A gente tenta colocar um dia de consulta médica, um dia que a família tá dentro do Caps né, consulta médica já pensando nisso nessa dificuldade dele vir em outro dia, vamos aproveitar que eles estão aqui montamos pra esse dia e assim fizemos né à primeira oficina foi razoável né, bacana, e a segunda já foi mais fraquinha e aí aconteceu capacitação e a gente não conseguiu realizar. Tá assim no momento está um pouco solta. O momento que a gente tinha planejado em participar com a família, mais assim a gente entende, acho que a equipe como um todo pensa dessa forma o quanto importante é a presença aqui com a gente né.”

Am – “às vezes olho a condição do usuário tem um deles mesmo que teve acompanhamento da família e que desenvolveu muito rápido o quadro, e ele melhorou logo, porque a família tava junto ali cuidado cuidava em casa e cuidava aqui. E::: importância dessas reuniões passar isso pra família. Eu tenho um irmão que é esquizofrênico que a família sofre muito quando precisa vir e ele assim não conhecia ninguém quando tava na sua crise quebrava tudo e a gente sem entender o que era aquilo, mais acho que uma família acho que é o alicerce de tudo(()) hoje ele trabalha faz tudo certinho () porque a gente tratou dele e ele não tem necessidade de ficar no Caps.”

O grupo avalia o desafio de incluir a família no cuidado do Caps, na oficina que estavam construindo e da compreensão que o grupo tem sobre a participação das famílias no cuidado. Consideram um desafio, uma ousadia, conseguir a parceria das famílias. Todos consideram importante, mas parecem não saber se conseguirão.

Álvaro diz que olhando para as condições de cada usuário vê que aqueles que têm acompanhamento mais próximo da família melhoram rápido, cita um caso que tinha o cuidado da família tanto em casa quanto no serviço. Conta que tem um irmão com transtorno mental: “Eu tenho um irmão que é esquizofrênico e a família sofre muito quando precisa vir e ele assim não conhecia ninguém quando tava na sua crise quebrava tudo e a gente sem entender o que era aquilo, mais acho que uma família acho que é o alicerce de tudo (()) hoje ele trabalha faz tudo certinho porque a gente tratou dele e ele não tem necessidade de ficar no Caps”.

Sofia diz que gosta muito desse trabalho e está muito envolvida e investindo muito nele. Tamara diz que está mudando sua visão e atitude em relação às famílias, pois se colocava como protetora dos usuários e em uma postura de cobrança com as famílias, mas estão vendo que os familiares precisam de muito apoio para eles também, pois sofrem com vários problemas financeiros, de saúde, com outros filhos e chegam ao Caps angustiados precisando de acolhimento. Ressaltam que estão criando um espaço para que as famílias se vejam como parceiros deles no cuidado e onde também possam ter apoio para suas dificuldades, diz que para isso a equipe precisa estar disponível para as famílias independente do dia e hora que chegam ao Caps. Sofia diz que é um sonho conseguir isso, para que os usuários melhorem e permaneçam bem por mais tempo.

Sofia compreende que precisam muito das famílias e precisam mostrar a eles como são importantes, para construir uma parceria mesmo “sempre se mostrar muito disponível isso é um trabalho que gosto muito, gosto muito trabalhar com família. Acho que talvez pra sair dessa ilusão ou nesse sonho de que é ali que a gente pode de fato conseguir uma melhora que dure que perdure que cresça cada vez mais pra o usuário vejo muito a família nessa parte”.

As relações com os familiares estão por se fazer, o grupo encontrava dificuldades, mas estava motivado para transpor os obstáculos que apareciam e se mostravam abertos para escutar os familiares e para mudar suas concepções sobre eles. Desta forma podiam ofertar apoio e também solicitar a participação deles no cuidado com os usuários.

4.3.9 Avaliação dos Caps

Y – “como que vocês avaliam então os Caps em geral? Agora vamos falar um pouco abstratamente o Caps como um dispositivo de saúde mental, como esses serviços que vocês trabalham. O que eles significam? como vocês avaliam o que vocês acham desse tipo de serviço?”

Tf – “acho que é um lugar em construção né, não tá pronto tudo e que por mais que a gente fez ainda é insuficiente. De forma que a cada dia a gente perceber que andou mais um pouquinho mais que ainda falta muito e que tem um projeto pra=é um projeto inacabado graças a Deus tá que é inacabado (())”

Sf – “a direção do cuidado da saúde mental é essa de fato, ela de fato não está acabada mesmo, uma coisa a se construir né, esse cuidados de se aprender mesmo até com prática mesmo que é tão novo. Mais assim quando você pega duas dimensões que são fundamentais na vida da pessoa, o cuidado da saúde dele, você tenta passar isso pelo social acho que você tenta de fato dá a essa pessoa um equilíbrio uma base pra que ela possa desenvolver e se recuperar e viver acho que isso faltava. O Caps faz isso essa questão de você ter essa abordagem e você vê lá o contexto que pessoa vive, você tá buscando isso. Essa parte falta construir muito ainda, porque como você tem em casa claro que uma dona de casa que (tem que experimentar o serviço) que ela fica comprometida ela vai demorar muito mais ela se prepara no dia-a-dia dela com dificuldades cotidianas com falta de tudo o que dá pra sua família mesmo, quando isso são () na saúde dela, na recuperação dela. Então assim é isso que tá essa questão que tem ter esse lado acho que não tem condição, falta muito mais nesse sentido ainda, porque não se consegue manter uma pessoa sadia se ela vive no meio no ambiente totalmente doentio né, carência de todas as formas. Acho que esse aspecto é um desafio que tá no psíquico e no social tá ainda esta sendo construído nos dois sentidos o psíquico e o social é fundamental na outra parte.”

O grupo fala do projeto Caps como um projeto inacabado, em construção, novo e onde ainda falta muito, concordam que a direção do cuidado é essa e que se está caminhando, aprendendo na prática, pois o Caps trabalha com duas dimensões fundamentais da vida que é o psíquico e o social e isso é um desafio, o Caps vê o contexto em que as pessoas vivem. Ainda falta muito para se fazer, pois as condições de vida das pessoas agravam a situação psíquica delas, Sofia diz “falta muito mais nesse sentido ainda, porque não se consegue manter uma pessoa sadia se ela vive no meio no ambiente totalmente doentio né, carência de todas as formas”.

Manoel fala que em relação ao projeto de Caps da luta antimanicomial ainda não se conseguiu realizar, mas que se está caminhando, considera há uma utopia de que acha que tem uma utopia de que o Caps vai dar conta de todos os transtornos mentais e essa não é a proposta, mas o Caps e eles como profissionais acabam se apegando e se sentindo os responsáveis pela pessoa e por todo o cuidado e que isso é um lugar de poder. Consideram que é preciso disseminar esse poder para toda a população, concordam que falta uma construção mais ampla, com a sociedade sobre o que é o Caps, o trabalho que podem realizar e os seus limites. Wanderlei acha que falta divulgação sobre o Caps, pois muitas famílias ainda mantêm seus familiares com transtornos mentais presos em casa ou levam para as clínicas psiquiátricas por desconhecimento da saúde mental, dos Caps.

Sofia ressalta a importância da articulação intersetorial com as outras políticas que precisam funcionar e estar presentes para que o trabalho do Caps seja efetivo.

Para o grupo a diferença dos Caps está no cuidado, no vínculo e nas concepções sobre as pessoas com transtornos mentais, Manoel fala de um deslocamento de um sujeito patológico, identificado por um diagnóstico para uma pessoa que tem um nome, uma vida singular.

São deslocamentos essenciais ao modelo de atenção, pois este visa promover mudanças não apenas de lugar, mas de concepções. As avaliações parecem estar em sintonia com o contexto, as motivações e o envolvimento que demonstraram no grupo. Estão dispostos e desafiados pelo trabalho no Caps.

Os profissionais reforçam, como nos outros grupos de discussão, que as pessoas em geral não sabem o que é Caps, o Caps existe, mas falta construção com a sociedade sobre estes serviços, consideram que precisa haver uma divulgação maior para a sociedade, para garantir o acesso também para as pessoas que estão em cárcere privado, para as famílias que não sabem como lidar e ainda levam para as clínicas psiquiátricas por falta de informação.

Sofia, AS, volta à discussão para dizer que é preciso o reconhecimento das outras políticas, as parcerias, o apoio, o trabalho conjunto por que o Caps não vai fazer tudo, não é essa a proposta. Concordam que para o trabalho do Caps ser efetivo as outras políticas públicas têm que funcionar também. É preciso sair do Caps para fazer esse trabalho de articulação com a sociedade, associações, em todos os espaços, aparecer, mostrar, convidar para conhecer a saúde mental, “dizer o que a gente faz, para que faz”. Reforçam a questão da divulgação na mídia.

A pesquisadora pergunta pela diferença do Caps com os hospitais psiquiátricos. Amanda, coordenadora, fala que a diferença está no cuidado. Tamara diz que é o vínculo e a forma como se vê o doente que é diferente hoje, Manoel acrescenta que não vêem como um sujeito patológico, a questão não é se a pessoa é um F22 ou um F? Mas quem é essa pessoa, seu nome, como ela é como pessoa, como ser humano.

Avaliam que o Caps é um projeto inacabado e que é bom que seja assim, a cada dia anda um pouco mais e ainda falta muito. Concordam que a direção do cuidado em saúde mental é esta mesma, mas que estão iniciando, que está sendo construído e aprendido na prática mesmo, “é tão novo”.

Para o grupo o Caps trabalha com, pelo menos, duas dimensões fundamentais da vida: a saúde e o social. Tentam trabalhar essas duas dimensões, que são, para eles, a base das pessoas, o equilíbrio, para que possam recuperar sua vida. Avaliam que esta forma de cuidado estava faltando. Para o grupo o Caps vê o contexto em que as pessoas vivem, “falta muito mais nesse sentido ainda, porque não se consegue manter uma pessoa sadia se ela vive no meio, no ambiente totalmente doentio né, carência de todas as formas”. Consideram, neste sentido, um desafio a integração do psíquico e do social.

A pesquisadora pergunta sobre as dificuldades que encontram para realizar o trabalho, vários falam ao mesmo tempo e riem, dizem que tem uma lista de coisas, começam a citar vários equipamentos que faltam ao Caps para o trabalho. Citam a televisão, principalmente para o acolhimento noturno, os usuários ficam sem ter o que fazer e ficam sem a novela. Um aparelho de som para quem gosta de música, o carro para visitas domiciliares, matriciamento, para levar e trazer usuários quando necessário, dizem que poderiam fazer mais e com mais qualidade.

O grupo avalia que não se limitam ao que disseram que eles deveriam fazer, pois eles mesmos têm outros projetos, por exemplo, querem montar uma sala de estar mais aconchegante, com almofadas, para ficar com os usuários, mas Manoel diz que há as “limitações, licitações, protocolos”. Ressaltam a necessidade de um carro disponível para o Caps em várias situações de emergência, quando usuários precisam de um profissional em sua casa, quando necessitam ir ao CRASS resolver situações que estão afetando muito uma família, por exemplo, casos de usuários que precisam de atendimento clínico, de dentista e precisam ser levados na UBS e de usuários que não estão conseguindo se deslocar sozinhos para o Caps. Explicam que estão tentando fazer o possível com carros emprestados de outros Caps e da Secretaria.

Em relação a outras dificuldades falam novamente da relação com as famílias, da visão social sobre a loucura, a saúde mental, como se a loucura tivesse que ter um lugar específico e não pudesse estar na cidade, circulando e a necessidade de desconstrução desta idéia.

Sf: a família que é uma dificuldade como disse(())

Tf: ah essa relação à loucura né com a saúde mental e inserção da loucura na cidade isso é um (()) a gente lida com esses efeitos, né . Da loucura circulando, não, não pode, a loucura tem que, tem um lugar pra ela. Tentar desconstruir essa idéia, fazer com que a loucura circule né como é que a gente pode fazer...

?f: preconceitos.

Tf: sim. (Fazer caber né). Então a gente esse é papel nosso também

É uma dificuldade, é uma dificuldade que a gente encontra que aí aparece na família, aparece lá na...são discussões que a gente já fez, talvez por isso a gente trouxe os equipamentos na frente

É importante observar às diferenças de atitude dos grupos frente a estes problemas. Neste Caps, os trabalhadores avaliam a ausência de equipamentos

importantes, mas não se limitam ao “que pediram para que fizessem”, querem fazer mais, possuem projetos de outras atividades e também conseguem falar das dificuldades com bom humor.

A falta de um carro do Caps é dos equipamentos que mais necessitam para que a proposta clínica do Caps, para que possam conhecer e atuar no território, tanto nas articulações intersetoriais, com os Centros de Referência da Assistência Social (CRASS), por exemplo, quanto nas UBS, para o matriciamento das equipes de saúde da família e para acompanhamento de problemas de saúde em geral dos usuários como para os atendimentos domiciliares.

Outros níveis de dificuldades estão relacionados à inserção social das pessoas com transtornos mentais, às concepções sociais sobre a loucura e a saúde mental, aos preconceitos que dificultam a livre circulação destas pessoas na vida das cidades, dos territórios.

4.4 Comparações entre os três Caps: a avaliação dos profissionais

Os profissionais dos Caps consideram que estes serviços estão em construção, fazem parte de uma proposta desafiadora de mudanças no campo da saúde mental. Eles percebem e vivenciam uma tensão constante entre o prescrito e idealizado tanto por parte das políticas de saúde mental, quanto pelos movimentos sociais X o que se está realizando nestes serviços. Ainda há uma grande distância neste sentido, mas concordam que esta é a direção. Os trabalhadores sentem que a dimensão do trabalho é fundamental para o sucesso deste projeto, o desejo e comprometimento dos trabalhadores, as condições e a valorização dos profissionais. Os trabalhadores ainda vivenciam discriminações sociais e profissionais que partem tanto da sociedade em geral quanto dos outros profissionais e dos administradores das políticas de saúde. A formação não é vista favorecendo a atuação profissional, pois muitas vezes, reproduz as discriminações e preconceitos em relação aos usuários e ao trabalho neste campo.

A efetividade dos Caps em relação ao modelo centrado no hospital psiquiátrico é constatada pelos trabalhadores, as dificuldades estão em verificar

outros indicadores de efetividade voltados para o cuidado na comunidade, como a integração social e familiar, a autonomia e a qualidade de vida dos usuários. Os profissionais que conhecem os dois modelos de atenção não têm dúvidas do avanço que os Caps estão representando. Neste sentido, foi possível perceber que os usuários não colocam nenhuma dúvida a este respeito, os Caps são melhores do que as clínicas e hospitais psiquiátricos e eles escolheriam sempre os Caps e não os hospitais. Além disso, os usuários destacam outros argumentos para se sentirem bem nestes serviços e também explicitam suas críticas e expectativas.

Nas práticas terapêuticas fica demarcada ainda a existências de clínicas, muitas vezes paralelas, dentro dos Caps. A clínica psiquiátrica, as consultas ambulatoriais de psicólogos e médicos e a clínica da atenção psicossocial que integra os profissionais e as práticas terapêuticas. Esta situação gera tensionamentos no cotidiano entre os profissionais e também com os usuários, que não compreendem por que precisam ficar em filas para serem atendidos pelos psiquiatras. Outras questões também aparecem como a falta de oficinas terapêuticas que envolvam mais os homens e a falta de trabalhadores do sexo masculino nas equipes. Evidenciou-se também a falta de maior atenção e abordagem das relações de gênero, raça e classe social, no cotidiano dos serviços. Os profissionais parecem despreparados para estes temas, algumas vezes agindo com seus próprios preconceitos, constrangidos ou inseguros.

Os trabalhadores constatarem os deslocamentos que a clínica da atenção psicossocial tem possibilitado: desde mudanças na forma de ver os sujeitos - de doentes para pessoas singulares e sujeitos coletivos - com uma família e um contexto de relações passando do cuidado fechado e especializado para o cuidado cotidiano, comunitário e ampliado por diversos profissionais e abordagens terapêuticas.

Por fim os trabalhadores consideram que “não darão conta” sozinhos, nem nos Caps de toda a problemática do cuidado e da inserção social dos usuários, pois será preciso mudanças macro sociais, culturais e políticas, nas relações entre as pessoas, para que o projeto de uma sociedade sem manicômios se realize plenamente.

Capítulo V

Narrativas da Trajetória de Vida dos Usuários

Neste capítulo, apresentamos a interpretação das Entrevistas Narrativas (EN) realizadas nos serviços pesquisados. Visamos assim, tornar mais complexa a análise sobre as dimensões da clínica agora na perspectiva dos usuários. Durante o trabalho de campo conversamos com vários usuários no cotidiano dos Caps, nas oficinas, refeições, assembléias e entrevistamos dez usuários. Todas as EN foram importantes para compreendermos as trajetórias de vida e as orientações dos usuários sobre a clínica nos Caps. Apresentamos a análise aprofundada de três EN, tendo em vista que são usuários dos Caps, duas mulheres e um homem, que freqüentam os Caps há mais de um ano, possuem a mesma faixa etária (em torno dos 40 anos) e se voluntariaram para as entrevistas: Rose do Caps Liberdade, Jorge do Caps David Capistrano e Simone do Caps Jael.

5.1 Rose: “Em Um Belo Dia”

Iniciamos a entrevista perguntando sobre a vida de Rose até a chegada ao CAPS.

1-2 Y – *Estou aqui com Rose, no CAPS Liberdade, dia 30 de outubro, são 10h35min. Rose você poderia me falar um pouco sobre sua vida até chegar aqui ao CAPS?*

3-22 Rf – *Sim, até chegar aqui ao CAPS a minha vida foi muito complicada, vários internamentos, até eu chegar aqui, né o meu último internamento eu tava assim, eu era muito revoltada com a minha família, eu queria mandar muito nas minhas irmãs, meu pai é falecido desde 1980, a minha mãe que criou a gente em um regime um pouco rígido e eu sou a caçula entendeu? Não me casei, não tenho filhos e depois a minha mãe adoeceu e teve uma AVC, por conta desse AVC eu fiquei muito nervosa, agredi a minha irmã, por que eu pensava que minha mãe tava na UTI, e em frente a minha casa tinha um bar e estava todo mundo bebendo, rindo, eu pensava que minha mãe ia morrer, e agredi a minha irmã, e minha outra irmã mais velha ela me internou, depois desse internamento eu sofri outro internamento em hospital psiquiátrico São Marcelo, clínica de repouso São Marcelo de Aracaju, aí eu comecei a ter um surto, entendeu, com o esposo da minha irmã, entendeu, e eu tive muitos conflitos familiares até chegar ao CAPS e*

agora não sei o que que ta acontecendo, acho que é a medicação, eu acho que é a medicação, é o tratamento e também a minha conscientização de eu aceitar a doença, entendeu, que eu estou melhorando de uns tempos para cá, eu estou feliz, estou participando das oficinas, estou me interagindo com os meus colegas, até então, até um anos atrás eu não estava freqüentando o CAPS, por que eu dizia que eu não era doida isso aquilo outro eu tinha discriminação com o CAPS, eu vinha às vezes só dava uma olhadinha e ia embora, entendeu, agora estou me soltando mais, to cuidando da minha mãe melhor, estou me cuidando também e é isso.(coda narrativa)

Rose inicia dizendo ter tido vários internamentos até chegar ao CAPS. Define-se como muito revoltada e que queria mandar muito em suas irmãs. O pai morreu quando era criança, ela é a filha mais nova, diz que a mãe as criou em um regime um pouco rígido. A doença (AVC) de sua mãe foi um acontecimento desestruturador em seu curso de vida, que lhe provocou uma situação de crise, nesta situação não suportava ver outras pessoas rindo, bebendo em um bar, em frente a sua casa, enquanto sua mãe poderia morrer, agrediu uma de suas irmãs e foi internada em uma clínica psiquiátrica da cidade pela irmã mais velha. Em outra crise o conflito é com o cunhado, mais tarde Rose vai falar que teve que deixar de morar em sua casa, pois sua irmã construiu e foi morar com a família dela, na parte de cima da casa e isso gerou conflitos, “*interferência*”. Rose explica seus surtos pelos muitos conflitos familiares que teve, agora diz que está bem, tomando medicamentos e freqüentando o CAPS.

Rose narra sua situação atual onde se encontra bem sendo atendida no CAPS, reproduz, nessa passagem, uma explicação médica sobre a doença, a medicação, o tratamento e a aceitação da doença. As crises são identificadas por ela com os conflitos familiares que vivenciou. “*Não me casei, não tenho filhos e depois a minha mãe adoeceu*” fala destes acontecimentos em uma seqüência narrativa. A vinda ao CAPS aparece como um acontecimento que marca sua trajetória, narra sua resistência de vir ao CAPS e a discriminação que tinha com o serviço. Essa passagem já nós aponta para a visão que Rose tem de si mesma, pois os outros dizem que ela aparenta não ter nada e que o CAPS é um lugar para doidos, mas agora está participando das atividades do CAPS, está se sentindo bem no cotidiano de sua casa e do serviço, tomando a medicação, participando das oficinas, está cuidando da mãe e de si mesma.

Y – E onde você foi atendida antes? (Pergunta imanente)

Rf – Como assim?

Y – Você já foi a outro CAPS também?

26-39 Rf: Isso, quando eu tive o meu internamento que eu agredi a minha irmã, devido ao estado de saúde da minha mãe teve uma psicóloga que agora eu não me recordo o nome dela que eu a amo de paixão, entendeu, que ela é super gente fina, eu não me recordo o nome dela, ela é da associação Luz do Sol, você já ouviu falar? Ela é do CAPS do Arthur Bispo do Rosário ela foi, entendeu, e quando eu tive alta ela anotou em um pedaço de papel o nome da associação e do CAPS né, do CAPS Arthur Bispo, ai a minha irmã anotou e me deu eu coloquei na minha bolsa, eu disse eu não quero ir nesse lugar não, **ai em um belo dia** eu fiquei morando só, por conta que a minha mãe teve alta, por conta da minha doença, ai em **um belo dia** estava em casa com uma depressão terrível, ai a minha irmã já tinha ido lá e perguntado, você já foi ao CAPS? eu não, não fui, não fui, ai **um belo dia** eu falei quer saber eu vou nesse lugar, eu preciso sair de casa, eu tenho que sair de casa, ai eu fui sozinha, sai de casa, eu conheço bem aqui, conheço até melhor que a minha própria terra natal que é Belém do Pará, tá gravando né @1@

Y – Hmm

41-50 Rf – conheço bem aqui, eu sou mais sergipana que paraense, por que lá eu conheço muito pouco eu vim de colo para cá para Aracaju e aqui eu fiquei até esses meus dias, não vou dizer que a gente, não vou dizer que a gente não tem ido lá, a gente tem ido lá, entendeu, eu, minhas irmãs, minha mãe quando ela era boa a gente ia lá, ver minha família, mas eu conheço muito pouco Belém e conheço demais Aracaju, ai eu fui cortando caminho pela minha casa até que eu cheguei ao CAPS do Arthur bispo do Rosário e lá eu fiquei e ai eu viajei de novo até Belém do Pará e quando eu voltei fiquei sabendo que eu fui transferida para cá para o CAPS Liberdade, ai eu fiquei muito triste entrei em crise novamente que eu não ia gostar daqui, por que aqui só tinha doidos @1@, entendeu, só tinha doido e agora já estou me acostumando já estou bem melhor.

Rose relata sua caminhada até ir ao CAPS e sua resistência em procurá-lo, a irmã insistia, mas ela não estava decidida a ir, *ai um belo dia*, é a expressão que utiliza em diversas passagens como elemento de ligação em sua narrativa, quando estava muito sozinha, deprimida resolveu procurar o CAPS Arthur Bispo, que lhe haviam indicado. Rose introduz uma narração sobre sua origem diz que nasceu em Belém no Pará e veio para Sergipe quando era ainda bebê e assim se considera sergipana, fala disso para explicar que mesmo sendo de Belém conhece muito bem Aracaju e sabe se deslocar sozinha pela cidade. Depois de uma viagem dessas com a família para Belém, em seu retorno ao CAPS ficou sabendo que havia sido transferida do CAPS Arthur Bispo para o CAPS Liberdade, este acontecimento Rose rela ta como gerador de crise e de novo questionamento quanto a freqüentar o serviço, porque “*eu não ia gostar daqui, por*

que aqui só tinha doidos". A quebra de vínculo com os profissionais e com o CAPS que freqüentava recoloca sua resistência a freqüentá-lo, mais ainda recoloca a visão que tem do CAPS e de si mesma, Rose se embate com a visão de si de que não tem nada, é autônoma, se movimenta e sabe se situar bem na cidade, e o fato de freqüentar um CAPS. Para Rose freqüentar o CAPS Liberdade³⁴ pareceu ainda mais difícil de aceitar, mas diz que agora já está se acostumando.

Y – Você mora aqui perto, como é o seu dia-a-dia fora daqui, fora do CAPS?

51-78 Rf – Meu dia-a-dia eu moro aqui perto, atualmente estou morando aqui perto, esse endereço é da minha residência fixa, da minha casa mesmo que foi meu pai que deixou para mim e para as minhas irmãs, por motivo familiar mesmo eu tive que sair da minha casa por conta que a minha irmã construiu a casa dela em cima e dá muita interferência em baixo, e minha mãe precisa de silêncio, de tranqüilidade para morar e eu não vou mentir para você, esse endereço é o meu fixo, se chegar lá qualquer correspondência vai anotar e vai dar para a minha irmã mais velha que está tomando conta desse lado, e onde eu estou agora é casa alugada por isso que não dei esse endereço, por isso que eu não dei esse endereço por que a casa não é minha, por que primeiro a casa não é minha, eu moro aqui perto, eu me acordo de manhã, mas sempre dou um banho na minha mãe, tomo meu café, venho tomar minha medicação, quando tem a minha oficina eu fico para a minha oficina, e o que mais você quer saber?

Y – Hmm

Rf – Entendeu, na minha maior parte do tempo, é Dr^a Tânia né? É por que eu sou muito apegada com a "minha mãe", demais, minhas irmãs já tiveram os seus filhos e eu fiquei pra titia, não tenho vergonha de dizer que eu fiquei pra titia não,@1@ entendeu, eu gosto muito dos meus sobrinho, estou amando ver os crescimentos deles, quando a minha mãe era boa quem também cuidava deles era eu e ela, a gente dava sopa, banho, levava para a escola, eu brincava, fazia dormir, e agora estou vendo todo mundo crescendo e isso é gratificante para mim de ver assim né, a minha mãe é uma figura entendeu, apesar de ela ta doente tem uma força que Deus é quem sabe entendeu, eu não faço muita grande coisa fora do CAPS, atualmente eu estou bem assim, bem aqui no CAPS bem interagindo dos problemas do CAPS conforme você viu ne, falta leitos, não tem mais quase bancos, não tem mesa para fazer a alimentação, e estou na luta para conseguir junto aos órgãos, ao órgão necessário para ver se a gente consegue a melhoria aqui para o CAPS, entendeu? Não estou trabalhando, nunca trabalhei, sou interditada entendeu, tenho 36 anos, entendeu e o que mais? Acho que é só

Nesta passagem sobre seu local de moradia Rose quer explicar que o endereço que tem em seu registro no CAPS não é onde realmente mora, pois não mora mais "na minha casa mesmo", a casa que seu pai deixou para elas, vive em

³⁴ O CAPS Liberdade tem sua identidade social marcada pelo antigo Hospital Adauto Botelho, como já mostramos, pois foi criado inicialmente no próprio prédio do antigo hospital junto a emergência psiquiátrica.

outra casa com a mãe, alugada perto dali. Explica que por motivos familiares teve que sair de sua casa, a irmã mais velha construiu a casa dela encima e *“dá muita interferência em baixo, e minha mãe precisa de silêncio, de tranquilidade para morar”*, explica essa mudança pela doença da mãe, mas mais uma vez são os conflitos familiares que aparecem, a presença do cunhado morando na casa dela com a irmã e ela tendo que sair com a mãe para outra casa que não é dela, *“ai eu comecei a ter um surto, entendeu, com o esposo da minha irmã, entendeu, e eu tive muitos conflitos familiares até chegar ao CAPS”*. Rose cuidou, junto com a mãe, dos sobrinhos *“minhas irmãs já tiveram os seus filhos e eu fiquei pra titia, não tenho vergonha de dizer que eu fiquei pra titia não, @1@ entendeu, eu gosto muito dos meus sobrinho, estou amando ver os crescimentos deles, quando a minha mãe era boa quem também cuidava deles era eu e ela, a gente dava sopa, banho, levava para a escola, eu brincava, fazia dormir, e agora estou vendo todo mundo crescendo e isso é gratificante para mim”*. Rose tinha e exercia uma função na família, com o passar do tempo as irmãs não precisam mais dela para cuidar de seus filhos, mas Rose ainda se ocupa do cuidado com a mãe delas.

O cotidiano de Rose se organiza com o cuidado da mãe e com a ida ao CAPS. Inicia uma análise sobre sua trajetória de vida quando avalia que *ficou para titia*, se auto-descreve como muito apegada a sua mãe e que ama muito seus sobrinhos, que ajudou a cuidar desde bebês e agora estão crescendo, a mãe apesar de doente tem uma força imensa para Rose e é ainda a figura central de sua vida.

Rose fala das atividades que se envolve no CAPS e em seguida traz pela primeira vez a sua idade neste contexto da narração: *“tenho 36 anos, não estou trabalhando, nunca trabalhei, sou interdita”*.

Rose não parece ter mediação para analisar sua trajetória de vida e assessoria para lidar com ela, participa do CAPS, cuida da mãe, e isso estrutura seu cotidiano. A idéia de lutar contra a sua interdição não parece ter força para se concretizar e Rose volta a dizer que está bem, freqüentando o CAPS, tomando seus medicamentos, fazendo sua oficina sem um projeto de vida para além disso.

Y – *Você recebe o benefício?*

80-97 Rf – *Eu recebo o benefício, mas assim eu recebo. Dra, eu vou falar, é melhor eu falar por que se eu ficar encasquetando pensando, e é melhor eu falar*

por que senão sobe para cabeça e piora o meu estado ° foi muito a contra gosto essa interdição° mas no momento estou sendo forte para cuidar da minha mãe, minha mãe teve cinco filhos, quatro mulheres e um homem, o homem faleceu, ele era comandante na marinha mercante, ele faleceu no Rio de Janeiro e meu pai também faleceu em 1980 em Aracaju, e minha mãe cuidou da gente, e depois ninguém sabe se eu vou primeiro ou ela então vou resolver a minha vida por que eu não gosto de ser uma invalida, eu quero estudar, quero situar a minha cabeça, tomando a medicação e claro, mas eu não gostaria de ser, ser dependente de uma pessoa, essa coisa de dependência, eu estou, tenho os meus dois braços, as minhas vista eu enxergo, não sou cega, não tenho deficiência motora, locomotora, por que eu vejo que foi necessário ne, necessário por que as minhas irmãs se preocuparam comigo né, vai que a minha mãe falece, como é que eu ia ficar, a minha irmã com dois filhos para cuidar, minhas outras duas irmãs trabalham, a gente não tem pai que ajude a gente ne, e a gente sobrevivia da pensão da minha mãe por morte e falecimento do meu pai, por morte e falecimento do meu pai, a gente sobrevivia com dinheiro dessa pensão, entendeu, e assim, eu ainda vou lutar na justiça para cancelar o processo.

Perguntada sobre se recebe algum benefício Rose fala que “*foi muito a contra gosto essa interdição*”³⁵, este acontecimento foi muito difícil para ela e marcou sua trajetória, nesta passagem Rose introduz uma narrativa de sua história de vida entrelaçada com a história de sua mãe: *minha mãe teve cinco filhos, quatro mulheres e um homem, o homem faleceu, ele era comandante na marinha mercante, ele faleceu no Rio de Janeiro e meu pai também faleceu em 1980 em Aracaju*. Rose narra as perdas que a família sofreu, do irmão e do pai, dos homens da família. A mãe se tornou uma figura forte e central que cuidou das quatro filhas, sobrevivendo com a pensão pelo falecimento do pai. Rose volta a reafirmar sua visão de si mesma como uma pessoa capaz “*eu não gosto de ser uma invalida, eu quero estudar, quero situar a minha cabeça, tomando a medicação e claro, mas eu não gostaria de ser, ser dependente de uma pessoa, essa coisa de dependência, eu estou, tenho os meus dois braços, as minhas vista eu enxergo, não sou cega, não tenho deficiência motora, locomotora*” fala de sua (in)dependência de outras pessoas, justifica sua aceitação da interdição pois se a mãe morrer antes dela ela terá uma renda para se sustentar, mas não aceita a interdição.

³⁵ Atualmente muitos pacientes psiquiátricos estão sendo interditados civilmente para poder receber um benefício da assistência social,

No final desta passagem narrativa Rose demonstra uma iniciativa para a mudança de situação, dizendo que vai lutar na justiça para cancelar o processo, mas parece ser esta uma ação ainda distante, não planeja como fazê-la.

Y – Você poderia me falar mais dessa sua experiência com o transtorno quando você ficou mal, o quando você fica mal, como você se sente como é tua experiência?

99-115 Rf – Doutora, só que sofre e quem esta ao lado de mim, por que essa doença a gente sofre também mais quem mais sofre é a família eu acho, quem sofre mais são as minhas irmãs, entendeu, as minhas irmãs elas sofrem mais por que eu fico rebelde, eu não quero entender, enxergar a verdade, sou difícil de compreender as situações, determinadas situações eu sou difícil de entender, eu acho que essa é uma deficiência que eu tenho

Y – Como é que você se sente neste caso

Rf – Muito mal, por exemplo, uma pessoa quer me ajudar da minha família, minha irmã mais agora ela esta muito do meu lado, entendeu, é difícil para ela um pouco tentar colocar na minha cabeça o que é certo, por que quando ela fala, eu acho que ela está falando por mal, ai a gente briga, a gente discute, entendeu, eu até queria que ela viesse para cá, mas é só com usuário né? Eu queria que ela viesse para compartilhar dessa hora, não sei se ela pode dar um pulinho aqui pra conversar com você

Y – depois a gente pode falar sobre isso

Rf – ta certo, ta bom, eu me sinto muito mal né, me sinto muito mal, respondi a sua pergunta ou não?

Rose considera o sofrimento da família, das irmãs, repete o que as irmãs dizem dela, que é revoltada, que não entende as situações, que não enxerga a verdade, que é difícil de entender, que não consegue aceitar determinadas situações, que elas não conseguem *colocar em sua cabeça o que é certo*, falando muito baixo, diz achar que isso é uma deficiência sua, mas sem parecer que concorda mesmo com isso.

Rose pede que eu converse com a sua irmã, com quem tem brigado muito, mostra a ambigüidade de seus sentimentos em relação a ela, Rose diz saber que a irmã quer ajudá-la, mas tem situações que tem dúvidas se o que ela fala é para o seu bem. Fica evidente o conflito familiar, a falta de mediação para o diálogo e também a falta de atenção psicossocial com outras pessoas da família de Rose. Rose tem seu transtorno, conflitos, surtos e crises ancorados no seu curso de vida que traz em sua narrativa, seus problemas estão em sua história de vida e em suas relações familiares.

Y – “Como você foi atendida quando você chegou ao CAPS pode ser o Arthur ou aqui também, quando você chegou pela primeira vez?”

118- 136 Rf – “Pela primeira vez eu fui atendida muito bem, era o que eu esperava, Por que antes de ter o CAPS, minha mãe quando era boa, caminhava com as duas pernas ela já me internava no hospital psiquiátrico, eu tinha crises entendeu ai nessa ultima crise que eu tive quando ela adoeceu que tinha que sair de casa que eu fui procurar o Arthur Bispo eu fui recebida muito bem, então, nos hospitais psiquiátricos que existem aqui, que eles colocam clinica de repouso São Marcelo, e clinica de repouso Santa Maria, eu me internei varias vezes no hospital na clinica de repouso São Marcelo, e lá era muito bem atendida, eu fazia amizade com as enfermeiras, conforme você vê, *minha irmã sempre diz eu aparento não ter nada @ne@? Entendeu eu aparento não ter nada @1@*, eu conversava com as enfermeira para passar o tempo eu cantava, e quando eu cheguei ao Arthur Bispo eu vi uma enfermeira que eu adorava, ela se dava muito bem com a minha mãe quando ela era boa, minha mãe falava, Angélica olha minha filha, e Angélica saiu da Clinica e veio para o Arthur Bispo, e quando eu cheguei dei de cara logo com ela, ela ficou feliz, feliz da vida ne, e eu também fiquei muito feliz por que eu fui muito bem recebida”.

Y – “e aqui?”

Rf – “aqui eu também fui muito bem recebida, no inicio eu achei o pessoal um pouco fechado ne, assim eu fiquei mais a vontade no Arthur Bispo por que todo mundo era desde inicio, agora aqui que eu estou me soltando mais de uns tempos cá.”

Rose traz as internações na clínica psiquiátrica, onde a mãe já a internara várias vezes e quando isso ocorria recomendava a uma enfermeira conhecida que cuidasse dela lá dentro, explica que essa mesma enfermeira foi trabalhar no CAPS Arthur Bispo e foi ela que a recebeu lá, então se sentiu muito bem acolhida no CAPS Arthur Bispo, quanto ao CAPS Liberdade faz uma ressalva de que achou o pessoal um pouco fechado, não muito receptivo. Relembramos também o contexto em que Rose chegou a este CAPS sendo transferida, não por sua vontade, diz que ainda está se acostumando ao novo local de cuidado. Dentro dessa passagem Rose traz uma visão de si mesma, vista pelos outros, quando diz entre risos que: conforme você vê, *minha irmã sempre diz eu aparento não ter nada @ne@? Entendeu eu aparento não ter nada @1@*, essa visão de si acompanha o curso de sua narrativa, a contradição vivenciada entre a doença e a normalidade, a doença e a capacidade, ela era internada mas ficava muito bem lá cantando, conversando com as enfermeiras para esperar o tempo passar. Quando Rose é afastada dos conflitos familiares ela está bem e aparenta não ter nada, os problemas parecem presentes no contexto da história e das relações familiares e não fora delas.

Y – “Como é sua relação com os técnicos aqui”.

138- 149 Rf – “Com os profissionais, eu gosto muito de Irma, eu gosto muito de todos, mas sempre tem um que a gente gosta mais, eu gosto muito de Irma, ela terminou agora a faculdade de assistente social e ela tá fazendo oficina de bijuteria, foi com ela que a gente conseguiu se soltar mais no grupo de bijuteria dia de segunda feira as 08:30 da manhã, a gente conseguiu se soltar, nós tínhamos esse grupo de oficina de bijuteria ele já é antigo já ele já, ele já passou por varias técnicos, a gente, o grupo da gente foi dialogando, a gente conversou e disse foi com Irma que a gente conseguiu se soltar mais, e agente gosta muito de Irma, eu particularmente gosto muito de Irma, ela já foi à minha casa, ela é uma pessoa alegre, apesar de que todo mundo tem problema, ela deve ter os problemas dela também, mas ela não deixa transparecer, eu gosto muito de Irma. Não, a minha relação com todo mundo é boa, gosto de todo mundo aqui no CAPS, mas assim a minha maior afinidade é com ela.”

Rose agora fala de seu vínculo com uma técnica do CAPS com quem se soltou mais, com quem faz uma oficina e tem um envolvimento maior, esta técnica já foi à sua casa, e destaca a característica pessoal de Irma ser alegre, pensa que ela também deve ter seus problemas, mas não deixa transparecer, é alegre em seu trabalho. Rose diz que gosta de todos os técnicos, mas que sempre tem um que gosta mais, em seu caso, é Irma.³⁶ Rose também quer ser uma pessoa alegre, ativa e não depender dos outros, tem seus problemas, mas também “parece não ter nada”.

Y – e com os outros usuários daqui?

Rf – sim, eu converso com todo mundo.

Y – Como é que você os vê?

153-157 Rf – *Sim, eu mudei como estou te dizendo não sei como foi essa mudança assim de uma hora para a outra, por que até então eu dizia, minha irmã que me empurrava para vim para o CAPS, eu tinha medo de algum deles me bater, entendeu, eu já fui agredida aqui por eles já, já em acolhimento aqui, acolhimento noturno uma única vez esse ano e não quero ficar mais.*

Y – Por que não quer?

159-161 RF – *Por que eu fiquei fora do conforto da minha casa, eu gosto do meu travesseiro, do meu lençol né, a gente não tem as coisas, um acolhimento, o acolhimento não é igual você estar na sua casa, descansando, dormindo, assistindo televisão, pois é isso.*

Y – Você tinha medo de ser agredida?

163-166 RF – *Eu tinha medo de ser agredida, ainda tenho, na verdade ainda tenho não vou mentir para você. Tem uma usuária que se chama Maria ela já me agrediu duas vezes e tem outra usuária também que ela gosta de agredir, ela se*

³⁶ Não há uma relação estabelecida de terapeuta de referência com Irma. O CAPS Liberdade trabalha com mini-equipes de referência, há vários profissionais de referência para um grupo de usuários e não de forma individualizada.

fere, ela gosta de agredir, entendeu, mas isso esta passando, mesmo assim eu ainda sinto um pouco de receio

Y – *Você disse que mudou a sua visão...*

168-175 RF – *Foi mudou um pouco a minha visão, por que antes assim era a minha irmã que me empurrava para vim para o CAPS, minha irmã ela se preocupa muito comigo, a minha irmã mais velha, ela tem a casa dela os filhos dela e ela se preocupa muito comigo, e agora eu estou com mais vontade de vim ao CAPS, de fazer as atividades, eu estava triste por que eu não tinha uma pessoa para cuidar da minha mãe o tempo que eu vinha para o CAPS, fazer as minhas atividades agora hoje nós conseguimos uma pessoa para ficar com ela e já tou contente por que eu já posso vir fazer as minhas oficinas.*

Y – *Então quando você tem numa situação de crise como você é atendida?*

177- 180 Rf – *Bem assim, por que eu tive varias crises no passado há anos atrás, mas agora espero não ter mais nenhuma crise e eu acho que eu não vou ter nenhuma crise, assim, o único problema que esta acontecendo é a interdição, entendeu, mas com relação á isso esta tudo bem.*

Rose diz que mudou sua visão a respeito do CAPS, pois tinha medo de vir, medo dos outros usuários, medo de ser agredida por eles, diz que já foi agredida no acolhimento noturno e ainda tem um pouco de receio, não quer ficar mais internada, pois fica fora do conforto de sua casa. A irmã mais velha se preocupa muito com Rose e isso parece por vezes contraditório, Rose diz em uma seqüência narrativa: “*a minha irmã mais velha, ela tem a casa dela os filhos dela e ela se preocupa muito comigo*”. A irmã a empurrava para ir ao CAPS e Rose não ia e, ao mesmo tempo, Rose não podia deixar a mãe sozinha. “*Não sei como foi essa mudança assim de uma hora para a outra*”, mais uma vez Rose não se vê como sujeito de suas ações, as coisas acontecem para ela, como repetiu várias vezes *um belo dia* ela decide ir ao CAPS, ela não sabe por que, e agora também, não sabe por que, mas tem mais vontade de vir, acha que não terá mais crises, não será internada, ela espera que os problemas se resolvam.

Y – *Você disse que ficou aqui no acolhimento noturno e você ficou internada em um hospital psiquiátrico também, você faz alguma relação, é diferente, é parecido o acolhimento noturno aqui e com a internação lá?*

184-196 – **Não** é totalmente diferente né, quando eu () na São Marcelo é tudo fechado ne, você não vê a cara da rua, você não ouve barulho de carro, você só fica com os outros pacientes, aqui é totalmente diferente, você pode ver a rua, por mais que você não possa sair, mas você pode ficar lá no pátio, você vê as pessoas passando , você vê a rua, você pode conversar, quando eu fiquei aqui no acolhimento eu pedia para a auxiliar de enfermagem colocar um radio para a gente escutar uma musica, por que eu gosto de musica, gosto de escutar radio, escutar musica, e ficava conversando com elas, a maior parte do tempo eu fiquei deitada, só pensando no meu tratamento, e como das outras vezes eu fico só esperando chegar a hora da alta, fico totalmente pensando fico deitada, e a Maria

estava no acolhimento comigo, ela tinha livros, ela me emprestou alguns livros, os livros que ela estava lendo para passar o tempo e chegou o dia da minha alta, eu passei uma semana aqui, eu entrei acho que foi na sexta-feira e sai na segunda-feira, passei uma semana.

Y – Você viu alguma diferença entre o atendimento noturno e o durante dia aqui, tem alguma diferença do tratamento?

Rf – Não. Diferença, Eu acho que eu não respondi a sua pergunta, não foi? A anterior do hospital psiquiátrico e da clinica, e bem diferente por que lá é tudo trancado, o muro.

Y – Você prefere ficar aqui ou lá?

Rf – Aqui, obvio né, aqui perto de casa, perto da minha mãe ela pode sair do trabalho vim aqui entrar.

O CAPS aparece organizando o cotidiano de Rose, fazendo parte dele e sendo referência quando entra em crise. Prefere os CAPS que já freqüentou em relação às clínicas embora diga não ter sido maltratada nelas, o CAPS é essencial para a organização do cotidiano de Rose e se ressentida quando não pode vir por ter que cuidar da mãe doente, mas o que mais, além disso? O CAPS aparece como um importante lugar para Rose passar o tempo esperando que as coisas se resolvam em sua vida, segundo ela mesma, afastada dos problemas da vida lá fora, mas como está sendo o cuidado com suas relações concretas? Rose toma medicação, freqüenta uma oficina, a assembléia, tem vínculo terapêutico com a profissional que coordena a oficina e gostaria que a irmã viesse conversar com alguém no CAPS, mas isso não está acontecendo.

Y – E como é que você avalia então o trabalho em geral aqui do CAPS?

205- 243 Rf – Bem, o CAPS tanto, não só aqui como os outros, os que eu não conheço ne, o Artur bispo eu conheço por que eu já fui lá uma porção de vezes , agora os outros eu ainda não conheço, eu acho que na medida do possível ta fazendo o que pode, os profissionais estão fazendo o que pode, por que às vezes eu já vi muita gente entrar e sair do CAPS, entendeu, e na minha cabeça eu penso assim, quando entra uma pessoa nova, por exemplo, você se você viesse entrar para trabalhar com a gente, ai eu digo assim, a pessoa quando entra aqui ela tem que ter muita força de vontade, tem que querer, principalmente auxiliar de enfermagem, muita força de vontade, muita força de vontade, muita coragem, gostar do que faz, eu acho que os profissionais todos dos CAPS eles tem que gosta do que fazem, eu acho que eles gostam do que fazem por que se não eles não estariam aqui, por que é muito difícil ne, e hoje nós vamos ter uma audiência na secretaria para vê o que tá faltando no liberdade, esta faltando muita coisa, vê se esta faltando alguma coisa ne.

Rose fala da rotatividade dos profissionais no serviço, da força de vontade, coragem e desejo de trabalhar em CAPS do querer e gostar de trabalhar no

CAPS, destacando os auxiliares de enfermagem, considera o trabalho difícil e por isso mesmo ressalta a importância da disposição dos profissionais.

Y – *O que você acha que falta aqui?*

Rf – *Eu acho que falta mais assim, não sei se é o meu estado de espírito @1@, eu acho que falta mais atividades, por que assim eu fiz ginástica olímpica quando era assim guria, tinha meus 13, 14 anos, não me recordo, acho que era nessa faixa de 13, 14 anos que eu fiz ginástica olímpica, quando eu entrei para uma escola aqui em Aracaju, eu queria fazer natação para depois fazer saltos ornamentais, e de la entrei no balé, antes da ginástica, meu pai era vivo, e ele pagava academia para mim, academia de balé e sempre eu gosto de esta assim mexendo o corpo ne, eu já estou fora de forma, já estou começando a ficar preocupada, minha irmã disse que eu sou vaidosa, e realmente eu sou, eu gosto de coisa, eu fico logo preocupada ne, quando estou ganhando peso, acho que aqui devia ter um, tem o professor de educação física, mas eu queria ter assim uma atividade física com musica, para alegrar os pacientes, que tivesse uma terapeuta que trabalhasse assim com bola, com corda, uma coisa assim para alegre mais, tem uma terapeuta Lucia, também, ela faz dia de quarta-feira ela põem jogos, a meu ver isso que esta faltando uma pessoa que coloque um som, faça uma atividade física, anime, não sei se isso é possível, não sei se isso é possível.*

Para falar do que falta no CAPS Rose introduz uma narrativa sobre sua história de vida, “*eu fiz ginástica olímpica quando era assim guria, tinha meus 13, 14 anos, não me recordo, acho que era nessa faixa de 13, 14 anos que eu fiz ginástica olímpica, quando eu entrei para uma escola aqui em Aracaju, eu queria fazer natação para depois fazer saltos ornamentais, e de la entrei no balé, antes da ginástica, meu pai era vivo, e ele pagava academia para mim, academia de balé*”. Narra o período de sua vida quando seu pai ainda era vivo como um tempo em que fazia muitas atividades, era muito ativa, por essa narrativa mostra o quanto a perda do pai teve impacto no seu curso de sua vida e no padrão social da família, além de demonstrar que teve uma infância comum, como outras crianças que tinham aquela condição de vida. Define-se como uma pessoa vaidosa que se preocupa com sua aparência, com seu corpo, gosta de musica de dançar, de estar em movimento e acha que o CAPS poderia ter mais atividades nesse sentido. Fala de uma terapeuta ocupacional que “*põe jogos*”, mas o que quer é mais atividade física, movimento e animação no CAPS e em sua vida.

Y – *O que você mais gosta aqui?*

235-248 Rf – *O que eu mais gosto aqui? Eu gosto de acordar e vim para cá, porque eu não tenho para onde ir aqui, não trabalho, não tenho outra atividade, por conta que a gente esta precisando de uma pessoa para ficar com a minha mãe ne, e assim eu gosto muito de acordar cedo, minha mãe reclamava, acho que*

não sei o que esta acontecendo por que agora eu estou um pouco ativa, eu estou gostando de levantar cedo, de chegar aqui no horário para tomar minha medicação, fazer a minha oficina, conversar com o meu grupo de oficina de bijuteria, entendeu, compartilhar das idéias, tem outro grupo também com a Laura, que é, segunda-feira as 10:00 horas, ela é psicóloga e eu gosto muito também do grupo dela.

Y – *Então o que significa o CAPS para você?*

RF – *Significa uma maneira de sobreviver nesse mundo conturbado que é lá fora isso que significa pra mim*

Y – *Então muito obrigada Rita*

Rf – *Tá jóia*

Rose retoma a importância do CAPS na estruturação e organização em seu cotidiano, diz não ter para onde ir além do CAPS, o cuidado com a mãe é sua maior responsabilidade e depois disso ir ao CAPS resume sua vida no momento. Rose, não sabe por que, mas no momento acorda cedo e fica disposta a vir ao CAPS para tomar sua medicação, fazer a sua oficina, conversar, compartilhar idéias, faz outro grupo também. Diz que o CAPS significa uma forma de sobreviver ao mundo lá fora.

Rose não parece enfrentar seus problemas no momento, o mundo lá fora, a família, a mãe, as irmãs e seu projeto de vida. Deixa o tempo passar, quer ficar bem, ser alegre, ativa, mas ainda não toma sua vida em suas mãos. Rose frequenta o CAPS, mas ela e sua família não estão sendo apoiados para dialogar e refletir sobre seus problemas familiares, neste momento. A família está ausente do cenário de cuidado e escuta e Rose está pedindo ajuda para se relacionar e enfrentar sua família.

Rose considera ser a interdição o seu principal problema, mas não esboça ações concretas para resolvê-lo. Podemos também perceber que Rose não refere a presença de um terapeuta de referência com quem esteja analisando essa sua situação singular, dentro de um projeto terapêutico.

Rose esboça um projeto de futuro onde não se vê dependente, inválida, quer recuperar sua cidadania, sua casa, enfrentar suas irmãs e cancelar a interdição, quer ser como todo mundo a vê: uma pessoa normal, “que não tem nada”. Rose não tem mais sua casa, não casou, não tem filhos, ficou para titia, mas os sobrinhos cresceram e não precisam mais dela, o que tem Rose? Rose

tem um benefício social por ser considerada incapaz. Se Rose esboça uma ação para mudar essa situação, não planeja ações concretas nesse sentido e não demonstra que tem tido apoio psicossocial para isso no CAPS.

5.2 Jorge e a Humanidade

Iniciamos a entrevista perguntando sobre a vida de Jorge até a chegada ao CAPS.

1-3 Y – Jorge meu nome é Tânia, como você sabe estou fazendo uma pesquisa, pra meu estudo e queria que você falasse um pouco da sua vida até você chegar aqui no Caps?

4-37 Jm – Certo, foi a uns dezenove anos que aconteceu que eu fiquei doente antes eu estudava e jogava futebol pelo Juvenil do Vasco, com dezessete anos estava no juvenil do Vasco daqui, mas quando foi para chegar aos dezenove anos meu pai, o time não queria pagar e nem me profissionalizar já tava no time profissional aí meu pai pediu para eu trabalhar para ajudar ele. Aí foi quando fui trabalhar na Santista em 84 é Santista, hoje em dia, mas era São Paulo Alpargatas. Aí foi quando fiquei pensando que eu queria me formar em professor de educação física pela Universidade Federal de Sergipe, queria continuar os estudos e fiquei pensando no futebol, por que::: deixei::: a profissão que eu queria também que era jogador de futebol profissional. Aí fui trabalhar na São Paulo Alpargatas como to dizendo aí fiquei pensando né nisso tudo, isso tudo leva ao distúrbio mental, aí fiquei, comecei a andar em hospital fui internado, fui internado na Santa Maria duas vezes, duas vezes aqui no Bairro Siqueira Campos, na Rua Espírito Santo, depois ficava melhor. Em 85 fui trabalhar em Salvador, depois ficava melhor, depois piorava, ficava pensando em outras coisas a mente sem ta ocupada né, fui pensando nas outras coisas aí fiquei doente varias vezes, aí fui, aí fui internado nove vezes aqui em Aracajú, quase nove vezes, na Santa Maria já foi duas o restante foi na São Marcelo na clínica da doutora Sara da mãe de doutora Sara e duas vezes fui para São Paulo, fui para São Paulo em 87 e 88, em 88 fui internado em Carapicuíba, meu irmão trabalha lá e me levou pra lá e me internaram lá em Carapicuíba, fiquei internado lá um período depois meu irmão me trouxe pra casa, residência do meu tio, depois mandou ir embora disse que não dava certo ficar mais lá, tava dando trabalho a ele aí vim embora. E de lá pra cá, em 80:::, quando construiu esse Caps, esse Caps aqui o David Capistrano aí fui pra doutora Sara que minha comadre, a mulher do meu irmão é agente de saúde no bairro de Santa Maria aí ela marcou uma consulta pra eu falar com ela lá, aí eu fui pra lá falar com ela no bairro de Santa Maria no posto de lá, aí ela perguntou pra mim se eu queria vir pro Caps daqui, foi assim que eu vim pra aqui, sem orientação de minha mãe, sem orientação do meu pai que é falecido e do meu irmão, só por orientação de doutora Sara eu achei melhor vir, aí eu vim e até hoje estou aqui no Caps.

Jorge fala de sua vida desde que era adolescente, com 17 anos, estudava e jogava futebol no Juvenil do Vasco de Sergipe, queria se profissionalizar no futebol. Jorge jogou até os 19 anos quando seu pai lhe pediu que fosse trabalhar

para ajudá-lo, pois o Vasco não o havia profissionalizado, embora tivesse jogado algumas vezes no time profissional, não lhe pagavam para jogar. Jorge foi trabalhar numa indústria têxtil, atual Santista, que na época era a São Paulo Alpargatas, em Aracaju. Queria continuar estudando para fazer o curso de Educação Física na Universidade Federal de Sergipe (UFS), diz que ficava pensando muito nisso e também pensava por que deixou a profissão de jogador de futebol. Para Jorge, ficar pensando nisso tudo o levou ao distúrbio mental. Começou a ser internado nos hospitais psiquiátricos, duas vezes na clínica Santa Maria e depois na São Marcelo, conta que a Clínica São Marcelo é da mãe de Dra. Sara, psiquiatra que também trabalha no Caps David. Foi internado em Aracaju nove vezes, trabalhou em Salvador e continuava melhorando e piorando, foi morar com um irmão em São Paulo duas vezes, em 87 e 88, foi internado em Carapicuíba. Relata que o irmão o mandou embora, disse que não dava certo para ele ficar lá, estava dando trabalho ao irmão e então voltou para Aracaju. Jorge tem uma cunhada que é agente de saúde no bairro Santa Maria. A cunhada marcou uma consulta com Dra Sara no posto de saúde, que lhe falou do Caps David Capistrano, perguntou se ele queria ir para lá. Jorge ressalta que veio para o Caps não pela orientação da mãe, nem do pai, que é falecido, nem dos irmãos, apenas pela orientação da Dra Sara e por sua própria decisão, veio por sua livre e espontânea vontade e está até agora sendo atendido no Caps David Capistrano. Está freqüentando o Caps desde seu início em 2002, há seis anos.

38-62 Y – *onde então você tinha sido atendido antes só em hospital psiquiátrico?*

Jm: *só em hospital psiquiátrico que é uma loucura viu doutora, é um negocio muito sério, é uma prisão, dormia amarrado no Adauto Botelho, o Adauto que acabou hoje em dia é um negocio de policia, um negócio ruim também o Adauto como te falei, negócio ruim dormia amarrado, tomava injeção, aquelas doses de, se não me engano aquelas dose que:: deixa a gente tonto, acho que deve aplicar no soro não sei, não tenho muita certeza não, sei que a pessoa fica tonto, a vista escurece, toma aquela injeção e dormia amarrado numa cama de cimento.*

Y – *//aham// você foi internado lá também?*

Jm – *lá também.*

Y – *//aham// e aí você chegou ao Caps?*

Jm – *cheguei ao Caps o ano não to lembrado não, mas foi desde a fundação, foi no dia que abriu lá foi cheguei.*

Y – *logo que abriu?*

Jm – *foi. .*

Y – *e você mora aqui perto?*

Jm – *eu moro no Bairro São Conrado.*

Y – *//aham//*

Jm – *com a minha mãe ainda, mas minha casinha já ta prontinha, fiz um cômodo, uma sala, um quarto e um banheiro no Bairro Santa Maria aí eu pretendo mora lá já comprei até uma geladeira pra lá, de vez em quando vou dormir lá. .*

Y – *você vai morar lá sozinho?*

Jm – *não eu tenho uma companheira.*

Jorge foi internado muitas vezes, desde os anos oitenta, inclusive no antigo Adauto Botelho ao qual se refere como: uma loucura, uma prisão, um negócio muito sério, um negócio de polícia, um negócio ruim, relata que tomava injeções e ficava dormindo amarrado em cama de cimento. Jorge mora com a mãe, mas está construindo sua própria casa em outro bairro e pretende morar lá, diz que tem uma companheira e quer morar com ela nessa casinha.

Jorge está investindo em sua autonomia, pretende morar em sua própria casa e com sua mulher. Mesmo tendo passado por muitas internações, foram internações curtas, sempre teve o apoio familiar e essas internações não lhe deixaram seqüelas físicas importantes. Deixaram a revolta com o hospital psiquiátrico visível na forma como descreve suas internações no Adauto Botelho.

63-95 Y – *ah, //aham// e como é o seu dia-a-dia assim?*

Jm – *o meu dia-a-dia é::: um pouco cansativo né por que andar de ônibus pra lá e pra cá, eu mesmo hoje eu estou exausto, já fui dormir lá na minha casinha no Bairro Santa Maria, depois fui pra casa de minha mãe, depois fui pra casa da minha mulher lá no Bairro Industrial, voltei fui pra casa da minha mãe de lá pra cá vim pra cá pro Caps pra reunião agora à tarde, porque hoje é segunda feira é dia de reunião.*

Y – *//uhum//*

Jm – *mas minhas atividades aqui no Caps, (()) eu tinha grandes atividades que é jogar bola, mais engordei to pesado o joelho não agüenta jogar bola, o joelho e o , pé dói quando vou jogar bola.*

Y – *em casa você faz o quê?*

Jm – *em casa não faço nada.*

Y – *//aham//*

Jm – *não faço atividade nenhuma, e até por incrível que pareça essa gravação está sendo sigilosa eu posso falar a respeito, (()) eu quero arrumar um emprego porque sou aposentado por invalidez tem onze anos, quero arrumar um emprego nem que seja pra trabalhar de segurança numa casa que não seja fichado por causa do INSS né.*

Y – //aham//

Jm – *pra ocupar alguma coisa da minha mente*

Y – *sim. Mais então durante o dia, em casa, como é que você se organiza, faz o quê em casa?*

Jm – *lá em casa não faço nada eu, como é que se diz, fico dormindo, às vezes fico cantando, pra lá e pra cá, numa boa né (()) não desrespeito ninguém, tenho grandes amigos, tenho até um amigo chamado Moacir que a gente se conheceu aqui jogando bola eu vou pra casa dele jogar sinuca lá na casa do pai dele, lá no condomínio do pai dele lá no shopping Jardins, ele liga pra mim, inclusive a mãe dele é uma ótima pessoa, passou na Universidade Federal de Sergipe pra::: está estudando, Federal de Sergipe passou pra Ciências..., esse negócio de computador.*

Y – *é seu amigo?*

JM – *É meu amigo, é meu amigo ele*

Jorge, neste dia, estava exausto, pois tinha dormido na sua casa, depois foi para a casa da sua mãe, depois de sua mulher, voltou para a casa da sua mãe e veio ao Caps porque era o dia de assembléia. Jorge vem ao Caps todas as segundas feiras para a reunião que é a assembléia do Caps e também toma medicação lá, uma vez por mês. Diz que fazia grandes atividades no Caps, jogava futebol pelo time do Caps, mas agora engordou, tem dores no joelho e pé e não consegue mais jogar. Em casa diz que não faz nada, fica dormindo ou cantando de um lado para outro, não tem atividade alguma. Jorge é aposentado por invalidez há 11 anos, mas diz que quer arrumar um trabalho, sem carteira assinada, para “*ocupar alguma coisa de sua mente*”. Explica que fica numa boa para dizer que não desrespeita ninguém, não é agressivo. Jorge diz que tem amigos, cita Moacir, como um amigo que conheceu no Caps jogando bola e hoje se visitam, joga sinuca na casa dele e se telefonam, diz que a mãe desse amigo é ótima pessoa, passou no vestibular para a UFS.

96-147 Y – *e a sua companheira como é que é?*

Jm – *ela é legal, ela é uma boa pessoa.*

Y – *faz tempo que vocês moram juntos?*

Jm – *seis anos.*

Y – *seis anos?*

Jm – *é.*

Y – *então, você mora com a sua companheira e sua mãe também?*

Jm – *quando não to dormindo na casa dela, porque a filha dela veio lá pra casa de São Paulo pra cá que ela trouxe. Ela trabalhava aqui no Caps.*

Y – ah.

Jm – eu conheci ela aqui ela era zeladora daqui do Caps

Y – //aham//

Jm – aí ela foi atrás da filha dela (()) lá em São Paulo, e ela foi transferida para lá no::: posto de saúde lá no::: lá Jardim Esperança, lá um serviço melhor do que aqui, porque aqui ela se preocupava se alguém queria bater nela. Brigá com ela aí

Y – ela foi trabalhar lá?

Jm – foi trabalhar lá de lá ela abandonou, passou quinze dias lá por lado de São Paulo, doze dias ela passou lá pro lado de São Paulo aí quando veio botaram ela pra fora, até hoje ta parada.

Y – ah, e ela trouxe a filha?

Jm – trouxe.

Y – e mora com vocês também?

Jm – mora com ela lá na casa dela.

Y – ah.

Jm – ela vai vim pra minha casa agora

Y – ah, vocês ainda não moram juntos?

Jm – não, eu morava, ficamos dois anos junto

Y – //aham//

Jm – agora divorciado, divorciamos numa boa, fui casado com ela dois anos, divorciamos numa boa já vivemos junto com::: divorcio e tudo e casamento seis anos.

Y – sim. E agora então você está construindo essa casinha?

Jm – é já ta, já botei cerâmica, já reboquei e nós vamos passar pra dentro.

Y – //aham// e a sua mãe vai também?

Jm – não. Minha mãe não, minha mãe mora na casa dela no Bairro São Conrado.

Y – //aham//

Jm – ela é viúva e mora com minha irmã.

Y – ah, com sua irmã?

Jm – é, e com a sobrinha.

Y – e hoje então vocês moram na casa junto com sua Irma?

Jm – e minha irmã.

Y – ah, ta.

Jm – de vez em quando vou dormir lá na casa dela, porque tem muita gente aí vou dormir na casa dela lá, hoje mesmo ela quer que eu vou pra lá dormir, quinta, sábado ela dormiu aí na minha casa, aqui na nossa casa já.

Y – ah, e ela ainda não conseguiu emprego?

Jm – não, não conseguiu emprego não tá trabalhando (()) ela ta pagando INSS, é ela tem cinqüenta e cinco anos falta poucos anos pra ela se aposentar ta pagando INSS, os filhos estão pagando pra ela.

Jorge fala de sua companheira, ele a conheceu no Caps quando ela era zeladora lá, diz que ela é legal, uma boa pessoa. Ficaram morando juntos dois anos, separaram “numa boa”, voltaram e continuam juntos em casas separadas, conta que ela foi transferida para um posto de saúde e que lá é um serviço melhor do que o Caps, pois no Caps ela tinha medo de ser agredida por alguém. Depois, foi buscar sua filha, que estava sendo maltratada pelo marido em São Paulo e abandonou o trabalho por 12 dias, quando voltou foi demitida e está desempregada até agora. Jorge está terminando sua casa para que eles possam morar juntos lá. Ele dorme algumas noites na casa dela e também na casinha que está construindo. Conta que sua companheira tem 55 anos e vai se aposentar logo, pois os filhos continuam pagando o INSS para ela.

Jorge faz planos para seu futuro junto com sua companheira, já moraram juntos na casa dela, mas agora a filha está morando lá, com a construção da casa dele poderão estar juntos novamente, diz que assim que acabar “vão passar pra dentro”. A mãe é viúva e mora com sua irmã e sobrinha no Bairro São Conrado, Jorge parece enfatizar que sua mãe mora muito bem, naquele bairro, e não irá com ele para a nova casa.

148-164 Y – Certo, e como é que é a relação assim com sua família?

Jm – *ah, é boa eu acho a minha família boa, apesar de que (meu irmão) pega no pé que não é certo que eu tomo remédio controlado aí:: não é certo, de vez em quando posso tomar uma cerveja, uma só não bebo mais do que uma, mais não faz, sinto que não faz mal, faz mal sim se eu chegar a tomar cinco cerveja, que já aconteceu, ia me dá um ataque do coração.*

Y – *lulum// e eles falam quando você quer tomar uma cerveja?*

Jm: *é eles não querem que eu beba.*

Y – *seus irmãos?*

Jm – *é meus irmãos e minhas irmãs*

Y – *//aham//*

Jm – *são oito irmãos que tenho seis mulher ou, seis homens comigo e duas mulher, minha mãe, meu pai faleceu que Deus tenha num bom lugar.*

Y – *seu pai faleceu faz muito tempo?*

Jm – *faz muito tempo faz mais de dez anos.*

Pergunto a Jorge sobre a relação com sua família, ele diz que é boa, que acha sua família boa, fala de divergências com os irmãos quando ele quer beber cerveja e os irmãos não deixam, ele argumenta que não se sente mal quando toma uma cerveja, mas não pode tomar cinco, pois um dia quase morreu do coração, mas uma cerveja não lhe faz mal. Jorge tem cinco irmãos e duas irmãs, conta que seu pai faleceu há mais de dez anos.

165-206 Y – *you could talk a little more like that about your experience with the mental disorder, how do you feel about that?*

Jm – *olha, é um negocio assim, meio invisível né, um negócio invisível, sobre o transtorno mental a partir do momento que eu me preocupei, porque eu deixei de estudar queria me formar em educação física pela Universidade Federal de Sergipe e queria conseguir jogar futebol já tava bem já tava no profissional, e foi inclusive em 83 fiquei no banco pela a primeira vez pelo campeonato sergipano, em 1983 lá em Lagarto , já viajava, viajei pra Arapiraca pra jogar contra o (()) em Arapiraca , viajava pelo o Estado de Sergipe também aí foi quando veio aquele negocio né eu pensando nos estudos que tinha parado, eu já trabalhando na São Paulo Alpargatas (()) aí me deu distúrbio mental, é um negocio assim, meio preocupante assim né, o negocio não posso me preocupar muito, porque às vezes não quero tomar o remédio, às vezes pra tomar o remédio, como aconteceu alguns dias atrás, eu comprei um maço de cigarros daqueles grandão lá, aquelas caixona de cigarro, duas foi cento e cinquenta reais aí minha mulher não gostou, ela sabe que eu não gosto que me chame pra ir pra médico (()) eu que venho sozinho desde quando abriu o Caps aí eu venho sozinho, aí ela chamou o carro do Samu porque eu tava fumando aí me levaram lá pra (()) aí tomei injeção e fui pra casa mais ela, porque eu pedi pra tomar injeção no Caps, porque eu tomo aqui uma injeção três ampola de 1 ml, (()), todos os meses, todo dia quatro.*

Y – *//aham// uma vez por mês?*

Jm – *uma vez por mês, doutora Sara receitou (()) porque é melhor, do que comprimido, pra não dá problema no estomago.*

Y – *e como é que você se sente?*

Jm: *me sinto bem, ótimo, doutora excelente assim, assim como à senhora estou conhecendo a senhora a senhorita Tânia, grande psicóloga, seja sempre assim aberta para os seus, no particular, porque a senhora deve trabalhar no particular também, mais deve trabalha, que é uma grande pessoa que conheci a parti de hoje(())*

Y – *com os remédios também como é que você se sente?*

Jm – *me sinto bem, são três ampolas.*

Y – *mais às vezes você não quer tomar por quê?*

Jm – *por que::: eu me sinto assim, porque eu to bem, eu to bom não quero mais tomar, vem aquilo na mente né, isso é um fator negativo da minha mente né, to bom não quero mais tomar, to bom, aí acontece de ficar meio adoentado por causa disso.*

Y – *sim. Aí você não toma você piora?*

Jm – *é exatamente,é, fico doente.*

Y – *é?.*

Jm – é,.

Jorge conta que o transtorno mental para ele “*é um negócio invisível*” desde que começou a se preocupar muito que queria continuar estudando, queria se formar em educação física, mas queria também ser jogador de futebol profissional, já tinha participado de alguns jogos no time profissional, mas também precisava trabalhar, já estava trabalhando, “veio aquele negócio”, “um negócio preocupante”, o distúrbio mental, desde lá se não toma o remédio volta a ficar doente, dá um exemplo de quando comprou dois pacotes grandes de cigarros e a mulher dele percebeu que ele não tinha tomado a medicação, chamou o SAMU que o levou ao Caps, por que é lá que ele toma todo mês, foi e voltou tranquilo com ela, mas muitas vezes não quer tomar a medicação, pois acha que está bom e não precisa, diz: isso “*é um fator negativo de minha mente*”.

O distúrbio mental é visto por Jorge como um negócio invisível que vem até ele e está relacionado com a preocupação, com o pensamento contínuo em coisas que não conseguia resolver, em momentos de impasses na trajetória de sua vida, de escolhas que tinha que fazer: parar de jogar futebol, trabalhar, estudar. Assim, caracteriza o distúrbio mental como sendo da ordem da preocupação, do pensamento, que tanto aparece como causa quanto como efeito do seu distúrbio mental.

Jorge fica bem na maior parte do tempo e isso o faz se questionar sobre sua condição, acha que não tem mais nada, que está bem, não vê, nem sente doença alguma e aí não quer tomar medicamentos para isso que não aparece. São os outros que percebem as mudanças em seu comportamento e o alertam para a medicação. Jorge vem ao Caps somente para tomar medicação e para as assembleias, nas segundas feiras. Tem na psiquiatra do Caps sua referência, diz que ela é ótima e que lhe pergunta se está bem, se diz que está o manda embora e diz para retornar no próximo mês para tomar medicação. Diz que se sente bem, assim como estava no momento da entrevista conversando com a pesquisadora que elogia por ser aberta para os seus pacientes e deseja que sempre seja assim, com os pacientes do consultório, pois acha que eu devo atender em consultório particular também.

O CAPS David Capistrano, como já descrito no capítulo V, está situado na região mais rica da cidade e seus usuários refletem essa condição. Jorge também possui uma condição diferenciada de renda e de instrução e sua perspectiva de classe social aparece na entrevista, nesta passagem considera que um bom profissional também atende no setor privado e não somente no SUS.

207-245 Y – e esse fica doente como é, o que acontece quando você?.

Jm: *ficar doente eu já sofri muito doutora eu fui internado varias vezes como já falei, fui derrubado, não bateram não, eu fui correndo peguei um negocio do rapaz lá no conjunto (()) o cara me derrubou tenho uma marca aqui, mais ele não me bateu não só deu um toque na minha perna fui correndo deu um toque na minha perna eu cai esparramado, ele pensou que eu ia mata ele, não deixa isso pra lá, de manhã o rapaz veio me pedi desculpas que eu trabalhava na Brahma, trabalhei na Brahma em Camaçari depois arrumei outro emprego. Inclusive eu não sei se si posso revelar isso pra senhora eu ia entra na justiça contra o INSS hoje né, porque eu ganhava mais que o salário mínimo foi diminuindo, diminuindo aí to ganhando o salário mínimo aí vou entra na justiça com o advogado particular.*

Y – então você chegou a trabalhar em Salvador também?.

Jm – *trabalhei na () em Salvador na a construção de Shopping Center de Piedade, quem fez as sapatatas naquilo ali, na construção Shopping Center Piedade em Salvador foi a gente.*

Y – //aham//

Jm: *trabalhei em São Paulo em 87 e 88, na metalúrgica Arno não sei se você já ouviu falar, trabalhei na Santista têxtil, na São Paulo Alpargata que foi meu primeiro emprego como contei pra senhora. .*

Y – era aqui ou lá:?

Jm – aqui. .

Y – ahm

Jm – *aqui no (()) depois da ponte antes de chegar (())ali tem uma fabrica grandona assim, (()) tem a nortista e depois vem a::; santista, a nortista é dos frango, a santista é do pessoal lá de São Paulo(()) mais antigamente era Paulista, era São Paulo alpargata ela. E trabalhei na vila romana que construía calça Pierre Cardin, Yves Saint Lorin, só de marca , aqui onde é o extra agora.*

Y – aqui em Aracaju?

Jm: é.

Y –então você sempre morou aqui em Aracaju?

Jm: *não. Eu vim de Jaboatão sou natural de Jaboatão interior de Sergipe, vim de lá com seis anos pra sete anos de idade eu vim de lá pra cá. Primeiro passei em Santo Amaro em 74 morei lá dois anos depois vim por Porto Velho que é o Bairro aqui acima perto do Bairro Industrial de lá pra cá convivi só aqui em Aracajú.*

Y – Você está com quantos anos?

Jm: *eu to com quarenta e quatro anos eu sou de 02 de abril de 1964.*

Jorge é sergipano, nasceu em Jaboatão no interior do Estado, tem 44 anos, veio com seis ou sete anos para Aracaju, morou em Salvador, trabalhou em Camaçari na Brahma e também na construção de um Shopping em Salvador, trabalhou em São Paulo na metalúrgica Arno, onde morou por algum tempo com um irmão. Jorge trabalhou em várias indústrias têxteis, metalúrgica e de construção, se aposentou com um salário acima do mínimo, mas diz que hoje esse valor foi diminuindo e está ganhando igual ao mínimo e que vai entrar na justiça contra o INSS por isso, com um advogado particular. Diz que sofre muito com essa doença e já foi internado várias vezes, cita um caso em que pegou algo de um rapaz na rua e foi derrubado por ele, se esparramou no chão, no outro dia o rapaz pediu desculpas, soube que ele trabalhava na Brahma que não era ladrão.

246-350 Y – *e como você foi atendido quando você chegou aqui pela a primeira vez?*

Jm – *ah, muito bem, fui encaminhado por uma grande médica, que é uma grande médica mesmo que eu digo pra senhora, paciente, tranqüila assim como a pessoa como to vendo agora que to conhecendo que é a senhora, ela pra mim é como a minha mãe, minha segunda mãe, doutora Sara, porque (()) Jorge ta bem? to bem, vá pra casa, só passa o remédio pra você tomar todo mês aqui, marquei pra ela que tenho uma carteira essa carteira aqui, carteira de::: de passe livre e aí marquei pra ela pra renovar que ta vencendo aí marquei pra ela pra pegar::: o visto dela com o laudo médico pra...*

Y – *esse passe livre te ajuda?*

Jm: *ajuda to com vontade de renovar ele pra ir ao final do ano lá pro Paraná onde meu tio mora, em São José dos Pinhais.*

Y – *esse você também viaja para fora do estado?*

Jm – *viaja pra fora.*

Y – *e aí aqui dentro também?*

Jm – *também, é usado aqui dentro também, serve até pra navio. Coletivo de passageiro, ferroviário, aquaviario.*

Y – *só não tem avião né?*

Jm: *só não tem avião, ah se tivesse avião eu tava rodando1@*

Y – *então quando você chegou aqui você foi bem atendido, você não chegou em crise?*

Jm – *não. Vim por livre e espontânea vontade minha, orientado pela Doutora Sara.*

Y – *e depois que você está aqui você já foi internado alguma vez?*

Jm: *já, uma vez só, por causa do meu relaxamento de não tomar remédio.*

Y – *//aham//*

Jm: *só uma vez.*

Y – e há quantos anos você está aqui, desde o início você falou né?

Jm – é.

Y – foi logo no início que ele tinha aberto você conheceu a primeira equipe que trabalhou aqui não foi?

Jm – foi sim.

Y – //aham// você poderia me contar um pouco de como é os técnicos que trabalhavam aqui e como é que é?

Jm – ah, antigamente os técnicos eram excelentes, não é desfavorecendo o valor dos que estão atual, é por que tinha mais organização, se incomodavam mais com a gente, procurava saber como à senhora quer saber a respeito de mim agora, agradecer essa entrevista, ela se preocupava né, tinha psicólogo aqui o psicólogo que não ficava trancado ficava em reunião pra saber que tinha alguém, se alguém queria falar com a psicóloga isso tudo né. A equipe era muito boa a equipe que vinha antigamente.

Y – e você poderia me dizer quando mudou como é que foi essa mudança?

Jm – mudou o seguinte, elas se acham o tal né, essas pessoas que estão aqui agora né não tirando um rapaz que está desde o início que é o , que trabalha na secretaria ali na portaria, que é o Dilson, não mudou, não mudou, não foi com o resto da equipe que mudaram que se acham melhor do que nós, não liga pra gente como no caso desse passeio que houve eu sei que eu errei que eu tomei uma cerveja não era pra ter tomado, mas elas me abandonaram na ilha, e se eu não conhecesse a ilha como é que ia ser?

Y – que ilha é?

Jm – A ilha de Santa Luzia aqui no bairro dos coqueiros.

Y – //aham// me conta isso direito assim, desde o início.

Jm: como assim?

Y – vocês foram fazer um passeio?

Jm: pra Pirambu de Pirambu vinha pra ilha.

Y – ah:::

Jm – fomos conhecer o projeto Tamar.

Y – ah das tartarugas

Jm –: das tartarugas tiramos fotos foi legal, quando ne volta acampamos na ilha aqui já perto de Aracajú na ilha de Santa Luzia na barra dos coqueiros aí eu tava com dinheiro me deu vontade de tomar uma cerveja fui tomar uma cerveja aí Silvana gritou: você vai embo:ra, sozinho você, vai indo embo:ra, aí eu peguei vou, tudo bem eu vou, embora vim embora sozinho (()) se ela tivesse uma formação como eu não sou formado, sou formado, sou formado em desenhista mecânico só pelo o SENAI e sou formado em vendedor pela Brahma de Camaçari Bahia e sou também formado pelo SENAI, prevenção de acidente no trabalho. Aí mais ela não tem o conhecimento se ela é formada em terapia ocupacional ela não tem a formação que eu tenho, e a educação que eu tenho, porque se você tivesse, no meu lugar eu chegava pra ela e dizia , olha você ta tomando sua cerveja agora não tome mais não, só tome só essa como tomei só uma e parei, mais você vai voltar com a gente no próximo passeio você não vai aí, eu ficava tranqüilo.

Y – era isso que você esperava dela?

Jm – que eu esperava que ela fizesse.

Y – *como você se sentiu com essa atitude dela?*

Jm – *ah a menina se cabulou aí a menina que foi comigo sentada do meu lado a companheira aqui do Caps, se ofendeu foi (()) quem foi que falou agora na reunião do dia vinte e ela se ofendeu disseram que eu que era. Ela gritou, não fui eu não, ela gritou ela sozinha, vai embora! Me lembro como agora, como se fosse agora, vai embora.*

Y – *e a sua relação aqui no Caps como um todo? Com outros técnicos também como é que é?*

Jm – *aqui tem uma excelente pessoa ela é morena uma técnica de enfermagem ela é enfermeira, é morena, é morena, é preta só na cor mais tem alma branca e poucas pessoas que::: aqui só tem, tem Celso que acho que é uma boa pessoa e tem Mario, que não pertence mais aqui, que foi esse que me deu almoço que eu vim até sem almoçar me chamou pra almoçar, foi (()) porque ele já trabalhou aqui na chapa dele, chama a gente pra viajar com a gente lá pro passeio de Pirambu. Mais aqui só tem Dilson que eu acho bem que ele é bem tratado que eu gosto e tem esse Celso que ele é um terapeuta ocupacional também, mas não é ela que decide quem decide as coisas aqui no Caps é::: a direção do Caps é::: a assistente social, é::: a pessoa que comanda o Caps não é terapeuta ocupacional, não é enfermeira, não é essas pessoas que vai decidir quem tem que decidir uma coisa de grande valor aqui são elas, a assistente social daqui.*

Y – *que é a coordenadora?*

Jm – *É. Que acho que é a grande daqui né.*

Jorge diz que foi muito bem recebido no Caps quando chegou, foi encaminhado pela Dra Sara que é para ele uma grande médica “ela pra mim é como a minha mãe, minha segunda mãe”. Dra Sara é tranqüila, paciente, conversa com ele e lhe recomenda a medicação, conta que agora está marcando uma consulta com ela porque precisa do laudo para o passe livre. Com este passe Jorge tem direito as passagens urbanas e também interestaduais, diz que está querendo ir para São José dos Pinhais, no Paraná, visitar um tio.

Jorge não chegou em crise no Caps, faz questão de dizer que veio por sua livre e espontânea vontade, pela orientação da Dra. Sara, conta que depois que está no Caps foi internado apenas uma vez por causa de seu relaxamento de não tomar a medicação. Jorge está no Caps desde 2002, relata que conheceu a primeira equipe de trabalhadores do Caps e diz que antigamente os técnicos eram excelentes, tinha mais organização, “eles se incomodavam mais com os usuários”, procuravam saber de cada um, tinha psicólogo que não ficava só trancado na sala, mas perguntava se alguém queria falar com ele, “a equipe era muito boa”.

Jorge diz que não quer desfavorecer o valor dos trabalhadores que estão agora, mas que os outros eram melhores, para Jorge o que mudou foi que essa equipe atual “*se acham o tal*” com exceção de um rapaz da portaria que continua no Caps os outros “*se acham melhor do que nós*”, não ligam para os usuários como no caso do passeio que teve. Jorge foi com um grupo do Caps fazer um passeio para a praia de Pirambu, conhecer o Projeto Tamar e na volta ficaram na ilha de Santa Luzia, em Barra dos Coqueiros. Lá Jorge conta que estava com dinheiro e pediu uma cerveja, a técnica que estava acompanhando o passeio gritou com ele: “*você vai embo:ra, sozinho você, vai indo embo:ra*”, ele pegou suas coisas e foi embora.

Jorge diz que se ela tivesse uma formação como ele, que não é formado, mas fez curso de desenho mecânico pelo SENAI, de vendedor pela Brahma e de prevenção de acidentes no trabalho pelo SENAI, diz que mesmo ela sendo formada em terapia ocupacional, mas não tem o conhecimento e a educação que ele tem porque se ele estivesse no lugar dela falaria com ele e diria: “*olha você tá tomando sua cerveja agora não tome mais não, só tome só essa, como tomei só uma e parei mais você vai voltar com a gente, no próximo passeio você não vai, aí eu ficava tranqüilo*”.

Conta que a sua colega usuária do Caps “*se cabulou*”, se ofendeu com a atitude da técnica e levou esse assunto para a assembléia do Caps. Com os outros técnicos Jorge diz que tem uma excelente pessoa que é técnica de enfermagem ou enfermeira que é morena, preta, mas com alma branca e outras poucas pessoas, o rapaz da portaria, o Celso que também é terapeuta ocupacional e o Mario que também já não está mais no Caps, mas foi quem lhe ofereceu almoço quando veio sozinho do passeio e ainda não havia almoçado. Jorge diz que quem decide as coisas no Caps é a assistente social, quem comanda não é a terapeuta ocupacional, nem a enfermeira, que essas não decidem uma coisa de grande valor, quem decide é a assistente social, que é a coordenadora do Caps, e ela não têm participado das assembléias.

Jorge está muito ressentido com o que aconteceu no passeio e fala de sua visão sobre os técnicos que trabalham atualmente no Caps. A relação tem sido de autoridade, de ordem e não de cuidado, como era antes. A visão que tem de si

mesmo também fica evidente quando ele não aceita ser tratado com desprezo ou desrespeito, pois é igual aos técnicos, também é formado, e se considera mais educado que a terapeuta ocupacional, que lhe mandou embora do passeio.

Essa diferença entre antigos trabalhadores do Caps e os atuais é falada e sentida no Caps, desde que a primeira equipe não passou no concurso e foi substituída. Mudou a visão e a disposição da equipe com os usuários e eles sentem isso. Os atuais trabalhadores vivenciam seus próprios problemas e se distanciaram dos usuários, do cuidado, do acolhimento. Desta forma os conflitos entre trabalhadores e usuários se aprofundam. Jorge procura entender quem manda no Caps, diz que é a assistente social, que é a coordenadora, mas como a terapeuta ocupacional toma a decisão de mandá-lo embora do passeio? Acha que “as coisas de grande valor” devem ser decididas pela coordenadora, mas não estão tendo acesso a ela, principalmente nas assembléias onde trazem os problemas do Caps.

Reclama também que os técnicos estão fechados na sala de reuniões e que não os atendem, mesmo que chamem. Desta forma constrói a sua visão de que os técnicos estão fechados para os usuários e por isso elogiou minha abertura em querer conversar com ele, saber sobre ele. Conclui com isso que os técnicos se acham melhor do que os usuários e se instala uma disputa, uma relação de competição e não de parceria no cuidado, isso é evidente no clima do serviço, no cotidiano do Caps. Nesse momento como a clínica está sendo praticada neste Caps? A dimensão das relações entre profissionais e usuários é essencial à clínica e os usuários ressaltam isso, o que esperam dos trabalhadores é a disposição para a escuta, o contato, o vínculo com eles.

351-390 Y – //uhum// como é sua relação com os outros usuários daqui?

Jm – Ah, é tudo bem Graças a Deus. Me dou, tudo bem, eu fui escolhido quinto delegado em uma reunião que teve, sou o quinto delegado desse Caps aqui certo.

Y – //uhum//

Jm – fui escolhido.

Y – quinto delegado é o quê?

Jm – são cinco delegados de cada Caps eu sou o quinto daqui

Y – //ahaum//

Jm – até que haja votação de novo, que não houve votação foi escolhido numa reunião perguntou se eu queira ser eu disse que queria ser.

Y – e o que o delegado faz?

Jm – o delegado luta pelos usuários, vêem as coisas que eles tão certas dentro do Caps pelos usuários, por exemplo, como ia ter uma conferencia logo no inicio quando fui eleito voto a voto, ia ter uma conferencia em Brasília eu, eu tenho as papeladas em casa eu dei a minha sobrinha pra brincar, porque já tem muito tempo. Ia ter conferencia pra gente viajar ia fretar o ônibus só pra ir buscar pra aqui os delegados pra ir pra Brasília. E eu ia conversar com:::: se eu tivesse oportunidade de ir pra Brasília conversar com o presidente pra aquelas pessoas que nem eu que já trabalhou de carteira assinada que ele aposentasse aqueles que não tivesse condições de trabalhar era isso que eu queria falar pra ele, pra o presidente da republica.

Y – você não é aposentado?

Jm – eu sou aposentado.

Y – é?

Jm – sou aposentado há onze anos.

Y – //aham//

Jm – vinte e um de seis de 97.

Y – então você também, você disse que se dá bem com os usuários?

Jm – ah, com os usuários me dou bem.

Y – também é representante deles?

Jm – é. O quinto delegado. Até que no estatuto é o que tem alguma intervenção eu sou o quinto delegado aí.

Y – e aqui no município você como delegado você faz alguma coisa?

Jm – não no município não, nunca participei não quem participa é o senhor Gilberto e o outro que eu esqueci o nome.

Y – //aham//

Jm: ele é que se mete nesse negocio de associação, tem uma associação dos usuários dos Caps aí eu não participo disso daí.

Jorge considera que está tudo bem na sua relação com os outros usuários e conta que para a última conferência de saúde mental realizada em Brasília em 2001, ele foi eleito quinto delegado do Caps, explica que ser delegado é representar os usuários para levar suas reivindicações, disse que levaria ao presidente da república a solicitação de que os usuários que já tivessem trabalhado com carteira assinada e não pudessem mais continuar trabalhando que tivessem o direito de se aposentar, como ele, que é aposentado há 11 anos.

Há também uma associação dos usuários dos Caps, mas Jorge não participa dela, conta que são outros dois colegas que participam.

Ser delegado do Caps para Jorge foi muito importante, ele podia falar pelos usuários do Caps e defender seus direitos, atualmente se sente sem poder, é mandado embora do passeio e não é ouvido nas assembléias pela coordenadora do Caps, que ele considera ser a pessoa que manda lá. Os usuários neste momento estão des-empoderados na sua relação com os técnicos dentro do próprio Caps.

Y – ah ta. E como é que você é atendido assim quando está em uma situação de crise?

Jm – ah, quando sou atendido pra mim eu me sinto bem né, mais pra meus familiares (()) não foi bem atendido não, não foi atendido bem não, nessa ultima vez que fui interno na clinica São Marcelo da Doutora Sara minha mãe pediu socorro aqui fui eu bater em São Paulo, passei um mês lá em São Paulo rodando São Paulo, porque quando eu sentia que eu tava doente pra ninguém me interna eu viajava pra Pernambuco, Salvador, São Paulo.

Y – //aham//

Jm – ta entendendo, a última vez eu fui bater em São Paulo, passei lá uns dois meses lá.

Y –é? E lá você também não

Jm – andei pelas ruas e encontrei alguma vez um policial, uma senhora pediu pra ele me ajudar que já tinha andado bastante, já estava no território de Guararema, já viu falar de Guararema?

Y – //aham//

Jm – já tava no território de Guararema pra lá de Guararema, aí o policial me ajudou a moça pediu me levou pra casa dele lá perto da casa dele lá em Guararepe aí me colocou num::: lugar que coloca, não é doido não, e nem albergue ele perguntou se eu queria ir pra um albergue aí fiquei calado, aí me levou pra uma desafio jovem Emanuel , me lembro como hoje, é de evangélico, um lugar evangélico pra recuperação de drogados essas pessoas.

Y – você ficou lá?

Jm – fiquei lá aí foi que meu irmão foi me apanha, o mais novo.

Jm – @@

Y – //aham// você achou que foi uma crise?

Jm – foi uma ultima crise.

Y – então você costuma vir para cá para o Caps quando você não está se sentido bem?

Jm – não, não.

Y – você viaja?

Jm – viajo.

Y –que você tem medo que te internem?

Jm – é.

Y – aqui no Caps você já ficou?

Jm – não. Não (())

Y – noturno não?

Jm –não, Graças a Deus não.

Y – você não quer ficar?

Jm – não, se precisar eu prefiro ficar aqui do quê ficar internado aqui tá livre, tem liberdade pra ta andando aqui dentro pior é na Clínica São Marcelo, na Santa Maria, no Adauto que era o pior que teve que acabou hoje é um distrito policial, quinto distrito policial.

Y – //uhum//

Jm – pior é na clinica, eu prefiro fica aqui quando eu tiver algum problema eu quero ficar aqui, entendeu?

Y – sim//aham// é, então você nunca ficou aqui internado?

Jm – não, no acolhimento não, internado aqui no Caps não.

Jorge, quando sente que está ficando doente sai de casa e viaja para algum lugar como Salvador, Pernambuco, São Paulo, para não ser internado. Em sua última crise viajou para São Paulo, lá ficou andando pelas estradas até chegar a Guararema onde um policial o encaminhou a uma fazenda evangélica para usuários de drogas seu irmão mais novo foi lhe buscar. Jorge ri dessa situação e diz que, quando entra em crise viaja, não procura o Caps, nunca ficou no acolhimento noturno do Caps, sua última internação foi na clínica São Marcelo. Quando pergunto se não quer ficar no acolhimento do Caps diz com veemência que prefere ficar no acolhimento noturno no Caps do que nas clínicas como a Santa Maria, São Marcelo e o Adauto, que era o pior de todos, mas já fechou. Diz que quando tiver um problema quer ficar no Caps porque está livre, tem liberdade, pode andar pelo Caps.

Jorge não tem o Caps como referência para o cuidado em crise, ainda segue sendo internado em clínicas psiquiátricas quando entra em crise, para isso não acontecer viaja para outros lugares e acaba sendo internado, de qualquer forma, em alguma clínica psiquiátrica ou para usuários de drogas como aconteceu

na sua última viagem. O cuidado no Caps para ele atualmente se restringe cada vez mais a tomar a medicação uma vez ao mês e participar da assembléia nas segundas feiras, mas com muitas limitações a essa participação.

O Caps desta forma vem limitando a sua participação no serviço e restringindo, com as atitudes dos técnicos, a sua vinculação ao Caps. Jorge diz que não tem mais nada que goste no Caps, o futebol não pode mais jogar, os passeios não fará mais por conta da relação difícil com a técnica responsável, diz, em outro momento, que gosta de jogar dominó, mas os técnicos dizem que não tem, mas para ele, eles os técnicos “escondem o jogo” e então para Jorge o Caps vai perdendo o sentido.

Estas situações evidenciam o afastamento dos usuários que poderiam colaborar com o movimento e a construção do serviço, mas como não encontram ressonância para suas falas vão deixando de vir cada vez mais e o Caps acaba ficando somente com os usuários mais comprometidos psicofisicamente, dando ao serviço um perfil de cronificação no cuidado. Além disso, o potencial de usuários como Jorge para o cuidado não é aproveitado. Jorge relata que antigamente se dispunha a treinar o time do Caps na praia ou na praça, pois o clima era bom e ele era apoiado pelos técnicos para isso, hoje não só o seu potencial para cuidar está sendo desperdiçado como ele também não está recebendo o cuidado que necessitaria.

Y – em geral como é que você avalia o trabalho aqui do Caps ?

Jm – olha o trabalho do Caps não é cem por cento eu dou uns setenta por cento no trabalho do Caps aqui, porque antigamente chegava, beirava os cem por cento, noventa e nove por cento antigamente era:: nós era bem tratado, bem acolhido pelos funcionários, hoje em dia não, chega aí se entocam os funcionários, aqui mesmo na sala de direção pra entrar, tem um monte de trabalhador conversando, pra entrar, bate na porta, não, não pode entrar agora não, bato na porta com educação que eu tenho que Deus me deu, pouco estudei até a oitava série só não tenho, não terminei o primeiro grau, estudei passei comecei a estudar a oitava não terminei. Aí bate, aí não, não dá pra atender você agora não, um monte de gente conversando, então o clima não é, não ta como era an::tamente, não viu o que o rapaz falava aquele companheiro meu, não ta como era antigamente. Eles vê a gente, sabendo que eles ganha o dinheiro, o pouco que eles ganham, mas é por causa de nós que dá, tem a gente aqui pra eles trabalhar, não é isso mesmo /

Y – sim.

Jm – então eles deviam tratar melhor, vê a gente como uma figura, uma mão de obra deles, porque vem me tratar como se tivesse fazendo um tecido, vamos fazer esse tecido bonito, bom pra melhorar, talvez melhore até nosso dinheiro, devia ser assim eles devia fazer, eu dou uns setenta por cento pro tratamento.

Y – o que você acha que falta aqui?

Jm – aqui falta mais humanidade, ser simples com a gente como antigamente tinha::: a baianada, as outras colegas, uma psicóloga companheira sua que você não conhece que esqueci o nome dela a::gora, me falta à memória, uma excelente pessoa, ela fala: Jorge quer conversar comigo, e eu não doutora não to precisando não, chamava ela de doutora, não to precisando não, mais quando eu precisava ela tava a disposição, ela mesmo acompanhava a reunião, a reunião que teve aí, ela acompanhava, reunião numa sala, numa sala que tem aqui na frente ela acompanhava, ela falava sobre sexualidade, ela acompanhava tudo, então era diferente. Hoje em dia ta faltando muita coisa, muita coisa mesmo, falta humanidade, humanidade é ser lealdade, leal, como nós precisamos de um si mesmo, de outra pessoa como ela precisa de nós mesmo, eu preciso da senhora, porque se eu não precisasse da senhora eu não tava aqui conversando com a senhora, relatando o que já passei e através disso a senhora vai colher o conhecimento, mais experiência em cima de mim e eu vou contando a minha verdade pra senhora, contando a realidade o que aconteceu de fato comigo, eu fico feliz por causa disso.

Y – o que você mais gosta aqui?

Jm – Rapaz, o que mais gostava daqui era o futebol, mais eu pesava setenta e três quilos e estou com cento nove, muita diferença né, o joelho não agüenta jogar mais. Joguei uma vez ultima vez no ultima campeonato que do teve até Sidrack Marinho, já viu falar em Sidrack Marinho? Do quadro da FIFA, da CBF?

Y – ah, sim.

Jm – um sergipano foi ele quem apitou a final eu nem sabia que ele ia apitar a final, nós ficamos em boa colocação, joguei só uma partida só quarenta e cinco minutos fiz um gol de cabeça no primeiro tempo (()).

Y – você jogava aqui no Caps?

Jm – jogava pelo time do Caps.

Y – //aham// também?

Jm – e participava antigamente das palestras de sexualidade.

Y – //aham// você acha que falta

Jm – e ia pra praia, treinava o time na beira da praia eu mesmo é quem treinava junto não tinha é::: professora de educação física eu que é que treinava o time na beira da praia junto com a menina, a menina me apoiava que trabalhava aqui como eu estou com você era tão legal que eu chegava a me dispor, jogava e::: dispor a treinar na beira da praia e nesse campo da praça, nós jogava aí.

Y – quanto tempo você mudou isso, que você consegue lembrar assim, quanto tempo que mudou esse jeito de funcionar aqui do Caps?

Jm – ah tem muito tempo::: deixa vê, isso foi inaugurado em 2002:::

Y – em 2002.

Jm – em 2002 nós estamos em 2008 tem uns::: quatro ou cinco anos.

Y – que já mudou?

Jm – é.

Y – //aham//

Jm – *uns quatro a cinco anos. Primeiramente foi bom, a primeira etapa foi bom.*

Y – *os primeiros anos?*

Jm – *os primeiros anos foi bom. Tinha humanidade, hu-ma-ni-da-de era assim de (()), por exemplo, a assistente social ela não quer saber de nada não numa hora dessa era pra todo mundo ta aí, era pra todo mundo ta aí de pé olhando qual a necessidade pra vê, mesmo que não falasse nada não mas tava captando o que passa(()).*

Y – *sim. A reunião que você está falando é a assembléia?*

Jm – *é a assembléia.*

Y – //aham// *você vem que dias para cá para o Caps?*

Jm – *só venho no dia de segunda-feira pra reunião.*

Y – *ah, dia de segunda?*

Jm – *é. Não quero mais, porque eu não sou violento, não sou violento, mas se fosse um homem que é pra gritar como ela gritou lá eu tinha enchido a cara dela de murro, mais é uma mulher frágil eu não faria isso com uma mulher. Eu já morei com duas mulher, a mãe do meu filho que eu tenho um filho de quinze anos, não morei com ela, só engravidei ela, mexi com ela, engravidei ela, casei no papel, porque ela era de menor fiqueii, mais depois separei. Veio outra que gostava de mim morei com ela um mês morava na casa da mãe dela, mais ela não queria mora com casa alugada que eu queria alugar uma casa. Veio essa coroa por ultimo ela gostou de mim aqui aí eu gostei dela tem seis anos que estamos juntos, só a terceira né?*

Y – //uhum//

Jm – *mais nada de agressividade, se for pra mim dá uma porrada numa mulher minha ou outra mulher é melhor me afastar, ta entendendo? Não quero agressividade não.*

Y – *e o que isso tem haver com não vir aqui todos os dias? Ou outros dias?*

Jm: *não, o que gosto de bater aqui é dominó, gosto de brincar dominó, dominó aqui eles esconde, diz que não tem.*

Y – *é?*

Jm – *é. E outra coisa eles:: as atividades que tem aqui pra mim não me interessa, era bola senão a praia, mas a praia quem conduz é ela eu vou mandar cortar meu nome da praia, essa Silvana que me deixou lá no passeio, não vou mais não tenho nada contra ela, ela me ofendeu por que::: se eu não conhecesse a ilha como era que eu ia voltar sozinho?*

Y – *sim.*

Jm – *aí é onde está né. Eu sei que eu errei que tomei a cerveja foi combinado pra ninguém tomar nada, mais eu tomei. O que ela falava, como já falei pra senhora, no próximo passeio você não volta mais, não vem mais, pronto eu ficava tranquilo, mais ela não, ela gritou de voz alta, depois que ela gritou(()) pode ir embora Jorge. Fizeram uma reunião depois com a assistente social novata que tem aí eu não sei o nome dela, uma forte, aí disse isso está acontecendo nem citou o meu nome, mais foi comigo que eu não sou bobo, né, um usuário tava bebendo e tal, e*

tal(()) tava tomando a cerveja e ouvi elas falando. Mais ela gritou de voz alta, ela é terapeuta ocupacional e tem essa voz aqui que eu vou dizer.

Y – sim. Bom Jorge, o que significa para você o Caps?

Jm – ah o Caps não só pra mim mais::: eu falo em nome de todos os usuários de Caps do Brasil que a melhor coisa que foi criado dentro do estado de São Paulo, dentro do Brasil dentro do Estado de Sergipe porque a pior coisa do mundo é você ser internado, a melhor coisa do mundo que criaram pra nós foi os Caps, falo em nome de todos os usuários de Caps do Brasil.

Y – Obrigado Jorge.

Jm: nada.

Y – eu não tenho mais nenhuma pergunta. Você quer falar ainda alguma coisa?

Jm – não, não eu já::: conversei com a senhora antes, pode encerrar se quiser, conversei com a senhora antes...

Jorge é convidado pela pergunta da pesquisadora a avaliar o Caps, ele começa dizendo que o Caps não está 100% e que se fosse antigamente daria 99% mas hoje ele atribui 70% para o Caps. Antigamente eram bem acolhidos e tratados hoje os funcionários se “entocam” na sala da direção e não os atendem, mesmo que chamem. Jorge nessa avaliação conta que ele só estudou até a oitava série, mas não completou o ensino fundamental, mas que tem educação e se comporta com essa educação no Caps.

Jorge diz que o clima do Caps não é mais o mesmo. Jorge reflete sobre a razão de ser do Caps, não é por causa dos usuários que existe o Caps? Não é o cuidado com os usuários que justifica o trabalho dos técnicos? O salário, mesmo baixo, que os funcionários recebem não é para o cuidado com os usuários? Se são os usuários que justificam o trabalho no Caps então ele compreende que deviam ser bem tratados que os técnicos deviam tratá-los como se estivessem fazendo um tecido, cuidando para que fique bonito e isso poderia melhorar até o salário deles.

Avalia que o que está faltando no Caps é mais humanidade, que os técnicos deveriam ser mais simples com os usuários, estar mais junto com eles. Cita como exemplo uma psicóloga da equipe antiga que perguntava a ele se ele queria conversar com ela, mesmo ele não querendo, ela ficava disponível para conversar, além disso, participava da assembléia e fazia um grupo sobre sexualidade que ele freqüentava.

Jorge diz que hoje em dia está faltando muita coisa mesmo e muita coisa é humanidade e humanidade é lealdade, é um precisar do outro e estar com o outro, cita como exemplo nossa conversa: “eu preciso da senhora, porque se eu não precisasse da senhora eu não tava aqui conversando com a senhora, relatando o que já passei e através disso a senhora vai colher o conhecimento, mais experiência em cima de mim e eu vou contando a minha verdade pra senhora, contando a realidade o que aconteceu de fato comigo, eu fico feliz por causa disso”.

O que Jorge mais gostava no Caps era o futebol, ele jogava para o time do Caps, mas deixou de jogar por que passou de 73 para 109 Kg e aí o joelho e os pés não agüentam mais. Seu último jogo foi nas finais do campeonato interCaps do município que foi apitado pelo juiz Sidrack Marinho que é sergipano e foi do quadro da CBF e da FIFA, fez um gol de cabeça no primeiro tempo, jogou até o fim e ficaram bem colocados, depois disso não jogou mais.

Jorge sente falta do futebol não somente no Caps, mas em sua vida que ficou distante do sonho de ser jogador de futebol profissional e agora até dos jogos na praia ou na praça. Jorge além de jogar pelo time ajudava a treiná-lo, a técnica do Caps o chamava para colaborar, não havia professor de educação física, e ele se disponibilizava, cita esse exemplo como demonstração do bom clima que existia no Caps: “era tão legal que eu chegava a me dispor a treinar na beira da praia e nesse campo da praça, nós jogava aí”. Jorge ressalta que a equipe anterior era melhor por que tinha humanidade com os usuários.

Avalia que a assistente social que é coordenadora atualmente tinha que estar na assembléia para escutar o que eles estão dizendo, mas que ela parece não se importar, pois não comparece, cita essa situação como mais um exemplo de desumanidade no Caps.

Jorge fala que agora só vem ao Caps nas segundas feiras para a assembléia e que não quer vir mais, pois não quer agredir ninguém e que não bateu na técnica que o mandou embora da ilha por que era uma mulher e então passa a falar das mulheres de sua vida. Conta que já teve três mulheres, a primeira era menor e engravidou, ele casou com ela mas se separou, depois morou com outra mulher na casa da mãe dela ele queria alugar uma casa para os

dois morarem mas ela não queria ir para uma casa alugada então se separam até que conheceu no Caps essa “coroa” sua atual companheira e estão juntos há seis anos, morando juntos ou não.

Diz que nunca bateu em uma mulher e não faria isso, então prefere se ausentar do Caps a ser agressivo com uma mulher. Fala que as atividades que tem no Caps não lhe interessam, não tem mais nada no Caps que ele goste, gosta de jogar dominó, mas diz que eles escondem ou dizem que não tem, nos passeios não irá mais por que quem vai é a Silvana que o mandou embora da ilha e está ofendido com a atitude dela, pois se não conhecesse a ilha como faria? Admite que errou ao tomar uma cerveja quando esse não foi o combinado mas reclama da falta de diálogo, considera que deveria ser punido, não indo ao próximo passeio, mas não aos gritos ser mandado embora sozinho. Reclama da falta da coordenação no Caps, deixando que uma terapeuta ocupacional mande muito mais do que ele considera que devia, enfim revela a falta de cuidado nas relações entre os técnicos e usuários.

Dentro da avaliação que faz do Caps Jorge é perguntado então sobre o significado do Caps para ele, mesmo com todas as suas críticas diz que o Caps é a melhor coisa já feita para os usuários do Brasil, não somente de São Paulo ou Sergipe porque a pior coisa do mundo é você ser internado.

5.3 Simone e a Vontade de Ser Feliz

Iniciamos a entrevista sobre a vida de Simone até a chegada ao CAPS.

1-3 Y– Então Simone aqui no Caps Jael hoje é vinte e três de outubro de 2008. Simone gostaria de começar perguntando para você me falar um pouco sobre a sua vida até você chegar ao Caps?

4- 20 Sf – Eu internava muito, fui internada mui:: tas vezes né, internei sete vezes. Na Santa Maria internei seis vezes e na São Marcelo internei uma vez em noventa e cinco. Depois ai eu conheci Doutora Juliana, fui pro ambulatório, com doutora Juliana aí comecei a me tratar lá com doutora Juliana no universitário, aí doutora Juliana me indicou em dois mil e um ela me disse: Simone você quer ir pra um Caps, você quer ir pra Caps comigo? Nem perguntei ela deu atestado e tudo eu disse que ia né eu queria ir. Mas depois eu pensava, falava com o meu

namorado que eu tinha que era um ébrio e foi meu marido e ele dizia ele era meu marido e ele, eu namorei com ele, namorei com ele:: e ele dizia que era uma prisão aqui e não era nada disso;, eu vi que não era nada disso depois que eu entrei. Aí um dia eu fui pra casa dele por que eu dormia na casa dele, ia pra casa dele e dormia, namorava, meu namorado ele morava lá perto do Caps. Aí eu peguei sabe de uma coisa, tava com o atestado andava com o atestado dentro da bolsa aí disse sabe de uma coisa eu vou lá: no Caps. Aí peguei aí desci no lugar errado aí fiquei atrapalhada não sabia andar direito, hoje em dia sei andar direito. Aí acertei o lugar quando acertei o lugar:: aí fui atendida fui bem atendida, eles me atenderam bem.

Simone inicia falando de suas internações nas clínicas psiquiátricas de Aracaju, teve sete internações e depois foi atendida no ambulatório do Hospital Universitário pela psiquiatra Juliana que a convidou para ir ao Caps em 2001. Simone aceitou o encaminhamento e disse que iria, que queria ir, mas seu namorado, que “*era um ébrio*”, lhe dizia que o Caps era uma prisão. Simone diz que, depois que entrou, viu que não era nada disso. Conta que ele era seu namorado, seu marido, nessa época ia dormir na casa dele, ele morava próximo ao Caps. Um dia decidiu ir ao serviço, andava sempre com o “*atestado*” em sua bolsa, mas na primeira vez que tentou desceu no lugar errado e ficou atrapalhada, sem saber direito onde estava. Simone diz que hoje sabe andar direito e que quando acertou o lugar, foi ao Caps: “*aí fui atendida fui bem atendida, eles me atenderam bem*”. (coda narrativa)

Simone, nesta passagem inicial, fala que se internou muitas vezes, teve sete internações e narra seu percurso até chegar ao Caps. Com isso fala um pouco de sua vida naquele momento. Tinha um namorado-marido com quem não morava, mas passava a noite na casa dele, esse namorado não queria que ela fosse ao Caps, que lhe havia sido indicado, pela psiquiatra do ambulatório do HU. O namorado achava que lá era uma prisão, mesmo assim Simone sempre carregava com ela o encaminhamento feito pela médica e um dia decidiu tentar localizar o serviço. Mesmo não conseguindo na primeira tentativa, Simone insistiu até achar o Caps e relata como foi seu acolhimento quando chegou. Nesta passagem vemos que Simone, embora contrariando seu namorado-marido, manteve sua decisão e autonomia, buscou o Caps, mesmo sem saber direito onde se localizava e o que era, mesmo errando na primeira vez manteve sua iniciativa de ir ao serviço. O vínculo com a psiquiatra que a encaminhou parece ter

sido essencial para isso, a médica também trabalhava lá e a convidou para ir com ela ao Caps. Simone quis ver o que era este lugar por ela mesma e não tomou a visão do namorado como verdadeira a priori. Constatou depois que o Caps não era mesmo uma prisão. Simone ressalta que atualmente “*sabe andar direito*” pela cidade e foi bem atendida no Caps.

Y –foi no Caps Liberdade? (pergunta imanente)

Sf – no Arthur

Y – ah no Arthur

24- 39 Sf – em dois mil e um entrei no Caps Arthur Bispo. Aí foi tão bom, me consultei, era o mesmo campo de trabalho que hoje, hoje todos tão buscando né era a mesma coisa só que era mais simples, era mais apertado que aqui lá era apertado ainda está lá apertado. Mais assim eu gostava de lá tanto, eu senti o clima, senti o clima assim de animação, de alegria. Vi Mario, o rapaz fazendo a oficina de dança, eu até participei da oficina de dança, eu achei bom;, aí eles fizeram a triagem eu falei com a doutora Alba falei tudo da minha vida, que eu tinha caderneta de poupança, falei que tinha a carteirinha de formando, tinha tudo, que eu tinha isso, que eu tinha aquilo, que eu era encostada, eu era encostada pelo o INSS na época, falei toda a minha vida aí à doutora Alba disse: cuide da sua caderneta de poupança. Aí eu tomei cuidado, que nada extraviei o dinheiro todinho, extraviei o dinheiro todinho @.@.

Y – voce extraviou?

Sf – é: com o meu namorado, com esse namorado eu tinha namorado eu gastei o dinheiro todo, tentei morar com ele lá mesmo lá perto do Caps.

Y – do Caps?

40-84 Sf – antes, antes do Caps eu tentei morar com ele, eu tentei morar com ele por isso que eu contei a doutora Alba antes de entrar pro Caps eu, eu tentei morar com ele e ele não dava nada certo comigo ele era errado, eu tentei morar com ele uma vez, a primeira vez que conheci ele e aí lá perto mais eu não tinha entrado no Caps ainda e aí ele num agiu direito, bebia cachaça, aí tive medo aí disse vou voltar pra casa. Aí na época eu consultava com doutora Juliana e aí a doutora Juliana disse: volte pra sua casa você ta vendo que ta errado. Aí voltei quando voltei pra casa aí num tempo a doutora Juliana viu a minha melhora, eu ainda piorei fiquei de cama tudo, faltando remédio o remédio tava muito em falta, fiquei de cama e tava namorando com ele e aí::: que doença foi essa que eu, ah graças a Deus que eu fui pro Caps quando eu fui pro Caps eles me atenderam bem me ajudaram, fizeram com que eu freqüentasse, eu fiquei meio relutando eu ia de manhã, ia de manha, ia de manhã, aí depois ia de tarde também ia de manhã e de tarde, de manhã num horário...sete, de oito ao meio-dia não almoçava só de oito ao meio-dia aí eu ia pra casa ia de pé elas achavam que era longe, que era longe e não era longe, era tão bom, era um prazer pra mim ir caminhando, eu ia caminhando, mas Graças a Deus ganhei a carteirinha, ganhei a carteirinha com dois anos de Caps ganhei a carteirinha em 2002;, em dois 2003 ganhei a carteirinha. Fiz um curso, um curso de computação pelo Caps, é, como é o nome, é:::como é o nome, processa- me esqueci é::: avançado é::: como é o nome comput-informática, informática avançada, informática é::: informática básica, básica o avançado eu ainda tentei tava lá no Caps fazia as festas no meio das festas, esse eu completei o básico, mais o avançado não consegui de jeito nenhum, não consegui porque eu tava morando na casa de cima da minha mãe nesse endereço e aí tava começando e aí tava aquela pressão fora, de baixo da

casa da minha mãe que minha mãe tinha ido morar com o marido dela, tava morando com o marido dela e aí perturbou a minha vida, perturbou mais a minha vida porque não tava acostumada fica longe da minha mãe, do convívio com a mãe, com a minha mãe aí fiquei atormentada e teve curso de informática avançada aí eu não completei aí eu ainda tenho o papel lá em casa, mais eu não, o professor disse que eu tinha chance de fazer o curso todo, inteiro de concluir o curso, mais eu não, (()) ah mais eu não conclui. Aí::: a minha vida tomou outro rumo eu tentei fazer outros cursos lá pelo Caps já tava melhor tudo, já tava dentro da minha casa bem, morei com meu marido lá em casa, porque ele vendeu a casa aquela do Siqueira, a mãe vendeu. E aí (1) virei minha vida toda, ele comprou uma geladeira pra mim, comprou um colchão e ainda comprou uma cama e a gente viveu junto, moro junto mais já gente á vivia junto né, vivia junto. Agora só que foi morar junto aí não deu certo não, não deu certo, porque ele bebia muita cachaça. O pessoal do Caps foi lá do Arthur Bispo me visitou com ele lá até Valéria ficou até alegre e, então ela ta com ele ainda, ainda ta com ele, mais que nada, foi tudo em vão, a mãe tomou a geladeira, tomou a cama, tomou o colchão e eu fiquei sem nada na minha casa.

Y – mãe?

85-142 Sf – a mãe dele, a minha sogra. Porque ele disse que queria, ele já tava dormindo fora, porque eu não queria ele lá dentro de casa ele tava perturbando muito, () aí ele::: a gente se deixou nessa época em dois mil e::: seis, dois mil e seis. Quando foi dois mil e seis mesmo aí eu tinha comprado um sofá::: a usura toda foi o olho no meu dinheiro quando eu tinha comprado o sofá, já tinha me aposentado, me aposentei em 2004, em 2004, 2005, e aí ele ficou perturbado com o dinheiro, queria meu dinheiro, queria meu dinheiro::: a mãe também queria, eu comprei o sofá quando o sofá é o sofá:::, comprei o sofá e tudo e ele, e ele vivia me perturbando, perturbando, perturbando a minha vida. Mais o meu problema não é homem o problema é doença mesmo eu fiquei muito doente uma vez e fiquei muito doente (1) morando mais ele, sai da minha casa, da casa da minha mãe em 2006. Aí fiquei sem tomar o remédio aí até o medico disse: “Simone se você tiver algum problema, ele viu né meu semblante que eu não tava bem e aí ele disse se eu tivesse alguma coisa que eu ia ficar internada lá no São José aí me deixei do marido, me deixei dele, me deixei dele. Sai da casa da minha mãe, sai de lá e agora to morando próximo lá da casa da minha mãe. Mais eu só dou o endereço de lá por que::: aqui é com o endereço de lá, porque praticamente ainda moro lá.. aí...melhorei, melhorei, melhorei, melhorei um tempo e andava no Caps, o Caps era a minha porta, minha saída, aí saí do Arthur, sai do Arthur com::: sete anos eu sai em 2007, não sai em 2006, em 2007 eu tava no Liberdade não tava mais com o meu marido, tava no liberdade, tava no liberdade, no liberdade. no Dr. Antonio não tava participando das oficinas, mais eu fiquei um ano no liberdade em 2007 foi no liberdade. Aí eu freqüentei oficina no liberdade, a oficina de, oficina de:::, de L. estamos aí, estamos aí eu freqüentei eu tava sem ele já, tava sem ele já. Foi bom, participei, participei da oficinas, como no Caps lá eu participava das oficinas, das oficinas lá do Arthur Bispo, é::: oficina de:::, a oficina de::: doutora Alba, de cidadania, nunca me esqueço, a gente participava. Eu sai, eu sai do Arthur por minha(1)eu participei das oficinas, eu sai porque eu também queria esculhambar, falei nome, falei nome, falei nome na oficina com raiva de tão estressada que eu tava, eu sair, diminuíram meus dias sabe, diminuíram os meus dias eu não sair totalmente diminuíram os meus dias. Eu tava muito enraivada eu também me deu um problema fiquei::: impliquei::: impliquei coisas, sempre implicava, sempre implicava, eu bati nas enfermeiras, bati nas enfermeiras lá do por causa dele, do meu marido, porque ele ficava perturbando aí me deu um ataque por que eu ficava só no Caps me deu ataque aí eu peguei bati nas enfermeiras @1@ aí nas enfermeiras no Caps Arthur Bispo, as enfermeiras ficaram minhas amigas, aí elas disseram você, você é doente mesmo, tem problemas mais você tava sabendo também () foi em cima e bateu, elas

também me bateram mais eu corri, corri de lá, corri de lá e eu parei de perturbar a minha vida, perturbava muito. O grupo de cidadania eu me lembro do grupo de cidadania e aí ficava lá tinha, (grupo) de sexualidade também eu ficava o dia todo, freqüentava todo. Aí como eles viram que eu já tava melhor aí diminuíram pra dois dias na semana aí eu passei a ir à tarde, só à tarde, dois dias na semana à tarde. Aí encontrei doutora Juliana de tarde uma vez aí doutora Juliana disse assim: Simone ainda ta aqui no Caps? Eu digo, to:::, e aquele seu marido? Eu digo to, ainda to com ele, naquela época eu tava bem. Aí de tarde, aí passei, passei no Caps, o Caps pra mim foi tudo, foi tudo, foi abrir as portas, eu ia pro cinema::: com as minhas colegas, ia sozinha. Eu tava triste em casa, problema em casa com a minha mãe a minha mãe não me entendia, tinha marido, deixou meu pai e ela tava com outro marido que ela tem agora que ela ta morando. Era uma perturbação::: era uma perseguição comigo também ela me perseguia por causa do meu marido, meu marido. Aí eu ficava com raiva aí eu ia pro cinema me distraia muito, nessa época eu tinha carteirinha do cinema, aí eu passeava pelo Caps aí eu aprendi, aprendi, aprendi a sair::: a me movimentar é::: fiz curso pelo Caps não me esqueço, computação, informática básica conclui, tenho::: tenho o curso, tenho o diploma guardado. Então antes do Caps eu fiz outros cursos.

Simone conta que foi atendida no Caps Arthur Bispo do Rosário (Caps I) em 2001. Quando chegou gostou do serviço, comenta que esse Caps já funcionava na lógica do que *“todos estão buscando”* e se faz hoje, no mesmo campo, só que a casa era mais simples, menor, mais apertada, mas sentiu que o clima era bom, era de alegria, participou de uma oficina de dança que Mario estava fazendo e gostou muito. Na triagem falou de sua vida para Dr^a Alba, contou que tinha caderneta de poupança, tinha carteira de estudante: *“tinha tudo, que eu tinha isso, que eu tinha aquilo,”*. Simone se mostra como uma pessoa que sabe se localizar, que tem autonomia e algum poder contratual, pois tinha caderneta de poupança, tinha seus próprios recursos.

Simone já era *“encostada”* pelo INSS, conta que Alba lhe disse para tomar conta de seu dinheiro e rindo Simone diz que não tomou conta: *“extraviei o dinheiro todinho @.@”*. Simone gastou todo o dinheiro que tinha na época com o namorado com quem ela queria e tentou morar junto, mas não dava certo, ele era errado, bebia cachaça e sentia medo dele, então decidiu voltar para casa. A médica Juliana lhe aconselhou a fazer isso também e ela voltou para a casa onde morava.

Simone melhorou, mas depois piorou, pois estavam faltando os remédios, faltou por muito tempo, então ficou de cama, piorou. Simone junto a esse momento fala que estava namorando ainda e se questiona: *“que doença foi essa que eu, mas graças a Deus que eu fui pro Caps”*. Diz que no Caps, lhe atenderam

bem e foram lhe fazendo querer frequentar. Frequentava pelas manhãs e não almoçava lá. Simone lamenta a separação do namorado-marido, mas diz que compreendeu que naquele momento, seria o melhor a fazer, junto a esta situação, piora seu estado, ela se pergunta que doença é essa? Faltam os medicamentos e fica de cama, mas não foi internada, já estava sendo acompanhada pelo Caps, com o qual demonstra que teve um bom vínculo.

Simone ia ao Caps Arthur caminhando desde a casa dela, os profissionais do Caps achavam que era longe, mas ela não, pelo contrário, diz que gostava de ir a pé e conta que era um prazer ir caminhando até o Caps. Mais uma vez ressalta sua autonomia e capacidade de se movimentar na cidade. Gostou muito quando em 2003 pode fazer a carteira, que usuários do Caps, no município, têm direito, para não pagar pelo transporte público. Iniciou um curso de computação, fez a parte de informática básica e diz: *“completei o básico, mais o avançado não consegui de jeito nenhum, não consegui”*. Conta então como estava vivendo e se sentindo naquele momento. Simone estava morando na parte de cima da casa de sua mãe. A mãe na parte de baixo com o novo marido dela: *“e aí tava aquela pressão fora, de baixo da casa da minha mãe que minha mãe tinha ido morar com o marido dela, tava morando com o marido dela e aí perturbou a minha vida, perturbou mais a minha vida porque não tava acostumada fica longe da minha mãe, do convívio com minha mãe, aí fiquei atormentada”*. Simone atribui a esta situação a não conclusão da fase avançada do curso de informática que tentou fazer.

Nessa passagem Simone fala um pouco mais de si mesma, além de falar do Caps. Ela morava com a mãe, depois tentou morar com o namorado e quando voltou a mãe morava com outro marido. Simone foi morar na parte de cima da casa, relata seu sentimento de angústia por não conviver diretamente com a mãe, diz que o marido da mãe perturbou sua vida, pois não estava acostumada a *“ficar longe de sua mãe”*. Mesmo assim, *“o professor falou que eu tinha chances de fazer o curso todo, inteiro de concluir o curso, mais eu não, (()) nada mais eu não conclui”*.

Simone tem uma visão positiva de si mesma, qualifica suas capacidades, diz que sabe se localizar para ir ao Caps, que ia caminhando sozinha e gostava

disso além de ter concluído o curso de informática básica. Conhece também suas dificuldades, ficou “atormentada” e não concluiu o curso avançado, o professor disse que ela era capaz de fazê-lo. Simone atribui seus problemas à relação com a mãe e ao novo marido dela que lhe perturbou, pois a afastou mais da mãe. Simone analisa sua trajetória de vida e narra como sua vida mudou novamente: *“Aí::: a minha vida tomou outro rumo eu tentei fazer outros cursos lá pelo Caps já tava melhor tudo, já tava dentro da minha casa bem, morei com meu marido lá em casa, porque ele vendeu a casa aquela do Siqueira, a mãe vendeu”*, conta que o marido comprou eletrodomésticos e móveis para a casa e foram morar juntos mas novamente não deu certo pois ele bebia muito. O pessoal do Caps foi visitá-la em sua casa e gostaram de vê-la com seu marido, mas tudo foi em vão, perdeu tudo o que tinha, a mãe do marido foi lá e pegou os móveis, a geladeira. Nesta época ela tinha colocado o marido prá fora de casa, pois bebia e estava perturbando muito.

Em 2004-2005 se aposentou e tinha seu dinheiro atribui a isso as brigas com o marido, pois ele queria seu dinheiro e a mãe dele também *“ele vivia me perturbando, perturbando, perturbando a minha vida”* Neste momento dá uma explicação sobre seu sofrimento psíquico, diz que seu problema não é homem, mas a doença, a relação com o marido foi muito difícil e desestruturadora, então deixou dele, voltou a morar com a mãe, mas também não ficou bem, pois a mãe morava com o outro marido, então saiu da casa da mãe, hoje mora sozinha em uma casa próxima da mãe. Diz: *“o Caps era a minha porta a minha saída”*. Em 2006 passou a ser atendida pelo Dr. A. no Caps Liberdade, fazia consultas, não freqüentava as oficinas ainda. Conta que no Caps Arthur Bispo freqüentou as oficinas de cidadania, de sexualidade, mas que um dia *“Eu sai, eu sai do Arthur por minha (1)eu participei das oficinas, eu sai porque eu também queria esculhambar, falei nome, falei nome, falei nome na oficina com raiva de tão estressada que eu tava, eu sai, diminuíram meus dias sabe, diminuíram os meus dias eu não sai totalmente diminuíram os meus dias”*. Simone atribui esse desentendimento no Caps, ao marido que lhe atormentava então *“encrencou com as enfermeiras”*, bateu nelas, elas brigaram com ela também, mas diz que elas lhe entenderam, que eram suas amigas, mas disseram que ela sabia o que

estava fazendo, quando bateu nelas. Simone passava o dia todo no Caps Arthur Bispo, e nesta época, eles diminuíram para duas tardes a sua frequência no serviço. Simone continuou indo ao Caps que lhe abriu as portas para outros lugares na cidade, fez carteirinha para o cinema e passeava. Simone relata junto a essa passagem um evento desestruturador em sua vida que a deixou muito triste, quando sua mãe deixou seu pai e foi morar com outro homem, estava mal por causa da relação com sua mãe, diz que sua mãe não a entendia e a perseguia por causa do marido de Simone, então ela saía sozinha ou com suas colegas, se distraía, ia ao Caps, fez o curso de informática e tem o diploma. Simone intercala em sua história de vida os momentos tristes, atormentados e as conquistas que teve a partir do Caps que aparece com um papel fundamental em sua vida.

Y – e como é hoje o seu dia-a-dia?

143-155 Sf – hoje sem o Caps eu não sou ninguém, eu não sou ninguém, porque eu so sozinha, moro sozinha moro perto da casa da minha mãe, minha mãe mora com outra família e::: quer dizer, me exclui, me exclui, ela diz que não me exclui, mais ela me exclui, ela me exclui ainda eu vou conversar com ela. Eu tava tentando ajudar ela, tava tentando ajudar ela, tava ganhando um dinheiro sabe, o meu padrasto tava me pagando e ela não queria me ouvi, não queria que eu conversasse com ela, só queria que o marido conversasse com ela o meu padrasto, quer dizer

Y – seu padrasto estava de pagando para quê?

Sf – dava um dinheiro, quarenta reais por, era dez reais por semana eu tava trabalhando, eu tava trabalhando lá fazendo as coisas pra ela () eu moro perto dava pra fazer.

Y – //aham//

156-176 Sf – aí ela ah::::. Eu tava aceitando. Era uma ajuda tava me ajudando, mais ele, ele perturbava muito, perturbava muito o meu juízo. Só era ela que, só era, eu não podia conversar com a minha mãe direito que ele ficava se intrometendo em tudo, como sempre se intrometeu e eu não gostava, não gosto. Aí::: deixei de trabalhar lá já vai fazer oito dias, deixei, deixei, porque não dá certo, não dá certo ele::: ele quer mandar na minha vida, minha mãe, ela também tem razão eu tenho que fazer minha vida sozinha, mais ela também tem que me ajudar ela não é minha mãe? Ela não me botou no mundo? Ela também tem que me ajudar. Eu já to velha eu também tenho problema o filho dele tem problema vem para aqui eles tratam melhor ele do que eu, do que eu, o filho é ele, porque é filho do meu padrasto, filho bom é ele e eu, eu não presto eu também sai, sai da casa de lá, eu to melhor, eu to bem.

Y – você tem a sua aposentadoria para viver?

Sf – tenho, tenho. Se eu não tivesse eu tava ruim, eu tava ruim.

Y – você se aposentou pelo o trabalho ou?

Sf – trabalhei, trabalhei na Sergipe, meu pai arrumou, meu pai é vivo.

Y – é?

Sf – arrumo

Y – Mora aqui?

Sf – mora mora no bairro industrial com outra mulher, outra esposa.

Y: Você tem contato com ele?

177-191 Sf – Tenho, às vezes eu falo com ele, vou lá na casa dele. Qualquer coisa ele diz que::: pode contar com ele que ele tá lá, me ajudando. Ele tá lá. Ele não é meu pai, meu padrasto, fica querendo se meter na minha vida isso não é certo aí eu peguei e sai e to bem, to bem em casa, eu faço as minhas coisas, compro as minhas comida, vou lá, ela disse que qualquer coisa eu também posso ir lá, disse também que eu posso ir, mais ela não quer não quer me ajudar, fico triste, ela não quer me escutar é como eu vivia lá em casa ela não queria me escutar de jeito nenhum, ela não queria me escutar é por isso que eu tenho esses problemas porque ela não queria não me escutar de jeito nenhum. E no Caps, no Caps as pessoas me escutam, eu tenho voz eu tenho voz e ela não quer me escutar , queria que eu trabalhasse lá e eu fazia, dava conta, limpava tudo, limpava banheiro, passava pano, tudo, e ainda passo pano lá em casa. **O Caps me deu voz, me deu escuta** também vocês me escutam, o pessoal aqui escuta a gente, ele não exclui a gente, ele quer exclui o meu padrasto quer exclui eu.

O Caps aparece como um ponto de apoio para sua existência e para o enfrentamento da situação familiar e ela demonstra iniciativa para mudar sua situação. Simone vivencia um sentimento de exclusão por parte de sua mãe e esse sentimento parece estar na base de seu transtorno, conta que a estava ajudando, mas ela não quer lhe ouvir, nem conversar com ela. O padrasto é visto por Simone como alguém que tirou sua mãe dela, pois agora ela só fala com ele. Simone foi morar na parte de cima da casa e depois teve que sair de lá, não pode mais falar com a mãe por que ele interfere. Então diz que quer conversar com a mãe sobre isso e parou de trabalhar na casa deles, pois “*não dá certo*”, Simone diz que quando conversa com a mãe, ela não lhe ouve e o padrasto se intromete na discussão e isso lhe perturba muito. Diz que estava ganhando um dinheiro que lhe ajudava, mas por causa destes problemas havia parado há oito dias, Simone reflete “*ele quer mandar na minha vida, minha mãe, ela também tem razão eu tenho que fazer minha vida sozinha, mais ela também tem que me ajudar **ela não é minha mãe? Ela não me botou no mundo? Ela também tem que me ajudar?***”

Simone sente o afastamento da mãe, percebe que ela a exclui de sua convivência, embora a mãe diga que não e Simone concorde com ela de que precisa fazer sua própria vida, se ressentido de não ter a atenção da mãe. Além

disso, aparece na cena familiar, o filho do padrasto, que também tem transtornos mentais e frequenta o Caps. Para Simone eles consideram mais ele do que ela e cuidam melhor dele: *“filho bom é ele e eu, eu não presto eu também sai, sai da casa de lá, eu to melhor, eu to bem”*.

O pai mora em outro bairro com sua atual esposa, Simone conta que o visita às vezes e que ele lhe oferece apoio e ajuda se precisar, mas sua relação com o pai não é tão próxima e nem tão conflituosa como com a mãe, ela diz a respeito do pai: “Ele tá lá”, mas o problema é o padrasto que está perto dela e interfere em sua vida. Simone vive seu dia-a-dia sozinha, faz sua comida vai à casa da mãe e vai ao Caps: *“ela disse que qualquer coisa eu também posso ir lá, disse também que eu posso ir, mais ela não quer não quer me ajudar, fico triste, ela não quer me escutar é como eu vivia lá em casa ela não queria me escutar de jeito nenhum, ela não queria me escutar é por isso que eu tenho esses problemas porque ela não queria não me escutar de jeito nenhum”*.

Simone analisa sua trajetória de vida e de sua doença, compreende seus problemas advindos da relação com a mãe, vivencia um sentimento de rejeição, menosprezo e indiferença por parte da mãe até hoje. No Caps sente que tem voz, que é escutada: *“O Caps me deu voz, me deu escuta também vocês me escutam, o pessoal aqui escuta a gente, ele não exclui a gente, ele quer exclui o meu padrasto quer exclui eu”*.

Y – e quando você tinha uma crise ou ficava mal como é que era?

194-224 Sf – Me sinto mal, eu já tive essa semana, semana passada eu, eu fui pra igreja, pra igreja da minha avó aí eu senti né na igreja, olha ontem eu senti, eu senti uns tremor, é uns tremor mesmo, umas tremedeiras, uma tremedeira, agora aqui eu to mais controlada, to mais controlada. Aí quando eu vim no caminho aí ficavam me perturbando, ficaram me perturbando, o pessoal ficaram me perturbando eu me agitei mais eu não gritei eu falei normalmente, mas me chamaram de doida, tudo, mais eu me controlei.

Y – os vizinhos?

Sf – ah o pessoal que mora lá perto de onde eu moro, eles sempre foram assim, eles sempre mexeram comigo, sempre mexeram comigo, já estou acostumada.

Y – quando você teve essa crise e foi internada o que você sentiu

Sf – eu queria me bater, queria me bater, eu queria me matar, eu tenho até uma cicatriz aqui eu queria me matar, me suicidar, tentei me suicidar.

Y – quanto tempo?

Sf – quando eu ainda me internei em dois mil e::: em dois mil eu me internei duas vezes, internei duas vezes, quando eu conheci meu marido, meu namorado, foi o único até dois mil, até agora não tive mais ninguém.

Y – que você namora, não gostou de mais ninguém?

Sf – não quis mais namorar nenhum só paquera.

Y – //@.@//

Sf – só paquera. Tive tive outro não vou dizer não, tive, tive outro namorado sim, tive outro, ele me deixou na época, na época minha mãe tava construindo a casa de cima ainda tava em construção ele tinha me deixado, morava com minha mãe, namorava só, só namorava. Aí eu conheci um rapaz ele morava por aqui também, por aqui, eu andei por aqui com ele, a gente namorou::: eu ainda tentei::: ficar com ele mais eu disse a ele aí o meu ex disse que era pra eu escolher entre ele ou ele, eu escolhi o meu ex e fiquei sem ele.

Y – e agora você não está com ninguém?

Sf – com ninguém.

Y – nem com esse seu ex-marido?

Sf – com mais ninguém to sozinha.

Simone fala que sente sua doença no corpo, sente tremor, tremedeiras e narra seu esforço para manter o controle sobre si mesmo, na igreja, na rua, quando as pessoas lhe perturbam, riem dela, lhe chamam de doida, diz que já está acostumada, que se agitou, mas conseguiu se controlar, não gritou, não bateu *“eu falei normalmente, mas me chamaram de doida, tudo, mais eu me controlei”*. A experiência do sofrimento de Simone já a levou a se bater, a tentar se matar, tentar suicídio, tem uma cicatriz que marca essa tentativa e foi internada em 2000 por causa disso. O seu marido novamente aparece em sua trajetória de vida, assim como a mãe ele é uma figura central em seu curso de vida. Simone tentou namorar com outro homem *“Aí eu conheci um rapaz ele morava por aqui também, por aqui, eu andei por aqui com ele, a gente namorou::: eu ainda tentei::: ficar com ele mais eu disse a ele aí o meu ex disse que era pra eu escolher entre ele ou ele, eu escolhi o meu ex e fiquei sem ele”*. Simone ficou sozinha novamente, seu sentimento é de abandono por parte da mãe, do pai, do marido. A solidão em sua vida é uma evidência que agrava e determina seus transtornos.

Y – e como é a sua relação assim com os técnicos daqui do serviço?

Sf – muito bem, ta tudo bem, tudo bem como no Liberdade, era tudo bem. Eu tive uma crise no Liberdade uma vez quando eu ia no caminho peguei o circular industria e comercio e aí quase que eu ia presa, me bateram, bateram muito, eu morde uma moça.

Y – como?

Sf – no ônibus.

Y – no ônibus?

Sf – tava lá encostada assim, eu pedi licença pra passar aí ela deixou presa ela deixou a mão, aí eu disse: olha eu quero passar e ela disse: aqui que você não passa. Aí brigamos aí peguei e mordi, ela encrencou, ela encrencou também, mordi, aí eu mordi. Aí ela chegou (pisando) no meu pé, eu mordi e deixei pra lá fiquei na minha aí ela pisou no meu pé, veio me bater eu peguei bati nela também, uma briga, arrumei uma briga sem querer, hoje em dia eu não faço mais isso. No Caps Arthur Bispo também eu tava fazendo curso, fazendo curso de:::: informática aí já tinha terminado, aí não, não tinha terminado tava fazendo aí:::: eu briguei com a moça também, briguei com uma moça no ônibus. Agora essa, essa foi diferente ela veio em cima de mim pra me bater aí eu também fui em cima dela e bati nela só porque eu tava botando a mão assim, que nem em ônibus a gente bota a mão né, não sei o que fiz, eu fiz assim com ela, pra () pra ela, não sei, botei a mão assim pra cá, mais é assim mesmo, aí andando isso é assim mesmo, aí ela pegou e veio em cima de mim pra me bater e eu peguei bati nela também aí foi uma briga foi feio.

Y – você chegou a ficar em acolhimento noturno lá ou aqui?

Sf – não deu em nada, não deu em nada, porque não tinha ninguém, não tinha ninguém, ninguém no Caps eu fui Caps () ele disse: você ta bem Simone? Eu disse to, só fiquei roxa que ela também me bateu ela me bateu muito.

Y – mais aí você já tava mais tranqüila?

Sf – tava mais tranqüila, fiquei mais tranqüila, tudo.

Y – você nunca ficou em atendimento noturno em nenhum Caps? Ou ficou, você dormindo?

Sf – nunca fiquei.

Y – só internação em hospital psiquiátrico?

Sf – só em hospital.

Y – não?

Sf – não, pode ser que eu fique algum dia se ficar tudo bem. Agora elas eram encrenqueiras, encrenqueiras de ônibus, eu disse isso na pericia que eu fui me aposentar aí o medico pego e disse@.@ você ta doida mesmo, e deu logo meu nome, deu logo a aposentadoria.

Y – a aposentadoria?

Sf – deu logo a aposentadoria. Que demorou um tempão demorou um tempão, pois eu me meti nessa briga, nessa briga no circula desse comercio aí eles iam me prender pensavam que eu era ladrona. Aí eu disse lá no Caps Liberdade mais eles ficou é assim mesmo, porque eu não sai, eu fugi, eu corri, eles queriam me pegar me prender ir pra delegacia, eu ia pra delegacia aí eu corri, aí eu corri aí ele, ele pegou, ele pegou ai eles deixaram pra lá. A mulher ia no ônibus telefonando@.@ até ela ligou pra policia, ela telefonou pra policia quando acabar eu era ladra, aí eu tava com os meus documentos tudo, só que disso eu me perdi naquela época. Graças a Deus tudo bem eu não fiquei internada de jeito nenhum, se eles tivessem me pegado iam me internar né, aí eu fugia.

Simone relata uma crise que teve quando era atendida no Caps Liberdade:

“Eu tive uma crise no Liberdade uma vez quando eu ia no caminho peguei o circular industria e comercio e aí quase que eu ia presa, me bateram, bateram muito, eu mordi uma moça”. Nessa situação que identificou como de crise não foi internada e nem ficou no acolhimento noturno no Caps, foi uma briga que

“arrumou sem querer” no ônibus e hoje quando analisa esta situação diz que não faz mais isso. No Caps perguntaram se estava bem, disse que sim só estava roxa da briga. No momento, Simone se controla em situações de estresse, não revida, pois sabe que poderia ser internada em uma situação como a crise no ônibus, se isso acontecesse diz que fugiria. Sua última internação foi em 2000, desde 2001 quando iniciou no Caps Arthur Bispo, passando para o Liberdade e agora (2008) no Caps Jael não teve mais nenhuma internação.

Seus problemas nas relações familiares, sociais e subjetivos continuam existindo e lhe causando intenso sofrimento. Simone continua narrando sua experiência nas situações de crise.

Y – como é a sua relação aqui com os outros usuários?

Sf – tudo bem.

Y – como que você os vê?

Sf – eles são boas pessoas, são atormentados né como eu, atormentados pela doença. Essa doença é horrível, é horrível, é horrível, e as pessoas perseguem, querem mandar, eu briguei no ônibus, porque a dona queria mandar:::eu queria me sentar se ela queria sentar ou não ficou em pé empacada e o lugar tava vazio e ela ficou em pé empacada, se ela queria ficar em pé mesmo ela dizia moça eu quero ficar em pé. Deixa eu ficar aqui. Não ela ficou::: segurando a mão peguei tive raiva, me enraivei mordi, mordi a mão dela, ela ficou perguntando a mim aí deu um surto em mim, fiquei calada não falei nada a ninguém.

Y – ela ficou perguntando?

Sf – ficou perguntando, moça você me mordeu, você me mordeu e eu fiquei calada, fiquei calada. E aí ainda me bateu, me deram uma surra os policial queriam me linchar, me prenderam no ônibus não queriam me deixar descer aí o rapaz () disse: ela é de bem, ela é moça direita. Aí abriu a porta e eu sai o cara me bateu ainda me deram é::: um soco na cabeça, me bateram e eu fiquei calada não sabia o que dizer, como se tivesse saído do corpo num::: correspondia de jeito nenhum, não respondia de jeito nenhum, não respondia. Isso já aconteceu comigo uma vez quando eu era mais nova antes quando eu tinha dezoito anos antes de eu, depois que eu tive a primeira crise lá na escola normal a primeira crise que eu tive na escola normal as minha colega ficava perguntando e eu não sabia responder não dizia nada com nada, porque diz que era o diabo que tava me perseguindo, que eu era o diabo me perseguindo, que::: que:::diabo não dizia nada com nada.

Y – quem disse?

Sf – eu na época, na minha primeira crise.

Y – você tinha quantos anos/

Sf – com dezoito anos.

Y – você tava no colégio?

Sf – na escola normal estudava.

Y – como que você é atendida no momento de crise, como que você acha assim?

Sf – eu me acalmo, eu me acalmo.

Y – você tem conseguido controlar as suas crises, você não se internou mais?

Sf – não.

Simone ao falar da visão sobre os outros usuários fala de si mesma, “eles são boas pessoas, são atormentados né como eu, atormentados pela doença. Essa doença é horrível, é horrível, é horrível”, pensa que os outros perseguem e querem mandar nas pessoas com esse transtorno, como na situação do ônibus, quando ficou com raiva e mordeu a mulher, narra sua experiência de se sentir como tivesse saído de seu corpo, ouvia tudo, mas ficava calada, não fez mais nada, como se não fosse com ela, falavam com ela, lhe batiam e ela ficava imóvel, identifica isso com o surto que teve, até que alguém disse que ela era uma boa moça e lhe deixaram sair do ônibus, mas ainda lhe bateram na cabeça: “não sabia o que dizer como se tivesse saído do corpo num::: correspondia de jeito nenhum, não respondia de jeito nenhum, não respondia”.

Essa vivência já esteve presente em sua primeira crise: “uma vez quando eu era mais nova antes quando eu tinha dezoito anos antes de eu, depois que eu tive a primeira crise lá na escola normal a primeira crise que eu tive na escola normal as minha colega ficava perguntando e eu não sabia responder não dizia nada com nada, porque diz que era o diabo que tava me perseguindo, que eu era o diabo me perseguindo, que::: que:::diabo não dizia nada com nada”. Essa é sua experiência com a doença, desde a primeira crise com dezoito anos, agora consegue se acalmar.

Y – Como que você avalia o trabalho no Caps até agora?

Sf – (())

Y – Você esta aqui há quanto tempo nesse?

Sf – eu entrei:::deixa eu vê

Y – em dois mil e seis você falou que tava no Liberdade?

Sf – foi.

Y – esse aqui é um Caps novo mesmo?

Sf – em dois mil em oito, dois mil e oito.

Y – é?

Sf – espera aí deixa eu vê, as minhas coisa, não lembro não.

Y – não tem problema não. Como você avalia o trabalho aqui?

Sf – acho que eu tenho uns três meses, uns três meses, porque ele é novo também né.

Y – é.

Sf – porque ele é novo também né, tem uns três meses.

Y – do Liberdade você veio para cá?

Sf – foi. No Liberdade eu tinha um ano, fiz um ano.

Y – eles que te encaminharam para cá/

Sf – foi eles que me encaminharam.

Y – //aham//

Sf – Eles acham que eu não to ainda preparada pro ambulatório.

Y – e como é que você avalia o trabalho desse Caps?

Sf – É bom. Pra gente mesmo né que sofre de transtorno mental que sofre dessa doença, pra gente mesmo é um serviço bom que eu não queria que não acabasse, não acabasse porque pra ficar pros meus netos, meus filhos se eu tiver algum dia um filho doente alguma coisa assim. Porque eu acho que vai ser doente.

Sf – //@1@//

Sf – se eu tiver, se eu tiver. Aí eu num=se eu tiver um filho um dia pros meus netos eu quero, pra outras pessoas assim não precisa ser da minha família, outras pessoas, outras pessoas que sofrem. É uma boa, é uma boa iniciativa.

Y – é diferente do hospital?

Sf – é diferente, muito diferente hospital é preso, é preso.

Y – o que falta aqui o que você acha?

Sf – Falta mais oficina, porque lá tinha a oficina de Nadia no Arthur Bispo eu fiquei muito tempo indo de tarde era:: tinha musicoterapia com D^a Ivana de manhã eu passei o dia, ficava lá dançava, tinha dança com o Mario. Tinha:: sexualidade, aqui também tem sexualidade, lá tinha, lá tinha:: eu não me lembro da oficina de Nilo, esqueci

Y – você acha aqui faltam mais oficinas poderia ter mais?

Sf – é podia ter mais. Mais é porque também o governo é @.@ é precário, a verba é muito pouco lá também sofria a mesma coisa, era a mesma coisa.

Y – o que você mais gosta daqui?

Sf – eu queria fazer ginástica falando sério lá também tinha caminhada, a gente caminhava de tarde com, com (1) o nome é:: o nome dela (1) Larissa era o nome dela a gente caminhava lá na avenida São Paulo, caminhava ali:: ainda hoje, ainda hoje ainda vou caminhar por lá. Mais eu não me esqueço que a gente caminhava toda tarde, eu fazia caminhada e se exercitava e eu acho também que a gente tinha que exercitar um pouco. Pelo menos eu né eu acho que todos, todas as mulher, as senhoras precisam se exercitar.

Y – o que significa o Caps para você?

Sf – já disse tu:do @@

Y – //@1@//

Sf – porque eu adoro ter um marido sei lá, eu fico mais a vontade aqui, olha eu agüentei, agüentei ficar de oito horas, eu cheguei oito horas, cheguei oito e meia quase nove fui a ultima do médico, Dr. A. fiquei aqui de oito e meia até:: uma e meia, uma e meia mais é aqui perto., ta bom, fiquei, fiquei, e agüentei., as mulher ficou reclamando eu não ia reclamar o quê é pior se não tivesse atendimento de jeito nenhum, mais tinha atendimento.

Y – //uhum//

Sf – tinha um povo lá no João Alves né que sofre mui::to ta doente não tem atendimento e tem, tem ainda, mais que tão sofrendo muito uma doença pior, doenças pior, doenças piores. Eu já tive no João Alves visitando meus amigos que tem AIDS fui visitar Gilson, fui visitar é Carina, Carina morreu. Gilson ficava sentado que situação, viu, sentado tomando soro doente lá no João Alves já vi, ali, ali que é, aí que é horrível. Aí Carina, fui visitar Carina, Carina já tava no quarto, já tava no quarto fui visitar os dois, Carina foi embora já morreu minha amiga, morreu de AIDS morreu na mesma época do meu avô, ela morreu primeiro.

Y – então Simone não tenho mais perguntas

Sf – Eu to bem Graças a Deus.

Simone veio do Caps Liberdade para o Jael há pouco tempo, diz que eles acham que ela não está preparada ainda para ficar somente no ambulatório, ela parece concordar com isso, gosta de ir ao Caps, desde o Arthur Bispo em 2000 até agora (2008) no Jael. Ela acha bom para o cuidado das pessoas como ela

com transtornos mentais e gostaria que continuasse para seus filhos, netos ou para outras pessoas que não sejam da sua família, pois é uma boa iniciativa. Simone pensa que se tiver um filho ele também terá essa doença. Pergunto se é diferente do hospital e Simone responde prontamente com segurança: “é diferente, muito diferente hospital é preso, é preso”.

Para Simone no Caps Jael faltam oficinas e lembra-se das que participava no Caps Arthur Bispo, musicoterapia, dança e sexualidade, que também tem no Caps Jael, atribui a falta de oficinas ao governo que é precário, faltam verbas para as oficinas, era a mesma coisa no outro serviço. Quando pergunto sobre o que gosta no Caps lembra novamente do Caps Arthur Bispo onde fazia caminhadas todas as tardes e ainda hoje vai lá, acha que o Caps deveria ter ginástica, pois todos deveriam se exercitar e neste ponto destaca a importância para as mulheres, as senhoras. Simone demonstra sua preocupação com seu corpo, sua saúde e sua auto-estima.

Simone fala ao mesmo tempo do marido que gosta de ter e do apreço pelo Caps onde se sente bem, mesmo tendo que esperar muito tempo pela consulta com o médico, conta que as outras mulheres reclamavam, mas ela não diz que agüentou, pois tinha atendimento, o pior é não ter. Para ela tem doenças piores e lugares que as pessoas sofrem muito, como seus amigos que tinham Aids e ficavam de cama em um hospital, “no João Alves já vi, ali, ali que é, aí que é horrível”, sua amiga que tinha Aids morreu antes do seu avô. Então Simone diz que está bem graças a Deus.

Simone compara o transtorno mental com a Aids e considera esta uma doença pior que a dela pois viu seus amigos sofrendo no hospital e morrendo cedo. Se sente bem, o Caps significa tudo para ela, sorri e diz estar bem. Simone quer ter marido, filhos, tem um projeto de vida e tenta lutar por ele, demonstra iniciativa de conversar com a mãe para falar como se sente, mas neste momento, sente-se sozinha e o Caps aparece como central em sua vida, pois é um lugar onde é escutada. Apesar disso, não parece ter mediação terapêutica para lidar com seus conflitos, em relação à mãe e ao padrasto. Estas relações tem sido fonte de sofrimento e de desestruturação psíquica para ela.

Simone frequenta regularmente o Caps, faz consultas médicas e alguma oficina, se sente bem indo ao atendimento, mas não tem trabalhado sobre seus problemas, seu projeto terapêutico de forma individualizada e aprofundada. Simone tem uma boa visão de si mesma, como uma pessoa capaz, tem conseguido controlar sua raiva em situações estressantes, toma iniciativas e faz escolhas para sua vida, mora sozinha e tem o apoio do Caps, mas, ao mesmo tempo, é uma situação de fragilidade pela solidão, desqualificação dos outros que lhe provocam intenso sofrimento, sente falta do marido, de uma família, que não tem mais.

5.4 Semelhanças Biográficas entre Rose e Simone

Rose e Simone possuem trajetórias de vida e orientações coletivas semelhantes sobre suas experiências com o sofrimento, com a família e com o Caps. Ambas tiveram vários internamentos em clínicas psiquiátricas, depois passaram a ser tratadas nos Caps. As suas trajetórias de atendimento em saúde mental refletem o percurso de construção da própria Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju e a mudança no modelo assistencial. Elas são atendidas em Caps desde 2000, no primeiro Caps criado no município, o Caps Arthur Bispo do Rosário e, desde então, não foram mais internadas em hospitais psiquiátricos, Rose ficou em acolhimento noturno uma vez no Caps Liberdade e Simone nunca mais foi internada em nenhum equipamento.

Os aspectos biográficos em relação ao sofrimento psíquico e às relações familiares estão presentes nas duas narrativas, os conflitos familiares de Rose e Simone, marcam suas existências-sofrimento, embora com singularidades, na cena familiar a mãe é uma figura central para ambas e o pai está ausente (falecido ou separado). As relações com as irmãs aparecem para Rose como fonte de conflitos agravados pela presença do cunhado. Simone tem os conflitos com a mãe acirrados pelo novo marido da mãe, que interfere no relacionamento mãe e filha. Rose e Simone não conseguiram suportar os problemas advindos de

morar próximo aos familiares, no caso de Rose perto da irmã e seu cunhado e de Simone com a mãe e o atual marido.

São mulheres, com idade em torno dos 40 anos e estão sozinhas, Rose diz que ficou pra titia e Simone ainda busca seu marido e filhos, mas a sua tentativa de casamento “não deu certo”. Então se sentem solitárias, mesmo com familiares por perto. Aceitam no discurso sua experiência com o sofrimento psíquico como doença, mas não sem contradições entre a visão que têm de si mesmas, com as teorias psicopatológicas e sociais das pessoas consideradas doentes mentais. A decisão de ir ao Caps foi um acontecimento que marca o curso de suas vidas, aparece como uma escolha pessoal e não uma imposição como foram as internações psiquiátricas que sofreram, mesmo assim, relutaram em ir ao Caps no início e a conviver com outros usuários embora os vejam como elas, “atormentados”.

Rose sentia medo e reproduzia a discriminação social com os outros usuários. Embora aceitando sua experiência como “a doença”, reproduzindo a explicação do modelo clínico, do uso da medicação e da conscientização sobre suas limitações, isso aparece mais como um discurso aprendido e repetido do que uma vivência autêntica, a doença também é explicitamente contestada por elas várias vezes. Rose reafirma que todos acham que ela é normal e Simone destaca sua autonomia e capacidades cognitivas e compara sua doença a outras que são muito piores. Para elas a doença mental não é pior do que muitas outras, elas enxergam, se locomovem, não estão em uma cama de hospital e não morrerão jovens por causa disso, como os amigos de Simone que tinham Aids.

O Caps Arthur Bispo (2000) foi muito significativo em suas trajetórias de vida e atendimento em saúde mental, ambas ressaltam o acolhimento que tiveram, a receptividade e o clima de alegria, de movimento que tinha este serviço. As duas foram transferidas para o Caps Liberdade por razões administrativas e de organização da rede de atenção no município. Rose ressaltava sua indignação com este procedimento. Chegou ao Liberdade sem querer e encontrou um Caps menos receptivo e alegre. Simone não esqueceu as oficinas que fazia no Arthur Bispo e não fala muito do ano que passou sendo atendida no

Liberdade, depois foi transferida para o Caps Jael, por morar mais próxima a este serviço.

Simone e Rose buscam o cuidado de si mesmas e o autocontrole.

Rose e Simone demonstram iniciativas para mudar suas vidas, foram ao Caps por decisão própria, continuam indo e Rose, apesar de não traçar estratégias concretas, quer cancelar sua interdição civil. Simone quer um marido, quer voltar a fazer cursos e pretende conversar com a mãe sobre a situação delas. Esboçam ações biográficas para tomar sua vida em suas mãos e decidir seus rumos, mas encontram barreiras familiares, sociais, culturais, subjetivas enormes.

Embora ambas recebam um seguro social, para Rose este “benefício” recebido com a interdição civil é vivenciado como limitação e é contraditório com a visão que tem de si mesma, pois representa sua incapacidade e perda de direitos como cidadã. Para Simone a aposentadoria foi uma conquista, é um direito e lhe permite ter autonomia, morar sozinha e se manter. Quando conhecemos mais Rose e Simone podemos observar o quanto as suas fontes de sofrimento atualmente são suas relações familiares, amorosas e sociais, suas crises se ancoram nestas vivências.

O desafio para os Caps é cuidar das pessoas em sofrimento, no contexto onde os problemas estão acontecendo e dar suporte para que sejam enfrentados no meio familiar, social, da vida de cada uma.

Rose elegeu uma Terapeuta de Referência (TR) embora não seja a mesma que o Caps designou para ela e Simone, atendida no Caps Jael há pouco tempo ainda não se refere a um profissional de referência, além do médico que consulta. Nenhum TR aparece mediando suas reflexões sobre as relações com a família, consigo mesmas e com o futuro, ou seja, mediando a construção de seu projeto de vida. A família também está ausente do cenário de cuidado, do diálogo e da escuta no Caps. As visitas dos profissionais às suas casas foram destacadas em suas trajetórias de cuidado como fonte de atenção qualificada, não esquecida.

Simone e Rose se preocupam com o corpo, com a aparência, são vaidosas, consideram que, principalmente as mulheres, precisam se exercitar, fazer ginástica, caminhar, se identificam em sua condição de gênero, gostariam

que o serviço oferecesse atividades nessa dimensão da clínica, também como uma forma de resgatar sua autonomia e saúde.

O Caps aparece para ambas como um porto seguro, uma referência, um apoio para enfrentar a vida. Passou a estruturar o cotidiano de suas vidas e, sem ele, se sentem desorientadas. O Caps aparece como um lugar central para conseguirem viver, se acalmar frente às dificuldades, se controlar em situações de preocupação e desgaste, enfrentar crises, se organizar. Não se sentem presas no Caps e, se necessário preferem ficar no acolhimento noturno do serviço do que serem internadas em clínicas psiquiátricas.

Mesmo assim, fica evidente a falta de mediação terapêutica para pensarem suas iniciativas, ações e metas, enfim os seus projetos de vida, seus relacionamentos e seu futuro de forma mais estrutural. Há uma lacuna nesta dimensão da clínica dos Caps. As oficinas aparecem como terapêuticas para elas, fontes de alívio, convivência e expressão, sentem falta de mais movimento nos Caps, se sentem seguras lá e querem contribuir para sua melhoria. Para Simone: “o Caps me deu voz, me deu escuta”. Para Rose: O Caps “significa uma maneira de sobreviver nesse mundo conturbado que é lá fora”.

5.5 E Jorge? Diferenças na Trajetória Biográfica

Entre Rose e Simone o que marcam são as semelhanças, com Jorge algumas diferenças. Jorge desde adolescente treinava para ser jogador de futebol profissional e chegou a jogar pelo Vasco de Sergipe, mas com 19 anos, ainda não profissionalizado, teve que desistir do futebol e foi trabalhar numa indústria têxtil e em outras empresas para ajudar o pai nas despesas de casa, queria continuar a estudar e fazer Educação Física na UFS. Estes projetos biográficos não foram realizados e estes acontecimentos lhe foram insuportáveis. Jorge atribui seu “distúrbio mental” ao excesso de pensamentos, pois ficava, sem parar, pensando no que tinha que fazer no que queria e no que não pôde ser.

Fica mais visível em sua trajetória biográfica uma aposta profissional e a aspiração pelos estudos. Esse curso de vida estrutura seu sofrimento psíquico e o aprofunda. Jorge sofreu muitas internações e nisto se assemelha a todos os usuários entrevistados. Internou-se no “Adauto Botelho” que definiu como “uma loucura, uma prisão, um negócio muito sério, um negócio de polícia, um negócio ruim”, nas clínicas psiquiátricas: Santa Maria e São Marcelo em Aracaju e em Hospitais Psiquiátricos do interior de São Paulo.

Estes internamentos se apresentam como rupturas em sua trajetória biográfica, que provocaram, por sua vez, outras mudanças no curso de sua vida. Por exemplo, depois de ser internado em São Paulo, “dar trabalho ao irmão” teve que voltar para Aracaju com a mãe e lá retomar sua vida.

A ida ao Caps é um acontecimento que marca uma mudança no curso de sua vida, passa a não ser mais internado diversas vezes e também encontra com sua companheira, funcionária do serviço, com a qual ainda mantém relação e está construindo sua casa para voltarem a morar juntos.

Jorge vai ao Caps por sua própria decisão, indicado pela médica no centro de saúde, decidiu ir sem o conhecimento nem acompanhamento da família. Este ato de escolha pessoal caracteriza seu vínculo com o serviço. Até hoje Jorge considera que o Caps é um assunto dele, não da família. A família não frequenta o serviço. Jorge é atendido no Caps desde 2002, em seis anos teve uma internação. Atribui isso ao seu relaxamento com a medicação.

Jorge faz parte da trajetória do Caps David e acompanhou desde o início, é atuante e crítico sobre o cuidado e as relações entre usuários e trabalhadores no Caps. Atualmente frequenta pouco o serviço, mas diz que já fez lá “grandes atividades”, jogava futebol pelo time do Caps, mas agora engordou e tem dores nos joelhos. Está aposentado há 11 anos e não faz nenhuma outra atividade. Esta é uma condição típica dos usuários entrevistados. Jorge aposta na relação com sua companheira e quer fazer algo mais para “ocupar alguma coisa de sua mente”.

Diferente de Rose e Simone Jorge não têm conflitos familiares determinantes, neste momento, de seu sofrimento psíquico, o pai é falecido há mais de dez anos e a mãe mora com uma irmã e uma sobrinha. Os conflitos com

os irmãos se focalizam em Jorge quando resolve beber. Jorge está construindo a própria casa para morar com sua companheira, tem uma vida mais autônoma que Rose e Simone em relação à família.

Jorge tem amigos, o que no curso da vida de Rose e Simone são inexistentes em seu cotidiano, como interlocutores, de convivência ou fontes de apoio.

A vivência do sofrimento é como “um negócio invisível”, como Rose Jorge não se sente doente, vivencia este “distúrbio mental” como algo que vem de fora e o toma em alguns momentos, para ele quem vê são os outros, para Rose quem sofre são os outros. Simone vivencia seu sofrimento no próprio corpo, sente tremores, perde o controle, reage mordendo, batendo em outros e em si mesma, já tentou suicídio: “Essa doença é horrível, é horrível, é horrível, e as pessoas perseguem, querem mandar”. Quando entra em crise sente que sai do próprio corpo: “não sabia o que dizer como se tivesse saído do corpo num correspondia de jeito nenhum, não respondia de jeito nenhum, não respondia”.

A vivência do sofrimento é singular para Jorge, Rose e Simone, nos modos de sentir, de perceber, explicar e avaliar. Modos essenciais à esta clínica.

Jorge passava por um momento de conflito no Caps com uma Terapeuta Ocupacional que o mandou embora de um passeio, Jorge então compara o Caps do início, da primeira equipe de trabalhadores com os atuais e rebaixa a avaliação que faz do serviço, diz que antes o Caps era 99% agora é 70% pois falta acolhimento, humanidade dos profissionais que para ele é estar com os usuários e não indiferentes ou acima deles: “humanidade é lealdade, é um precisar do outro e estar com o outro”.

Jorge põe em questão as relações de poder no Caps. As formas de exercício de poder exercido entre trabalhadores e usuários, as normas e o controle acima do cuidado com o outro, que se tornou visível na passagem em que narra o passeio realizado pelo Caps. Jorge questiona também as assembleias como lugares de tomada de decisões, de promoção da horizontalização das relações e de circulação de informações e circulação do poder, no cotidiano do serviço.

Ficou evidente que as assembléias estavam esvaziadas de sentido como lugares de reorganização, participação e inovação das práticas terapêuticas e institucionais, tanto para os trabalhadores como para os usuários.

Mesmo assim quando Jorge avalia os Caps em geral diz: “o Caps é a melhor coisa já feita para os usuários do Brasil, não somente de São Paulo ou Sergipe porque a pior coisa do mundo é você ser internado”.

Considerações Finais

Durante todo o percurso deste estudo, mais do que respostas, muitas questões foram surgindo. Retratamos um cenário complexo marcado pelas trajetórias dos Caps, pelos percursos dos profissionais e pelas narrativas de vida dos usuários, que nos mostram as dificuldades, os avanços, as potencialidades e os impasses para a construção da clínica da atenção psicossocial e para as políticas públicas deste campo.

No estudo de Goldberg (1998) sobre o cotidiano do primeiro Caps do Brasil, que nos serviu de guia desde o início, o autor se perguntava, ao final, pelo futuro deste projeto, se vingaria, se a rede pública poderia acolhê-lo e o institucionalizaria, em face de um contexto caracterizado pelo enfraquecimento das políticas públicas e do papel do Estado.

Felizmente, o que vimos nos últimos anos foi o aumento do investimento do Estado nas políticas sociais e na consolidação deste projeto de atenção em saúde mental na rede pública, que nos possibilitou agora estudar uma Rede de Atenção Psicossocial constituída, que juntamente com outros municípios estão promovendo mudanças estruturais no rumo das políticas de saúde mental.

A expansão da rede de serviços de atenção psicossocial e o aumento da inclusão da saúde mental nas ações de saúde, desde a atenção básica, estão sendo decisivas para a reorientação do modelo de atenção, ainda inacabado. A esfera pública da saúde mental e do SUS, que alcançou sua maioridade, se fortaleceu, a despeito do declínio da solidariedade social ou de políticas privatizantes em muitos Estados e municípios e de ações corporativas e econômicas contrárias, que, sem dúvida, permanecem no cenário político-institucional.

Além desse aspecto, Goldberg (1998) se perguntava pelo futuro dos Caps enquanto espaços promotores de emancipação dos usuários e pela capacidade de estender os cuidados de saúde mental em direção à comunidade. Neste aspecto podemos afirmar que estamos “no olho do furacão”.

O campo da saúde mental pública tem o desafio de cuidar das pessoas com sofrimento psíquico grave na comunidade e ampliar a atenção nos territórios, para toda a população que necessita, com variadas formas de sofrimento - que não cessam de serem produzidas a cada dia - junto à atenção básica, às equipes de saúde da família, às redes sociais, consolidando o caminho para a promoção da saúde e o cuidado territorial.

Este estudo visou contribuir com parte deste desafio, que foi de problematizar a clínica praticada nos Caps, analisar suas dimensões e seus impasses, no atual momento do percurso desta política pública.

O estudo de Leal (1999), que nos foi referência constante nesta pesquisa, destacou a importância dos agentes do cuidado dos trabalhadores de saúde mental, suas visões de mundo e sobre as pessoas em sofrimento. Esta autora analisou um cenário de diversidade nas perspectivas destes agentes e apontou que, no contexto da Reforma; não há um sujeito do cuidado, mas muitos, não há homogeneidade e a complexidade caracteriza melhor este campo.

Em nosso estudo, nos perguntamos deste o início pelas dimensões da clínica da atenção psicossocial. Como esta clínica está sendo praticada no cotidiano dos Caps? Como são suas práticas terapêuticas? Como são avaliadas por seus agentes, trabalhadores e usuários? Para isso optamos por um estudo etnográfico, de profundidade em uma rede de atenção psicossocial de destaque nacional, e em seus principais dispositivos, os Caps III.

A análise da trajetória de construção dos Caps e da formação dos profissionais para o trabalho nos permitiu, no primeiro momento, apontar que estes aspectos marcam a história e caracterizam a identidade de cada serviço e esta identidade está relacionada à clínica praticada em cada Caps. Encontramos profissionais com diferentes visões de mundo e do trabalho, com diversas idades, formações, experiências e trajetórias, que configuram clínicas com características singulares em cada Caps.

Todos os serviços estudados foram Caps III. Nem por isso há homogeneidade entre eles. A história de constituição de cada um marcou suas trajetórias e suas identidades criando possibilidades e limites, que são diferenciados, e singularizam a clínica da atenção psicossocial em cada um dos

serviços. Apesar de encontrarmos regularidades tanto nas dificuldades, quanto em algumas inovações nas práticas terapêuticas de cada serviço, é importante destacar as diferenças e características próprias da clínica que se construiu e que se faz em cada Caps.

Neste sentido podemos afirmar que a clínica da atenção psicossocial está em plena e constante construção, é multidimensional, marcada pelos seus contextos e protagonizada por seus agentes.

Na dimensão das relações de trabalho foi possível destacar fatores que interferem diretamente na prática clínica, como a insatisfação dos profissionais, as divisões sociais e por níveis de formação que provocam baixa auto-estima e desmotivação. Como observamos nas discussões dos grupos, o vínculo com o trabalho de muitos profissionais, por várias razões, nos Caps com mais tempo de funcionamento, estava abalado e isso refletia diretamente na clínica praticada, na disposição para estar junto ao usuário, cuidar das crises, para atuar no território e na motivação para criar novas ações terapêuticas.

Os problemas contratuais, administrativos, salariais são fonte de conflito e de sofrimento entre os trabalhadores e produzem impactos nocivos sobre a clínica nos Caps. Estes impactos são mais visíveis com os usuários em crise, pois são os momentos que mais exigem uma equipe integrada e voltada para o cuidado. Estas dificuldades limitam a capacidade de continência e resolutividade da clínica. A identidade destes grupos profissionais e dos Caps de maior tempo de funcionamento estava em questão, não eram mais os desbravadores do novo modelo de atenção, nem os melhores, naquele momento, mas tinham se tornado problemáticos para a gestão e para si mesmos, não estavam “dando conta” das crises, do matriciamento com a atenção básica, do cuidado com os usuários das Residências Terapêuticas, enfim, sentiam-se aquém das responsabilidades e das expectativas para com um Caps III, na rede de atenção psicossocial.

A complexidade e multidimensionalidade da clínica da atenção psicossocial, no entanto, pode ser vista como potência ou como sobrecarga. Nas equipes com maior nível de conflitos a missão do Caps na rede aparece como um fardo pesado e inatingível. A consequência é a inércia, o enfraquecimento da equipe, a fragmentação burocrática do trabalho, as divisões por categorias ou

níveis profissionais, que acabam, por sua vez, sobrecarregando alguns profissionais, em determinadas tarefas, como, por exemplo, no acolhimento noturno, na administração de medicação, nos atendimentos domiciliares e nos matriciamentos.

Neste sentido, são evidentes as reclamações dos técnicos de enfermagem que acabam recebendo muitos encargos sem o devido suporte do restante da equipe. O sofrimento é ampliado nestes trabalhadores, aspecto já demonstrado também por outros estudos, já citados, pois apresentam menos recursos para lidar com seus sentimentos e necessidades em relação ao trabalho. Precisam, ao contrário do que acaba ocorrendo, de maior integração e apoio nas equipes. No Caps Jael, um arranjo que criaram para evitar os conflitos decorrentes da divisão social dos profissionais em níveis de formação foi, desde o acolhimento dos usuários no serviço, realizá-lo sempre em duplas com um profissional de nível médio e outro de nível superior, no sentido de não fragmentar o cuidado.

O apoio externo constante para os profissionais, através dos dispositivos de apoio institucional ou de supervisão clínico-institucional, por exemplo, é vital para o trabalho em equipe, possibilitando uma avaliação permanente das relações, dos movimentos e da inércia do serviço, para a efetividade da clínica praticada. A movimentação de trabalhadores pela rede de saúde e de atenção psicossocial, seja para estabelecer vínculos, seja para alternar os lugares de atuação, aparece como necessidade e importante fonte de incentivo e motivação para o trabalho, assim como o apoio mútuo na própria equipe, o acolhimento e a escuta entre os trabalhadores.

A clínica da atenção psicossocial depende da equipe de profissionais e de todo o seu engajamento no cuidado, nas relações cotidianas com os usuários, familiares e com o território. Desta forma, o desgosto pelo trabalho e a instabilidade dos profissionais é fatal para os vínculos estabelecidos e para esta clínica.

Na dimensão da formação dos profissionais, a quase inexistência dos conceitos deste campo e da presença dos serviços de atenção psicossocial, nos cenários de práticas dos cursos da área da saúde, ficou evidente entre os grupos.

O preconceito e o medo em relação ao cuidado em saúde mental com que chegam alguns profissionais, ao serviço, foram sendo modificados a partir do contato com os usuários no cotidiano, mas ainda estão presentes entre os trabalhadores. Em alguns casos, este contato não foi suficiente para provocar transformações na visão sobre as pessoas com sofrimento psíquico grave. Os profissionais de todos os Caps destacam a importância do investimento na educação permanente das equipes por parte da gestão da saúde e o investimento em comunicação com a sociedade, através de diversos meios, tendo em vista a diminuição do estigma e o favorecimento do trabalho dos Caps nos territórios e com as famílias.

A dimensão temporal da instituição aparece como variável marcante. O tempo de funcionamento do serviço e o tempo de trabalho dos profissionais no Caps se configuram como variáveis importantes para a análise do serviço e da clínica da atenção psicossocial. Estas variáveis imprimem características próprias às práticas terapêuticas, principalmente para o cuidado das crises. Enquanto os Caps com mais tempo de funcionamento tem suas equipes desmotivadas e contabilizam frustrações em relação ao trabalho, principalmente no cuidado com os usuários mais graves e que freqüentam o serviço também há mais tempo. O Caps com menor tempo de funcionamento se retroalimenta de sua diferenciação, dos desafios de não esmorecer frente às crises, seja de quem for, de cuidar renovando sua potência como equipe.

Neste contexto, se coloca o desafio de reorientar a formação dos profissionais da área da saúde que ainda segue sem questionar a clínica da crise e sem entrar em contato com as mudanças ocorridas na organização dos serviços. Constatamos também que o modelo de formação dos profissionais ainda está em descompasso com os avanços teóricos do campo da atenção psicossocial, da *psicopathologia* e com as mudanças que se fizeram na rede de atenção em saúde e em saúde mental.

Neste contexto, a clínica não é mais um domínio dos profissionais em seus consultórios ou em clínicas psiquiátricas, mas está desafiada a acolher as crises e a produzir saúde onde se fizer necessário: nas casas, na rua, no cotidiano dos

serviços abertos, nos hospitais gerais, nas comunidades, enfim nas redes e nos territórios da vida.

O **cotidiano é dimensão estruturadora** da clínica da atenção psicossocial, o que pôde ser visto, principalmente através da convivência com os usuários e suas narrativas. O cotidiano no Caps aparece como referência que estrutura e organiza a vida para os usuários. Os dias e as atividades que eles freqüentam nos Caps são referências que lhes fazem ter motivação para acordar, se cuidar e enfrentar seus problemas, possibilitando a retomada de projetos de vida e renovando a esperança em um futuro. Desta forma podemos compreender como a redução da freqüência, aparece para alguns usuários como uma punição, uma injustiça e é vivenciada com sofrimento.

É também no cotidiano institucional que aparece o clima grupal entre os trabalhadores e com os usuários e sua disposição para o cuidado. Os usuários destacam a falta de opções terapêuticas no cotidiano dos serviços, principalmente de oficinas e também o empobrecimento no contato com os trabalhadores, bem como a falta de movimento nos Caps, particularmente nos serviços com maior tempo de funcionamento.

Ao mesmo tempo em que o cotidiano no Caps organiza a vida dos usuários, os apóia e promove sua estruturação psicofísica para enfrentar os problemas de sua existência, para muitos dos trabalhadores o cotidiano no serviço tem aparecido, algumas vezes, como obrigação, rotina de trabalho estressante e dolorosa. O descompasso entre as perspectivas de usuários e trabalhadores aparecem. Enquanto muitos profissionais estavam tendo uma visão pessimista e se sentiam desmotivados em relação ao trabalho, pelas várias razões já colocadas, os usuários, mesmo apontando problemas, ressaltavam a importância que o Caps tem para eles.

Na dimensão ética da clínica da atenção psicossocial, usuários e trabalhadores consideram que estar disponível para o outro é condição para o cuidado. Jorge, do Caps David, vai adiante, para ele é preciso ter humanidade neste trabalho, que significa um posicionamento ético frente ao outro. Os trabalhadores precisam se colocar junto ao usuário, ao lado, não acima, abaixo ou de modo indiferente. Para isso, é preciso princípios e concepções de ser, de

mundo, de sujeito, de cuidado e de sofrimento psíquico que possibilitem superar os preconceitos e as teorias que produziram o afastamento e o isolamento entre as pessoas, separando-as entre normais e loucos, doentes e sãos.

A disposição para o outro e o acolhimento entre todos, não somente dos usuários, mas também entre os profissionais e entre usuários e profissionais, no cotidiano do serviço demonstraram ser aspectos essenciais para a motivação e a permanência no cuidado. A receptividade, a escuta e o apoio mútuo, operam para que o vínculo terapêutico e o vínculo com o trabalho aconteçam.

As relações trabalhadores-usuários-sociedade estão na essência desta clínica. Contruir novas formas de relação é um desafio para esta proposta, que somente será transformadora se cuidar destes vínculos e da humanidade que precisa estar presente neles.

No Caps mais novo, por exemplo, o vínculo dos profissionais com o trabalho estava se constituindo e permitindo a formação de uma identidade de “equipe de trabalho” que se reconhecia como “maravilhosa”, comprometida e capaz. Tinham elevada auto-estima, acreditavam em suas capacidades e estavam desafiados também pela visão que tinham em relação aos outros Caps e destes com relação a eles.

A clínica praticada é diretamente afetada pela visão que os trabalhadores têm de si mesmos e pelos afetos e formas de relação predominantes no grupo. O cotidiano do Caps Jael revelava a disposição da equipe para o cuidado e para a inovação preservando o movimento e a diversidade de ofertas. Desta forma, o enfrentamento das situações de crise, sempre difíceis e desestruturadoras para todos, tinham seus efeitos de ruptura, minimizados nesta equipe.

Os trabalhadores identificam a complexidade da clínica nos Caps com a amplitude das práticas terapêuticas que precisam realizar, nas várias dimensões que esta clínica assume no cotidiano e na vida de cada usuário, desde os problemas familiares, de moradia, de renda e autonomia até o cuidado com a medicação, com o projeto terapêutico singular e nas situações de crise.

Podemos evidenciar que a clínica dos Caps é também influenciada por múltiplos saberes e está sendo experimentada no cotidiano; está se fazendo nos serviços e nas redes de atenção psicossocial, com múltiplas influências teóricas e

com as singularidades culturais de cada lugar, das equipes de profissionais e dos usuários.

Na direção da complexidade desta clínica cabe apontar a **dimensão das relações com os familiares**, que são vistas como um desafio ainda não atingido pelos trabalhadores dos Caps. Relações conflituosas, que envolvem séculos de afastamento, desconfiança, medo, preconceitos, teorias de culpabilização e práticas históricas de exclusão e abandono.

Os usuários vivenciam as relações familiares com toda sua intensidade de dor, de afeto, de desqualificação e de ruptura. Nas narrativas biográficas de Rose e Simone o sofrimento psíquico ligado à família é evidente. Jorge tem boas relações familiares com a mãe, alguns conflitos com os irmãos, como é comum, mas que não o excluem ou produzem intenso sofrimento. Isso se reflete em sua capacidade de cuidar de si mesmo e de efetivar um projeto de vida. São exemplos de influências familiares distintas que trazem diferentes repercussões para a vida dos usuários.

Na perspectiva dos profissionais, mesmo ainda não conseguindo trabalhar dentro de suas expectativas, as relações com os familiares dos usuários são recolocadas no centro da clínica. Fica evidente para eles a condição diferenciada e o potencial que têm os usuários com apoio familiar daqueles que são ignorados ou excluídos. Consideram que o caminho para o cuidado na comunidade, com diminuição da violência e da exclusão, não se fará sem o envolvimento das pessoas que são fundamentais na vida dos usuários. Ainda não conseguiram efetivar o diálogo e a parceria com os familiares e este segue sendo um desafio para o sucesso do cuidado em saúde mental na comunidade.

Na dimensão das **relações com a comunidade** os trabalhadores dos Caps Liberdade e David vivenciam o esvaziamento deste contato, a indiferença e os conflitos, principalmente com os moradores mais próximos. Muitas são as razões para este afastamento, conforme analisamos, que remetem à formação cultural e econômica dos territórios, bem como às iniciativas e disposição das equipes. A comunidade local aparecia como um obstáculo, o território parece inseguro e violento e não é utilizado efetivamente como um recurso para estes Caps.

No Caps Jael, a comunidade aparece como possibilidade para potencializar recursos e apoio social, mesmo sendo um território vulnerável e considerado violento, ela está mais próxima dos trabalhadores e do serviço. Esta é uma característica deste Caps, que faz parte da sua trajetória e marca a identidade e a clínica deste serviço, ampliando a abertura e o movimento no cotidiano do Caps.

Nas concepções de clínica dos trabalhadores, percebemos que o modelo convencional do tratamento é uma referência para as práticas terapêuticas dos Caps e está presente no cotidiano institucional através das concepções psicopatológicas, na preocupação com o diagnóstico diferencial, descritivo, passando pela centralidade da medicação. Nesta lógica, as situações de crises são vistas como sinais da doença, como eventos de descontinuidade na vida do sujeito e reveladores da persistência da patologia, que imobilizam o cuidado.

O que constatamos, no decorrer da pesquisa e com a análise realizada, foi a presença do modelo clínico centrado na doença concorrendo, no cotidiano, com as práticas terapêuticas da clínica da atenção psicossocial, com as concepções de sujeito e de sofrimento psíquico e com as inovações nos arranjos clínicos e institucionais.

Vamos tomar primeiramente o acolhimento para exemplificar o que estamos afirmando. Neste momento da clínica dos Caps, a escuta é destacada pelos profissionais como o elemento central, mas o diagnóstico descritivo e sintomatológico ainda predomina na formação e na prática dos trabalhadores. Assim, ao mesmo tempo em que certa lógica de triagem ainda persiste, no acolhimento o olhar e a escuta se ampliaram, não estão mais restritos apenas para os sintomas e aspectos psicopatológicos do usuário, mas para toda a complexidade de sua vida e das relações familiares e sociais. O diagnóstico clínico reduzido a categorizações aparece sendo ressignificado por uma avaliação situacional ampliada com os recursos cognitivos, afetivos, relacionais, econômicos e sociais do usuário, do contexto e da família e com a atenção para o sujeito.

Os Caps estudados não direcionam as práticas terapêuticas para categorias diagnósticas, como seria se fizessem grupos de transtornos

esquizofrênicos, grupos de transtornos bipolares ou depressivos, que revelaria a centralidade deste tipo de diagnóstico. As práticas terapêuticas coletivas são diversas e levam em conta a heterogeneidade dos sujeitos com diagnósticos em comum ou não. São oficinas de dança, artesanato, teatro, grupos terapêuticos, grupos sobre sexualidade, caminhadas, desfiles na comunidade, campeonatos de futebol, bazar em praças, jogos, entre outras.

Os grupos realizados são criados para promover saúde, habilidades, encontros e trocas de afetos, apoio mútuo, conversa e conhecimento. O diagnóstico, neste contexto, é importante para indicar a utilização de medicamentos, mas conforme Saraceno (1994), é insuficiente para planejar uma estratégia de atenção e muito limitado para definir uma estratégia terapêutica ou de reabilitação psicossocial na medida em que não permite reconhecer os problemas que existem por detrás dos sintomas.

Observamos o lugar que a medicação assume na clínica praticada. No discurso dos trabalhadores a medicação é vista como um instrumento entre as práticas terapêuticas; para alguns, é pré-condição para a relação terapêutica, e para outros não é vista como uma condição para o cuidado, pois o usuário é incluído no Caps e inicia-se a construção do Projeto Terapêutico, mesmo antes de começar ou alterar medicações. Neste aspecto, observam-se desconcompassos entre o discurso e a prática, no discurso o lugar da medicação e seu papel terapêutico são relativizados, na prática a centralidade da medicação está presente, embora sendo ressignificada.

Nas crises isso fica mais evidente: os trabalhadores questionam suas próprias práticas terapêuticas, que recursos utilizar. A medicação aparece então como muito importante, assim como o acolhimento noturno e intensivo no Caps. Aparecem mais uma vez os impasses neste momento da organização do cuidado e o confronto dos discursos com as práticas.

Os trabalhadores reconhecem a necessidade de construir outras ações de cuidado, outras ofertas terapêuticas também nas situações de crise, mas não estão conseguindo efetivá-las. A reflexão sobre este tema está limitada pela angústia e desestruturação de todos nas crises. Assim, seguem reproduzindo o modelo baseado na contenção e eliminação de sintomas. Pudemos constatar,

entre os trabalhadores, uma tensão permanente entre o idealizado e o praticado nas situações de crise.

Os trabalhadores trazem a dimensão da responsabilização nesta clínica, das decisões que precisam tomar no aqui e agora para resolver situações agudas de sofrimento ou de abandono familiar, por exemplo. Destacam as escolhas diárias que precisam fazer e a ansiedade gerada neste processo. A responsabilização dos profissionais pelo cuidado acaba se tornando ainda mais difícil quando não se tem a participação dos familiares e de rede social e quando os próprios trabalhadores não promovem o envolvimento ativo dos usuários nas decisões sobre sua vida e seu projeto terapêutico.

Na **dimensão da participação dos usuários** aparece o desencontro entre as perspectivas de usuários e trabalhadores sobre a frequência de participação dos usuários no Caps, nas práticas terapêuticas e nas definições dos terapeutas de referência.

Os profissionais justificam suas decisões em relação à frequência no serviço e à divisão dos usuários nas mini-equipes de referência pela organização do trabalho e divisão de responsabilidades na equipe. Os usuários se ressentem pela diminuição de sua frequência no Caps vinda dos técnicos e da não participação nestas decisões, como também das dificuldades encontradas por não escolherem seus terapeutas de referência.

Para os usuários a disponibilidade dos trabalhadores é fundamental para o cuidado e a relação entre trabalhadores e usuários aparece no centro da clínica da atenção psicossocial. A visão que os profissionais têm dos usuários se reflete em suas práticas e precisam ser problematizadas. Tanto usuários como trabalhadores falam dos vínculos que estabelecem entre si, os profissionais trazem as dificuldades em relação a alguns usuários, as diferenças entre eles e reconhecem os afetos envolvidos nesta relação.

A pouca importância dada, neste momento, ao empoderamento dos usuários e à sua participação ativa no cuidado também ficou evidente no cotidiano dos Caps, quando as assembleias estão esvaziadas de sentido, não têm a presença do coordenador do Caps e acabam não sendo deliberativas para o funcionamento do serviço.

Jorge aponta claramente, em sua narrativa, as relações de poder que se dão na microfísica do cotidiano institucional e da clínica dos Caps e questiona o papel das assembleias, o papel do coordenador e dos profissionais. A sua compreensão dos usuários como sujeitos demonstra o papel ativo que poderiam ter no serviço e no cuidado.

Os usuários buscam no Caps reconhecimento de suas vidas, a escuta, o respeito por seu sofrimento, delírios, alucinações, pensamentos e escolhas, não querem ser desqualificados, como são, muitas vezes, nas relações com a família e na comunidade onde moram. Alguns conhecem seus direitos, mas ainda sofrem com o preconceito, as crises, a exclusão familiar e social. Não buscam um código que diga o que eles são, pois não se reconhecem nestes códigos e seu sofrimento não se traduz e não faz sentido nas suas descrições.

Podemos afirmar que os usuários esperam encontrar nos Caps uma relação humana, como diz Jorge: “humanidade é lealdade, é um precisar do outro e estar com o outro”. Uma clínica onde façam parte dela e não sejam apenas objetos de classificação, de estatística, de controle e de normalização. Não buscam somente medicação, comida ou outros benefícios sociais que lhes são de direito, mas atenção, apoio terapêutico e empoderamento para cuidar de seus problemas, de suas relações familiares e amorosas, para viver, namorar, casar, ter filhos e se ocupar de si mesmo. Neste sentido os Caps podem interferir positivamente nas trajetórias de vida dos usuários, se tornando além de barreiras para as internações também fonte de mediação e suporte para sua emancipação.

Simone diz “o Caps me deu voz, me deu escuta”, é isso que diz Jorge, Rose e tantos outros que buscam nesta clínica escuta, respeito e atenção por seu sofrimento para que possam com apoio e fortalecidos como cidadãos, viver e lutar por seus projetos de vida.

Consideramos no início desta pesquisa que havia uma clínica sendo (re) construída nos Caps, no cotidiano, nas práticas terapêuticas e por seus agentes, trabalhadores e usuários. O que constatamos foi um cenário de maior complexidade onde co-existem práticas da clínica baseada nas concepções de doença mental, diagnóstico e tratamento com práticas da clínica da atenção psicossocial fundamentadas nas concepções de sujeito, de cuidado e de

cidadania. Estas clínicas são conflitivas e entram em confronto em alguns momentos, por exemplo, nas situações de crise. O cuidado das crises, sem dúvida está no centro da clínica da atenção psicossocial e demanda estudos mais intensos e direcionados que problematizem também suas complexas dimensões.

Em outros momentos, estas clínicas seguem paralelas no cotidiano institucional, como por exemplo, nas consultas médicas ambulatoriais dentro dos Caps, sem nenhuma ligação com o cotidiano do serviço. Outras vezes, as práticas de cuidado territorial em equipe e empoderamento dos usuários prevalecem. Por fim, co-existem as práticas do modelo clínico sendo incorporadas e ressignificadas pela clínica da atenção psicossocial. Este tensionamento teórico e prático está colocado no cotidiano dos serviços.

A política de saúde mental avançou no Brasil e a possibilidade de realizar uma análise como esta tese é resultado deste novo cenário existente. Mesmo assim, ainda há no horizonte, diversos grupos de interesse que disputam concepções, modelos de cuidado e hegemonia política. A problemática atual que envolve o aumento de consumo de drogas com alto poder destrutivo, por exemplo, tem feito retornar a discussão sobre a necessidade de criar de clínicas especializadas para o tratamento desta população e sobre o modelo assistencial adotado.

Esta análise demonstra que a expansão dos serviços e a organização das redes de atenção psicossocial estão possibilitando a mudança de referência para o cuidado no território. Esta transição está sendo feita, ao mesmo tempo em que continua sendo um projeto a ser conquistado: uma clínica da atenção psicossocial, inclusiva, de todos os seus sujeitos, complexa e integrada à comunidade, no campo da saúde mental.

Por fim, cabe-nos ressaltar tanto do trabalho que fizemos e da riqueza que nos possibilitou esta experiência no cotidiano e na vivência da realidade assistencial pesquisada, quanto da troca com outros Caps no país, que o tema central desta tese, a clínica da atenção psicossocial, bem como as dimensões relacionadas à crise, ao cuidado no território e à família, precisam de múltiplos estudos específicos. Que estes proliferem na mesma proporção da complexidade da atenção em saúde mental no Brasil para que prossigamos avançando na

direção da mudança de concepções, práticas e principalmente na ética do cuidado e das relações humanas, entre sujeitos.

Referências Bibliográficas

- Alverga, A. R. de & Dimenstein, M. (2006, dezembro). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface* 10(20), 299-316.
- Amarante, P. (Coord.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Appel, M. (2005, mayo). La entrevista autobiográfica narrativa: fundamentos teóricos y la praxis del analisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes em México. *Forum Qualitative Social Research* 6(2). <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Beau, S. & Weber, F. (2007). *Guia para a pesquisa de campo - produzir e analisar dados etnográficos*. Petrópolis: Vozes.
- Benevides, R. & Passos, E. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Bezerra, B., Jr. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250.
- Bohnsack, R. & Weller, W. (2006, mar./ago.). O método documentário e sua utilização em grupos de discussão. *Educação em foco* 11(2), 19-38.
- Bohnsack, R. & Weller, W. (2010). O método documentário na análise de grupos de discussão. In Weller, W. & Pfaff, N. (Orgs.). (2010). *Metodologias da pesquisa qualitativa na educação: teoria e prática (Parte 2, pp. 68-87)*. Petrópolis: Vozes.
- Borges, C. F. & Baptista, T.W. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Caderno Saúde Pública*, 24(2), 456-468.

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (1996). Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. *Bioética* 4(Suppl:15-25).
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Legislação em saúde mental* (5a ed. ampliada). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2007). *Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília: Editora MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010a). *Saúde mental em dados. Informativo eletrônico* 5(7). Brasília. Recuperado em 25 de junho de 2010, de www.saude.gov.br/bvs/saudemental
- Brasil. Ministério da Saúde (2010b). *Relatório de gestão 2009* (texto preparado para o XI Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental). Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Avaliar CAPS. Resultados Avaliar Caps 2008. Documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental*. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde & Ministério da Educação (2007). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2005). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, R. O., Furtado, J. P., Passos, E. & Benevides, R. (Orgs.). (2008). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narrativa*. São Paulo: Hucitec.

- Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caniato, A. (1997). Reflexões sobre as implicações ideológicas na psicologia clínica - os interesses em questão e o efetivo atendimento à saúde/doença mental. In Zanella, A. V., Siqueira, M. J. T., Lhullier, L. A. & Molon, S. I. (Orgs.). (1997). *Psicologia e Práticas Sociais*. Porto Alegre: ABRAPSO/SUL.
- Cooper, D. (1989). *Psiquiatria e antipsiquiatria* (2a. ed.). (Coleção Debates). São Paulo: Perspectiva.
- Costa, I. I. & Grigolo, T. M. (2009). A ética e a clínica da atenção psicossocial: fundamentos e possibilidades. In Grigolo, T. M. & Costa, I. I. (2009). *Tecendo redes em saúde mental no cerrado* (pp. 21-26). Brasília: ABRAFIPP/UnB/MS.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: ABRAFIPP.
- Costa, I. I. (2006). *Adolescência e a primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave*. Recuperado em 20 março, 2010, de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm>
- Costa, I. I. (2010). *Crises psíquicas do tipo psicótico: distanciando e diferenciando sofrimento psíquico grave de "Psicose"*. Trabalho apresentado na ANPEPP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Silva, E. A. da (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em centros de atenção psicossocial de Goiânia-Go*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. PPG-PsiCC, UnB, Brasília, DF, Brasil.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1966). *O anti Édipo*. Rio de Janeiro: Imago.
- Delgado, P. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffmann, M. C. I., Martins, R. & Grigolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In Mello, M. F., Mello, A. A. F. & Kohn, R. (Orgs.). (2007). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

- Delgado, P. G. (1992). *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Delgado, P. G. (2006). Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Brasileira. *Cadernos do IPUB* 12(22), 19-33.
- Delgado, P. G. (2009). Formação em saúde mental para o SUS: a estrada pedregosa e a máquina do mundo. In Grigolo, T. M. & Costa, I. I. (Orgs.). (2009). *Tecendo Redes em Saúde Mental no Cerrado* (pp. 13-15). Brasília: ABRAFIPP/UnB/MS.
- Dell'Acqua & Mezzina (2003). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In Amarante, P. (Org.). (2005). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* 2 (pp. 161-194). Rio de Janeiro: Nau.
- Ferrer, A. L. (2007). *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos centros de atenção psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Dissertação de Mestrado, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.
- Foucault, M. (1989). *A história da loucura na época clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1991). *Vigiar e punir* (9a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1997). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1998a). *O nascimento da clínica* (5a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1998b). *Microfísica do poder* (7a ed.). Rio de Janeiro: Graal.

- Furtado, J. P. (2001). Um método construtivista para a avaliação em saúde [Versão eletrônica], *Ciência e saúde coletiva* 6(1), 165-181.
- Furtado, J. P. & Campos, R. O. (2008). Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cad. Saúde Pública* 24(11), 2671-2680.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Glaser, B. G & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theorie: strategies fou qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goffmann, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos* (2a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Goldberg, J. I. (1998). *Cotidiano e Instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições pública* (vol. I e Vol. II). Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP, Brasil.
- Goss, K. P. (2010). *Trajetórias militantes: entrevistas narrativas com professores e integrantes do movimento negro*. (Coleção Metodologias da Pesquisa Qualitativa na Educação: teoria e prática). Petrópolis: Vozes.
- Grigolo, T. M. (1995). "Dizem que sou louco" - um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, UFSC, Santa Catarina, SC, Brasil.
- Grigolo, T. M. (2000). "Dizem que sou louco" - um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. *Revista de Ciências Humanas* (Série Especial Temática). Florianópolis: UFSC.

- Grigolo, T. M., Schimdt, M. B. & Delgado, P. G. (2010). Avaliar caps: um retrato do funcionamento dos serviços substitutivos no Brasil. In Campos, F. & Lancetti, A. *Coleção Saúde Loucura n. 9*. São Paulo:Hucitec.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica. cartografias do desejo* (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 7(2), 83-96.
- Guljor, A. P., Pinheiro, R. & Gomes, A. Jr. (Orgs.). (2007). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Hirdes, A. (2008). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão [Versão eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*, Recuperado em 20 março, 2010, de http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1241
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. (2002). Entrevista narrativa. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (Parte 1, pp. 90-113). Petrópolis: Vozes.
- Kantorski, L. P. Wetzel, C., Olschowsky, A., Jardim, V. M. da R., Bielemann, V. de L. M. & Schneider, J. F. (2009, out./dez.). Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação dos serviços de saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 13(31), 343-55.
- Laing, R. & Esterson, A. (1980). *Sanidade loucura e a família*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Laing, R. D. (1979). *A psiquiatria em questão* (2a ed.). Lisboa: Clivagens, Presença.
- Lancetti, A. (2007). *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (Org.). (2000). *Saúde mental e saúde da família* (Coleção Saúde Loucura, n. 7). São Paulo: Hucitec.

- Leal, E. M. & Delgado, P. G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In Guljor, A. P., Pinheiro, R. & Gomes, A. Jr. (Orgs.). (2007). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (Parte 3, pp. 137-154). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- Leal, E. M. (1997). O debate sobre a “natureza” da clínica na reforma psiquiátrica brasileira - algumas considerações iniciais sobre a relação desta questão com descrições essencialistas e idealizadas do sujeito. In Venancio, A. T., Delgado, P. G. & Leal, E. (Orgs.). (1997). *O campo da atenção psicossocial* (pp. 11-21). Rio de Janeiro: Corá.
- Leal, E. M. (1999). *O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira: modelos de conhecimento*. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Leal, E. M. (2006). Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In Silva, J. F. Filho (Org.). (2006). *Psicopatologia hoje*. Rio de Janeiro: UFRJ/ Centro de Ciência da Saúde.
- Leal, E. M., Serpa, O. D. Jr., Muñoz, N. M., Goldenstein, N. & Delgado, P. G. (2006, setembro). Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos da assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 9(3), 433-446.
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial no Brasil.
- Levy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC.
- Lima, M. G. A (Coord.). (2010). *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP).

- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento – por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.
- Mafesolli, M. (2007). *O conhecimento comum - introdução à sociologia compreensiva*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Mannheim, K. (1950). *Ideologia e utopia: Introdução à sociologia do conhecimento*. Rio de Janeiro: Globo.
- Martins, F. (2003). *Psicopathologia II – semiologia clínica*. Brasília: ABRAFIPP/UnB.
- Martins, F. (2005). *Psicopathologia I – prolegômenos*. Belo Horizonte: PUC.
- Martins, F. (2007). *O aparentar, o dever, o pensar e o devir*. Brasília: Editora UnB.
- Matumoto, S., Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Pereira, M. J. B. & Domingos, N. A. M. (2004, setembro, 2005, fevereiro). Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface* 9(16), 9-24.
- Mello, M. F., Mello, A. A. F. & Kohn, R. (Orgs.). (2007). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, V. L. F. (2007). *Uma clínica no coletivo - experimentações no programa de saúde da família*. São Paulo: Hucitec.
- Menezes, M. P. & Yasui, S. (2008). O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade [Versão eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado em 20 março, 2010, de http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1535

- Merhy, E. & Onocko, R. (Orgs.). (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Nascimento, A. F. & Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP [Versão eletrônica]. *Rev. Saúde Pública* 43(supl.1), 8-15.
- Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 8(1), 109-122.
- Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2006). 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 [Versão eletrônica]. *Cad. Saúde Pública* 22(5), 1053-1062.
- Onocko-Campos, R. T. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate* 25(58), 98-111.
- Pacheco, R. A. (2001). *A saúde mental no fio da clínica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Portaria GM, Ministério da Saúde, n. 106, de 11 de fevereiro de 2000* (2000). Cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, DF. Recuperado em 20 março, 2010, de http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3614861&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=7&origem=87&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=106&data=&dataFim=&ano=2000&pag=1
- Portaria GM, Ministério da Saúde, n. 154, de 24 de janeiro de 2008* (2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF. Recuperado em 20 março, 2010, de http://bvsm.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.htm
- Portaria GM, Ministério da Saúde, n. 1996, de 20 de agosto de 2007* (2007). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 20 março,

2010, de
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm
|

Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Bezerra, B. Jr. (1987). *Cidadania e Loucura- políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis:Vozes.

Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias e Letras.

Saidón, O. (2008). *Devires da clínica*. (Coleção políticas do desejo). São Paulo: Hucitec.

Santos, R. C. (2006). *Saúde todo dia: uma construção coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B. (1994). *Manual de saúde mental*. São Paulo: Editora Hucitec.

Sartre, J. P. (2002). *Crítica da razão dialética*. Rio de Janeiro: DP&A Editora.

Secretaria Municipal de Saúde (2008). *Manual de ações programáticas - saúde mental*. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde.

Serpa, O. D. Jr. (1999). Clínica e evidência: em que se baseiam as nossas decisões?. *Cadernos IPUB* 15, 61-79.

Serpa, O. D. Jr., Leal, E. M., Louzada, R. & Silva, J. F. Filho. (2007). A inclusão da subjetividade no ensino da psicopatologia. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação* 11, 207- 222.

Serpa, O. D. Jr., Pitta, A. M. F., Leal, E. M., Goldenstein, N. & Onocko-Campos, R. T. (2009). *Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário*. Projeto de Pesquisa Multicêntrica, UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Shütze, F. (2010). *Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. Metodologias de pesquisa qualitativa na educação: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.

[Publicado originalmente em: *Neue Praxis*. Nº 1, p. 283-293, 1983: Tradução Denilson Werle. Revisão: Wiviam Weller].

Shutze, F. (1987). *Die Technik des Narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien - Dargestellt an Einem Projekt zur Enforschung von Kommunalen Machtstrukturen*. Unpublished manuscript, Department of Sociology, University of Bielefeld, Germany.

Silva, E. A. de (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des) cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-Go*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, UnB, Brasília, DF, Brasil.

Soalheiro, N. I. (1994). A clínica da referência. *Anais do Seminário urgência sem manicômio*, Belo Horizonte: Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro, MG, Brasil.

Szapiro, A. (2009). *Clínica da pós-modernidade – formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera/FAPERJ.

Szasz, T. (1979). *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.

Szasz, T. (1984). *A fabricação da loucura* (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.

Szasz, T. (1986). *A escravidão psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Szasz, T. (1994). *Cruel compaixão*. São Paulo: Papyrus.

Tenório, F. (2002, jan.-abr.). A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos* 9(1), 25-59.

Vasconcelos, E. M., Paes Leme, C. C. C., Weingarten, R. & Novaes, P.R. (Orgs.). (2005). *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Rio de Janeiro: EncantArte.

- Vasconcelos, E. M. (Orgs.). (2008). *Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo* (vol. 1). São Paulo: Hucitec.
- Vieira, N. G. Filho & Nóbrega, S. M. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia* 9(2), 373-379.
- Weller, W. & Pfaff, N. (Orgs.). (2010). *Metodologias da pesquisa qualitativa na educação: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Weller, W. (2005, jan./jun.). A contribuição de Karl Mannheim para a pesquisa qualitativa: aspectos teóricos e metodológicos. *Sociologias* 7(13), 260-300.
- Weller, W. (2006, mai./ago.). Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teóricos-metodológicos e análise de uma experiência com o método. Educação e Pesquisa. *Revista de Educação da USP* 32(2), 241-260.
- Zerbetto, S. R. & Pereira, M. A. O. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental [Versão eletrônica]. *Revista Latino-Am. Enfermagem* 13(1), 112-117.

Apêndice A

Tópico-Guia para o Grupo de Discussão

BLOCO TEMÁTICO	PERGUNTA	OBJETIVO
Pergunta Inicial (história do serviço)	Vocês podem falar um pouco sobre como foi criado este CAPS?	Conhecer o processo de criação do serviço e as interações entre os profissionais
Trajetórias profissionais	Vocês poderiam falar um pouco sobre como vieram trabalhar aqui? Como vocês chegaram ao CAPS?	Conhecer as escolhas e trajetórias profissionais
Trabalho no CAPS	Vocês podem contar como é realizado o trabalho de vocês no CAPS?	Conhecer a organização das atividades do serviço O cotidiano do trabalho dos profissionais
Relação com a Rede	Como são as relações com os outros serviços ou programas? (referências AB, CAPS, clínicas, urgência, SAMU)	Conhecer o contexto e as articulações do serviço com outras ações no território
Relação com a Comunidade	Vocês podem falar sobre a relação com a comunidade local?	Como o CAPS se situa no seu território, inter-relações, formas de relação
Práticas Terapêuticas	Como vocês definem as práticas terapêuticas utilizadas por vocês?	Analisar os conceitos e visões sobre as práticas terapêuticas
Avaliação das Práticas Terapêuticas	Como vocês avaliam estas práticas terapêuticas? Vocês poderiam destacar as que consideram mais e menos efetivas?	Verificar a avaliação dos profissionais sobre as práticas terapêuticas
Práticas Terapêuticas em situações de crise	Como é a experiência de vocês ao tratar usuários em crise?	Verificar as práticas terapêuticas utilizadas em situações de crise e a avaliação dos profissionais
Relações entre os Profissionais	Vocês poderiam falar um pouco sobre as relações entre vocês, tendo em vista a realização do trabalho no CAPS?	Analisar como se constitui as relações entre os profissionais para o trabalho no CAPS Como se posicionam na realização do trabalho e na equipe
Relações com os usuários	Como são as relações com os usuários?	Conhecer como vêm os usuários, como participam do serviço e as dificuldades encontradas
Relações com os familiares dos usuários	Vocês poderiam falar um pouco sobre como é a relação com as famílias dos usuários?	Conhecer e analisar a participação dos familiares nas práticas terapêuticas
Dificuldades encontradas para realizar o trabalho	Vocês poderiam falar um pouco das dificuldades que encontram? Podem citar alguns exemplos?	Conhecer e analisar as dificuldades encontradas no trabalho e formas de enfrentamento
Formação	Como foi a formação de graduação de vocês? E como contribuiu para o trabalho no CAPS?	Conhecer e analisar a contribuição da formação acadêmica para as práticas no CAPS
Avaliação do serviço	Vocês poderiam um pouco mais sobre o CAPS? O que acham deste tipo de serviço? Como definem a clínica dos CAPS?	Analisar as visões sobre o serviço, a clínica e sobre seu papel?
Outros	Não tenho mais perguntas, vocês gostariam de falar sobre algum assunto que não falamos?	Incentivar a discussão sobre outros temas relevantes para o grupo

Apêndice B

Perguntas Geradoras para as Entrevistas Narrativas

- Você poderia falar um pouco sobre sua vida? Até chegar ao CAPS?
- Onde foi atendido antes?
- Você mora perto do CAPS? Como é o seu dia -a -dia?
- Você mora com sua família? Como é a relação com eles?
- Você poderia falar sobre a sua experiência com o transtorno mental?
- Como você foi atendido quando chegou ao CAPS?
- Como é a sua relação com os técnicos do serviço?
- Como é a sua relação com os outros usuários?
- Como você é atendido quando está em uma situação de crise?
- Já ficou no acolhimento noturno? Como foi?
- Como você avalia o trabalho do CAPS?
- O que falta aqui?
- O que você mais gosta aqui?
- O que significa o CAPS para você?

Apêndice C

Lista de Códigos para Transcrição

Regras de transcrição³⁷

Y:	abreviação para entrevistador (quando realizada por mais de um entrevistador, utiliza-se Y1 e Y2)
Am / Bf:	abreviação para entrevistado/entrevistada. Utiliza-se "m" para entrevistados do sexo masculino e "f" para pessoas do sexo feminino. Numa discussão de grupo com duas mulheres e dois homens, por exemplo, utiliza-se: Af, Bf, Cm, Dm e dá-se um nome fictício ao grupo. Essa codificação será mantida em todos os levantamentos subseqüentes com as mesmas pessoas. Na realização de uma entrevista narrativa-biográfica com um integrante do grupo entrevistado anteriormente, costuma-se utilizar um nome fictício que inicie com a letra que a pessoa recebeu na codificação anterior (por ex.: Cm, <i>Carlos</i>)
?m ou ?f:	utiliza-se quando não houve possibilidade de identificar a pessoa que falou (acontece algumas vezes em discussões de grupo quando mais pessoas falam ao mesmo tempo)
(.)	um ponto entre parêntesis expressa uma pausa inferior a um segundo
(3)	o número entre parêntesis expressa o tempo de duração de uma pausa (em segundos)
[Utilizado para marcar falas iniciadas antes da conclusão da fala de outra pessoa ou que seguiram logo após uma colocação
;	ponto e vírgula: leve diminuição do tom da voz
.	ponto: forte diminuição do tom da voz
,	vírgula: leve aumento do tom da voz
?	ponto de interrogação: forte aumento do tom da voz
exem-	palavra foi pronunciada pela metade
exe:::mplo	pronúncia da palavra foi esticada (a quantidade de : equivale o tempo da pronúncia de determinada letra)
assim=assim=assim	palavras pronunciadas de forma emendada
<u>exemplo</u>	palavras pronunciadas de forma enfática são sublinhadas

³⁷ Desenvolvida pelo Prof. Dr. Ralf Bohnsack e pesquisadores do seu grupo (Alemanha).

- °exemplo° palavras ou frases pronunciadas em voz baixa são colocadas entre pequenos círculos
- exemplo** palavras ou frases pronunciadas em voz alta são colocadas em negrito
- (exemplo) palavras que não foram compreendidas totalmente são colocadas entre parêntesis
- () parêntesis vazios expressam a omissão de uma palavra ou frase que não foi compreendida (o tamanho do espaço vazio entre parêntesis varia de acordo com o tamanho da palavra ou frase)
- @exemplo@ palavras ou frases pronunciadas entre risos são colocadas entre sinais de arroba
- @(2)@ número entre sinais de arroba expressa a duração de risos assim como a interrupção da fala
- ((bocejo)) expressões não-verbais ou comentários sobre acontecimentos externos, por exemplo: ((pessoa acende cigarro)), ((pessoa entra na sala e a entrevista é brevemente interrompida))
- //hm// utilizado apenas na transcrição de entrevistas narrativas-biográficas
- //@(1)@// para indicar *sinais de feedback* ("ah", "oh", "mhm") ou risos *do entrevistador*.
Na transcrição das entrevistas de grupo esses sinais são destacados numa linha nova.

Apêndice D
Divisão Temática do GD - Caps Liberdade

Divisão Temática do GD CAPS Liberdade	Subtemas
8-330 Trajetória dos profissionais	008-014 Surgimento do CAPS no anexo do hospital Aduino Botelho 015-019 Estrutura física do Caps 020-022 Organização do trabalho 023-029 Discussão da mudança do modelo de atenção 030-039 Luta pela mudança de espaço e separação da emergência psiquiátrica 040-046 Chegada ao Caps pelo concurso, sem entender nada de Caps 046-054 Importância da separação do Caps da emergência 055-074 Chegada ao Caps vinda de outro Caps, visão sobre o Liberdade 075-131 Estrutura física e processo de trabalho 132-141 Diferenças pessoal contratado X concursado 141-157 Mudança nas equipes concursados substituíram contratados 158-161 Impactos no pessoal de enfermagem 162-174 Suporte das capacitações 175-176 Mudança de Caps (sem desejar) 177-205 Experiência anterior, entrando sem ter noção e demora nas capacitações 206-214 Visão que todo mundo tem é de que não se pode fazer muita coisa 215-234 Acolhimento e desejo dos colegas 235-245 Falta de formação em saúde mental na graduação 246-254 Apoio dos colegas, fazer tudo junto 255-275 Complexidade do trabalho, dúvidas e apoio da equipe 276-295 O não acolhimento da equipe de enfermagem, um momento péssimo 296-301 Chegar em uma equipe formada 302-330 Inexperiência, reconhecimento como profissional e disposição para aprender

<p>331-651 A Complexidade da Clínica dos CAPS</p>	<p>331-353 A amplitude do cuidado 354-361 as dificuldades de diálogo e entendimento com a rede, 362-367 Pouco investimento em comunicação 368-379 A complexidade de lidar com a subjetividade dos usuários, da família e dos próprios profissionais 380-382 Desconstrução de certo olhar sobre a loucura 383-390 Definições da clínica 391-397 A clínica aprendida na formação 398-420 A complexidade da clínica 421-460 Investimento em comunicação com a sociedade 461-493 Convivência dos próprios profissionais com a loucura 494-583 Dimensões da complexidade da clínica 584-651 Diferenças e estigmas</p>
<p>652-877 A Dimensão Terapêutica nos CAPS</p>	<p>652-669 A escuta 679-686 O terapêutico 687-698 A importância da afetividade 699-712 As terapêuticas podem servir para ajustar, adequar, normalizar 713-777 Ampliar a questão terapêutica e incluir toda a estrutura do serviço 778-809 Crise do Caps liberdade 810-862 Acompanhamento em casa 863-877 A criatividade é terapêutica</p>
<p>878-1074- O cuidado da crise no Caps</p>	<p>878-918 As dificuldades de lidar com Crise no Caps, a crise que se instala entre os profissionais 919-973 O melhor lugar para cuidar da crise, os casos mais graves, o não cuidado para alguns casos</p>
<p>1075-1290 Relacionamento entre os profissionais do Caps</p>	<p>974-1074 Caso Elvira, internação? Impotência, cansaço, frustração da equipe, 1075-1107 Trabalho conjunto 1108-1170 Problemas no núcleo de enfermagem que se estenderam para toda a equipe 1171-1207 O planejamento para articular a equipe, 1208-1245 Declínio da equipe a partir de 2007, 1246-1267 Trabalhar em equipe é muito difícil</p>

<p>1268-1544 Relacionamento entre profissionais e usuários</p> <p>1545-1655 Relacionamento com as famílias</p> <p>1656-1741 Outras dificuldades encontradas no trabalho do Caps</p> <p>1742-1840 Formação para o trabalho em saúde mental</p> <p>1841-854 Avaliação do CAPS</p>	<p>1268- 1290 Não é uma relação fácil</p> <p>1291-1444 O trabalho na saúde mental é muito diferente do que em outra área</p> <p>1445-1454 mudança dependendo de cada um</p> <p>1455-1482 Discurso e prática</p> <p>1483-1544 A relação com os usuários</p> <p>1545-1655 O desafio de trabalhar com as famílias</p> <p>1656-1709 Estrutura física, respaldo para a saúde do trabalhador</p> <p>1710-1741 Coordenação do Caps</p> <p>1742-1840 A saúde mental nas diferentes formações</p> <p>1841-1854 Problemas com as atribuições profissionais</p>
---	--

Apêndice E
Divisão Temática do GD - Caps David Capistrano

Divisão Temática GD CAPS David Capistrano

Tema Principal (TP)	Subtemas (ST)
8-151 Criação do CAPS e Trajetória dos profissionais	008-035 O Caps David foi o primeiro da rede municipal 036-038 Caps I e Caps III 039-052 O Destino CAPS 053-058 PSF X CAPS 059-079 Substituição de todos os profissionais terceirizados por concursados nos Caps. 080-091 A não opção Caps 092-109 Experiência com Saúde Mental 110-133 Forma de contratação, gestão e impactos no trabalho 134-151 Terceirização dos profissionais
152- 328 A Complexidade da Clinica no CAPS	152-176 Núcleo e Campo 177-212 Mini-equipes e técnicos de referência 213-268 Matriciamento 269-328 Sobre a comunidade
329-484 A Dimensão Terapêutica nos CAPS	329-397 O que é o terapêutico? 398-433 A reinvenção das práticas terapêuticas no cotidiano 434-456 O terapêutico é estar disponível 457-474 A efetividade das práticas terapêuticas 475-507 A medicação

508-637- O Cuidado da Crise no Caps	508-563 Práticas terapêuticas em situações de crise 564-596 Relações entre usuários em situações de crise 597-637 "A crise assusta"
638-731 Relacionamento entre os profissionais do Caps	638-707 ST: "Entre tapas e beijos" 708-731 ST: O trabalho no Caps exige mais envolvimento dos profissionais
732-836 Relacionamento entre profissionais e usuários	732-764 Vínculo com os usuários 765-793 Relações profissionais X relações de intimidade com usuários 794-836 O Terapeuta de Referência
837-938 Relacionamento com as famílias	837-873 Depende do familiar 874-909 "Parece uma pedreira" 910-936 A presença dos familiares no acolhimento noturno
939-1086 Outras dificuldades encontradas no trabalho do Caps	0939-0990 Dificuldades com recursos financeiros 0991-1051 Dificuldades com Gestores 1052-1086 Sentimento de abandono do Caps e dos profissionais
1087-1166 Formação para o trabalho em saúde mental	1087-1103 Despreparo na graduação 1104-1166 Sobre estágios no Caps
1167-1300 Avaliação do CAPS	1167-1185 A problemática passa pelo desejo e valorização dos trabalhadores dos Caps 1186-1300 A Efetividade dos Caps

Apêndice F
Divisão Temática do GD - Caps Jael

Divisão Temática GD CAPS Jael

Tema Principal (TP)	Subtemas (ST)
6-219 Criação do CAPS e Trajetória dos profissionais	6-27 Processo de Criação do CAPS Jael 28-46 Conhecendo a rede e os usuários 47-219 Trajetória dos profissionais na saúde mental
219- 602 A Complexidade da Clínica no CAPS	219-290 - Acolhimento 291-314 - Projeto Terapêutico e Equipes de referência 315-351 - Oficinas terapêuticas 352-381- Relação com outros serviços da rede 382-481- Relação com a atenção básica- o matriciamento 482-524 - Relação com os outros CAPS 525-602 - Relação com a comunidade
603-802 A Dimensão Terapêutica nos CAPS	603-623 Toda ação pode ser terapêutica 624-652 A escuta 653-714 Apego dos usuários pelo Caps e dos profissionais pelos usuários 715-738 Participação dos usuários 739-751 Autonomia e vínculo com o Caps 752-802 Medicamentos

803-909- O Cuidado da Crise no Caps	803-818 Medo e acolhimento na crise 819-828 “É muito tenso” 829-850 “Cada crise é uma situação nova” 851-902 “A gente sempre aprende depois de uma crise” 903-909 Crise na equipe 910-922 “acho que a gente consegue se entender”
910-1027 Relacionamento entre os profissionais do Caps	923-934 A equipe é a base do trabalho no Caps 935-979 o cuidado com a equipe tem que ser diário 980-1009 dificuldades na relação com os profissionais do turno da noite 1010-1027 “a gente tem uma equipe maravilhosa”
1028-1089 Relacionamento entre profissionais e usuários	1028-1058 A relação é diferente com cada usuário 1059-1089 A empatia e limites dos profissionais
1090-1179 Relacionamento com as famílias	1090-1107 “é um desafio” 1108-1117 a participação da família no cuidado como determinante na melhora do usuário 1118-1179 Apoio para as famílias
1180-1263 Outras dificuldades encontradas no trabalho do Caps	1180-1263 A falta de equipamentos dificultando a clínica, a família, a inserção na cidade, os preconceitos
1265-1401 Formação para o trabalho em saúde mental	1265-1401 A deficiência na formação
1404-1497 Avaliação do CAPS	1404-1414 – um lugar em construção, inacabado 1415-1428 o Caps aborda o contexto da vida 1429-1480 “o Caps não vai fazer tudo” 1481-1497 Diferenciação no cuidado, na clínica do Caps